

SAĞLIK BİLİMLERİNDE YENİ GELİŞMELER

EDİTÖRLER

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ERİŞ
Öğr. Gör. Feray BUCAK

Prof. Dr. Emine ORHANER
Prof. Dr. Yusuf DOĞRUER
Doç. Dr. Ayşe Sonay TÜRKMEN
Doç. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK
Dr. Öğr. Üyesi A. Ezgi TELLİ
Dr. Öğr. Üyesi Erhan KILINÇ
Dr. Öğr. Üyesi Esin BENHÜR AKTÜRK
Dr. Öğr. Üyesi Eylem TOKER
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ERİŞ
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin KOÇARSLAN
Dr. Öğr. Üyesi Menekşe KILIÇARSLAN
Dr. Öğr. Üyesi Nihat TELLİ
Dr. Öğr. Üyesi Pınar YALÇIN BALÇIK
Dr. Öğr. Üyesi Seda OĞUR
Dr. Öğr. Üyesi Ümit NALDÖKEN
Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ŞANLI
Dr. Mehmet Emin KURT
Dr. Rana ÖZYURT KAPTANOĞLU

Dr. İbrahim BOZKURT
Dr. Yasemin KÜÇÜKÖZKAN
Öğr. Gör. Feray BUCAK
Öğr. Gör. Didem POLAT KÜLCÜ
Öğr. Gör. Doğançan ÇAVMAK
Öğr. Gör. Nazmiye EKİNCİ
Öğr. Gör. Osman ÖZKAN
Öğr. Gör. Sait SÖYLER
Öğr. Gör. Sinem BARUT
Öğr. Gör. Yasin AKKEMİK
Arş. Gör. Mehmet Akif ERİŞEN
Uzm. Aslı KAYA
Dyt. Burak KOÇ
Dyt. Savaş AYKAL
Dyt. Sümeyra KULA
Deniz Gülistan ER
Hakan TEKİN

SAĞLIK BİLİMLERİNDE YENİ GELİŞMELER

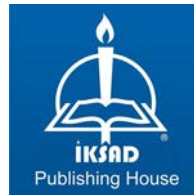
EDİTÖRLER

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ERİŞ
Öğr. Gör. Feray BUCAK

YAZARLAR

Prof. Dr. Emine ORHANER
Prof. Dr. Yusuf DOĞRUER
Doç. Dr. Ayşe Sonay TÜRKMEN
Doç. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK
Dr. Öğr. Üyesi A. Ezgi TELLİ
Dr. Öğr. Üyesi Erhan KILINÇ
Dr. Öğr. Üyesi Esin BENHÜR AKTÜRK
Dr. Öğr. Üyesi Eylem TOKER
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ERİŞ
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin KOÇARSLAN
Dr. Öğr. Üyesi Menekşe KILIÇARSLAN
Dr. Öğr. Üyesi Nihat TELLİ
Dr. Öğr. Üyesi Pinar YALÇIN BALÇIK
Dr. Öğr. Üyesi Seda OĞUR
Dr. Öğr. Üyesi Ümit NALDÖKEN
Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ŞANLI
Dr. Mehmet Emin KURT
Dr. Rana ÖZYURT KAPTANOĞLU

Dr. İbrahim BOZKURT
Dr. Yasemin KÜÇÜKÖZKAN
Öğr. Gör. Feray BUCAK
Öğr. Gör. Didem POLAT KÜLCÜ
Öğr. Gör. Doğançan ÇAVMAK
Öğr. Gör. Nazmiye EKİNCİ
Öğr. Gör. Osman ÖZKAN
Öğr. Gör. Sait SÖYLER
Öğr. Gör. Sinem BARUT
Öğr. Gör. Yasin AKKEMİK
Arş. Gör. Mehmet Akif ERİŞEN
Uzm. Aslı KAYA
Dyt. Burak KOÇ
Dyt. Savaş AYKAL
Dyt. Sümeyra KULA
Deniz Gülistan ER
Hakan TEKİN



Copyright © 2019 by iksad publishing house
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced,
distributed, or transmitted in any form or by
any means, including photocopying, recording, or other electronic or
mechanical methods, without the prior written permission of the publisher,
except in the case of
brief quotations embodied in critical reviews and certain other
noncommercial uses permitted by copyright law. Institution Of Economic
Development And Social
Researches Publications®

(The Licence Number of Publicator: 2014/31220)

TURKEY TR: +90 342 606 06 75

USA: +1 631 685 0 853

E mail: iksadyayinevi@gmail.com

kongreiksad@gmail.com

www.iksad.net

www.iksad.org.tr

www.iksadkongre.org

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.

Iksad Publications – 2019©

ISBN: 978-605-7695-76-5

Cover Design: İbrahim Kaya

October / 2019

Ankara / Turkey

Size = 16 x 24 cm

İÇİNDEKİLER

EDİTÖRDEN

ÖNSÖZ

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ERİŞ
Öğr. Gör. Feray BUCAK

1 - 2

BÖLÜM 1

SAĞLIK ALANINDA İŞ STRESİ

Uzm. Aslı KAYA

3 - 28

BÖLÜM 2

SAĞLIK ÖRGÜTLERİNDE DUYGUSAL ZEKÂ

Dr. Öğr. Üyesi Erhan KILINÇ

29 - 62

BÖLÜM 3

LİDERLİK YÖNELİMLERİ VE LİDERLİK DAVRANIŞ BİÇİMLERİ

Dr. Öğr. Üyesi Esin BENHÜR AKTÜRK

63 - 80

BÖLÜM 4

SAĞLIK KURUMLARINDA İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ERİŞ
Dr. Yasemin KÜÇÜKÖZKAN

81 - 108

BÖLÜM 5

SAĞLIK HİZMETLERİNDE AĞIZDAN AĞIZA PAZARLAMANIN ÖNEMİ

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin KOÇARSLAN

109 - 141

BÖLÜM 6

SAĞLIK ÇALIŞANLARIN PERSONEL BAŞARI DEĞERLENDİRMESİ

Dr. Öğr. Üyesi Menekşe KILIÇARSLAN

143 - 164

BÖLÜM 7

SAĞLIK KURUMLARINDA ALTI SİGMA VE YALIN ALTI SİGMA

Öğr. Gör. Nazmiye EKİNCİ

165 - 190

BÖLÜM 8

HASTANELERDE YALIN YÖNETİM ve UYGULAMA ÖRNEKLERİ

Öğr. Gör. Osman ÖZKAN
Prof. Dr. Emine ORHANER

191 - 241

BÖLÜM 9

SAĞLIKTA GİYİLEBİLİR TEKNOLOJİ UYGULAMALARI ve KULLANIM NİYETİ

Dr. Rana ÖZYURT KAPTANOĞLU

243 - 258

BÖLÜM 10

SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Öğr. Gör. Sinem BARUT

259 - 287

BÖLÜM 11

ÖRGÜT KÜLTÜRÜ VE ÖRGÜTSEL İNOVASYON

Dr. Öğr. Üyesi Ümit NALDÖKEN

289 - 319

BÖLÜM 12

DEĞER BAZLI SAĞLIK HİZMETİ: KAVRAMSAL BİR ÇERÇEVE

Doç. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK
Arş. Gör. Mehmet Akif ERİŞEN

321 - 345

BÖLÜM 13

SAĞLIK YÖNETİMİNDE REFORM VE SAĞLIĞIN YENİDEN YAPILANDIRILMASI

Dr. Mehmet Emin KURT

347 - 384

BÖLÜM 14

SAĞLIKTA BÖLGESEL EŞİTSİZLİKLER: TÜRKİYE AÇISINDAN BİR DEĞERLENDİRME

Öğr. Gör. Sait SÖYLER
Öğr. Gör. Doğancan ÇAVMAK

385 - 435

BÖLÜM 15

SAĞLIK HİZMETLERİNDE MOBBİNG VE İŞ GÜCÜ VERİMLİLİĞİ

Dr. İbrahim BOZKURT

437 - 482

BÖLÜM 16

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI

Dr. Öğr. Üyesi Pınar YALÇIN BALÇIK

483 - 511

BÖLÜM 17

ÇOCUK HEMŞİRELİĞİNDE HATALI UYGULAMALAR

Öğr. Gör. Didem POLAT KÜLCÜ

513 - 534

BÖLÜM 18

MÜZİKOTERAPİ VE OBSTETRİ

Dr. Öğr.Üyesi Eylem TOKER

535 - 574

BÖLÜM 19

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE SPİRİTUAL BAKIMIN ÖNEMİ

Hakan TEKİN

Öğr. Gör. Feray BUCAK

575 - 594

BÖLÜM 20

KARAMAN İLİNDEKİ ANNELERİN BEBEKLERİNİN BAKIMINDA UYGULADIKLARI GELENEKSEL YÖNTEMLERİN ZAMAN İÇERİSİNDE DEĞİŞİM DURUMU

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ŞANLI

Doç. Dr. Ayşe Sonay TÜRKMEN

595 - 622

BÖLÜM 21

KORONER ARTER HASTALIKLARI, RİSK FAKTÖRLERİ ve RİSK YÖNETİMİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Deniz Gülistan ER

623 - 641

BÖLÜM 22

GEBELİK DÖNEMİNDE BESLENME VE YUMURTANIN ÖNEMİ

Dr. Öğr. Üyesi Nihat TELLİ
Diyetisyen Sümeyra KULA

643 - 669

BÖLÜM 23

SAĞLIK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME ALIŞKANLIĞININ BESLENME ALIŞKANLIKLARI ÖLÇEĞİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Öğr. Üyesi Seda OĞUR
Dyt. Savaş AYKAL
Dyt. Burak KOÇ

671 - 707

BÖLÜM 24

GIDA KAYNAKLI BAKTERİYEL PATOJENLERDE İMMUN YANIT

Dr. Öğr. Üyesi A. Ezgi TELLİ
Prof. Dr. Yusuf DOĞRUER

709 - 734

BÖLÜM 25

GIDA KAYNAKLI BİR PATOJEN LİSTERİA MONOCYTOGENES: GENETİK ÖZELLİKLERİ, TANIMLAMA VE TESPİT YÖNTEMLERİ

Öğr.Gör. Yasin AKKEMİK
Dr.Öğr. Üyesi Nihat TELLİ

735 - 758

ÖNSÖZ

SAĞLIK BİLİMLERİNDE YENİ GELİŞMELER

Hastaneler ve diğer sağlık hizmeti sunan kurumlar, artan rekabet koşullarında hastalarına daha kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek için toplumsal ve ekonomik verileri gözönünde bulundurmaktadırlar. Sağlık kurumlarının güç koşullarda nitelikli sağlık hizmeti sunmaya çalışabilmeleri için güncel konuları takip eden, modern sağlık kurumları işletmeciliği uygulamalarını geniş bir bakış açısıyla değerlendirmeleri gerekmektedir. Bu değerlendirmeleri yapabilmek için sağlık bilimlerinin farklı alanlarında çalışan nitelikli insan gücüne gereksinim duymaktadır.

Bu kitapta, son yıllarda sağlık bilimlerinde meydana gelen gelişmeler ışığında, sağlık sektörünü doğrudan ilgilendiren alanlarla ilgili, uzman akademisyenler tarafından hazırlanan bölümler yer almaktadır. Bu bölümler ile sağlık yönetimi, hemşirelik ve beslenme ve diyetetik alanlarındaki hizmetlerin gelişmesine katkı sağlanması amaçlanmaktadır. Bu kitabın hazırlanmasında emeği geçen tüm yazarlara teşekkür ediyoruz.

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ERİŞ

Öğr. Gör. Feray BUCAK

BÖLÜM 1:
SAĞLIK ALANINDA İŞ STRESİ
Uzm. Aslı KAYA (PhD)¹

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi, İ.İ.B.F, Sağlık Yönetimi, Isparta, Türkiye, aslikaya16@yahoo.com, İnönü Üniversitesi, İ.İ.B.F, İşletme Muhasebe ve Finans, Malatya, Türkiye, dr_isletme_23@hotmail.com

1. GİRİŞ

Hayat şartlarının hızla gelişmesi ve değişmesi, sosyal bir varlık olan insanın, fiziksel ve ruhsal sınırlarını zorlamakla birlikte bireyi baskı altında bırakmaktadır. Değişime ayak uydurmak için bireyin, birçok alanda çaba sarf etmesi gerekmektedir. Günümüzde değişimin hızlı ve sürekli değişken bir yapıya sahip olması sonucu, insanlar hangi sosyal ortamlarda olurlarsa olsunlar ve hangi işi yaparlarsa yapsınlar, yaşamlarının büyük bir bölümünü kendi sınırlarını zorlayarak sürdürmeye devam etmektedir. Dolayısıyla tüm insanlar değişen dünya karşısında stresli bir ortamda yaşamak zorunda kalmaktadır. Bu nedenle de stres kavramı, günlük yaşantımızda ve iş hayatımızda çok sık karşılaştığımız bir kavram haline gelmiştir ve gelmeye devam etmektedir.

Stres ruhsal bir gerilim olmakla birlikte fiziksel olarak dışa yansıyan davranış ve tutumlara dönüşür. Stres bireyin öznel tepkisi olup yaşadığı çevre içinde kişinin mevcut durumlar karşısında verdiği kişiye ait tepkilerdir. Bu sebeple stres olgusu incelenirken bireyin ruhsal ve sağlık bütünlüğünü oluşturan düşünce, duygu ve davranışları anlamaya ve yorumlamaya çalışmak gerekir. Bireyi ve davranışını anlayabilmek için bireyi içinde yaşadığı mekân, kişilik özellikleri ve geçmişten günümüze yaşadığı olaylar çerçevesinde değerlendirmek, incelemek ve yorumlamak gerekir.

Stres, bireyin mevcut içinde bulunduğu duruma bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Birey, içinde yaşanılan durumu stres verici olarak algılamış ve değerlendirmiş ise olayı yönlendirme ve stresle başa

çıkma yöntemlerine yönelmesi kaçınılmazdır. Stresle başa çıkma yöntemi yetersiz kalırsa duygu, düşünce ve davranış düzeyinde yıkıcı ve olumsuz tepkilerle birlikte bedende fizyolojik olarak akut ve kronik hastalıklara, psikolojik bunalımlara, intihar gibi girişimlere neden olacağı da günümüzde yaşanan durumlardır.

Bireyin yaşamının her alanını kapsayan stres faktörüne özellikle sosyal hayatının yanı sıra iş hayatında rastlamaktayız. Vardiya sistemi, çalışanın gerekleri ve işin niteliği arasındaki farkın oluşması örneğin bedenden büyük elbisenin giydirilmesi, aşırı denetim, yıldırma, çalışma arkadaşlarıyla iletişimsizlik, motivasyonun sağlanamaması gibi birçok iş içi ve iş dışı strese neden olan kaynaklar sayılabilir. Bu iç ve dış stres kaynaklarının stresin, bireyin gerek sağlık gerekse yaşam kalite ve dengesini bozabilen bir süreç olmasıdır. Bu sürecin biyolojik, psikolojik ve sosyolojik kaynaklarının olması ve bireyden bireye stresin düzeyi ile bu strese verdiği tepkinin farklılık göstereceğidir. İş hayatında yaşanan stresten bireyin dayanma gücüne bağlı olarak değişebilecek ve gösterilen tepkiler de aynı olmayacaktır.

Yaşamın her alanında birey stres altında yaşamak ve buna bağlı olarak hareket etmek zorundadır. Çalışma hayatının stresinin yoğun olduğu iş alanlarında birisi de sağlık sektörüdür. Sağlık personelinin dengesiz dağılımı, sağlık hizmetlerindeki yetersizlikler, sağlık hizmetlerinde rekabet gibi etkenler sağlık çalışanların üzerinde önemli stres yaratan unsurdur. Stres kaynakları dış ve iç kaynaklar olarak iki başlıkta sınıflandırılabilir. İç stres kaynakları bireyin kişiliği, karakteri, sosyal yaşamı, fikri yapısı, psikolojik ve fizyolojik

özellikleri, olaylara bakış açısıyla ilgilidir. Dış kaynaklar ise bireyin etkisi bulunmadan, kendisi dışında ortaya çıkarak gelişim gösteren ve onu etkileyen, gerçekleştiği zaman, bulunduğu yer, fiziki çevre ile ilişkili bir durum olarak ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle bireyi sağlık alanında birçok faktöre bağlı olarak stres ve baskı altına almaktadır.

2. STRES KAVRAMI VE KAPSAMI

Stres kelimesi İngilizce bir kavram olup, kökeni Latince'de "strictus", Fransızca da ise "striction" sözcüğüne karşılık gelmektedir. Türk Dil kurumunun sözlüğünde "sıkışma, baskı, zorlama" anlamında kullanılmaktadır. Stres kavramı günümüzde sağlık alanında bir hastalık olarak görüldüğü gibi yönetimin de önemli konuları içerisinde yerini almıştır.

20.yüzyıldan günümüze stres kavramı en basit tanımlamayla ‘şiddetli zorlama ve gerginlik’ anlamına gelmektedir. Stres, günlük yaşamın kaçınılmaz bir gerçeği olup, uyum sağlamamızı gerektiren herhangi bir değişikliktir. Bu değişiklik fiziksel bir yaralanma gibi olumsuz olabileceği gibi, başarıya ulaşmak gibi son derece olumlu bir olay da olabilir. Dolayısıyla bir olayı yorumlamak o olayın hayatımızdaki etkisini de belirlemektedir. Bu nedenle günümüzde yıkıcı role sahip olarak bilinen stres kavramının yapıcı rolünün de olduğuudur. Ancak stres, uygulamada negatif olarak kendini olumsuz olarak göstermiştir. Bu da stresin olumsuz yönünü daha çok gün yüzüne çıkartmıştır.

Stresle ilgili çalışmalar 1936 yılında Hans Selye tarafından yapılan araştırmalar ile literatüre kazandırılmıştır. Selye (1974: 27),

stres kavramını vücudun herhangi bir talebe karşı verdiği belirgin olmayan cevap olarak tanımlamıştır. Tosi ve Hamner (1982: 102) ise stres kavramını, bireyin beceri, yetenekleri ve iş talepleri ile kişinin işinden beklentileri arasındaki uyumsuzluk olarak tanımlanmıştır. Baltaş ve Baltaş (2013: 23) tarafından yapılan stres kavramının tanımlanmasında ise, stresi meydana getiren olaylar “stres vericiler” (stressor), bu olaylara insanın fizyolojik ve psikolojik düzeyde verdiği tepkiler olarak ifade edilmiştir. Stres kavramıyla ilgili yapılan bir başka tanıma göre ise, kişinin kendisi üzerinde aşırı psikolojik ve fiziksel baskı yapan bir uyarıcıya gösterdiği bireysel uyum, denge çabası olarak da ele alınmaktadır. Başka bir tanımlama da ise stres kavramı, çevrenin potansiyel tehdit edici durumuna karşı sergilemiş olduğu “fiziksel ve duygusal tepki” olduğudur.

Stresle bireyin davranışlarını, iş verimini, başka insanlarla ilişkilerini etkileyen bir kavram olması nedeniyle, bireyin içinde bulunduğu hayatını sürdürdüğü ortam veya çevrede meydana gelen değişimlerden etkilenmesi sonucu oluşmaktadır. Bu yaşamdaki değişimlerden bireyler, kimileri çok ve hızlı etkilenirken kimileri ise daha az ve yavaş etkilenirler. Kısaca stres, bireyin yaşadığı ortamda meydana gelen bir değişimin, bireyin kendisi üzerinde etki bırakmasıdır. İkincisi ise stresin bireyin kişilik özelliklerinin de bu değişimden etkilenmesi gerekir. Stresin oluşmasında en son olarak bireyin, vücudun da bulunan özel biyokimyasal değişmelerin oluşmasıyla, bireyin vücut sisteminin harekete geçmesi ve tepki göstermesidir.

3. SAĞLIK KURUMLARINDA STRES VE STRES KAYNAKLARI

Stres geçmişten günümüze hemen hemen her ortamda ve herkes tarafından hissedilen bir olgu olarak ortaya çıkmaktadır. İnsanlar zamanlarının büyük bir kısmını iş ortamında geçirmekte ve dolayısıyla strese maruz kalmaktadırlar. Cam (2004: 3) tarafından yapılan iş stresi, bireyi normal fonksiyonlarından saptıran psikolojik ve/veya fiziksel davranışlarını değiştiren, işle ilgili etmenlerin sonucunda oluşan psikolojik bir durum veya işin gerekleri ile işçinin yetenekleri, kaynakları ya da gereksinimleri arasında uyumsuzluk olduğunda ortaya çıkan, zararlı fiziksel ve duygusal cevaplar olarak tanımlanabilir. Sayılan ve Boğa (2018: 18)'nın Bireylerin iş yaşamlarında karşılaştığı stres ve tükenmişlik duygusu, kişinin durumunda farklılık oluşmayacağı algısının yarattığı bir ruh hali olup, genelde üretkenliği yok eden ve hata yapmaya iten bir durum olarak nitelendirilmektedir.

Özellikle sağlık alanı; strese neden olan birçok faktörü içermekte olup, yoğun stres yaşayan hasta bireylere hizmet vermenin güçlüğü ve çalışanların günlük etkinliklerinde sık sık stres yaratıcı olaylarla karşı karşıya kalmaları nedeniyle diğer iş ortamlarından farklılık göstermektedir. Özellikle sağlık çalışanlarında iş stresi ve iş gerginliği, gerek sağlık hizmetin özellikleri gerekse sağlık hizmet alanlarının özelliklerinin farklı olması nedeniyle ayrı bir önem kazanmaktadır.

Bu nedenle bireyin stres kaynaklarını üç başlık altında toplamak gerekir. Stresin temelinde kişisel özellik, sağlık kurumlarının yapısı ve sağlık kurumlarının dış çevre yapısının etkileşiminden kaynaklandığıdır.

3.1. Sağlık Çalışanlarının İş İle İlgili Stres Kaynakları

Bireysel stres kaynakları bireyin kendi kişiliğinden, mizacından, davranışlarından, tutumlarından, iç ve dış dünyasından, cinsiyetinden, yaşından, aldığı eğitim, yaşadığı kültür ve aile ortamından, dış çevre ortamından etkilenmektedir.

Kişisel stres kaynaklarının en temeli kişinin kendisidir yani kişiliğidir. Kişilik, bir kişiyi bir başkasından farklı olmasını sağlayan ve toplumsal ilişkiler içinde davranış ve tutumla gözlemlenebilen, bireyi ruhsal, bedensel işlevsel özelliklerinin bütünü kapsayan ve bireyin iç dünyası ile dış çevresiyle kurduğu iletişim sonucu diğer bireylerden ayırt edici, tutarlı ve davranışlar, tutumları içeren bir ilişki biçimi şeklinde tanımlanabilmektedir. Kısaca, kişilik “bireyin yaşama biçimi” şeklinde tanımlayabilmek mümkündür. Her bireylerin farklı kişilik özellikleri vardır. Bireyin kişilik özelliklerinin iç ve dış çevreyi kendi bakış açılarından algılamaları söz konusudur. Her bireyin kendi bakış açısıyla sağlık çalışanlarının birbirleriyle ve sağlık çalışanlarının sağlık kurumları arasındaki ilişkinin algılanması arasındaki fark birtakım çatışmaların yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu sebeple bireyin kişiliği stres kaynağı olabilmektedir. Sağlık çalışanının otokratik olması, cinsiyeti, duygusal olarak içe dönük veya dışa dönük bir yapı göstermesi, ilişkiler açısından destekleyici veya yarışmacı

tavır sergilemesi, duygusal açıdan incinir olması, güçlü ve etkileyici olması ya da sabırlı ve yavaş olması, olumsuzluklar karşısındaki direnci ve genel olarak başarı ihtiyacı sağlık kurumları yapısı içerisinde birer stres kaynağı olarak karşımıza çıkabilmektedir.

Sağlık çalışanlarının başta yaptıkları işlerini sevmesi iş stresini azaltacaktır. Çünkü bir birey sevmediği işi yaptığı sürece mutlu olamaz. Bu sebeple sağlık çalışanı karşısındaki bireyin sağlığı ile sorumlu ve bu doğrultuda vicdani boyutu yüksek biri olmalıdır.

3.2.Sağlık Kurumlarında İş İle İlgili Stres Kaynakları

Sağlık alanında sağlık hizmeti verilmesi için kendine özgü faktörlerinin sağlık çalışanı üzerinde stres kaynağı oluşturduğudur. Sağlık alanında çalışan sağlık çalışanları tarafından işin algılanması, sevilmesi, bireyin bu alanda eğitim almış olması, işin sağlık açısından güvenliği, işin ücretinin tatmin etmesi gibi birçok faktör bireyin üzerinde beklenilmedik gerilime ve buhrana sebep olmaktadır. Bu sebeple sağlık çalışanlarının iş ile ilgili stres kaynakları aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür:

İş koşulları: Her meslek gürültü, ışık, koku bireyin ruh ve zihinsel durumu gibi çevresel stres kaynaklarına sahiptir. Sağlık çalışanları teknolojiden ve yeniliklerden yoksun olursa olumsuz etkilenecektir. Sağlık çalışanları uygunsuz ortamlarda çalışmanın yaratacağı motivasyon düşüklüğü sebebiyle kaliteli hizmet veremeyecektir.

Vardiyalı iş: Günümüzde sağlık çalışanları vardiyalı çalışma programına sahip işlerde çalışmaktadırlar. Vardiyalı iş programına

sahip işlerin, bireyin kan basıncını, kandaki şeker seviyesini, zihinsel sağlığı ve iş motivasyonunu hatta aile ve sosyal yaşamı da etkilediği yapılan birçok çalışmada ortaya konmuştur. Vardiya sistemi ile çalışmanın biyolojik ritmi, uykuyu, dikkatli çalışma gücünü etkileyebilmekte, bireyin fiziksel yapısı ve sosyal yaşamı üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir. Çalışma süresinin uzaması, motivasyonun azalması, karar verme sürecinde uzama, düşünme yetisinde zayıflama, iş kazalarının artması gibi birey üzerinde stres yaratmaktadır. Vardiyalı çalışma programına sahip işlerin yanı sıra uzun çalışma saatlerine sahip işler de insan sağlığı üzerinde strese neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarının çalışma saati üzerinde çalıştırılması aşırı yorgunluktan kaynaklanan koroner kalp hastalıklarına sebep olmaktadır.

Seyahat olanakları: Sağlık profesyonellerinin, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti verirken trafik sıkışıklığı, havaalanındaki uçuşların ertelenmesi, daha önceden bilinmeyen yerlerde kalma zorunluluğu gibi seyahat olanaklarına sahip işler de stres kaynağı olabilmektedir. Örneğin, köylerde sağlık ekiplerinin kış mevsiminde yaşadıkları ulaşım sıkıntısı sağlık hizmetlerinin her durum ve koşul altında vazgeçilemeyecek kutsal bir görev olduğunu ifade etmektedir.

İş Yükü: İş yükü, bireyin belli bir sürede sonuçlandırması gereken iş miktarıdır. Aşırı iş yükü, işle ilgili stres kaynakları arasında en önemli ve en çok karşılaşılan etkenlerden birisidir. Bir işin başarımı için ayrılan zamandan daha çok zamana ve güce gerek duyulması, işin gereklerinin bireyin yeteneğini ve beceri düzeyini

aşması bireyde strese yol açar. Sağlık çalışanlarının iş yükleri ağır olmakla beraber süreklilik arz etmektedir. Örneğin hemşirelerin ve hekimlerin sürekli olarak hastalarının gözlemlerini hazırlaması, günlük olarak rapor tutmaların yanı sıra her hekim ve her hemşireye düşen hasta sayısı da günden güne artmaktadır. Bu da iş yükünün artmasına, hastalıkların çeşitlenmesine ve bu hastalıkların tedavi süreçlerinin şekillenmesinde çok fazla emeğe ihtiyaç duyar.

Aşırı Denetim: İş yerinde aşırı denetimin yapılması ve eleştirilerin sağlık çalışanlarında derin suçluluk duygusu oluşturması da bir başka stres faktörüdür.

Rol belirsizliği: Sağlık sektöründe olduğu gibi birey açık bir iş tanımına sahip değilse, iş arkadaşlarının beklentilerinin ne olduğunu bilmiyorsa, işin sorumlulukları hakkında belirgin bir bilgiye sahip değil ise rol belirsizliği ile karşı karşıya olduğu söylenebilir. Bu durum kişide, depresif ruh haline, düşük özsaygıya, düşük düzeyde iş ve yaşam doyumuna hatta işten ayrılma niyetinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

Rol çatışması: Özellikle matriks yapıda çalışan sağlık kurumlarında karşılaşılan iki yöneticiye bir çalışanın bağlı çalışması da stres oluşumuna sebep olmaktadır. Bu nedenle, iş yoğunluğu, zamanın yetmemesi gibi faktörler ile üst yönetimin isteklerine yetişememe, bireyin yapmak istemediği işleri yapmak zorunda kalması da rol çatışmasının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Örneğin sağlık sektöründe çalışan temizlik görevlilerinin hastabakıcılarının işini yapması istenmesi yönetimin iyi bir şekilde görev dağılımını yapamadığını ortaya koymaktadır.

Sorumluluk: Sorumluluk ise bir diğer hem sağlık çalışanı hem de sağlık kurumu açısından stres kaynağıdır. Hiyerarşik olarak bütün kademelerin birbirine karşı sorumlulukları vardır. Alt basamağın orta basamağa ve orta basamağın üst basamağa karşı sorumlulukları emir komuta zinciri içerisinde yer almıştır. Sağlık çalışanlarına yetki ve sorumluluğun dengeli bir şekilde dağıtılması gerekmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının hasta bireyin sağlığının iyileştirilmesine yönelik sorumluluk ve vicdan duygusu içinde çalıştıkları da tartışılamaz gerçektir.

İş ilişkileri: Çalışma ortamında çalışma arkadaşları arasında yaşanan rekabet, kişisel çatışmalar ve kişisel çıkarlar en önemli kurum içi stres faktörleri arasında yer almaktadır.

Kariyer gelişimi: Sağlık alışanlarının çok para kazanmanın yanı sıra görevinde terfi etmek, statü kazanmak, zor işlerde görev almak isterler. Sağlık kurumlarının sağlık çalışanlarına maddi ve manevi desteği sağlayamaması ve dllendirememesi bireyin bu konuda kendini yalnız hissetmesi de strese yol açan bir diğer etmendir.

İş performansı: Sağlık alışanlarının performans değerlendirmeleri anksiyeteyi arttırmakta ve değerlendirmenin nasıl yapıldığı da bireyin strese girmesine sebep olmaktadır.

İletişim: Sağlık alışanı ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimsizlik de bir başka stres kaynağını oluşturmaktadır. Sağlık çalışanının sağlık profesyonelinini anlayamaması, kullanılan mesleki kelimeler, açık ve net olmaması, iletişim kazaları ve iletişimsizlik de stres yaratan faktörlerdir.

Zaman baskısı: Sağlık çalışanının belli bir zamana yetişmek maksadıyla çalışması da bağımsız bir stres kaynağı olabilmektedir.

Tekdüze ve monotonluk: Sağlık çalışanlarının tek düze çalışma ve monotonluk işte çalışıyor olması da stres kaynağını oluşturmaktadır. İşin içeriğinin çok dar, monotonluğun yüksek, yetenek düzeyinin düşük ve ekip çalışmasının yetersiz olduğu kuruluşlarda yalnızlık, birbirlerine karşı soğuma ve yabancılaşma, aşırı stres gibi verimsizliğe yol açmaktadır. Örneğin, bir tıbbi sekreterin sürekli aynı bölüm içinde yıllarca çalışması da sağlık çalışanını sıkılmaya itmektir. Bu sebeple hastanenin değişik birimlerinde tıbbi sekreterlerin rotasyon ve oryantasyon eğitimlerle iş çeşitliliğine yönetim tarafından planlama yapılmalıdır. Aynı şekilde hekimlerinde rotasyon eğitimleri ile değişik hastane ve birimlerde görev almaları da hekimlik görevinde multidisipliner çalışma anlayışına sahip bir çalışma programı oluşturulmasında yararlı olacağı da düşünülebilir.

Çalışma ortamının kötü olması: Çalışma ortamının kötü olması da birey üzerinde stres yaratan bir faktördür. Odanın renk uyumu, eşyaların düzeni, sıcak - soğuk çalışma ortamı, ısı ve nem, yetersiz veya aşırı aydınlatma, kirli hava ve tozlar, zehirli maddeler ve radyasyon, hava kirliliği, iş kazaları da stres nedenleri arasındadır. Sağlık kurumlarında yeterince iyi dizayn edilmemiş ameliyat odaları da sağlık çalışanının motivasyonunu düşürecek ve isteksiz çalışmasına sebep olacaktır.

3.3.Sağlık Kurumlarının Dış Çevre İle İlgili Karşılaştığı Stres Kaynakları

Çevre, bireyin iş yaşamı dışında strese girmesine neden bir diğer faktördür. Değişen teknoloji, krizler ve işsizlik bireyi strese girmesine neden olmaktadır. Teknolojinin hızla gelişmesi ile birlikte vasıflı işgücüne ihtiyaç duymaktadır. Örneğin hızla değişen ve gelişen teknolojilerin sonucu olarak sağlık kurumlarının sağlık hizmeti vermesinde hız ve kalite yönünden rekabet halinde olduğudur. Bu rekabet sürecinde sağlık sektörü kendini gerek donanım gerekse vasıflı insan gücü olarak teknolojik gelişimlere ayak uydurması gerekir.

Bir başka stres yaratan ülkelerde yaşanan yoğun ekonomik krizlerin yaratmış olduğu şirket küçülmeleri, birleşmeleri veya işyeri kapanma kararlarının alındığı dönemler çalışanların stres düzeyi oldukça yüksek olduğu dönemlerdir. Bu süreçlerde ekonomik dalgalanmalar sonucu işsizlik, düşük ücret, haftalık çalışma saatlerinin azaltılması, çalışanın işine son verilmesi ihtimali gibi durumlar ekonomik belirsizliğin yarattığı stres kaynaklarındandır. Bu süreçte sağlık hizmetleri veren tüm sunucular ekonomik dalgalanmalardan en çok etkilenen sektördür. Çünkü sağlık sektörünün gelişmesinde teknolojinin büyük etkisi vardır. Sağlık hizmetleri gelişmiş ülkelerin tıbbi cihaz sanayi, ilaç sanayisi gibi yeniliklerinden yararlanmakta ve dışarıdan bu kaynakların sağlanması gerekmektedir. Sağlık sektöründe ülkeler sağlıkla ilgili yeniliklerin, gelişmiş ülkelere bağlı olarak çalışmaktadırlar. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde sağlıkla ilgili her hangi bir sorun dış kaynaklara bağlı olarak gelişmektedir. Örneğin

sağlık kurumlarında nükleer tıp birimlerinde kullanılan radyoaktivitenin sağlanamaması sintigrafi gibi çekimleri olumsuz etkilemekte, madde temin edilemediğinde hastaların tedavi süreçleri ertelenmektedir.

4.STRESİN SAĞLIK ÜZERİNDE BELİRTİLERİ

Stresin ortaya çıkmasında Selye'ye göre (1977:23-25) bireyin vücudu fizyolojik olarak tepki verir. Bu tepki süreci üç aşamalıdır. İlk dönem otonom sisteminin aktif duruma geçtiği "alarm tepkisi" dönemidir. Bu dönemde salgı bezleri uyarılarak, kana bol miktarda adrenalin ve onun etkisi altında ortaya çıkan diğer biyokimyasal maddeler pompalanır. Salgının etkisiyle vücut alarm durumuna geçer ve ortaya çıkabilecek acil durumlarla uğraşmaya hazırlanır. Strese sebep olan uyarıcı devam ederse "direnc dönemi" denilen ikinci dönem ortaya çıkar. Bu dönemde vücut içinde salgılanan kandaki biyokimyasal maddeler geri çekilir ve organizma normal koşullar altında çalışıyormuş gibi izlenim verse de içten içe direncini kaybederek yorulmuştur. Artık stresin baskısına dayanamayan beden üçüncü aşama olan "tükenme dönemine" geçmiştir. Bu dönemde vücut direncini kaybeder, hastalıklar ortaya çıkmaya başlar ve bu hastalıklar ölümle sonuçlanabilir.

Bu yukarıda sayılan stresin belirtileri tüm bireylerde yaşamın her alanında yaşanmaktadır. Ancak sağlık sektöründe çalışmakta olan sağlık çalışanlarının sağlıkla ilgili problemleri her geçen gün artmaktadır. Sağlık alanında her geçen gün sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara maruz kaldıklarıdır. Bu hastalıklar içerisinde

kuduz, hepatit B ve C, tüberküloz gibi hastalıklara yakalanmaktadır. Bu hastalıklar bulaşıcı olmakla beraber sağlık çalışanın yaşamını ölümlerle sonuçlandırabilmektedir.

5.SAĞLIK KURUMLARINDA STRESİN YOL AÇTIĞI BİREYSEL VE KURUMSAL SORUNLAR

Stresin sağlık çalışanları üzerinde fiziksel ve ruhsal sağlığını bozan etkiler yarattığı kaçınılmazdır. Stresin sadece sağlık çalışanı üzerinde etkisinin olmasının yanında çalıştığı kurum içerisinde de verimlilik ve performans açısından da olumsuz etkileri olduğu sağlık alanında çalışmanın bir başka yönünü oluşturmaktadır. Bu kapsamda stresin sağlık çalışanı ve sağlık kurumlarının çalışmasında iş stresinin oluşturduğu sorunlar aşağıda iki farklı çerçeveden ele alınmaya çalışılmıştır.

5.1. Sağlık Çalışanlarının İş Stresi İle İlgili Yaşadıkları Bireysel Sorunlar

Her birey stresten farklı düzeyler de etkilenir. Her bireyin stresten etkilenme düzeyleri de birbirinden farklılık gösterecektir. Bu anlamda bazı insanların strese karşı daha dayanıklı olmaları, bu insanların kişilik özellikleri kadar, beslenme alışkanlıkları, sahip oldukları sosyal destek olanakları, stresle baş etme becerileri ve stres kaynağı ile ilgili deneyimleri ile de yakından ilgilidir.

Stresin birey üzerinde fizyolojik, duygusal ve davranışlar üzerinde farklı sonuçları vardır. Örneğin, yapılan çalışmalar sonucunda bireyin vücut dengesinin bozulması, kalp atışlarının

hızlanması, deri de görülen birçok rahatsızlıklar, konveksiyonel baskının yarattığı birçok değişiklikler olabilmektedir. Bir başka gözlem sonucunda stres sonucu kişi kendini çevreden uzaklaştırarak kapanık bir kişilik yapısına bürünebilir. Yine aynı şekilde stresin birey üzerinde öfke, kaygı, endişe gibi psikolojik sorunları yarattığıdır. Özellikle, sağlık çalışanlarında yoğun emek işlerin olması bireyleri yaşam kalitesi, sağlık ve sosyal yaşam boyutunu da etkilenmektedir. Çünkü zamanlarının birçoğunu 7/24 sağlık hizmeti veren kuruluşlar da geçirmesi bireyi kapalı bir alan içerisinde kısıtlamaktadır. Bu yoğun çalışmanın yanında sağlık çalışanlarının hasta yakınlarıyla şiddetle karşı karşıya kalmaları da olumsuz etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının yoğun iş temposunda şiddetle karşı karşıya kalmasında iş ile ilgili stresin yaşanmasında olumsuz etki yaratmaktadır. Her ne kadar sağlıkta insana hizmet etmenin verdiği haz, zaman içerisinde yapılan iş sürecinde baskı, gerilim ve bunalım yaratacaktır.

5.2.Sağlık Kurumlarında İş Stresi İle İlgili Yaşanan Sorunlar

Stresin, sağlık kurumlarında hem sağlık profesyonellerinin hem sağlık çalışanlarının verimliliğin düşmesinde, işe geç gitme ve devamsızlığın oluşmasında, iş gücü devrinin yükselmesinde, işten ayrılmaların artmasında, işe yabancılaşma eğiliminin artmasında, çatışma ve iletişim bozukluklarında, iş tatminsizliği, iş doyumsuzluğu, moral ve motivasyonun düşmesinde, yorgunluk ve tükenmişlik duygusunun oluşmasında, işten ayrılmalar da sebep olabileceğidir.

5. SAĞLIK KURUMLARINDA STRESLE BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ

Stresi hem birey sağlık çalışanı olarak hem de sağlık kurumlarının bünyesinde kontrol altına alınması ve yönetebilmesi gerekmektedir. Sağlık alanında stresle başa çıkmada hem bireysel olarak sağlık çalışanlarının hem de sağlık kurumlarının uygulaması gereken yöntemler olmak üzere iki başlık altında toplamak mümkündür.

5.1. Sağlık Kurumlarında Stresle Başa Çıkmada Sağlık Çalışanlarının Uygulaması Gereken Yöntemler

Stresin yönetiminin bireyin kontrolünde olması sebebiyle stresin etkilerini azaltması sağlık çalışanının kendi elindedir. Stresin sağlık çalışanı üzerinde yorgunluk, baş ağrısı, kalp krizleri, kanser gibi birçok hastalığın baş göstermesinin yanında sağlık çalışanının da stresten korunması için de hem kurum içinde hem kurum dışında dikkat etmesi gereken birçok değişken söz konusudur. Stresle başa çıkabilmek için beslenme, zaman yönetimi, dinlenme, duygularının kontrolü, spor aktiviteleri gibi sağlık çalışanının kendi kişilik ve karakterini tanımasına, yetkinliklerini bilmesine yönelik farkındalığının olması gerekir.

5.2. Sağlık Kurumlarında Stresle Başa Çıkma Uygulanması Gereken Yöntemler

İş stresinin azaltılmasına yönelik yönetim tarafından yapılması gerekenler:

- Sağlık profesyonellerinin stres nedenlerini saptamaya yönelik detaylı çalışma yapması ve stres yönetim planlarını hazırlaması gerekir.

- Kurumlardaki iş yükü dikkate alınarak, sağlık çalışanlarının yetersizliklerinin giderilmesine yönelik planlamaların yapılması gerekir.

- Streste etkili baş etme yöntemlerini geliştirebilmeleri için sık sık toplantılar, sosyal organizasyonlar düzenlenmesi sağlık çalışanı açısından önemlidir.

- Hastane ortamındaki stresi ortadan kaldırmak ya da kontrol altına alabilmek için sağlık çalışanlarının iş stresi konusunda eğitilmesi gerekir.

- Sağlık çalışanlarının ruh sağlıklarını korumak ve sürdürmek için psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinin verilmesi gerekir.

- Sağlık işleri rutin olmakla birlikte iş zenginleştirilmesine yönelik düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Rutin işlerin uzun süreli sağlık çalışanının işten sıkılmasına neden olacaktır.

- Sağlık çalışanlarının örgütsel rollerin belirlenmesi ve çatışmaların azaltılması; rol belirsizliklerinin sağlık çalışanının da stres kaynağı yaratacağıdır. Örneğin sağlık kurumlarında uygulanmakta olan matriks yapıda bir bireyin iki ayrı üste bağlı olarak çalışması hem işin

yeterli düzeyde emek sarf edilmeden yapılmasını hem de sağlık çalışanının karmaşık sürece tabi olarak çalışması nedeniyle sağlık çalışanının tükenmesine sebep olacaktır.

- Sağlık çalışanlarının performansının değerlendirilmesinde ve adil ücretlendirme uygulanmasın da kurumda yaşanan iş stresi azalacaktır. Aynı işe aynı ücret verilmesi, kadrolaşmanın farklılaşmasının ortadan kaldırılması sağlık kurumları içinde stresin oluşumunu önleyecektir.

- Sağlık alanında çalışan bireylere kişisel gelişimlerini sağlayan kariyer planlamasının yapılması, oryantasyon ve rotasyonun sağlanması, kurum içerisinde yükselme ve terfi basamaklarının olduğunu ve sağlık çalışanının hem kariyer hem kişisel gelişimine destek verilmesi amacıyla stres ortadan kalkacaktır. Sağlık çalışanlarının ödüllendirilmesi motive edici olacağından iş stresinde azalma olacaktır.

- Sağlık kurumlarında neşeli bir ortamın olması, ortak sorunlara ortak çözümler bulunması, sağlık çalışanlarının da yönetimde söz sahibi olmasına yönelik katılımlı yönetim anlayışını belirlemesi, sağlık çalışanının performansının karşılığında ödüllendirilmesi ve bireyin doğum günü, evlilik ve ölüm dönemlerinde hatırlanması motivasyon aracı olmakla birlikte stresi azaltacak etkenlerdir.

- Sağlık kuruluşlarında sağlık çalışanının sağlığı ve güvenliğine yönelik risk analizlerinde iş stresi, iş gerilimi konularının daha ayrıntılı irdelenmesi gerekir. Sağlık çalışanlarına iş sağlığı ve güvenliği konusunda bilgi verilmesi gerekmektedir.

•Sağlık kurumlarında yoğun stresli bölümlerde çalışanlara yönelik sağlık tarama programların uygulanması da iş stresinin azalmasında önemli bir adımdır. Özellikle sağlık sektöründe radyoaktivite alanında çalışan sağlık çalışanlarının radyoaktivite ve zarar verebilecek birçok kimyasal çalışma sürecinde önlem ve tedbir alma konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

6. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Stres, yaşamın kaçınılmaz bir parçasıdır. İş ve sosyal yaşamda ister istemez, bireylerde gerginliklere yol açar ve bu gerginliklerin sebep olduğu fiziksel ve psikolojik denge değişimleri olmaktadır. Bu etkilenmeyi en az düzeye indirgeyebilmek için stresin kaynağında çözüm üretebilmek gerekir. Aksi halde stresin yıkıcı rolü bireyin fizyolojik ve ruhsal sağlığında hiç beklenmedik yaralanmalara, hastalıklara ve rahatsızlıklara neden olacaktır. Stresin yıkıcı yönünün olduğu kadar eğer şayet iyi yönetilebilirse stresin yapıcı rolünden de yararlanmak mümkündür. Stres yönetiminin iyi yönetilmesi durumunda yaşamın kalitesinde artışın olmasıyla verimli çalışmaların ortaya çıkabileceği de unutulmamalıdır. Stres olayları değerlendirme ve yorumlama düşünce yapısında, duyguların davranış kalıplarına yansımada etkili bir süreç olduğu kaçınılmazdır. Bu bağlamda bireyin stresle baş etmesinde kendisini iyi tanınması, mevcut durumu iyi analiz etmesi ve stresi kontrol altına alabilmesi gerekmektedir.

Özellikle, sağlık sektöründe yapılan işin insan hayatını ilgilendirmesi nedeniyle sağlık çalışanları yoğun stres altında işlerini yapmakta ve vicdani sorumluluk duygusunun çok ağır olduğu bir alanda çalışmaktadırlar. Sağlık sektöründe çalışmak aşırı mesleki stres, fiziksel ve zihinsel sağlık riskinin artış gösterdiği bir çalışma alanıdır. Bu sebeple sağlık çalışanlarının iş gücü yönünden tükendiği ve yaşam kalitesinin azalttığı bir hizmet alanıdır. Sağlık çalışanlarının çalışma şartları mesleki stresin yarattığı sorunlar giderek günden güne artmaktadır. Sağlık çalışanları ciddi anlamda ciddi mesleki hastalıklarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Sağlık çalışanlarının son

dönemlerde iş güvenliğinin kalmaması, hasta yakınlarından saldırı girişimi görmeleri ve ölüm tehlikesi ile sık sık karşı karşıya kalmakta hatta başta hekimler öldürülmektedir. Sağlık çalışanlarının yaşadıkları tükenmişlik, hasta memnuniyeti, hasta bakım süreçleri ve hasta iyileştirme sürelerindeki uzama çalışma şartlarıyla bir ilişki içerisindedir. Bu durum sağlık çalışanlarının diğer meslek çalışanlarına göre daha stresli ortamda çalıştıklarını göstermektedir.

KAYNAKÇA

- AYDEMİR, M., DEMİRCİ, M. K., ULUKÖY, M. (2005),
“Bankacılıkta Stres Sorunu: Stres Kaynakları ve Stresle Başa
Çıkma Yolları Üzerine Bilecik’te Bir Araştırma”, *Kocaeli
Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Yıl 1, Sayı 1.
- AYDIN, Ş., (2004). “ Örgütsel Stres Yönetimi”. *Dokuz Eylül
Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* Cilt 6, Sayı:3.
- ATASOY A, YORGUN S. (2013). Sağlık Çalışanlarında İş Gerilimi
ve İş Stres Düzeyinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Performans ve
Kalite Dergisi*. 2013; 6:71-88.
- BALTAŞ, Z., BALTAŞ, A. (2013). *Stres ve Başa çıkma Yolları*.
Remzi Kitabevi. İstanbul.
- BAYER, Nükhet. YILMAZ Ece Zeybek, BAYRAM Ayhan (2019).
‘Sağlık Çalışanlarının Üniversitelere Geçiş Süreçlerini Etkileyen
Unsurlar’. *İnsan Ve Toplum Bilim Çalışmaları Dergisi*,
8/3:1545/1558.
- BASCH John, FISHER Cynthia D. (1998), Affective Events-
Emotions Matrix: A Classification Of Work Events And
Associated Emotions. The first conference of emotions in
organizational life.
- BUDAK, G. BUDAK, G. (2004). *İşletme Yönetimi*. Barış Kitabevi.
İzmir.
- BUDAK, G., BUDAK, G. (2013). *İşletme Yönetimi*. Barış Kitabevi.
İzmir.
- CAM, Erdem, 2004, “Çalışma Yaşamında Stres ve Kamu Kesiminde
Kadın Çalışanlar”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, Issn:
1303-5134.

- CARTWRİHT, S., COOPER, C.L. (1997). *Managing Workplace Stress*. Sage Publication. London.
- EREN, E. (2007). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*. Beta Basım Yayın. İstanbul.
- FESHBACH S. ve B. WEINER, 1991, *Personality*, 3.ed., Maryland: C.Heath and Company.
- GÜMÜŞTEKİN G., & ÖZTEMİZ A., (2005). “Örgütlerde Stresin Verimlilik ve Performansla Etkileşimi” *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 14, No:1, 109-120.
- KARAKILÇIK Yusuf, ERKUL Hüseyin, USTA Aydın (2004). *Kurumlar ve Yönetimi*, Detay Yayıncılık, Malatya, s.280. (İşgörenlerin Stres'i bir sorun olarak algılamaları ve stres yönetimi' Usta Aydın s.158-178).
- SAYILAN Aylin Aydın, BOĞA Melda Sert (2018). ‘Hemşirelerin İş Stresi, İş Yükü, İş Kontrolü ve Sosyal Destek Düzeyi ile Tıbbi Hataya Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi’. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 20(1):11-22. ISSN:1307-9557 (Baskı), ISSN:1307-9549 (Online).
- SEHLEN S, VORDERMARK D, SCHÄFER C, HERSCHBACH P, BAYERL A, PİGORSCH S, RİTTWEGER J, DORMİN C, BÖLLİNG T, WYPİOR HJ, ZEHENTMAYR F, SCHULZE W, GEİNİTZ H. Job stress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses and physicists working in radiotherapy: a multicenter analysis by the DEGRO Quality of Life Work Group. *Radiat Oncol*. 2009;4(6):1-9.
- SELYE, H., (1977), *Stres Without Distress*. Teach Yourself Books, Y.3, No.21, s.23-25.

- SELYE, H. (1974). *Stress without Distress*. J.B. Lippincott Company. Philadelphia & New York.
- SOYSAL Abdullah, İş yaşamında Stres,
file:///F:/KONGRE%202019%20ÇALIŞMALAR/İŞ%20STRES
İ/İŞ%20STRESİ%204.pdf (Erişim Tarihi: 01.09.2019).
- SÖKMEN, Alptekin, 2005, “Konaklama İşletmelerinin Yöneticilerinin Stres Nedenlerinin Belirlenmesinde Cinsiyet Faktörü: Adana’da Ampirik Bir Araştırma”, *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Güz, 1, ss.1-27.
- ŞİMŞEK, Ş., AKGEMCİ, T., ÇELİK, A. (2008). *Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütsel Davranış*. Gazi Kitabevi. Ankara.
- TENGİLİMOĞLU Dilaver, AKBOLAT Mahmut, IŞIK Oğuz (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Genişletilmiş 7.basım, Mayıs, s.602.
- TEZCAN Mahmut, 1997, *Türk Kişiliği Ve Kültür-Kişilik İlişkileri*, T.C. Kültür Bakanlığı Kültür Eserleri Dizisi, No.191 Ankara.
- TOSI, H.L. ve HAMNER, W.C. (1982). *Organizational Behaviour And Management: A Contingency Approach*. içinde Schuler, R.S. “Definition and Conceptualization of Stress In Organizations”, John Wiley & Sons.Third Edition.
- YELBOĞA Atilla, 2006, “Kişilik Özellikleri ve İş Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, “İş, Güç” Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, Cilt.8, Sayı:2.
- ZEL Uğur, 2001,“Yönetimde Kişilik ve Kişilik Özellikleri”, Yönetim ve Organizasyon (İçinde), Editör: S. Güney, Nobel Yayınları, Ankara.

BÖLÜM 2:
SAĞLIK ÖRGÜTLERİNDE DUYGUSAL ZEKÂ
Dr. Öğr. Üyesi Erhan KILINÇ¹

¹ Selçuk Üniversitesi, Beyşehir Ali Akkanat İşletme Fakültesi,
erhankilinc@selcuk.edu.tr

1. Giriş

Çalışma hayatının kuralları günden güne değiştiği günümüz iş dünyasında, işletmeler yeni ölçütler geliştirilmeye ve kullanılmaya devam etmektedirler. İşletme çalışanları ne kadar eğitilmiş, akıllı kullanabilen ve alanında uzman olursa olsun; kendini ve başkalarını idare etmede ve kontrol etmede başarısız ise bu durum onun iş performansını düşürebilmekte hatta işten ayrılmasına neden olabilmektedir. Günümüzde çalışanlardan beklenen bu yeni ölçütler; iş yapmaya yetecek derecede entellektüel ve teknik bilgiye sahip olmanın üzerine kurulacak inisiyatif kullanabilme, empati gösterebilme ve ikna edicilik gibi kişisel nitelikler üzerine kuruludur. Bu özellikler, ne gelip geçici bir moda ne de işletme biliminin yeni keşfettiği mucizevi ilaç olmamasının yanısıra, okullarda öğretilenlerin dışında ve akademik bilgi standartlarının biraz uzağında olan konuları içermektedir. Artık gerek iş başvurularında gerekse iş hayatının devamında işgörenler, bu yetenekler çerçevesinde değerlendirilmektedir (Goleman, 2000:9,10). Bu niteliklere sahip olmanın yolu ise özel hayatımızda önemli yeri olan duyguların, iş hayatı içerisinde olumsuzluklara neden olmasını önlemek ve onları iş hedefleri doğrultusunda kullanmak ve yönetmekten geçmektedir.

Antik Yunan'dan bu yana mantıksal düşüncenin gelişimi, benzetimler, argümanlar ve sorgulamalar, günümüzün bilgi birikimlerinin ortaya çıkmasında önemli yapıtaşları olarak görülürler. O zamandan bu yana düşünürler ve bilim insanları, mantık ve rasyonel ifadeler konusunda hemfikir olmakla birlikte 'duygu' konusunu göz ardı eden bir yaklaşım sergilemişlerdir (Mayer, 2008: 508). Bu nedenle

yakın bir zaman kadar sunduğu bilgiler ışığında bilim dünyasının bizlere sunduklarına bakıldığında, bilimin duyguların hayatımızdaki yerini ve önemini ortaya koyacak bir vizyon oluşturmadığı da söylenebilir. Kısacası, insan yaşamında rasyonelliğin değerinin ve önemini vurgulamada ileri giden bilim, duygular konusunda yeterince bir aşama kat edememiştir (Goleman, 1995: 4).

Duygular iş hayatında önemli bir rol oynamaktadırlar. Duygular, işgörene kendisi ve diğer insanlar hakkında çok değerli bilgiler vermektedirler. İşgörenler, işyerlerinde hemen hemen her gün, hayal kırıklığından sevince, korkudan rahatlamaya kadar birçok farklı duyguyla karşı karşıya kalırlar. Bu duyguların olumlu ya da olumsuz olmasına bakmaksızın kontrol altında tutulmaları gereklidir. Aksi durumda, özellikle anlık gösterilen olumlu veya olumsuz duygusal tepkiler, bireye ve diğer kişilere zarar verebilmektedir. Bu durumdan kurtulmanın ve duyguları akıllıca kullanmanın anahtarı ise duygusal zekâdan geçmektedir (Weisinger, 1998: 21). Duygusal zekâ kavramı son zamanlarda, özellikle bireyin iş başarısında ve kariyerinde etkisi nedeniyle araştırmacılar tarafından popüler bir araştırma konusu haline gelmiştir. Bunun en önemli nedenleri ise, çalışanların gerek iş gerekse özel yaşamda yaşadıkları çatışmaların yoğunluğundaki artış ve bu nedenle yaşanan enerji kaybı, iş ve yaşam tatmininde azalma, performansı yönetiminde yaşanan güçlükler ve artan negatif duygular yatmaktadır (Karakaş ve Küçüköğlü, 2011:8; Erdoğan, 2008: 63).

2. Duygusal Zekâ

Eski zamanlardan bu yana insanoğluna, “duyguların bastırılması ve kontrol altında tutmaları” gerektiği yönünde yapılan tavsiye ve telkinler, oldukça rast gelinen bir durumdur. Bu tavsiye ve telkinler genellikle “duygularını bastırma veya onları yok sayma” şeklinde algılanmış ve anlaşılmıştır. Oysaki duygular, insanlara neyi neden yaptığı konusunda birçok ipucu içermektedir. Bu yüzden duyguları bastırmak, bu önemli bilgilerden yoksun kalınması anlamına gelmektedir. Ve üstelik duyguların yok sayılarak bastırılması, o duyguları sona erdirmemekte; aksine bireyin sinirlenmesine ve hatta olumsuz tepkiler göstermesine neden olmaktadır (Weisinger, 1998: 47).

Duyguları yönetmek, onları bastırmaktan çok farklı bir durumdur. Duyguları yönetmek, duyguları anlamak ve bu anlayıştan yola çıkarak durumu kendi lehine çevirmek demektir. Örneğin bir toplantıda amiriniz sizi aşağılıyor hatta hakaretler ediyor ise ona aynı şekilde tepki vermeniz, sizin belki de ikinci bir azarlanmanızla ya da işten kovulmanızla sonuçlanabilir. Böyle bir durumda duygusal zekâ, olayı nasıl yorumlamamanız ve çözümlemeniz konusunda size yardımcı olacaktır. Öncelikle kızgınlığınızın farkına varırsınız, sonrasında düşüncelerinizi düzene girer ve daha yapıcı bir iç diyalog içerisine girersiniz. Sonrasında kendi içinizde o kişinin bu tepkisinin mantıksız olduğunu, onun seviyesine inmemeniz gerektiğini telkin ederek, kızgınlığımı belli etmemeliyim önerisiyle daha yapıcı bir tepkide bulunursunuz. Burada nefes egzersizleri veya bulunduğunuz ortamdan uzaklaşma gibi çeşitli teknikler sizi sakinleşir ve amirinizin

sizi küçük düşürme sorununa daha mantıklı ve yapıcı bir çözüm bulmanıza yardımcı olur (Weisinger, 1998: 47, 48). Hatta bu sakin tepkiniz, sizin haklılığınızın ve iş ahlakınızın varlığına işaret eder ve iş arkadaşlarından bu olgun davranışınızdan dolayı olumlu tepkiler alabilirsiniz.

Genel zekâ, kavramları ve problemleri soyutlamaları doğru bir şekilde mantığa büründürmeye yönelik genel yetenektir. Duygusal zekâ ise bireylerin kendisine veya başkalarına ait duyguları anlama, sezinleme, yönetme ve yönlendirme kapasitesi ve becerisinin ölçümünü olarak tanımlamaktadır. Duygusal zekâ, duygusal soyutlamalar (duygusal kavramlar) ile doğru bir şekilde kavrama, akıl yürütme ve duygusal sorunları çözme yeteneğidir (Cote ve Miners, 2006: 3).

2.1. Duygusal Zekânın Kavramı

Duygusal zekânın İngilizce karşılığı '*Emotional Intelligence*' (EI)'dir. Duygusal zekâ, insan yeteneklerine dikkat çekmek için kullanılan bir deyimdir. Bu kavram, ifade olarak basit olmasına rağmen, insan kabiliyetinin karmaşıklığını anlatmaktadır (Boyatzis vd., 2000:2). Bu karmaşıklık ve bu kavramın multidisipliner yapısından dolayı duygusal zekâ farklı şekillerde tanımlanmıştır. Duygusal zekâ, bireyin kendi davranışlarını doğru yönlendirmesi için kendi duygularının farkında olması, yaşamını sürdürdüğü çevredeki insanların duygularını doğru tanıması, kendisinin ve diğer insanların farklı duyguları arasında ayırım yapabilmesi ve bunları etkin biçimde düzenleyerek kendi lehine kullanabilme ve yönetme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir tanımda duygusal zekâ, duyguların ve ilişkilerinin anlamlarını tanıma,

duygu ile ilişkili duyuları özümseme, onlara dayanarak duygularını yönetme kapasitesini, akıl yürütme ve problem çözme becerisini ifade etmektedir. Duygusal zekâ, zekâ, empati ve duygular vasıtasıyla kişilerarası dinamikler düşüncesini ve anlayışını geliştirmek için duyguların farkında olma, duygularla baş edebilme, kendini motive etme, diğer bireylerle empati kurma ve ilişkileri yönetme yeteneklerini kapsamaktadır (Weisinger, 1998: 12; <http://www.oxfordreference.com>, Eren, 2015: 348; Mayer vd., 1999: 267).

Duygusal zekâ en basit ve genel bir tanımı ise duyguların akıllıca kullanımı, duygularından yararlanarak olumlu sonuçlar elde etme çabalarıdır. Bu çabaların temel amacı; insana yaşadığı olumlu duyguları ve mutluluğunu artırma, kendini geliştirme ve diğer insanlarla ve çevresiyle olumlu ilişkiler kurma ve sürdürme yeteneğini oluşturmaktır. Bu anlamda duygusal zekânın iki önemli fonksiyonu vardır. Birincisi; insana yaşamdan zevk alma becerisi kazandırmak, ikincisi ise; çevredeki insanların daha mutlu olmalarını sağlayacak davranışlar ortaya koymaktır. Tabi buradaki ikinci amaç birinci amacın gerçekleşmesine katkı verir. Örneğin, bir konferansta konuşma öncesi kontrol edemeyeceğiniz heyecan ve stres faktörünüzü nasıl yenmeniz gerektiğini duygusal zekânınız ortaya koyar ve sizi yönlendirir. Oda içerisinde dolaşmak, tekrar yapmak veya geçmişinizdeki başarılı konuşmalarınız hatırlatmak gibi davranışlar endişenizi yenmenize yardımcı olur (Eren, 2015: 348; Mayer vd., 1999: 267; Mayer, 2008; Yelkikalan, 2006: 48; Tuğrul, 1999: 12; Boyatzis vd., 2000:3).

Duygusal zekâ yükseltilebilen, geliştirilebilen ve arttırabilen bir olgudur. Yani doğuştan var olan daha sonra değişmeyen ve gelişmeyen

bir özelliğe sahip değildir. Arslan ve arkadaşlarına (2013) göre duygusal zekâ; bireylerin öğrenilebilir sosyal ve psikolojik yeteneklerinden oluşmaktadır. Duygusal zekâ yeteneklerini ve becerilerini öğrenerek, bu alanda alıştırmaları yaparak geliştirebilirsiniz. Benlik bilinci, duygu yönetimi ve kendi kendini motive etme çalışmaları duygusal zekâyı geliştiren faaliyetler arasındadır (Weisinger, 1998: 21-22; Arslan vd., 2013: 171). Bununla birlikte duygusal zekânın oluşumunda birçok etken olduğu söylenmektedir. Bunlardan başlıcaları; çocukluk döneminde yaşanan olaylar, mizaç açısından fiziksel yapı, genetik özellikler ve hayat boyu edinilen tecrübelerdir (Mayer vd., 2004: 198). Ayrıca kadınların duygusal ifadelerde ustalığını ortaya koyan araştırmalara (Salovey ve Mayer, 1990, Goleman, 1995; Gross ve John, 1995; Bjorklund ve Kipp, 1996; Skuse ve ark. 1997) göre kadınlar erkeklerden daha yüksek duygusal zekâyâ sahiptirler (Schutte vd., 1998, 169).

2.2. Duygusal Zekânın Boyutları

Mayer ve Salovey (1995)'e göre duygusal zekâ dört ana yapı taşı üzerine kuruludur. Bu unsurlar zaman içerisinde deneyimlerle zenginleştirilebilirse, duygusal zekânın temeli olan yetenek ve beceriler de gelişir ve zenginleşir. Bu dört yapı taşı şunlardır:

1. Duyguyu tam ve doğru olarak kavrayabilme, yorumlayabilme ve tanımlama yeteneği,
2. Kendini ya da başkasını anlama konusunda yardımcı olması için ihtiyaç olduğunda ve istendiğinde duygulara ulaşabilme ve onları oluşturabilme yeteneği,
3. Duyguları ve onlardan gelen bilgiyi çözme ve anlama yeteneği,

4. Duygusal ve entelektüel gelişme için gerekli olan duyguları düzenleme yeteneği.

Duygusal zekânın ilk alanı duyguları algılama; duygusal zekânın en temel yönünü temsil eden kişinin kendi duygularını tanımlama becerisini içerir. Bu boyutta yüzler, resimler, sesler ve kültürel yapılardaki duygular algılanır ve çözümler. Duygusal zekânın ikinci boyutu duyguları kullanma; düşünme ve problem çözme gibi çeşitli bilişsel etkinlikleri kolaylaştırmak için duyguları harekete geçirme becerisidir. Bu beceriler, varsayımsal bir senaryo ile resimleştirmeye yapabilir. Duygusal açıdan zeki olan kişi, görevin en iyi şekilde yerine getirilebilmek için değişen ruh haline duygularını adapte edebilir. Duygusal zekânın üçüncü boyutu duyguları anlama; duygu dilini kavramak ve duygular arasındaki karmaşık ilişkilere saygı duymaktır. Duyguların anlaşılması, duygular arasındaki farklılıklara (mutlu ve öfkeli gibi) arasındaki farka duyarlı olma kabiliyetini kapsar. Duyguları yöneten duygusal zekânın dördüncü boyutu, hem kişinin hem de başkalarının duyguları düzenleme yeteneğidir. Örneğin, zeki bir politikacı öfkelenildiğinde karşısındakine bağırarak yerine bu enerjisini güçlü bir konuşma yapmak için kullanabilir. Duygusal açıdan zeki kişi, duyguları harekete geçirir ve onları kullanarak amaçlanan hedeflerine ulaşmayı başarır (Salovey ve Grewal, 2005: 281-282; Mayer vd., 2004: 200; Aslan, 2009: 35; Schutte vd., 1998: 168).

Cooper ve Sawaf'ın 1997 yılında yayımladıkları "Executive EQ" adlı kitapta duygusal zekânın beceri ve eğilimlerinin temelde dört alt boyutta toplandığını ifade edilmiştir. Bunlar; duygusal okuryazarlık, duygusal zindelik, duygusal derinlik ve duyguların simyasıdır.

Duygusal okur-yazarlık, kişinin kendi duygularını ve işlevlerini nasıl kullandıklarını belirtmektedir. Duygusal zindelik, duygusal zorluk (katılık) ve esneklik içermektedir. Duygusal derinlik, duygusal yoğunluk ve büyüme potansiyelini açıklamaktadır. Duygusal simya ise yaratıcılığı kıvılcımı için duygu kullanma becerisini anlatmaktadır (Schutte vd., 1998, 168).

Duygusal zekânın boyutları temelde beş gruptan oluşur. Bunlar; kendinin farkında olma (öz bilinç), sosyal farkındalık, sosyal beceriler, strese dayanıklılık veya tolerans ve mutluluktur (Eren, 2015: 349-351; Bacanlı, 1999: 8-12). Duygusal zekânın bu beş boyutunun içeriği aşağıda açıklanmıştır.

2.2.1. Kendi Duygularının Farkında Olma (Öz bilinç)

Kişinin kendi kendini değerlendirmesinde, güçlü yönlerinin, zayıflıklarının ve sınırlı taraflarının farkında olması son derece önemlidir. Duyguların ve davranışların bilincinde olan birey, başkalarının da kendi hakkındaki yargılamalarını fark eder ve hareketlerine ve tutumlarına buna göre yön verir (Weisinger, 1998: 23; Eren, 2015: 349-350). Sokrates, “Kendini bil! (tanı)” sözünü aslında “Ne kadar az bildiğinin bilincine var” anlamında kullanmış ve bu sözyle kendini fark etmenin önemini vurgulamıştır. Örneğin istekleri ile sizi çileden çıkararak bir müşteriyi elinizden kaçırmamızın işiniz için kötü sonuçlar doğuracağını fark edebilirsiniz, onu yatıştırmak ve ikna etmek için gereken önlemleri alabilirsiniz. Ya da eğer amirinizin size verdiği bir projenin en iyi şekilde gerçekleştirip gerçekleştireceğiniz hakkında endişeleri olduğunun farkında olabilirsiniz, bu konuda çok

çaba gösterir ve projenin olumlu sonuçlanacağını dair onu ikna edebilirsiniz (Weisinger, 1998: 23). Bunları yapabilmenin sırrı da bireyin kendi duygularının, algılamalarının, yargılamalarını, hareketlerinin, ihtiyaç ve isteklerinin farkında olması ile mümkündür. Bu bilgiler tepkilerinizi, davranışlarınızı ve iletişim biçiminizi şekillendirmenize yardımcı olur (Weisinger, 1998: 24).

2.2.2. Sosyal Farkındalık veya Empati

Empati, bir bireyin, başkalarının duygularını, onların içinde bulunduğu durum göz önüne bulundurarak anlaması ve içselleştirmesi anlamına gelmektedir (<https://www.nedir.com/empati>). Bireyin kendisi ile birlikte diğer insanların da varlığına ve haklarına saygı duyması, onların duygularını, görüş açılarını, beklenti ve çıkarlarını anlamaya çalışması, bir sosyal farkındalık ve empati becerisidir. Bu becerilere sahip kişiler, duygusal etkileşime önem verir ve karşındakini etkin dinlerler; olaylara onların görüş açısından bakarlar. Empati kurabilen bireyler, karşı tarafın hatasında kendileri de hata yapmış gibi rahatsızlık duyabildikleri gibi; başkalarının başarılarında da sanki kendileri başarmış gibi haz ve mutluluk duyabilmektedirler (Altay, 2011: 24). Başkalarını mutlu kılmak, onları geliştirmek, ödüllendirmek, farklı görüş açılarını, kişisel ve grupsal farklılıkları ve eğilimleri anlamak ve onlara tolerans göstermek, sosyal farkındalığın gereklerindedir (Eren, 2015: 350).

2.2.3. Sosyal Beceriler

Sosyal becerilere sahip kişiler, etkili ikna etme taktiklerini kullanarak iletişim ve haberleşme bakımından açık ve inandırıcı mesajlar gönderirler ve diğer insanları etkileyebilirler. Bu sayede görüş birliği ve kendilerine destek oluşturabilirler. Sosyal becerilerin birçok alt boyutu vardır. Bunlardan en önemlileri; liderlik, değişimcilik, çatışma ve etkili iletişim, bireyler arası ilişkiler kurma ve karşılıklı çıkar ya da yararları koruma yeteneğidir. Sosyal becerilere sahip kişiler, statükoya meydan okuyan, değişim ihtiyacının farkında olan ve değişimin önündeki engelleri ortadan kaldırmaya çabalayan bireylerdir (Eren, 2015: 350-351). Sosyal becerilerden bir tanesi olan etkili iletişim, bireyler arası ilişkiler kurma ve karşılıklı çıkar ya da yararları koruma yeteneğidir. İletişim her türlü ilişkinin temelidir ve iletişim olmadan ilişki kurulamaz. Etkin iletişim yeteneğinin duygusal zekâya vereceği destek oldukça önemlidir (Weisinger, 1998: 127).

2.2.4. Strese Dayanıklılık veya Tolerans

Bu duygusal zekâ becerisi; bireyin stresli veya gerilimli ortamlarda sakin kalabilme, dayanabilme ve ani tepkilerden kaçınabilme yeteneğidir. Bireyin ani gelen olumsuz tepkilerden kendini koruması, onlara olumsuz karşılık vermemesi, duygularını kontrol altında tutması, sıkıntılara rağmen mutlu kalabilmesi ve duygularını yönlendirebilmesidir (Eren, 2015: 351).

2.2.5. Mutluluk

Duygusal zekânın en önemli unsurlarından biri de mutluluk ve mutlu duruşu devam ettirmektir. Bireyin mutlu olmak için, yaptığında kendini iyi ve mutlu hissettiği eylemler ve hobiler edinmesi, yaşamdan zevk alması ve her türlü zorluğa rağmen ortamda mutlu olabilecek anlar bulması onun mutluluğunun anahtarıdır (Eren, 2015: 351).

2.3. Duygusal Zekânın Önemi

Bilişsel yeteneklerle ölçülen zekâ (IQ) kavramı, uzun yıllar başarılı olan insanların arkasındaki temel güç kaynağı olarak düşünülmüştür. Zaman içerisinde bireylerin hayatta başarıya ulaşmaları için IQ'nun tek başına yeterli olmadığı anlaşılmıştır. Örneğin akademik olarak yüksek IQ'ya sahip olan bazı bireyler, iş hayatında (o bilgileri uygulamada) başarısız olabildikleri; bunun aksi olarak da akademik düzeyi düşük IQ'lu bazı bireyler iş hayatında oldukça başarılı olabildikleri görülmüştür. Bu konuda bilim adamları farklı etmenleri ortaya çıkarmaya çalışırken duygusal zekâ (EIQ) kavramını keşfetmişlerdir. İnsan hayatındaki başarılar ve mücadeleler için duygular, oldukça önemlidir.

Duygusal zekâ kavramı, son zamanlarda gerek sosyal bilimlerde gerekse psikolojide üzerinde pek çok çalışmanın yapıldığı popüler bir kavram haline gelmiştir (Doğan ve Şahin, 2007: 232). Goleman kitabında EQ'nun ihmal edildiğini öne sürmüştür. Goleman, insanların IQ'larının yüksek olmasının onlara başarı garantisi getirmediğini, çünkü EQ'ları düşükse, başarılı olamayabileceklerini beyan etmiştir. Kitabında biyolojik araştırmalara (beyin araştırmaları, beyin sağ lobu, sol lobu vb.) ağırlık veren Goleman, her ne kadar “hem IQ, hem de EQ”

formülü ile her iki zekâ türünün önemi üzerinde duruyor olsa da, yapı olarak EQ'nun IQ'ya üstünlüğünü vurgulamaktadır. Goleman'a göre duygusal zekânın çevresel etkisi ve yönetsel değeri, akılsal zekâdan daha üstündür (Bacanlı, 1999: 8; Goleman, 1995).

Bireylerin başarılı olabilmeleri, zihinsel zekâları ile birlikte duygusal zekâlarını da kullanabilmelerine bağlıdır. Duygusal zekâ, bireylerin içlerindeki gücü ve enerjiyi kullanarak güçlü olmalarını, kişilerarası ilişkilerinde anlayışlı olmalarını ve karşısındaki kişilerle daha kolay anlaşmalarını öğreterek onlara uzun süreli mutluluğun anahtarını vermeye çalışan önemli bir kavramdır. Duygusal zekâ ile özellikle olumsuz koşullar altında bireyler, bulunduğu çevreye uyabilme, kendi kendini-kontrol, azimli olma, kendi kendini motive etme ve empatik olma gibi yeteneklerini geliştirerek hayatlarını kolaylaştırabilmekte ve zorluklarla mücadele edebilmektedirler. Bu nedenle duygusal zekâ kavramının her geçen gün önemi artmakta, hayatın her aşamasına yansıtılması vazgeçilmez hale gelmiştir (Oğan ve Toy, 2017: 447; Yelkikalan, 2006: 40; Doğan ve Şahin, 2007: 232).

2.4. Duygusal Zekânın Örgütlerdeki Yeri ve Önemi

Araştırmalar, örgütlerde istenilen başarıya ulaşması için karar alma ve uygulama süreçlerinin sadece mantıksal çerçevede değil, aynı zamanda duygusal zekâ boyutunda da değerlendirilmesi gerektiği ortaya koymaktadır (Arslan vd., 2013: 170). Çalışanlarının duygularını örgütün politikaları ve stratejileri ile uyumlu hale getirmeleri, müşterilere karşı empatik bir yaklaşım sergilemeleri ve farklı hisler içerisinde olsalar da kendilerinden beklenen şekilde davranmaları bu gerekliliği ortaya koyan tutumlardır. Bu durumun aksine olan

davranışlar hem çalışanın hem de örgütün performansına olumsuz yönde etki yapacaktır (Onay, 2011:587-588).

Duygusal zekâ, insanın çevreyle, toplumla, içinde çalıştığı organizasyonla, iş ekibiyle, astları, üstleri ve iş arkadaşları ile uyumlu bir şekilde çalışmasının temel unsurlarından birisidir. Artık işletmeler işe alımlarda duygusal zekâ testlerini kullanarak doğru işgören seçme yoluna gitmektedirler (Eren, 2015: 351). Duygusal zekânın iş hayatındaki öneminin anlaşılması ile birlikte, duygusal zeka birçok İnsan Kaynakları Yönetimi (İKY) uygulamalarında kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle işe alım süreçleri, kariyer yönetimi, performans değerlendirilmesi ve ücret yönetimi gibi işlevlerde çalışanların duygusal zekâ düzeyleri artık önemli bir ölçüttür. İşe alımlarında duygusal yetkinliği ölçen görüşme tekniklerinin kullanılması, işgörenleri istenen duygusal yetkinlikler doğrultusunda geliştirilmesi için eğitimler verilmesi, ücret ve ödüllendirme sisteminde duygusal yetkinliklerin de önemli bir kriter olarak görülmesi, işyerlerinde duygusal zekâ uygulamalara örnek olarak verilebilir. Bu anlamda işletmeler, duygusal zekâlarını kullanabilen ve kendi ve başkalarının duygularını tanıyabilen ve yönetebilen ve duygu, istek ve beklentilere önem veren işgörenleri işe alma ve onları işletmede tutma çabası içinde oldukları görülmektedir (Altay, 2011: 93-94; Güllüce ve İşcan, 2010: 11).

Duygusal zekânın cazibesi, başarı için sadece sözel ve niceliksel yetenekler gibi iyi bilinen yeteneklerden değil; aynı zamanda duygularla ilgili yeteneklerin de etkili olduğu görüşüdür (Cote and Miners, 2006: 1). Kendini tanıyan, gereksinimlerini bilen, güçlü ve

zayıf yönlerinin farkında olan ve duygularını yönetebilen ve daha sağlıklı kararlar alabilen bireylerin yüksek duygusal zekâyâ sahip oldukları bilinmektedir. Yapılan araştırmalar, yüksek duygusal zekâyâ sahip kişilerin, hem iş hem de özel yaşamlarında diğer kişilerle olan ilişkilerinde ve yaptıkları işlerde diğer kişilere göre daha başarılı olacaklarına dair inancı desteklemektedir. Duygusal zekâsı gelişmiş bireylerin işletme amaç ve hedeflerini daha iyi anladıkları ve uyum sağlayabildikleri düşünüldüğünde, bu bireylerin işletme başarısına daha fazla katkı sağlayacakları söylenebilir. Bu bağlamda duygusal zekâsı gelişmiş işgörenler, işletmeye diğer işletmelerle olan yarışında rekabet üstünlüğü sağlayacak, işletmede yeni iletişim stratejilerinin uygulanmasını olanaklı kılacaktır (Altay, 2011: 1,2, 94).

Duygusal zekâ, düşünceleri artırmak için duygularla ilgili akıl yürütme kapasitesidir (Mayer vd., 2004: 197). Duygusal zekâ, duyguları, sosyal çevreyi anlamaya yardımcı olan ve faydalı bir bilgi kaynağı olarak görerek duygu ve zekâ alanlarını bir araya getirir (Salovey ve Grewal, 2005: 281). Duygusal zekâ, bireyin davranışlarını yönlendiren ihtiyaç, dürtü ve gerçek değerlerini temsil eden ve diğer insanlarla olan ilişkilerini ve iş yaşamındaki başarısını belirleyen önemli bir olgudur (Güllüce ve İşcan, 2010: 10; Yeniçeri, vd., 2015, s.100). Ayrıca duygusal zekâ ile iş yaşamındaki birçok sorun çözüme kavuşturabilir. Örneğin; iş arkadaşlarınızla sürtüşmelerinizi giderme, zor bir müşteri ile anlaşma sağlama, patronunuzu eleştirebilme, verilen bir görevi başarıyla tamamlanma gibi birçok durumda duygusal zekâ kişiye yardımcı olmaktadır. Kısacası duygusal zekâ hem çalışanın hem

de diğerk bireylerin sorunlarını çözmeye etkili bir olgudur (Weisinger, 1998: 13).

Günümüzde işletmeler, sadece mesleki anlamda üstün özelliklere sahip veya işinde başarılı olan işgörenleri değil; aynı zamanda ekip çalışmasında uyumlu ve bireysel başarılarından daha çok kolektif çalışmalarda başarılı olan işgörenleri önemsemektedir (Altay, 2011: 14). Duygusal zekânın tatmin edici kişisel ilişkiler kurma ve iş başında başarıya ulaşma gibi önemli sonuçlar doğurduğu görülmektedir. Belki de en önemlisi, duygusal zekânın yetenek temelli testleri, kişiliğin değerlendirilen özelliklerinden nispeten farklı olan becerileri güvenilir bir şekilde ölçmesidir (Salovey ve Grewal, 2005: 281).

2.5. Sağlık Örgütlerinde Duygusal Zekâ

Sağlık kurumları, hastalıkların önlenmesi, hasta bireylerin iyileştirilmesi, hayata devam edebilmelerinde rehabilite edici hizmetlerin sunulması ve bireylerin sağlıklarının geliştirilmesi gibi temel başlıklar altında birçok uzman kişinin yoğun ve stresli bir ortamda, hasta odaklı ve hayati hizmetlerin verildiği örgütlerdir. Sağlık hizmetleri sadece teknik boyutu olan bir hizmet türü değildir; aynı zamanda içerisinde psiko-sosyal unsurlar da bulunduran bir süreçtir. DSÖ tarafından yapılan, “sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik halidir.” tanımı da bu durumu desteklemektedir. Bu tanım, sağlık çalışanlarına sağlık hizmetlerinin sunumunda (özellikle tedavi süreçlerinde) sadece işin bireysel, teknik ve fiziksel yönünü değil; aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönünün de düşünülmesi gerektiği, bu durumların göz ardı edilmemesi gerektiğini ortaya koymaktadır

(http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html, E.T. 05.08.2019).

Günümüzde birçok sağlık sistemi hasta merkezli hizmet sunumuna odaklanmış durumdadır. Sağlık çalışanları ise işlerini yaparken sıklıkla yüksek baskı, karmaşık talepler ve sınırlı kaynaklarla karşı karşıya kalabilmektedirler. Bununla birlikte çoğu zaman sağlık çalışanları, hastalarının fiziksel olarak iyileşmesine odaklanabilmekte ve hastaların karşılanması gereken duygusal ihtiyaçlarını göz ardı edebilmektedirler.

Duygusal zekâ kişisel bir özelliktir ve giderek tıpta, hemşirelikte ve diğer sağlık mesleklerde daha çok bir potansiyel role sahip olduğu görülmektedir (Birks ve Watt, 2007: 368-369). İçerisinde empati kurma, iyi niyetlilik, yardımseverlik, olumlu düşünme, merhamet duygusu ve benzeri duyguları ön planda tutan duygusal zeka, bu anlamda sağlık mesleklerinin temel ilkeleri ve konuları kapsamında yer almaktadır (Atilla vd., 2013: 103). Örneğin, hemşirelik mesleğinin temel ilkelerinden olan şefkatli olma, özgecilik (yardımseverlik) ve diğergamlık (başkasını düşünme) bu ilkelerden birkaçıdır. Ayrıca hemşireler, görevlerini mesleki bilgi, beceri ve sezgileri kullanarak yerine getirmektedirler (Çolak Okumuş ve Uğur, 2017:105). Hemşireler sık sık acı çeken ve duyguların yoğunlaşan hasta ve ailelere bakım hizmeti sağlarlar. Şefkat, hemşirelerin sağladığı bakım hizmetlerinin temel bir bileşenidir. Duygular, hemşireler, hastalar ve aileler arasındaki ilişki ve iletişimde önemli bir rol oynamaktadır. Duygusal olarak zeki bir hemşire, kendini güvende hisseder, duygularını daha iyi anlar, kontrol eder ve yönetir (Hefferman vd., 2010:366).

Sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında hizmet alıcısı hastalar ile hizmet sunan sağlık çalışanları kimi zaman ilk defa ve ani olarak karşı karşıya gelmektedirler. Bu nedenle tarafların birbirine dair önceden bir bilgi ve düşünceleri de bulunmamaktadır. Bu durum bazı iletişim sorunlarının meydana gelmesine neden olabilmektedir. Bu ilişkinin ve karşılıklı iletişimin doğru ve sağlıklı kurulmasında temel sorumluluk ve yönlendiricilik sağlık çalışanlarına aittir. Sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınlarının duygu ve düşüncelerine öncelikli olarak şartsız bir kabul ve anlayışla karşılık vermeleri bu noktada önem arz etmektedir. Bunun için sağlık çalışanları, hasta ve yakınlarını herhangi bir ortamda veya durumda karşı karşıya kaldıklarında, eşit şartlarda bulunan bir taraf olarak değil; kendileriyle empati kurmaları, duygularını anlamaya çalışmaları gereken, zor ve sıkıntılı bir süreç geçiren bireyler olarak görmeleri doğru bir yaklaşımın başlangıç noktası olacaktır.

Sağlık hizmeti almak için sağlık kurumlarına başvuran hasta ve hasta yakınları, birçok farklı duyguyu aynı anda yaşayabilmektedir. Bunlar içerisinde en çok yaygın olanları; korku, endişe, sıkıntı, kaygı, öfke ve bunaltı gibi olumsuz duygulardır. Tanı ve tedavi süreçlerinin uzamasıyla birlikte ise bu sıkıntı ve kaygı duygularına çaresizlik, umutsuzluk ve karamsarlık eklenebilmektedir (Özmen, 2007). Kendini kötü hisseden hasta ve hasta yakınları, bu esnada kendini dinleyen, duygularını anlayan ve rahatlatıcı birkaç kelime eden kişilere ihtiyaç duymaktadırlar. Özmen (2007), hekim-hasta ilişkisinde hekimlerin genellikle hastaların duygularına önem vermedikleri ifade etmiştir. Bu durumun en önemli nedenleri arasında ise; hekimlerin kendilerinin bir şey değiştiremeyecekleri düşüncesi, hekimlerin hastaların

duygularından etkilenmeleri ve hekimlerin hastaların duygularına denetlemeleri gerektiğine (duygusal olmaları gerektiğine) dair olan inanç ve önyargılarını göstermiştir.

Sağlık çalışanları da sağlık kurumlarında hastaların tanı ve tedavi sürecinde birçok farklı duyguyu yoğun bir şekilde farklı veya aynı zamanda yaşayabilmektedir. Hastanın tedavisinde iyileşen bir seyir izlemesinde mutluluk; kötüleşmesinde üzüntü ve sıkıntı; hasta veya yakınlarının bağırması ve veya haksız tepki göstermesinde öfke veya hayal kırıklığı; hatalı bir tedavi süreci yaşanmasında üzüntü, korku ve özgüven eksikliği gibi birçok duyguyu farklı hastalarda, farklı veya aynı zaman dilimi içerisinde yaşayabilmektedir (Karakaş ve Küçükkoğlu, 2011: 9). Sağlık çalışanlarının hem kendi duygularının farkında olmaları ve onları kontrol altında tutabilmeleri hem de hastaların tedavisinde kendileri için önemli bir ipucu olan onların duygularını anlamaları, hizmet kalitesinin ve iletişimin kalitesinin artırılmasında, çalışan mutluluğunda ve iş tatmininde, bireysel ve örgütsel hedeflere ulaşmada son derece önemli bir husustur.

2.5.1. Sağlık Örgütlerinde Yapılan Duygusal Zekâ Araştırmaları

Sağlık çalışanları üzerinde yapılan duygusal zekâ çalışmalarında aşağıdaki sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür.

- Cadman ve Brewer'e (2001) göre yapılan araştırmalar, duygusal zekânın kişilerarası beceri eğitimi yoluyla yeterince geliştirilemediğini ve bu nedenle hemşirelerin işe alımında duygusal zekâyı tanımlayacak değerlendirme kriterleri ve stratejileri oluşturmasının zorunlu olduğunu ileri sürmüştür.

- Wagner ve arkadaşları tarafından (2002) yapılan bir araştırmada; doktorların duygusal zekâ düzeyi ile hasta memnuniyeti arasında sınırlı bir ilişki saptanmıştır.
- Aslan ve Özata (2008) tarafından sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmada, duygusal zekânın tüklenmişliğin duyarsızlaşma boyutuyla negatif yönlü, kişisel başarı boyutuyla pozitif yönlü ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca duygusal zekânın pozitif duygusal yönetim ve empatik duyarlılık boyutları ile tüklenmişliğin duygusal tükenme boyutu arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır.
- şener ve arkadaşları (2009) tarafından hemşire ve ebeler üzerinde yapılan çalışmada, katılımcıların duygusal zekâ düzeylerinin düşük olduğu ve duygusal zekâ ile iş tatmini arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır.
- Hefferman ve arkadaşları (2010) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışma, şefkat ve duygusal zekâ arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir.
- Karakaş ve Küçükoğlu (2011) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin duygusal zekanın “duygularını kontrol etme” ve “sosyal beceriler” boyutlarının düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.
- Onay ve Uğur (2011) tarafından hastane çalışanları üzerinde yapılan çalışmada, uzman hekimlerin “sosyal becerileri”nin daha yüksek olduğu; pratisyen hekimlerin duygusal zekânın “kendi duygularının farkındalığı” boyutu düzeyinin diğer çalışanlara göre daha yüksek olduğu; yüksek lisans yapan kişilerin duygusal

zekâ düzeylerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve ücret artışının duygusal zekâ boyutlarını etkilediği saptanmıştır.

- Kuşaklı ve Bahçecik (2012) tarafından yönetici hemşireler üzerinde yapılan çalışmada, hemşirelerin duygusal zeka yetenekleri ortalamasının üzerinde olduğu, duygusal zeka yetenekleri ile liderlik davranışı arasında pozitif yönde yüksek ilişki olduğu saptanmıştır.
- Atilla ve arkadaşları (2013) tarafından hastane çalışanları üzerinde yapılan çalışmada, duygusal zekâ ile hasta memnuniyeti arasında ilişki olduğu bulunmuştur.
- Arslan ve arkadaşları (2013) tarafından sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmada, duygularını ifade edebilme boyutu ile duygusal bağlılık ve devamlılık bağlılığı arasında anlamlı bir ilişki saptanırken; sağlık çalışanlarının duygusal zekâları ile normatif bağlılıkları arasında ise anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.
- Tiryaki Şen ve arkadaşları (2013) tarafından başhekim ve başhemşireler üzerinde yapılan çalışmada, başhemşirelerin başhekim grubundan daha yüksek düzeyde duygusal zekâyâ sahip olduğu saptanmıştır.
- Büyükbayram ve Gürkan (2014) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin duygusal zekâ düzeyi ile iş tatmini arasında zayıf düzeyde pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.
- İnce ve arkadaşları (2015) tarafından doktor, hemşire ve ebeler üzerinde yapılan çalışmada, duygusal zekânın “duyguların

değerlendirilmesi” boyutu ile işgören performans arasında pozitif ve güçlü bir ilişki saptanmıştır.

- Çapık ve arkadaşları (2016) tarafından gebeler üzerinde yapılan çalışmada, gebelerde duygusal zekâ puanı arttıkça sağlık uygulamaları puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır.
- Çolak Okumuş ve Uğur (2017) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmada, bakım davranışları ile duygusal zekâ arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.
- Cascio’ya (2017) tarafından sağlık uzmanları (doktorlar, hemşireler ve diğer bakıcılar) üzerinde yapılan çalışmada, özellikle kendini psiko-fiziksel yorgunluk, ilişkilerin zarar görmesi olarak gösteren tükenmişlik ve duygusal zekâ arasında negatif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır.
- Sarıkaya ve Atilla (2018) tarafından (2018) tarafından hekimler üzerinde yapılan çalışmada, hekimlerin duygusal zekâ düzeyleri ile karar verme stilleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Duygusal zekânın “kendi duygularını değerlendirme, başkalarının duygularının değerlendirilme, duyguların kullanılması ve duyguların düzenlenmesi boyutları” ile “rasyonel karar verme boyutu” arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca “başkalarının duygularının değerlendirilmesi boyutu” ile “sezgisel karar verme” arasında pozitif yönde; “duyguların kullanılması boyutu” ve “kaçınan karar verme” arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır.
- Nightingale ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışma, hemşirelerin duygusal zekâsının hem fiziksel hem de duygusal

bakımla ilgili olduğunu göstermiştir. Ayrıca yaş, deneyim, tükenmişlik ve iş tatmini hem bakım hem de duygusal zekâ için önemli faktörler olarak değerlendirilmiştir.

- Çankaya ve Çiftçi (2019) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmada, stresle başa çıkma yöntemlerinde duygusal zekânın anlamlı düzeyde etkisinin olduğu saptanmıştır.

2.5.2. Sosyo Demografik Açından Sağlık Çalışanlarının Duygusal Zekâ Düzeyleri

Bu başlık altında sağlık örgütlerinde yapılan çalışmalarda katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim, aylık gelir ve medeni durum değişkenlerine göre duygusal zekâ düzeyleri arasındaki ilişkiler ortaya konmaya çalışılmıştır.

a) Cinsiyet değişkeni bakımından:

- Shuttle ve arkadaşlarının (2001), Acar'ın (2002) ve Aslan ve Özata'nın (2008) çalışmalarında duygusal zekâ puanları ile cinsiyet arasında bir ilişki saptanmazken; pek çok çalışmada kadınların duygusal zekâ düzeyi puanlarının erkeklere göre yüksek olduğu saptanmıştır.
- Tiryaki Şen ve arkadaşları (2013) tarafından başhekim ve başhemşireler üzerinde yapılan çalışmada, kadın yöneticilerin duygusal zekâ düzeyinin erkek yöneticilerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Akgemci ve arkadaşlarının (2007) sağlık çalışanları üzerinde yaptığı bir araştırmada, kadınların erkeklerden daha yüksek duygusal zekâ düzeyine sahip oldukları saptanmıştır.

- Karakaş ve Küçükoğlu (2011) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmada, erkeklerin duygusal zekâ düzeylerinin kadınlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

b) Yaş değişkeni bakımından:

- Aslan ve Özata (2008) tarafından sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmada, duygusal zekâ boyutlarında yaş değişkeni açısından farklılık bulunmamıştır.
- Karakaş ve Küçükoğlu (2011) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmada, 31 yaş ve üzeri olanların duygusal zekâ puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Harrod ve Scheer (2005)'in çalışmasında yaş ilerledikçe duygusal zekânın arttığı belirtilmiştir.

c) Eğitim değişkeni bakımından:

- Tiryaki Şen ve arkadaşları (2013) tarafından başhekim ve başhemşireler üzerinde yapılan çalışmada yöneticilerin eğitim durumuna göre duygusal zekâ düzeylerinin etkilendiği saptanmıştır. Önlisans düzeyinde olanların lisans ve lisansüstü mezunu olanlara göre duygusal zekâ düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Karakaş ve Küçükoğlu (2011) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmada, hemşirelerin duygusal zekâ düzeyinin eğitim değişkenine göre farklılık göstermemekle birlikte, alınan iletişim becerileri eğitimlerinin duygusal zekâ düzeyini etkilediği saptanmıştır. İletişim, empati ve stresle baş etme eğitimi gibi duygusal zekaya yönelik eğitim alan hemşirelerin duygusal zeka

puan ortalamaları bu eğitimleri almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, duygusal zekânın eğitimle gelişebileceğini göstermektedir.

d) Aylık Gelir değişkeni bakımından

- Karakaş ve Küçüköğlü (2011) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmada, hemşirelerin duygusal zekâ düzeyinin maddi durum değişkenine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Çalışmada iyi düzeyde gelir ile duygusal zekâ puanı arasında düzeyde yüksek bir ilişki saptanmıştır.
- Harrod ve Scheer (2005)'in gençler üzerinde yaptıkları çalışmada ailenin geliri arttıkça duygusal zekâ puanlarının da arttığı bildirilmektedir.

e) Medeni Durum değişkeni bakımından

- Niksarlı ve Şenturan (2017) tarafından hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin medeni durumları ile duygusal zekâ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Duygusal zekâ, bireyin kendi davranışlarını doğru yönlendirmesi için kendi duygularının farkında olması, yaşamını sürdürdüğü çevredeki insanların duygularını doğru tanınması, kendinin ve diğer insanların farklı duyguları arasında ayırım yapabilmesi ve bunları etkin biçimde düzenleyerek kendi lehinde kullanabilme ve yönetme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Duygusal zekâ, tüm iş dünyasında olduğu gibi, sağlık örgütlerinde de oldukça önemli ve üzerinde durulması gereken bir olgudur. Sağlık çalışanlarının, hastalarıyla ve iş arkadaşlarıyla daha iyi iletişim kurma, iç stresini yönetebilme ve sorunlara net ve açık bir zihinle yaklaşma yeteneğine sahip olmalarında duygusal zekanın önemi son derece büyüktür.

Sağlık çalışanlarının duygusal zekâ düzeylerinin geliştirilmesinde öncelikle çalışanların kendi özelliklerini, güçlü ve zayıf yönlerini fark etmeleri, olaylar karşısındaki duygusal tepkilerini değerlendirmeleri sağlanmalı ve duygularını kontrol etme becerileri geliştirilmelidir. Bir sağlık bakımı ortamındaki her seviyedeki personelin, kendi duygularını nasıl yöneteceklerini ve üzüntülü veya öfkeli insanlara nasıl davranacaklarını bilmeleri gereklidir. Bunun için de hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi, ekip çalışması, eleştirel düşünce, kritik düşünme, çatışma yönetimi, liderlik, insanları etkileme, ikna ve iletişim becerileri ile ilgili eğitimlere ağırlık verilmesi ve çalışanların duygusal zekâ düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi için araştırma yapılması önerilebilir. Ayrıca çalışanların kendini mutlu edecek veya kendisini iyi hissetmesini sağlayacak aktivitelerde bulunması önerilir.

Bununla birlikte işe alımlarda, belirli pozisyonlar için hangi becerilerin gerekli olduğunu düşünürken, listede duygusal zekâyâ ait kriterler konulmalıdır. Adaylar, kendi duygularını ve hastalarının duygularını tanıma ve yönetme yetenekleri açısından da değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

- Acar F. Duygusal Zekâ ve Liderlik. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2002; 12: 53-68.
- Akgemci T, Aslan Ş ve Özata M. (2007). Duygusal Zekânın Demografik Değişkenler Açısından Araştırılması: Hizmet Sektörü Yöneticileriyle İlgili Bir Çalışma. 15. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongre Kitabı, 2007. p. 871-879.
- Altay, Ü. (2011). Yöneticilerin duygusal zekâ düzeylerinin karar verme stillerine etkisi ve bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Arslan, R., Efe, D. ve Aydın, E. (2013). Duygusal zekâ ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişki: sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma. Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi, 5(3), 169-180.
- Aslan, Ş. (2009). Duygusal zekâ ve dönüşümcü, etkileşimci liderlik. Nobel Yayın Dağıtım.
- Aslan, Ş. ve Özata, M. (2008). Duygusal zekâ ve tükenmişlik arasındaki ilişkilerin araştırılması: sağlık çalışanları örneği. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, (30), 77-97.
- Atilla, G., Çarıkçı, İ. H. ve Erdem, R. (2013). Hastanelerde Duygusal Zekâ-Hasta Memnuniyeti İlişkisi: Isparta İl Merkezi Örneği. Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 15(1), 101-119.
- Bacanlı, H. (1999). Sosyal beceri eğitimi. Ankara, Nobel.

- Birks, Y. F. and Watt, I. S. (2007). Emotional intelligence and patient-centred care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100(8), 368–374.
- Boyatzis, R. E., Goleman, D. ve Rhee, K. (2000). Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory (ECI). *Handbook of emotional intelligence*, 99(6), 343-362.
- Büyükbayram, A. ve Gürkan, A. (2014). Hemşirelerin İş Doyumunda Duygusal Zekânın Rolü. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 5(1).
- Cadman, C., and Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, 9(6), 321-324.
- Cascio, Maura. (2017). The Role of Emotional Intelligence in Health Care Professionals Burnout. *International Journal of Healthcare and Medical Sciences*. 3. 8-16.
- Cote, S., and Miners, C. T. (2006). Emotional intelligence, cognitive intelligence, and job performance. *Administrative Science Quarterly*, 51(1), 1-28.
- Çankaya, M. ve Çiftçi, G. E. (2019). Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarında Duygusal Zekanın Etkisi: Çorum İlinde Bir Uygulama. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(2), 391-414.
- Çapık, A., Sakar, T. ve Apay, S. E. (2016). Gebelikte Sağlık Uygulamaları ile Duygusal Zeka Arasındaki İlişki, *International Refereed Journal of Nursing Researches*, Sayı: 6 Yıl: 2016.

- Çolak Okumuş D. ve Uğur, E. (2017). Hemşirelerin duygusal zeka düzeylerinin bakım davranışlarına etkisi. ACU, Sağlık Bil. Dergisi 2017(2):104-109.
- Doğan, S. ve Şahin, F. (2007). Duygusal zekâ: tarihsel gelişimi ve örgütler için önemine kavramsal bir bakış. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16(1).
- Erdoğan, M. Y. (2008). Duygusal Zeka'nın Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 7(23), 62-76.
- Eren, E. (2015). Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, Beta Basım Yayın Dağıtım, İstanbul.
- Goleman, D. (2000). İşbaşında duygusal zekâ. Varlık Yayınları, İstanbul.
- Goleman, D. P. (1995). Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ for character.
- Güllüce, A. Ç. ve İşcan, Ö. F. (2010). Mesleki tükenmişlik ve duygusal zekâ arasındaki ilişki. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi, 5(2), 7-29.
- Harrod, N. R., and Scheer, S. D. (2005). An exploration of adolescent emotional intelligence in relation to demographic characteristics. Adolescence, 40(159), 503.
- Heffernan, M., Quinn Griffin, M. T., McNulty, S. R. and Fitzpatrick, J. J. (2010). Self - compassion and emotional intelligence in nurses. International journal of nursing practice, 16(4), 366-373.
- İnce, M., Gül, H. ve Yavuz Gözükara, M. (2015). Duygusal Zekâ İle İşgören Performansı Arasındaki İlişkiler Üzerine Ampirik Bir Araştırma. Gümüşhane University Electronic Journal Of The

Institute Of Social Science/Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi, 6(12).

Karakaş S.A. ve Küçüköğlü, S. (2011). Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Duygusal Zekâ Düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(3), 8-13.

Kuşaklı, B. Y. ve Bahçecik, N. (2012). Yönetici hemşirelerin duygusal zeka yetenekleri ve liderlik davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(2), 112-119.

Mayer, J. D., Caruso, D. R. and Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267-298.

Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., Inquity, S. P., Taylor, P., Erlbaum, L. and Caruso, D. R. (2004). Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications, 15 (3), 197–215. Google Scholar.

Mayer, John D (2008). "Human Abilities: Emotional Intelligence". *Annual Review of Psychology*. 59: 507–536. doi:10.1146/annurev.psych.59.103006.093646.

Nightingale, S., Spiby, H., Sheen, K., & Slade, P. (2018). The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: Findings from an integrative review. *International journal of nursing studies*, 80, 106-117.

Niksarlı, Orak, E. ve Şenturan, L.(2017). Hemşirelikte mesleki değerler ve duygusal zekâ ilişkisinin incelenmesi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Oğan, E. ve Toy, B. Y. (2017). Meslek Yüksekokulu ğrencilerinin Duygusal Zekâ Düzeylerinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Arastirmalari Dergisi, 7(3).
- Onay, M. (2011). Çalışanın sahip olduğu duygusal zekâsının ve duygusal emeğinin, görev performansı ve bağlamsal performans üzerindeki etkisi. Ege Akademik Bakış, 11(4), 587-600.
- Onay, M. ve Uğur, B. (2011). Sağlıktaki Memnuniyetin Sessiz Sihri: “Duygusal Zeka”. Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi, 3(2), 23-34.
- zmen, E. (2007). Hasta Hekim İlişkilerinde Hastaların Yaşadıkları Duygular, <https://www.medimagazin.com.tr/authors/erol-ozmen/tr-hasta-hekim-iliskilerinde-hastalarin-yasadiklari-duygular-72-47-1301.html>
- Salovey, P. and Grewal, D. (2005). The science of emotional intelligence. Current directions in psychological science, 14(6), 281-285.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. and Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale.
- Sarıkaya, M. B. ve Atilla, G. (2018). Hekimlerde Duygusal Zekânın Karar Verme Stilleri zerine Etkisi. Süleyman Demirel University Journal Of Faculty Of Economics & Administrative Sciences, 23(4).
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J. and Dornheim, L. (1998). Development and

- validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and individual differences*, 25(2), 167-177
- Şener, E., Demirel, Ö. ve Parlak, K. (2009). The effect of the emotional intelligence on job satisfaction. *Stud Health Technol Inform*, 146, 710-1. Tuğrul, C. (1999). Duygusal zekâ. *Klinik Psikiyatri*, 1, 12-20.
- Tiryaki Şen, H., Taşkın Yılmaz, F., Özcan, D. ve Bahçecik, N. (2013). Kamu hastanelerinde görev yapan başhekim ve başhemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri ile etik muhakeme yetenekleri ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013;10 (3): 18-26
- Tuğrul, C. (1999). Duygusal zeka. *Klinik Psikiyatri*, 1, 12-20.
- Wagner, P. J., Mosley, G. C., Grant, M. M., Gore, J. R. and Owens, C. L. (2002). Physicians' emotional intelligence and patient satisfaction.
- Weisinger, H. (1998). İş yaşamında duygusal zekâ. İstanbul: MNS Yayıncılık, İstanbul.
- Yelkikalan, N. (2006). 21. yüzyılda girişimcinin yeni özelliği: Duygusal zekâ.
- Yeniçeri, E., Yıldız, E., Seydaoğulları, A., Güleç, S., Çetin ve E. S., Baldemir, E. (2015). “Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Duygusal Zeka ve Empati İlişkisi”. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 19(2), 99-107.
- http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html, Modern Yönetim Semineri, Türk-İş Yayınları No:144, 1982, E.T. 05.08.2019.
- <http://www.oxfordreference.com>

BÖLÜM 3:
LİDERLİK YÖNELİMLERİ VE LİDERLİK DAVRANIŞ
BİÇİMLERİ

Dr. Öğr.Üyesi Esin BENHÜR AKTÜRK¹

¹ İstanbul Aydın Üniversitesi Yerel yönetimler Meslek Yüksek Okulu,
esinakturk@aydin.edu.tr

GİRİŞ

Günümüz toplumunda liderlik yönelimleri ve davranış biçimleri toplumun belirleyicilerinden biri olmuştur. Doğru yönetilmek için önemli şartlardan biri olan liderlik toplumun en uygun özelliklerini ortaya çıkarmıştır. Bu çalışma; literatürde çok sayıda bulunan liderlik davranışından bazı liderlik davranışlarını kısaca ele almaktadır. Çalışmanın amacı literatürü tarayarak liderlik teorilerini ve liderlerin davranış biçimlerini açıklayarak bu kapsamda liderlik özelliklerini incelemektedir. Liderlik tarzlarının sadece iş dünyası değil topluma siyaset ve bilime de katkısının tartışmasız bir yeri bulunmaktadır. Liderlerin yönelimlerinin toplumda belirleyici bir rol oynaması ve toplumları değişime sürüklemesi de liderlik davranış biçimlerine verilebilecek örneklerdendir. Liderlik insanların birlikte yaşadıkları ve yönetimin söz konusu olduğu her yerde gündemde olan önemli bir konudur. Bu sebeple liderlik konusu hep üzerinde konuşulan ve bundan sonrada konuşulacak en temel konulardan birisidir. Bu konuda literatürde hem klasik liderlik yaklaşımları, hem de modern liderlik yaklaşımlarıyla ilgili çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda modern liderlik yaklaşımları açıklanmakta ve günümüzde liderlik beklentilerinin neler olduğuna cevap aranmaktadır.

Liderlik Yönelimleri ve Teoriler

Teknolojik gelişmelere paralel olarak sürekli gelişme içinde olan işletmeler ve kurumlar, faaliyetlerinin olumsuzluklardan en az düzeyde etkilenmelerini sağlamak amacıyla bir yönetim sistemi oluşturmaktadır. Yönetim sistemi, toplum bilimciler tarafından bir sınıf ve saygınlık sistemi olarak ifade edilmektedir. Diğer yandan, psikoloji, hukuk, sosyal psikoloji ve muhasebe gibi sosyal bilimlerin çeşitli dalları yönetimi amaçlarına uygun bir biçimde tanımlanmaktadır.(Akat;2002:1)

İstenen amaçlarda başarının sağlanabilmesi hem bireysel hem de grup olarak başkalarının davranışlarını etkileyebilmektir. Bu eylem, liderlik kavramıyla açıklanmaktadır. İnsanların iş birliği ve yardımlaşmaları ulaşılmak istenen amacın bir parçası olmaktadır. Liderlik, kişileri belirli bir amaç doğrultusuna yöneltme olarak açıklamıştır. Gruba mensup kişileri bir araya toplayabilen kişiye de lider denmektedir. (Nalbant, Özdil;1997:18)

Liderlik yaklaşımlarında temel nokta yönetimin, diğer kişilerin çabaları aracılığıyla amaçların başarılması süreci anlamına gelmektedir. Yönetim görevini üstlenen kişi ister yönetici adını alsın, ister lider sıfatını alsın mutlaka çatışma çözümleri üretmek durumundadır. (Can;2002:22)

Grupsal ya da kişisel amaçların gerçekleşmesi için kişinin diğerlerinin davranışlarını etkileyebilmesine liderlik denmektedir. Ayrıca liderlik yönlendirme sürecini de kapsamaktadır. Liderlik tanımlamaları liderliğin farklı yönlerinin ele alınmasıyla yapılmaktadır. Liderlik kavramı kimi zaman kişisel bir özellik olarak

tanımlanmakta, kimi zaman bir mevkiinin niteliği olarak belirtilmektedir.(Çelik;2000:1)

Grup üyeleri arasında gerçekleşen etkileşimin sağlanması amacıyla, var olan gücün kullanılması liderlik olarak tanımlanmaktadır. Liderin bir başka tanımlaması ise, grup üyelerini tespit edilen amaçlar doğrultusunda başarılı kılmaya yönelten, Liderin, insanları tek başına gidemedikleri yerlere götürme gücü vardır. Etkili bir lider, dürüst, ileriye gören, ilham veren, eşitlikçi, destekleyici, görüşlerini açık bir biçimde ifade eden, insanları iyi dinleyen ve tarafsız değerlendiren, güvenilir, grubunu destekleyen, başkalarının görüşlerine saygı duyan, kendi gücünün farkında olan ve uygun biçimde kullanan, hatalardan ders çıkartabilen, etkili iletişim ve yönetim becerilerine sahip kişidir. (Baltaş;2001:104)

Lider, gruptaki üyelerce hissedilebilen fakat bir netlik kazanmamış olan ortak fikirleri ve istekleri faaliyete geçiren kişidir. Bu düşünce ve arzuları kabul edilebilir bir amaç biçiminde ortaya koymakla beraber, grubun var olan fakat açığa çıkarılmamış güçlerini, ilgili amaç dâhilinde harekete geçiren kişidir.

Liderlik, insanları bir amaç ve hedef için bir araya getirebilmektir. Belirlenen hedeflere ulaşmak için grubu harekete geçirecek yetenek ve bilgilerin bütünü olarak tarif edilmektedir. Liderlik, hükmedebilme davranışını içermemekte, aksine grup üyelerini ortak bir amaç etrafında birlikte çalışmaya yönlenebilmesi olarak tanımlanmaktadır. (Zel;age:91)

Liderliğin bir sanat biçimi olduğu yönünde görüş bildiren yazarlar bulunmaktadır. Bu bağlamda liderlik, belirli durum ve şartlar

altında hedefe ulaşma yolunda diğerlerini eylem ve davranışları açısından etkileme sanatıdır. Liderlik, zorbalık olmadan kişileri belirli bir amaca doğru yönlendirebilmektir.(Şimşek;1996:187)Genel olarak kabul gören liderlik yaklaşımlarına bakacak olursak bunlar; özellikler yaklaşımı, davranışsal yaklaşım, durumsallık yaklaşımı ile modern yaklaşımlardır.

Özellikler Yaklaşımı Teorisi

Liderlik ile ilgili yapılan araştırmalar, lideri daha çok sosyal, duygusal ve fiziksel özellikler kapsamında belirlemeye çalışmaktadır. Bu yaklaşım özellikler yaklaşımı olarak literatürde yer almaktadır. Liderlik konusunda geliştirilmiş ilk yaklaşım olarak da kabul edilmektedir. (Walter;1991:17)

Özellikler yaklaşımında liderin özellikleri ön plandadır. Yaklaşımına göre lider, özellikleri kapsamında diğer grup üyelerine göre farklı olmalıdır. Eski çağlardan beri liderlik konusunda araştırmalar yapılmaktadır. Liderin sosyal, düşünsel, duygusal ve fiziksel özellikleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir; (Sabuncuoğlu, Tüz;2009:220)

1. Sosyal özellikler: diğerleriyle olan iletişimin kuvvetli olmasıdır. Arkadaşlık ve dostluk kurma bu özellik kapsamında değerlendirilebilmektedir. Ayrıca dışa dönük bir kişilik yapısı ve kendini kabullendirme de sosyal özellikler içinde yer almaktadır.

2. Düşünsel özellikler: liderin zeki olması, ikna yeteneği ve ileri görüşlülüğüdür. Bununla birlikte, sorumluluk sahibi olmak, realist yaklaşım, gerektiğinde inisiyatif kullanabilmek, yeterli bilgiye sahip

olmak bu bağlamda değerlendirilmektedir. Bilgi ve zekâ düşünsel özellikler arasında sayılmaktadır.

3. Duygusal özellikler: özdenetim, algılama, güven, sevmek, yüksek başarıma duygusu ve hırs da duygusal özellikler arasında yer almaktadır.

4. Fiziksel özellikler: yaş, boy ve cinsiyet bu kapsamdaki özellikleri içermektedir. Liderin dış görüntüsü, ırkı ve güzel konuşması ile etkileme özellikleri fiziksel özellikler arasında yer almaktadır.

Liderin davranışları bakımından özgünlüğü, ne olduğu ya da bireysel nitelikleri sorgulanmamaktadır. Tarihteki büyük isimlerin, öncü liderlerin kişisel özellikleri kapsamında araştırmalar yapılmaktadır. Liderlik konusunda gereken kişisel ve toplumsal nitelikler saptanmaya çalışılmıştır.

Liderliğin özelliklerine bakıldığında ülkelerin kültürleriyle de alakalı olduğu görülmektedir. Hem kültürel değerler hem de kişisel beğenilerin değerlendirmelerdeki etkisi oldukça yoğun olmaktadır. Bu çerçevede bir takım liderlik özelliklerini taşıyan kişiler, var oldukları toplumun dışındaki bir toplumda liderlik yapmayabilirler. Her ne kadar özellikler kişinin kendisiyle ilgili olsa dahi toplumsal yargılar kapsamında bazı değerlendirme özellikleri ile karşılaşılmaktadır. Giyim tarzı, toplumsal etkinin altında kalmak adına verilebilecek bir örnek olmaktadır. Özellikler yaklaşımının kısıtlılıkları, liderlik davranışını saptamakta yetersiz kalmaktadır.(Çelik; age:8)

Davranışsal Yaklaşımlar Teorisi

Davranışsal yaklaşımı, özellikler yaklaşımının yetersizliğinin bir sonucunda ileri sürüldüğü söylenebilir. Bu yaklaşımda, etkin lider olgusu ile liderin ne yaptığı belirlenmeye çalışılmaktadır. Davranışsal yaklaşımda, liderin ne olduğunun bir önemi bulunmamaktadır. Dolayısıyla, liderin kişisel özellikleri değil, sergilediği davranışları ön plana çıkarılmaktadır. Davranışsal yaklaşımda liderin sahip olduğu özellikler yerine izleyicilerin özelliklerine, liderin nasıl davrandığına bakmaya çalışılmaktadır. (Şimşek;2001:172)

Liderlik ile ilgili davranış çalışmalarında genellikle farklı kavramlar kullanılmaktadır. Bununla beraber temelde iki liderlik tarzından bahsedildiği görülmektedir. Bunlardan birincisi, iş görene göre liderlik, ikincisi ise, işe yönelik liderliktir. Göreve yönelik liderlikte, işin yönetsel ve teknik taraflarına önem verilmektedir. Amaç, üretimin artırılması olmaktadır. Bu hedefin gerçekleştirilmesinde kullanılan yöntemler ise, baskıcı bir anlatış, katı ve ayrıntılı kurallar, talimatlar ve sıkı kontroller olmaktadır. İş görenlerin insani taraflarının dikkate alınmadığı görülmektedir. Burada insanlar makine gibi algılanmaktadır. (Keçecioğlu;2003:157)

Davranışsal yaklaşım dahilinde etkili lider iki tür davranış sergilemektedir. İlk olarak, bireysel veya grupsal amaçların gerçekleştirilmesi için görev yönelimli yaklaşım sergilemektedir. Böylece çalışanların kaliteli iş çıkarmaları sağlanmaktadır. İkinci olarak, gruptakilere destek verilerek çalışanlarının bireysel hedeflerine varmalarına yardımcı olunmaktadır. Davranışsal yaklaşım, organizasyon yapısı dahilindeki kişilerin nasıl davrandığı, neden bu

davranışı sergilediği ve yapıyla davranış arasındaki bağlantıyı ortaya çıkarması hususunda yönetim bilimine katkı sağlamaktadır. (Altuğ;1997:63)

Özellikle rekabet ortamında liderlik anlayışı giderek önemli hale gelmektedir. Liderin yaklaşım tarzı, çalışanları etkilemekte ve ortak amaçların gerçekleşmesine katkı sağlamaktadır. Liderlerin davranışlarının, ilişki yönelimli ya da görev yönelimli olmasının çalışanların algıları ve tutumları üzerindeki etkisi de farklı olmaktadır. Her zaman geçerli olan ve başarıyı getiren bir liderlik tarzından söz edilememektedir. Lider gelişmeleri dikkate alarak; çalışanları, kendisi ve işletme için en uygun olabilecek; iş tatminini, motivasyonu, performansı artıran, amaç odaklı davranış modelini sergilemek durumundadır.(Özdeyicioğlu, Kanıgür;2009:54)

Durumsal Yaklaşımlar Teorisi

Liderlik konusunda, özellikler ve davranışsal yaklaşımlara yapılan eleştiriler, iki yaklaşımın karışımı niteliğinde olan modern (durumsal) liderlik yaklaşımının gelişmesine neden olmaktadır. Liderlik başarısı, yalnızca liderin özelliklerine bağlı olmamaktadır.

Durumsallık yaklaşımında lider, işin gerektirdiği durumlar ölçüsünde çeşitli davranış biçimleri sergilemektedir. İş görenlerin motivasyonunu sağlamak ve onları başarıya yönlendirmektedir. Yaklaşım çerçevesinde araştırmacıların odak noktası lider ve grubu kapsayan ortamsal etmenler olmaktadır. Model dahilinde liderin ortamın ürünü olduğu fikrine varılmaktadır. Yani içinde bulunulan ortam lideri yaratmaktadır. Durumsallık kuramında, farklı şartlar ve durumlar farklı kavram ve teknik davranışları gerektirmektedir.

Yaklaşımında yönetici davranışlarının çevre faktörüyle kısıtlanmakta olduğunu belirtilmektedir. Bununla birlikte, mevcut duruma uygun pek çok yöntemin varlığı öne sürülmektedir. (Drucker;1993:128)

Lider, var olan ortamın özelliklerine ve ihtiyaçlarına göre ortaya çıkmaktadır. Çeşitli durumlarda etkili olan ortamsal değişkenler tespit edilmeye ve bunların liderin davranışlarına olan etkileri saptanmaya çalışılmaktadır. Burada bireysel özelliklerin önemi yoktur. Yalnızca ortamsal özelliklerin etkileri söz konusu olmaktadır. Lider, işin durumu kapsamında davranış biçimleri sergilemektedir. İş görenleri motive etmekte ve başarılı olmalarını sağlamaktadır. Liderliğin etkinliğinde önemli olan etkenler şöyle sıralanmaktadır;

1. Ulaşılmak istenen amaç ve hedeflerin nitelikleri,
2. Grup üyelerinin nitelikleri, yetenekleri ve beklentileri,
3. Liderliğin meydana getirdiği örgütün özellikleri,
4. Lider ve üyelerin geçmiş tecrübeleri.

Durumsallık yaklaşımı, davranışsal yaklaşımda yer alan, yönetimde tek ve en iyi yönetim modelinin bulunmasını savunmamaktadır. Bu yönüyle de davranışsal yaklaşımdan ayrılmaktadır.(Koçel;2003:406)

Fiedler Liderlik Yaklaşımı

Fred Fiedler durumsallık yaklaşımının liderlik konusunda kullanımında öncü isim olmaktadır. Kuramda, ortamın elverişliliği mevcut ise liderin ortaya çıkacağı düşüncesinden hareket edilmektedir. Yaklaşım, bu sebeple “sosyolojik” veya “durumsal” yaklaşım olarak da anılmaktadır. Liderlerin grubu yönlendirmeleri söz

konusu değildir. Astların ise lideri yönlendirme güçleri bulunmaktadır. (Arkonaç;1993:52)

Fiedler'e göre liderin kişiliği ile bulunduğu ortamın karmaşıklığı ve yapısal özelliği bir araya gelerek lideri yaratmaktadır. Durumsallık yaklaşımına göre liderin etkililiği, öncelikle liderin örgüt içindeki bulunduğu yere ve karşı karşıya kaldığı koşullara bağlıdır. Fiedler çalışması bir bakıma, durumsal liderlikte lider performansı ölçmedir. (Güney;2012:40)

Fiedler 1967 yılında liderliği; Grup üyelerinin işlerini koordine etme ve yönetmede liderin takınacağı davranış biçimi olarak tarif etmektedir. Fiedler liderlik tarzının sabit bir özellik gösterdiği değişmesinin ise oldukça güç olduğunu vurgulamaktadır. Geliştirdiği ölçek, iki liderlik tarzının ortaya çıkmasında oldukça önemli bir yer teşkil etmektedir. Bu liderlik tarzları ise, davranışa-yönelik liderlik tarzı ve işe-yönelik liderlik tarzı olmaktadır. Lider davranışa yönelik modelde, astlarıyla ilişkilerini kuvvetli tutacak şekilde hareket etmektedir. İşe yönelik liderlik tarzında ise, tek amaç işlerin tamamlanması olmaktadır. Fakat duruma göre davranışlar sergilemeye başaran liderler etkili olmaktadır.

Yaklaşım dahilinde liderin etkinlik gösterebilmesi, liderin karşı karşıya kaldığı koşullara ve örgüt içindeki yerine bağlı olmaktadır. Tam da bu sebeple şartlar dahilinde örgüt başarısı kimi zaman yakalanabilirken, bazı durumlarda aynı başarıya ulaşamamaktadır. Liderlik tarzlarının ölçülmesinde Fiedler bir ölçek geliştirmiştir. LPC adı verilen ölçek doğrultusunda, davranışa-yönelik ve işe-yönelik olmak üzere iki farklı liderlik tarzı görülmektedir. LPC ölçeği, bireyin

en az tercih ettiği çalışma arkadaşları ile ilgili ve kişilik özelliklerini ortaya koymaktadır. (Sezgl;2010:243)

Bu ölçekte liderin davranışlarının hangi yöne daha yakın olduğu araştırılmaktadır. Ölçek işe veya gruba yönelik davranışları tespit etmektedir. Esas olarak test, liderlik biçimini ölçmek için uygulanmaktadır. Buna göre test sonucunda LPC değerleri yüksek çıkan liderler, grup ilişkisi ile ilgilidirler. Aksine değerleri düşük çıkanlar ise işe yönelik liderlerdir. Grup yeleri ile kendini bağdaştırabilen liderlerin, grup içi sorunlar kadar kişisel sorunlara da duyarlı oldukları gözlemlenmektedir. Bu tip liderlerin gruplarında yer alan üyelerin huzursuzluk çıkarmadıkları ve tatmin düzeylerinin de yüksek olduğu belirtilmektedir. Fiedler'in geliştirdiği test içerisinde karşılıklı iki noktada kişiyi tanımlayacak sıfatlar bulunur ve bu iki nokta arası 8 rakama bölünmüştür. Testi dolduracak lidere çalışmalarında en fazla kiminle çalışmamak istediği ve o kişiyi bu sıfatlar yardımıyla tanımlaması istenmektedir. Bu testte, en iyi cevap 8, en kötü cevap ise 1 olmak üzere toplam puanların ortalaması liderin LPC notunu ortaya koymaktadır.(Treadway;2004:503)

LPC puanı yüksek çıkan liderlerde etrafında yer alan tüm yeleri hoş tutma çabası görülmektedir. Sevgi de bu tip liderlerde görülen bir başka özellik olmaktadır. Düşük LPC puanı olan liderler daha çok iş eğilimli olmaktadır. İyi alışan iş görenleri tercih etmekte, hatta üyeler arasında ayrımcılığa gitmektedir. Fiedler yüksek ve düşük LPC değerleri alan liderleri, doğal ortamda incelenmekte ve liderlik özelliklerinden hangilerinin hangi ortamda etkin olduğunu araştırmaktadır.

En az tercih edilen iş arkadaşı (LPC) puanına dayanarak Fiedler, farklı yapılara haiz kişileri ayırt etmeye çalışmaktadır. En az tercih edilen iş arkadaşının belirlenmesinde bazı sıfatlar söz konusudur. İnsanlar ilgili konuda, iş arkadaşlarına pozitif yönlü bir sıfat addederse bunların ilişkiye yönelik kişiler olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcı liderlik kapsamında değerlendirilmektedir. Belirlenen üç boyut bulunmaktadır; 1) Lider ile izleyenler arasında oluşan bağlantılar 2) Liderdeki konum erki 3) Başarılması beklenen işin özellikleridir. Lider ile takipçileri arasında kurulan bağ liderin takipçileri tarafından sevildiğini göstermektedir, lidere olan güven ve bağlılık da ortaya çıkmaktadır. İş görenlerce sevilen, sayılan ve güvenilen bir liderin varlığı olumlu bir iklime işaret etmektedir. Başarılacak işin özelliklerine bakıldığında ise, işle alakalı yöntemlerin var olup olmadığını göstermektedir. (Çetin;2008:78)

Liderlik tarzının değiştirilmesinin zor olduğu ifade edilmektedir. Liderler, izleyenlerinin işletme amaçları doğrultusunda hareket etmesini sağlamak üzere güçlü yanlarını ortaya çıkarmakta ve olumlu uygulamaları gündemde tutmaktadır. Görev odaklı liderler ise, izleyenlerini sadece kendi görevlerini yerine getirmeleri istemektedir. Fiedler çalışmasında, son tercih edilen iş arkadaşı (LPC) durumunun genellikle görev odaklı liderler için söz konusu olduğunu ifade etmektedir. (Uğuluoğlu;2009:124)

Durumsallık yaklaşımında etkin bir şekilde liderlik yapabilmek, örgüt içi durum ve şartlara bağlanmaktadır. Liderin kişiliği, örgüt atmosferinin gerektirdiği şartlar ve yapısal özellikler hep birlikte lideri ortaya çıkartmaktadır. Kişilerin lider olarak ortaya çıkmasında

yalnızca kişisel özellikleri rol oynamamaktadır. Ayrıca grup üyeleri ile geliştirdiği bağ da önemli sayılmamaktadır. İnsan ilişkileri ve işe yönelik etkin liderlik tanımlamaları reddedilmektedir. Anlayışlı ya da işe yönelik bir lider portresi etkinliği sağlamamaktadır. İlişki merkezli lider ile iş merkezli liderden hangisinin daha verimli olduğu araştırılmış ve uzun dönemde iş merkezli liderlerin daha verimli oldukları ortaya çıkmıştır.

Liderin pozisyon gücü, ödül-ceza, terfi ya da işten çıkarma gücünün derecesi olarak belirtilmektedir. Örgüt içi pozisyon gücünü oluşturan yetkiler az veya çok olabilmektedir. Fazlalığın lidere pozitif olarak yansıdığı belirtilmektedir. Az olması durumunda ise lider olumsuz yönde etkilenmektedir. Lider olumsuzlukları öngörmeli ve bu olumsuzlukları yalnız başına veya iş görenleri ile birlikte bertaraf etmelidir.

Fiedler LPC sonuçlarını liderin duygusal ve davranışsal özelliklerini yansıtan veriler olarak görmektedir. Lider sonuç yüksek ise bu çalışanları olumlu bir bakış açısı ile düşük ise olumsuz bir bakış açısı ile ifade etmektedir. Yüksek sonuç, ilişki yönelimli, destekleyici lider özelliklerini; düşük sonuç görev yönelimli, otoriter lider özelliklerini yansıtmaktadır.

SONUÇ

Liderlik davranış biçimlerine ve liderlik teorilerine değinilmiş olup, farklı kurum kültürleri bu liderlik davranışlarını bünyesinde taşıyıp takipçilere yön vermekte ve takipçiler de kendi liderlik tarzların seçmektedirler. İşletmelerin performanslarını dahi değiştirebilen liderlik tarzları kurumları, işletmenin konjonktürünü ve piyasanın akışını da değiştirebilmektedir. İşletmelere sürdürülebilir performans sağlayan liderlik tarzları takipçilerin performansına da yansıyan bir durumu hedeflemektedir. Günümüzde de bakıldığında liderlik davranışları kurumları, kitleleri ve ülkelerin önemini dahi değiştirebilmektedir. Hızla değişen ve gelişen dünyada belirsizlikle uğraşmak için liderlik daha da önemli bir pozisyon haline gelmiştir. Liderlerin belirsizlikleri fırsata dönüştürmeleri uygun liderlik davranışları sergilemeleri de oldukça önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

KAYNAKÇA

Acar Baltaş, Ekip Çalışması ve Liderlik, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2001, s. 104.

Bahaettin Balçık, İşletme Yönetimi, Nobel Yayını, Ankara, 2002, s. 155.

Bernard Bass and Rafiel Stogdill, Bass Stogdills Handbook of Leadership, Theory, Research, and Managerial Applications, Free Press, New York, 1990, p. 393.

Brad Lee Thompson, Yeni Yöneticinin El Kitabı I: Yönetim Fonksiyonları, (Çeviren: V. G. Diker), Hayat Yayınları, İstanbul, 1998, s. 68.

Cem Harun Meydan ve Mustafa Polat, “Liderin Güç Kaynakları Üzerine Kültürel Bağlamda Bir Araştırma”, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 2011, Cilt: 65, Sayı: 4, 123-140, s. 130.

Çiğdem Kirel, “Liderlik Davranış Biçimleri Konusuna Yeni Bir Yaklaşım: Karizmatik Liderlikten Dönüşümsel Liderliğe”, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2001, 43-59, s. 47.

Daniel Goleman, Duygusal Zekâ, Varlık Yayınları, İstanbul, 1999, s. 193.

Darren Treadway vd., “Leader Political Skill and Employee Reactions”, The Leadership Quarterly Journal, 2004, Volume: 15, 493-513, p. 503.

Duygu Altuğ, Örgütsel Davranış: Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı İçinde, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1997, s. 63-64.

Erol Eren, Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, Beta Yayıncılık, 2004, s. 167.

- Erol Eren, Yönetim ve Organizasyon, Beta Yayıncılık, İstanbul, 1991, s. 357.
- Eser Nalbant ve Tuncer Özdi, “Liderlik Nitelikleri ve İşgören Performansı Üzerindeki Etkileri”, 21. yy.da Liderlik Sempozyumu, İstanbul, 1997, 6-24, s.18.
- Halil Can, Organizasyon ve Yönetim, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2002, s. 22.
- Hüseyin Yılmaz, Güçlendirici Liderlik, Beta Basım Yayın, İstanbul, 2011, s. 93.
- İbicioğlu vd., a.g.e., s. 6.
- İbrahim Sezgül, “Liderlik ve Etik: Geleneksel, Modern ve Postmodern Liderlik Tanımları Bağlamında Bir Değerlendirme”, Toplum Bilimleri Dergisi, 2010, Cilt: 7, 239-251, s. 243.
- İlhan Erdoğan, İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış, İşletme Fakültesi Yayınları, İstanbul, 1996, s. 146.
- İlter Akat, Gönül Budak ve Gülay Budak, İşletme Yönetimi, Fakülteler Kitabevi, Barış Yayınları, İzmir, 2002, s. 7.
- Mahmut Özdevecioğlu ve Sevgi Kanıgür, “Çalışanların İlişki ve Görev Yönelimli Liderlik Algılamalarının Performansları Üzerindeki Etkileri”, KMU İİBF Dergisi, 2009, Cilt: 11, Sayı: 19, 53-82, s. 54.
- Mehmet Şerif Şimşek vd., Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış, Eğitim Kitabevi Yayınları, Konya, 2001, s. 172.
- Mehmet Şerif Şimşek, Yönetim ve Organizasyon, Damla Ofset Matbaacılık, Konya, 1996, s. 187.
- Necip Çetin, “Kuramsal Liderlik Çözömlerinin Işığında, Okul Müdürlüğü ve Eğitilebilir Durumsal Liderlik Özellikleri”,

- Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2008, Cilt: 1, Sayı: 3, 74-84, s. 78.
- Özgür Uğurluoğlu ve Yusuf Çelik, “Örgütlerde Stratejik Liderlik ve Özellikleri”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2009, Cilt: 12, Sayı: 2, 123-156, s. 124.
- Peter Drucker, Yeni Gerçekler, (Çeviren: Birtane Karanakçı), Türkiye İş Bankası Yayınları, Ankara, 1993, s. 128.
- Salih Güney, Liderlik, Nobel Yayın, Ankara, 2012, s. 40.
- Salih Güney, Yönetici ve Yönetilen Açısından Disiplin ve Moral, Nobel Yayınevi, Ankara, 1997, s. 212.
- Sibel Arkonaç, Grup İlişkileri, Alfa Basım Dağıtım, İstanbul, 1993, s. 52.
- Straub Joseph, Introduction to Business, Pws-Kent Publishing Company, Boston, 1991, p. 180.
- Tamer Keçecioğlu, Lider ve Liderlik, Okumuş Adam Yayınları, İstanbul, 2003, s. 157.
- Tamer Koçel, İşletme Yöneticiliği: Yönetim ve Organizasyon: Organizasyonlarda Davranış: Klasik, Modern, Çağdaş ve Güncel Yaklaşımlar, Beta Basım Yayın Dağıtım, İstanbul, 2003, s. 406.
- Uğur Zel, Kişilik ve Liderlik, Seçkin Yayıncılık, İstanbul, 2001, s. 67.
- Vehbi Çelik, Eğitimsel Liderlik, Pegem A.Yayıncılık, Ankara, 2000, s. 1.
- Wodsworth Walter, Liderlik, (Çeviren E. Sabri Yarmalı), Hayat Yayınları, İstanbul, 1991, s. 17

BÖLÜM 4:
SAĞLIK KURUMLARINDA İNSAN KAYNAKLARI
YÖNETİMİ

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ERİŞ¹
Dr. Yasemin KÜÇÜKÖZKAN²

¹ Harran Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu,
erisharran@hotmail.com

² Osmaniye Devlet Hastanesi, yasmin_kn_@hotmail.com

1. GİRİŞ

Bütün dünyayı etkisi altına alan küreselleşme ekonomik ve siyasî sınırları birbirinden ayırmış, tüm insanlığı aynı dinamiklere duyarlı olma noktasında birleştirmiştir. 1980’li yıllarla birlikte iyice belirginleşen bu süreç dünyayı küçülterek ülkeler arasında hızlı bir etkileşime yol açmıştır. Teknolojik, ekonomik, siyasal ve sosyal gelişmeler, insanların yaşamlarını ve beklentilerini önemli ölçüde değiştirmiştir. Çoğu kurum kendini yenilemek ve/veya yeniden yaratmak istemiştir. Hızla gelişen ve küçülen dünya genelinde, bütün ülkeler ve firmalar artan rekabet ortamında doğru kararlar ile müşterilerinin ihtiyaçlarını ve yeterliliklerini karşılayabilmek için çalışmaktadır.

Dünyayı adeta tek bir Pazar haline dönüştüren küreselleşme, giderek yoğunluk kazanan uluslararası rekabet ve yaşanan hızlı teknolojik gelişmeler, insan becerileri ve bilgisiyle sürdürülebilir. Küreselleşme rekabet avantajı haline getirmekte, çalışma hayatını derinden etkilemekte, geleneksel endüstri ilişkilerini değiştirmeye ve yeniden yapılanmaya zorlamaktadır. Uluslararası rekabetin güçlenmesi, arz ve taleplerde görülen değişimler, bu denli değişen ve farklılaşan taleplere cevap verme ihtiyacı, üretimi ve onu oluşturan dinamikleri de etkilemiştir. Bu gelişmeler rekabet gücünü ülkeler ve firmalar için stratejik bir faktör haline getirmiştir. Piyasaların küreselleşmesi, teknolojik ilerlemeler ve demografik gelişmelerin tümü ekonomik, sosyal ve siyasal sistemlerin işleyişine yeni boyutlar kazandırmıştır.

Uluslararası rekabetin artması, bir yandan giderek daha nitelikli insan gücünün yetiştirilmesini önemli kılarken, öte yandan ise insan kaynakları yönetimi sisteminin daha etkili hale getirilmesini gerekli kılmaktadır. Ülkeler arası ve işletmeler arası artan işbirliği ve

bu işbirliğinin gereklerini yerine getirecek yeni bir insan tipini de zorunlu kılmaktadır. Bu zorunluluk, hükümetlerin insan kaynaklarını değerlendirme ve yetiştirme politikalarına daha fazla önem ve öncelik vermelerine sebep olmuştur. Hükümetler küreselleşme ve uluslararası rekabetle şekillenen yeni insan tipini yetiştirmek üzere kısa, orta ve uzun vadeli programlar hazırlamakta ve uygulamaya koymaktadır. 21. yüzyılda bilgiyi maddeye uygulayan insan tipi yeterli görülmemektedir. Artık sadece teknolojiyi alıp kullanabilen insan değil teknolojiyi üreten, bilgiyi bilgiye tatbik ederek dünyayı yeniliklere taşıyan insan tipine ihtiyaç vardır. İnsan gücü niteliklerinde gözlenen bu değişim iki yönü bir etkileşime yol açmıştır. Bir yandan kaydedilen gelişmeler ve teknolojik ilerlemeler yeni bir insan tipini gerekli kılarken öte yandan bu insan tipi yeni bir çağın ve teknolojik gelişmelerin yaratıcısı üreticisi durumundadır. Ekonominin yeni güç odakları, artık sınırsız maddi ve kaynaklara sahip olan kuruluşlar değil düşünce ve teknoloji üretimi ve kullanımında söz sahibi olan insanlardan oluşan çalışma gruplarına sahip kuruluşlar olmaktadır.

2. SAĞLIK KURUMLARINDA İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ, TANIMI VE GÖREVLERİ

2.1. SAĞLIK KURUMLARINDA İNSAN KAYNAKLARININ TANIMI

İnsan kaynakları yönetimi son yılların üzerinde en çok durulan konuları arasındadır. Dünyada meydana gelen değişimler, teknolojik alandaki gelişmeler ve devletin yeni rolünün ne olması gerektiğinin sorgulandığı günümüzde, gözler örgütlerin insan kaynaklarına çevrilmiştir. Günümüzde değişim bir ihtiyaç değil bir zorunluluk; bir tercih değil bir kaçınılmazlıktır. İKY, kamu ve özel kuruluşların ilgi odağını oluşturan bir konudur.

Örgütler, içerisinde buldukları toplumların bütün özelliklerini taşıyan birer mikrotoplum durumunda ve yaşayan canlı varlıklardan farksızdırlar. Örgütlere bu özelliği veren örgütlerin insan kaynaklarıdır. Toplumsal ve örgütsel olarak yaşanan gelişmeler sonucunda, örgütlerde bulunan en alt kademededen, en üst kademeye kadar örgüt personelinin, örgütün insan kaynakları olarak algılanması ve personel birimlerinin de, yeni bir anlayışla; bütün görev yetki ve sorumluluklarıyla birlikte İKY birimleri olarak ele alınma zorunluluğu ortaya çıkmıştır.

İKY'nin genel kabul görmüş bir tanımı yapılamamaktadır. Bunun en önemli nedeni bu kavramın insanla ve insanın oluşturduğu örgütlerle ilgileniyor olmasındandır. Ayrıca İKY'nin tarih süreci içerisinde öneminin ilk algılanmaya başladığı 18 yy'dan 1980'li yıllara kadar çok büyük ilerlemeler kaydedilmemiştir. 1980'li yıllardan sonra örgütün en önemli gereksiniminin insan olduğu ve bunun en iyi yeni nesil tarafından kullanabileceği çalışmaları yoğunluk kazanmıştır.

Bu açıklamalar üzerine, İKY yi örgütte rekabetçi üstünlükler sağlamak amacıyla gerekli insan kaynağının sağlanması, istihdamı ve geliştirilmesi ile ilgili politika oluşturma, planlama, örgütlenme, yönlendirme ve denetleme faaliyetlerini içeren bir disiplin olarak tanımlamak mümkündür.

Sağlık kurumları, sağlık hizmetleri endüstrisi hakkındaki mevcut durumu ve öngörüyü belirlemek için sağlık hizmeti organizasyonlarının giderlerine ihtiyaç duymaktadır. Bu giderler, hızlı finansal değişimler, ekonomik baskılar, nüfus yapısı, müşteri devri ve hızla gelişen teknoloji olarak sağlık kurumlarının karşısına çıkmaktadır. Sağlık kurumları bu giderleri göz önüne alarak örgütü yönetmektedirler. Sağlık kurumları bu bileşenleri bir araya getirmek

ve yönetmek için insan kaynaklarına gereksinim duymaktadır.

Sağlık hizmeti sunan organizasyonlardaki insan kaynakları yönetiminin tanımı normal işletme tanımlarından biraz farklıdır. Bu farklılığın ana nedeni, sağlık hizmeti sunan organizasyonlar birer hizmet kurumudurlar; hizmet kurumlarının temel karakteristiği ise emek yoğun teknoloji kullanmalarıdır. Sağlık kurumlarında hizmet sunumunun temel belirleyicisi insandır. Makine ve teknik donanıma oldukça bağımlı olan endüstriyel kurumların tersine, sağlık kurumları, yeterli sayı ve nitelikte personele sahip olmaksızın faaliyetlerini gerçekleştiremez.

Bu tanımdan yola çıkarak sağlık hizmeti sunan organizasyonlardaki İnsan kaynakları yönetimini, sağlık kurumların stratejilerine, taktiklerine, planlarına ve programlarına uygun çalışmalar yapan, aynı zamanda, sağlık hizmeti organizasyonları için dışarıdan ve örgütün içinden personel temin eden, organizasyonun işlerinin eksiksiz meydana getirilmesi için çalışan bir alt sistem olarak tanımlanabilir.

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAKLARININ YÖNETİMİNİN GÖREVLERİ

İKY'nin görevi, sağlık bakım hizmeti sunan kurumların içindeki diğer organizasyonlara da eşit katkıda bulunmak için hareket eder. Son yirmi yıldır, bu yaklaşım iki temel sebepten dolayı gelişmektedir. Birincisi insan kaynakları hizmetlerini daha etkili ve hızlı vermek için ihtiyaçların belirlenmesidir. İkinci sebep ise insan kaynaklarının eğitimine, yeteneklerine, anlayış ve yeterliliklerine ihtiyaç duymasıdır.

İnsan Kaynakları Yönetiminin görevleri ve etkinlikleri şu şekilde tanımlanır:

- **İşgücü Planı:** Organizasyondaki işçilerin ihtiyaçlarını karşılayan plan ve programları hazırlar
- **Personel ve seçimi:** Organizasyon için kalifiye ve yetenekli personelin seçimi ve eğitimi
- **Dengeleme ve Fayda:** Organizasyon için dengeleme ve fayda sağlayan programların stratejisinin, dizaynının ve yönetiminin geliştirilmesi, seçilmesi ve uygulanması.
- **İşveren ve personel arası ilişkiler:** Organizasyon için programlar, politikalar ve kaynaklar sağlar ve bunu etkili bir şekilde sonuçlandırır. Ayrıca personelin organizasyonla ve kendi arasındaki ilişkilerini düzenler.
- **Hükümetle uyumluluk:** İnsan Kaynaklarının çalışma programlarını, politikalarını ve dökümantasyonunu yönetir ve bunları temin etmek için çeşitli hükümet uygulamaları, düzenlemeleri ve akredite kuruluşlar ile uyumlu çalışır. Aynı zamanda sağlık hizmetleri alanlarını da etkiler.
- **Eğitim ve Gelişme:** Organizasyonel eğitim ve gelişim gereksinimlerini değerlendirir. Bununla birlikte anlamlı ve etkili eğitim için düzenleme yapar ve bu ihtiyaçların temini için kaynak sağlar.
- **Sağlık Güvenliği:** Sağlık hizmeti sunulan alanların sağlıklı, güvenli olmasını sağlar. Yönetici ve personel kendilerini korumak için bu sorumluluğun farkındadırlar ve kendilerini iş sahalarındaki risklerden korurlar.

2.3. SAĞLIK KURUMLARINDA İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİNİN ÖNEMİ

İnsan kaynakları, sağlık kurumunda üretim faaliyetini doğrudan veya dolaylı biçimde gerçekleştiren kişileri ifade etmektedir. İnsan kaynakları yönetimi ise sağlık kurumunda personelin etkili ve verimli biçimde çalıştırılmasıyla ilgili faaliyetler bütünü veya sistemi olarak tanımlanabilir. Diğer hizmet kurumları gibi sağlık kurumları da -her ne kadar gelişmiş teknik ekipmandan yararlansa da- emek yoğun

teknoloji kullanarak hizmet üretiminde bulunurlar. Sağlık kurumlarının etkili olabilmesi için gerekli faaliyetler, eğitim ve deneyimi birbirinden çok farklı personel grubunun eş anlı çalışmalarıyla yürütülür. Sağlık hizmetlerinin yaşamsal özelliği, hizmet üretiminde personelin oynadığı rolün ciddiyeti ve sağlık personelinin özellikleri, insan kaynakları yönetiminin önemini artırmış; insan kaynakları yönetiminin etki alanlarının gelişmesine yol açmıştır.

Örgüt açısından büyük önem taşıyan insan kaynakları ile ilgili tüm işlevleri personel veya insan kaynakları olarak adlandırılan birimler üstlenmiştir. Örgütlerde önceden belirlenen amaçları etkili ve verimli bir şekilde gerçekleştirilmesi için, insan kaynaklarının planlanması, sağlanması, seçilmesi, eğitilmesi, geliştirilmesi, ücretlendirilmesi, sağlıklı bir çalışma ortamının yaratılması gibi konulardaki sorumluluk bu birimlere aittir. Öte yandan, PY'nin hemen hemen tüm işlevlerinin planlanması ve programlanmasında işlerle ilgili bilgiler kullanılmaktadır. Mevcut iş yapısına dayalı olmayan düzenleme ve örgütlemelerin, temel dayanaklarından yoksun kalacağı ve etkili sonuçlar veremeyeceği söylenebilir.

Örgütlerin amaçlarını gerçekleştirme süreçlerinde insan kaynaklarının katkısını artırmak çok önemlidir. Çünkü üretimde kullanılan faktörlerden biri olan insanlar, bunun yanında yönetme sorumluluğu, üretim, materyal ve kapital gibi çalışanların katkılarıyla paylaştıkları birçok faktörü kontrol edebilirler, ya da bu faktörleri etkili ya da etkisiz bir biçimde kullanabilirler. Bu yüzden, İKY sosyal değişim bağları arasında örgüte rehberlik etmeli, örgütte çalışanların yeni rollerini nasıl kabul edeceğine ait algılamalarına saygı göstermelidir. Örgütteki sosyal çatışmalar esnasında rehberlik yapmalıdır. Duygusal olarak kişileri harekete geçirmeli ve her seviyedeki çalışanların görevlerini etkin bir biçimde ve değişen iş

çevresinde hızla icra etmeleri yeterliliğini sağlayabilmelidir. Eğer çalışanlar, üretimde amaçsız ve isteksiz olurlarsa sonuçta örgütler durgunlaşacak ve başarısız olacaklardır. Bu bakımdan da insan kaynaklarının örgüt için değeri oldukça yüksektir.

2.4. İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİNİN AMAÇLARI

İnsan Kaynakları Yönetiminin Temel amacı, kurumun hedeflerine en verimli biçimde ulaştırılmasıdır. Bunun gerçekleştirilmesinde insanın en önemli rolü oynayacağı inancı ile insan kaynakları yönetimi insan ilişkilerine yönelmiştir. Böylece insan kaynakları yönetimi işle ilgili sorunlar ve insan ilişkileri üzerinde yoğunlaşarak kurumun geleceğe hazırlanmasını ve başarılı olmasını sağlar.

İKY'ni başarı ile uygulamada en önemli faktör amaçların açık bir şekilde belirlenmesinde saklıdır. Bu amaçları Ivancevich örgüte nitelikli insan kaynağı sağlamak, personelin beceri ve yeteneklerini verimli şekilde kullanmak, çalışanların iş doyumunu sağlamak, çalışma şartlarının niteliğini geliştirmek ve sürdürmek şeklinde belirtmiştir.

Werther ve Davis ise İKY'nin amacını, ahlaki ve sosyal sorumluluk yoluyla örgütle çalışanların verimlilik yolundaki katkılarını artırmaktır şeklinde belirtmiştir. Örgütle dört temel amaç olarak adlandırılan faaliyetler bütün İKY uygulamaları için ortak hedeflerdir. Bunlar:

- Kurum hedefleri
- Örgütsel hedefler
- Görevsel pratik hedefler
- Personel hedefleri şeklindedir.

Tablo: 1. Örgütle bu hedefler içeriğinde yapılan destek faaliyetleri ise şöyledir;

Yönetim Amaçları	Destek Faaliyetleri
Kurumsal Hedefler	1. Yasal uyum 2. Yarar/kar 3. Birlik-yönetim ilişkileri
Örgütsel Hedefler	1. İnsan kaynakları planlaması 2. Çalışan ilişkileri 3. Seçim 4. Eğitim ve geliştirme 5. Değer biçme 6. Yerleştirme 7. Takdir etme
Görevsel Hedefler	1. Değerleme 2. Yerleştirme 3. Takdir etme
Personel Hedefleri	1. Eğitim ve geliştirme 2. Değer biçme 3. Yerleştirme 4. Ücret 5. Takdir etme

Kaynak: ARGON, T.; (2004), “İnsan Kaynakları Yönetimi”, Ankara.

2.5. SAĞLIK HİZMETİ SUNAN KURUMLARIN TÜRLERİ

Sağlık hizmeti sunan organizasyonlar çeşitli kategorilere bölünebilirler. Bazıları (hastahaneler gibi) yüzlerce personelle çok büyük binalarda çalışırlar. Bazıları da (evde bakım gibi) birkaç tane personelden meydana gelmektedir. Bunlar;

- **Doktor ofisleri ve klinikler:** Doktorlar ve cerrahlar bireysel olarak çalışabilirler veya bir grup içerisinde aynı veya farklı uzmanlık alanlarına sahip olarak çalışırlar.
- **Hastaneler:** Hastahaneler tam sağlık hizmeti, teşhis ve tedavi hizmetleri, cerrahi ve sürekli hemşire bakımı sağlar. Bazı

hastahaneler, bazı hastalıkların tedavisi için çalışırlar. Psikolojik hastalıklar, kanser hastalıkları, çocuk hastalıkları gibi.

- **Hemşirelik ve kişisel bakım hizmetleri:** Hemşirelik hizmetleri, hastaya hemşirelik, rehabilitasyon ve hastahane hizmetini sunar ayrıca hastahane hizmetine ihtiyaç duymayıp fakat sürekli sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan hastalara kişisel sağlık hizmetleri sağlar.
- **Evde sağlık bakım hizmetleri:** Hemşirelik hizmetleri veya tıbbi bakım bazen uzman bir doktor gözetiminde evde de verilebilir. Evde sağlık hizmetleri aslında yaşlı insanlara verilmektedir.
- **Tıbbi laboratuvarlar ve diş laboratuvarları:** Tıbbi laboratuvarlar teşhis ve tedavi hizmetlerine yardımcı olmak için çalışırlar. Doktorlara ve hastalara konsültasyon için yardımcı olurlar. Tıbbi personel biyokimya analizleri, X-ray hizmetleri veya diğer klinik testlerini yapabilmektedirler. Diş laboratuvarlarında çalışan personel diş, protez diş, ve orthodontik uygulamalar yapmaktadırlar.
- **Diğer sağlık çalışanlarının ofisleri:** Fizik tedavi, psikiyatrisler, diyetisyen, alternatif tıp vb.
- **Dişçi ofisleri ve klinikleri:** En fazla birkaç personel çalışırlar. Bunlar genel ve özel diş bakımı sunarlar ayrıca diş cerrahisi ve çocuk cerrahisi ile de ilgilenirler.

2.6. SAĞLIK HİZMETLERİNDE İŞLERİN DÖNGÜSÜ

Sağlık hizmetleri sunumunda çeşitli iş grupları, farklı seviyedeki eğitilmiş personele ihtiyaç duyarlar. Binlerce çeşit, tıbbi ve klinik bakım ve sağlık hizmetinden başka, aşağıdaki alanlarda çalışanların becerileriyle birlikte diğer önemli gereksinimlere ihtiyaç vardır.

- Yönetim ve idare
- Fiziksel uygulama alanı
- Güvenlik
- Bilgi teknolojisi
- Otelcilik hizmetleri.

2.7. SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞİŞEN YAPISI

Sağlık hizmetlerindeki mevcut koşulları anlamak ve bu sektördeki gelecek yaklaşımları yakalayabilmek, sağlık hizmetlerindeki insan kaynaklarının gelişimi için önemlidir. Kolay ulaşılabilirlik, etkili tedavi ve teknolojiye sürekli gelişme, tıbbi hizmetlerin sunulmasında kolaylık sağlamaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetleri sistemi ciddi sorunlarla karşı karşıyadır. Bunlar:

- Finansal sorunlar
- Müşteri Beklentilerinin Artması
- Personel ve çalışan personelin deneyim eksikliği
- Bilimsel ilerlemeler
- Hesaplanabilir ve uygulanabilir bilgi.

2.8. SAĞLIK KURUMLARINDA İKY’NİN HİZMET SAĞLAMA GEREKLİLİĞİ

İnsan Kaynakları Yönetiminin görevi sağlık organizasyonları için eleman temini ve seçiminde genellikle, personelin eğitimi, gelişimi, yönetimin performansı, esnek çalışmalar ve personel ilişkilerini düzenlemektir. Geçmişte bu çalışmaları bu alanda yeterli eğitimi almayan yöneticiler sağlamaktaydı. İK departmanları, yönetimin ücret ödeme biçimine, yönetim faydalarına ve kayıtlar üzerine odaklanıyordu. Günümüzde sağlık hizmetlerindeki karışık yapı içerisinde İnsan Kaynakları Yönetiminin önemi artmaktadır. Sağlık hizmeti kurumlarındaki yöneticiler, kendi İK departmanları için daha fazla stratejik kaynaklara ihtiyaçları olduğunu fark etmişlerdir.

2.9. SAĞLIK KURUMLARINDA İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİNİN FONKSİYONLARI

İKY, her yöneticiyi ilgilendiren bir sorumluluktur. Özellikle emek yoğun faaliyette bulunan sağlık sektöründe daha önemli bir görev üstlenmektedir. Sağlık Kurumlarının liderliğini yapmak ve kurumdaki diğer yöneticilere, kendilerine bağlı çalışanları daha verimli şekilde yönetmesine yardımcı olmak İKY’nin temel rolüdür. İKY için merkezi çalışma, organizasyonel başarı için katkı sağlamaktadır. İKY genellikle bazı grupların birbirleriyle olan etkileşimlerini bir araya getirir. Bununla birlikte, İKY faaliyetlerinin performansı, belirli bir organizasyon bağlamı içinde yapılır. İKY’nin etkinlikleri kısaca şu başlıklar altında verilebilir:

- İnsan kaynağı planlama ve analizi
- Uygun personel bulma ve istihdam edilme
- Eşit iş fırsatları ve kariyer imkanları
- Personel kadrosu,

- İK gelişimi ve eğitimi
- Ücret Yönetimi
- Sağlık ve Güvenlik
- Personel ve Personel-Yönetim ilişkileri.

2.10. SAĞLIK KURUMLARINDA İKY’NİN ROLLERİ

İKY yönetimi, organizasyonlarda üç önemli rol oynamaktadır. Geleneksel yönetim ve İKY’nin operasyonel rollerinin daha fazla stratejik öğeler içermesi için yönlendirmektir. İnsan kaynaklarının idare rolü genellikle süreç ve işçi kayıtlarını içermektedir. İKY, personel dosyaların tutar, personelin kendi amaçları, eğitimleri ve hastalık izinleri hakkındaki soruların cevapları ile ilgilenir. Son birkaç yıl İKY de vurgulanan en önemli olaylardan biri olan stratejik iş desteğinin İKY farkındadır. İK stratejik iş ortağı olarak vurgulanmaktadır. Bu vurgulama İKY çeşitli alanlarda kapsamaktadır.

- Stratejik planlama katılımı
- Maliyet hesaplamada da karar almak
- Organizasyonun ve iş süreçlerinin yeniden tasarlanması
- İK için finansal destek sağlanabilmiştir.
- Yeterli sayıda etkili/ verimli personel temini ve elde tutulması
- Organizasyondaki bütün çalışanların becerilerinin geliştirilmesi
- Organizasyonel, takımsal ve bireysel performansın tanımlanması ve ödüllendirilmesi.

2.11. SAĞLIK KURUMLARINDA YÖNETİMİN DEĞİŞİKLİKLERİNE UYUMU

Sağlık hizmetleri teknolojisi hızla değişmektedir. Sağlık hizmetleri sunumu da her bakımdan sürekli gelişmektedir. Bugün organizasyonel yönetim değişikliği, sağlık hizmetlerinin yönetim anlayışı İK profesyonelleri en önemli tarafıdır. Bu bölümde vurgulanan, organizasyonel birleşme, maliyet farklarının etkisini azaltmak daha düşük ödemeler, teknolojik ilerlemeler, müşteri beklentilerinin gelişimi, klinik performans, diğer çevresel ve pazar güçlerini etkilemektedir. Bu değişimler sağlık hizmetleri organizasyonları içerisinde İK yönetimi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. İKY şu konularla ilgilidir:

- Daha azla daha çok üretim
- Kalite standartlarına uyma
- Farklı planları ve kültürel bakım uygulamalarını yerine getirme
- Sağlık hizmetleri çalışanlarını yeni teknolojiler için hazırlama
- Mesleki ve özel hayatın dengede tutulması
- Başarılı planlama

Dışarıdan personel temini uzun süre alır ve maliyeti fazladır. Üretim kaybına, araştırma zamanının artmasına ve maliyetlerle ilgilidir. Sağlık hizmetleri organizasyonları, terfi/atama için iç kaynaklara dönerler. Yöneticiler ve liderler, organizasyon içerisinde mesleki gelişmenin sağlanması için daha büyük bir yatırım yapmaya ihtiyaç duyarlar.

2.12. SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAKLARININ YÖNETİMİNİN YETERLİLİĞİ

Bugün sağlık hizmetlerinde İnsan Kaynakları uzmanları, yetenekleri, uygun eğitimleri ve profesyonel çalışmalarıyla övgüye değerdirler. Becerileri sadece bir beceriler listesinden daha fazla birşeydir: Sağlık İnsan Kaynakları uzmanları çalışanların kendi işlerini nasıl tanımladığını vurgular. Sağlık hizmetleri insan kaynakları çalışanları yapılan işlerin etkilerini nasıl tanımlar ve anlar, nasıl çalışırlar? Sağlık hizmetleri çalışanları kendi işlerine geçmiştekenden daha farklı, daha stratejik bir düşünce ile bakmalıdırlar. Organizasyonel İK'nin gereksinimleri çok büyüktür. Sadece iş üstüne odaklanırlar.

2.13. SAĞLIK KURUMLARINDA İNSAN KAYNAKLARININ YÖNETİMİNİN PERFORMANSI

Sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetiminin başarısı, dört temel kriter tarafında belirlenir. İnsan kaynakları yöneticisi, faaliyetlerini ve politikalarını değerlendirirken bu dört temel değişken ile yakından ilgilenmek durumundadır. Bu değişkenler; yeterlilik, bağlanma, uyum ve maliyet etkililik değişkenleridir.

2.13.1. Yeterlilik

Yeterlilik, personelin sağlık kurumunda çalıştığı birimde işini iyi yapması için gerekli bilgi ve becerilere sahip olması anlamına gelir. Buna liyakatta denilmektedir. Yeterliliği ölçmek ve değerlendirmek için şu soruların yanıtları aranır: personel yaptığı işte ne kadar yeterlidir? Personelin ek bir eğitime gereksinmesi var mıdır? Sağlık kurumlarında personel yönetim süreçleri, bugünkü ve gelecekteki gereksinimler açısından yeterli personeli kuruma çekebilme, işte tutabilmekte ve geliştirebilme midir?

2.13.2. Bağlanma (Sadakat)

Personelin işine ve sağlık kurumuna bağlanma derecesini ifade etmektedir. Personel sağlık kurumuna ve yaptığı işe ne derece bağlıdır, kurumunu ve görevlerini ne derecede benimsemiştir? Bu değişken, görüşme ve anket yöntemleriyle ölçülebilmektedir. Diğer bir bilgi kaynağı ise devamsızlık, işten ayrılma ve personel şikâyetleriyle ilgili kayıtlardır. Toplanan bilgiler analiz edilerek, insan kaynakları yönetimi süreçlerinin, personelin kuruma bağlılığını ne derece artırdığı belirlenebilir.

2.13.3. Uyum

Personelin kişisel felsefesi ve amaçları ile sağlık kurumunun felsefesi ve amaçları arasında bir uyum var mıdır? Yöneticiler ve personel arasında karşılıklı güven ve amaç birliği söz konusu mudur? Uyum düzeyi; grev, yönetici ve personel arasındaki çatışmaların sıklığı, personel şikâyetleri incelenerek belirlenebilir. Personel ve yönetim arasındaki uyum derecesi düşük ise iki taraf arasındaki karşılıklı güven azalacak; gerilim ve stres yükselecektir.

2.13.4. Maliyet-Etkililik

İKY süreçleri, ücretler, sosyal yardım ve hizmetler, personel devri, işe devamsızlık ve diğer kriterler bakımından yapılan çalışmalar için maliyet-etkililik analizleri yapabilmektedir. İKY, sağlık kurumunun başarısını sağlamak ve yükseltmek için kendi uzmanlık alanına giren işlevleri, bu değişkenler açısından değerlendirmek ve olası sorunlara çözüm getirmek zorundadır. Bu nedenle İKY, Sağlık kurumlarında personelin sadakati, uyumu, yeterliliği ve maliyet etkililiği arttırmak için insan kaynakları yönetimi süreçlerini tasarlayarak, çevredeki değişimlere

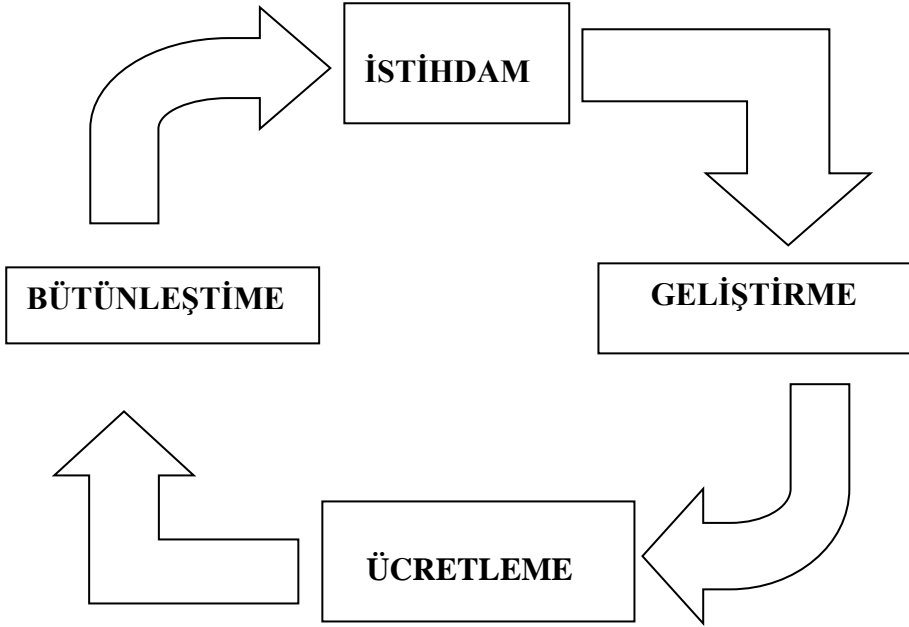
ayak uydurma kapasitelerini geliştirirler. Bu modelin geliştirilmesi ve uygulanması şu sonuçların elde edilmesini sağlar:

- 1. Yüksek bağlılık:** Yöneticiler ve personel arasında iyi bir iletişim sağlanır, karşılıklı güven duygusu yaratılır, her iki kesimin birbirlerinin gereksinme ve ilgilerine karşı duyarlı olduğu çalışma ortamı yaratılır.
- 2. Yüksek Yeterlilik:** Personel, işlerini etkili biçimde yapabilmek için gerekli bilgi ve becerilere sahip olur ve iş yapısındaki değişimlere gerekli ölçüde uyum gösterir.
- 3. Maliyet-Etkililik:** Personele yapılan giderler (ücret, sosyal yardım vb.) denetim altına alınır ve bu yolla hizmet maliyetleri düşürülür.
- 4. Yüksek Uyum:** Yönetim ve personel, karşılaşılan sorunların çözümü ve ortak amaçların başarılması için işbirliği yapar.

2.14. SAĞLIK HİZMETİ ORGANİZASYONLARINDA İNSAN KAYNAKLARININ İŞLEVLERİ

İnsan kaynakları yönetimi, sağlık kurumlarında işlerin aksatılmadan yürütülmesi için, personel girdisi ile ilgili faaliyetleri yerine getirmektedir. İK yöneticisi, insan kaynaklarıyla ilgili konularda alt, orta ve üst kademe yöneticilerine danışmanlık hizmeti vermektedir. İnsan kaynakları yöneticisi aynı zamanda kurumsal amaç, strateji ve faaliyetler ile insan kaynakları yönetim işlev ve faaliyetleri arasında eşgüdümü sağlama rolünü de üstlenmektedir. Sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetiminin başlıca dört işlevi vardır.

Tablo:4. Sağlık Hizmetleri Organizasyonlarında İK'nın İşlevleri



2.14.1. İstihdam

İnsan kaynakları yönetiminin temel görevlerinden bir tanesi, gereksinim duyulan sayı ve nitelikte personelin istihdam edilmesidir. Böylece sağlık kurumu faaliyetlerine kesintisiz olarak devam edebilir. Sağlık kurumlarında personel istihdamında dikkat edilmesi gereken temel nokta, istihdam edilecek personelin sayı ve niteliğinin belirlenmesidir. İşe göre adam ilkesinin uygulanabilmesi için her işle ilgili iş tanımlarının ve iş gereklerinin hazırlanması gerekir. İş analizi, bir sağlık kurumunda personel tarafından yerine getirilen tüm işlerin ayrıntılı biçimde incelenmesidir. İş analiziyle sağlık kurumlarındaki tüm işlerle ilgili bilgiler toplanır, kaydedilir ve irdelenir.

Bir sağlık kurumunun etkililiği, iş analizinin önemi, ilkeleri iyi anlaşılmadığında ve bilimsel biçimde uygulanmadığında olumsuz etkilenecektir. Bu sebepten işe alınacak uygun personelin nitelikleri belirlenmeli ve bu çalışma doğrultusunda istihdam olanağı sağlanmalıdır.

2.14.2. Geliştirme

Hizmet üretim ve sunumunda personelin belirleyici rolü bulunduğundan özellikle sağlık işletmelerinde insan kaynaklarının geliştirilmesinin özel bir önemi vardır. Zira herhangi bir sağlık personelinin başarısızlığı veya hatası, telafisi mümkün olmayan sonuçlar doğurabilir. Sağlık kurumlarında insan kaynaklarının geliştirilmesi bağlamında, şu faaliyetler yürütülür:

1. Hizmet içi eğitim, kariyer geliştirme
2. Sosyalizasyon,
3. Personel başarı değerlendirmesi,

2.14.3. Ücretleme

Ücret, personel ile sağlık kurumu arasındaki ilişkilerin odak noktasıdır. Personelin bir kurumda çalışmasının ana gerekçesi, bir gelir elde ederek yaşamını bağımsızca sürdürebilmektir. Personelin sağlık kurumuna yaptığı katkı karşılığında aldığı ücret, onun yaşamını sürdürmesini sağlamakta, yaşam standardını belirlemekte, kurum ve toplum içinde statü ve saygınlık kazanmaktadır. Ücret yönetimi, sağlık kurumu ve personel açısından büyük önem taşımaktadır.

2.14.4. Bütünleştirme

Yönetim personel ilişkilerinin geliştirilmesinde ve personel verimliliğinin artırılmasında, personel sendikaları ve toplu sözleşme, personel güvenliği ve emniyeti, şikayet ve disiplin uygulamaları önemli rol oynamaktadır.

2.15. PERSONEL YÖNETİMİNİN ANLAMI, ÖNEMİ VE İŞLETMEDEKİ YERİ

Personel, Türkçe’de işçi memur, görevli gibi çeşitli terimlerle ifade edilebilen çalışanları tüm olarak içine alan geniş kapsamlı bir terimdir. İşgören terimi de eş anlamlı olarak son yıllarda bazı işletme kitaplarında kullanılmakta ise de bu kullanım pek yaygın değildir ayrıca iş görenin iş hayatında kullanımı ise pek görünmemektedir. Burada personel işletmenin önemi fonksiyonlarından biri olarak ve daha çok işletmede gerekli personelin tedariki de dahil olmak üzere etkili ve verimli bir şekilde istidamı anlamında personel yönetimi şeklinde ele alınacaktır.

Personel yönetiminin görev alanı, örgütün büyüklüğüne, türüne, ülkenin yönetim biçimine göre farklılıklar gösterebilir. Aslında bir örgütte, yönetim çalışanları algılama ve tanımlama biçimi, personel hizmetlerine gösterilen duyarlılığın derecesi, o örgütte personel biriminin görev kapsamını belirler.

Personel yönetimi, işletmede çalışan bireylerin işletme örgütüyle ilişkilerini konu olan faaliyetlerle ilgilidir. Eğer bir işletmede çalışan bireyler, niteliklerine ve kişisel ilgi alanlarına göre seçilip görevlendirilmişlerse ve bu görevler onlara kişisel gelişme ve ilerleme imkanı sağlıyorsa, etkili bir kadrolama sağlanmış demektir.

Personel yönetimi iş ortamındaki insanı işletme organizasyonu içindeki yer ve ilişkileri ile ele alır. Bir tarafta işletmenin beşeri gücünü ve kaynağını en etkin ve verimli bir şekilde kullanım öte yandan işletme amaçlarına ulaşma yönündeki bu etkinlik yanında çalışanların da kişisel olarak maddi ve manevi bakımdan tatminini göz önünde tutar. Personelin

yeteneklerinde bilgi ve tecrübelerinden işletmeye maksimum faydayı sağlayacak şekilde yararlanma yolunda çaba gösterir.

Personel yönetimi işletmeye gerekli insan kaynağını sağlamanın ve bu kaynaktan en etkin ve verimli bir şekilde yararlanmanın yol ve yöntemlerini gösterir.

2.16. PERSONEL YÖNETİMİNDEN İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİNE GEÇİŞ

Personel yönetimi ve insan kaynakları yönetimi' nin ilgi alanı, örgütün en önemli girdisi olan insan gücü ile ilgilidir. Bilindiği gibi emek, temel üretim etmenleri arasında yer almaktadır ve insan gücü olmaksızın diğer üretim etmenlerinin ürüne dönüştürülmesi olanaklı değildir. Öte yandan çalışanlar ve yaptıkları işler, bölüm, birim, departman gibi çeşitli adlarla anılan gruplara ayrılmışlardır. Örgüt faaliyetlerinin amaçlarına ulaşabilmesi açısından bu grupların sınırlarının belirlenmesi, özelliklerinin bilinmesi ve görevlerin tanımlanması gerekmektedir. Bunun için de her birimde gerçekleştirilen faaliyetleri oluşturan işler ve birbirleri ile ilişkileri saptanmalıdır. Örgütlerde, işlere ilişkin çeşitli ayrıntı ve özellikleri saptamak amacı ile yapılan iş analizi çalışmalarına nedenle gerek duyulmaktadır.

PY/İKY, diğer örgütlerde olduğu gibi hastahaneler içinde önemli bir işlevdir. Bunun yanı sıra, hastahanelerin faaliyetlerinin süreklilik gösterebilmesi, verilen hizmetin etkili ve verimli olabilmesi için insan kaynaklarının niteliği ve insan kaynakları yönetimi ile ilgili işlevleri yerine getiren bölümlerin rolü önemlidir.

Tarihsel süreç göstermiştir ki, İKY personel yönetiminin yapı ve işleyiş yönünden bölünmüşlüğü ortadan kaldırmak, kapsamlılığını ve bütünlüğünü sağlamak amacıyla 20. yüzyılın son çeyreğinde benimsenen

bir yönetim anlayışıdır. Hemen her değişme sürecinde olduğu gibi başlangıçta geleneksel personel yönetimi anlayışının "yeni bir anlatımı", "modernleşmesi" olarak algılanmış ve yorumlanmıştır. Bu süreci daha derinden hissedenler ise İKY yaklaşımını geleneksel personel yönetiminin muhasebe boyutu daraltılmış ve diğer hizmet alanları genişletilmiş yeni bir biçimi olarak tanımlamışlardır.

İKY'nin ele aldığı konuların büyük çoğunluğu, geleneksel PY'nin de konuları arasında yer almakla birlikte, bu konuların ele alınmış biçimi ve benimsenen yaklaşım arasında önemli farklılıklar bulunduğu görülmektedir. Bu farklılıkların daha çok, konuyu algılama, içeriki anlayış, değerlendirme ve yaklaşım farklılığı olduğu söylenebilir. Başka bir ifade ile İKY'nin ele aldığı konularla, geleneksel PY'nin ele aldığı konular arasında benzerlik bulunmasına rağmen; İKY'nin günümüzde meydana gelen, siyasal, toplumsal, ekonomik ve uluslararası ilişkiler alanındaki gelişmeleri dikkate alarak, türlü yeniliklere, değişmelere açık ve duyarlı; dinamik bir yapı olduğu varsayımından hareketle; geleneksel PY'nin ele aldığı konuları hem içerik olarak, hem de ana temalar olarak daha geliştirdiği ve zenginleştirdiği söylenebilir. Bunun doğal bir sonucu ve günümüzde benimsenen modern yönetim anlayışının gereği olarak, PY kavramı yerine, örgütün insan kaynaklarına daha büyük önem verildiğinin bir ifadesi ve örgütün insan kaynakları ile ilgili konularının daha ayrıntılı bir şekilde incelendiğinin bir göstergesi olarak, İKY'nin kavramının yaygın bir şekilde kullanıldığı görülmektedir .

İKY, geleneksel PY'den farklı olarak, daha kapsamlı ve örgütün İK potansiyelinden tam olarak yararlanmayı amaçlamaktadır. Ancak, İKY ile PY'nin taban tabana zıt kavramlar olduğunu söylemek de yanlış olacaktır. Buna karşılık, İKY günümüzde toplumsal, örgütsel, ve yönetsel

alandanda meydana gelen gelişmelerin bir sonucu olarak, örgütün insan kaynaklarına yeni bir yaklaşım ifade ettiğini söylenebilir. Bu bağlamda İKY ile geleneksel PY'nin benzer yönleri bulunmakla birlikte, bu benzer konularda bile farklı ve yeni yaklaşımları benimseyen İKY, geleneksel PY'nin çağdaş bir ifadesi, yenilikçi ve değişimci bir yorumdur. İKY, PY'den çok farklı ve apayrı teori, uygulama ve pratik yönelimler getirmemiştir. İKY, insan ilişkileri, yönetim ve personel yönetimi konusundaki bilgi ve ilkeleri bir bütün içinde ve farklı bir bakış açısı ele alır. Buna göre İKY, PY işlevlerini de içeren, ancak bunla sınırlı kalmayan bir perspektife sahiptir. (5)

Tablo.3. İnsan Kaynakları Ve Personel Yönetiminin Farklılıkları

PERSONEL YÖNETİMİ	İNSAN KAYNAKLARI
İş odaklı	İnsan odaklı
Operasyonel faaliyet	Danışmanlık hizmeti
Kayıt sistemi	Kaynak anlayışı
Statik bir yapı	Dinamik bir yapı
İnsan maliyet unsuru	İnsan önemli bir girdi
Kalıplar, normlar	Misyon ve değerler
Klasik yöntem	Toplam kalite yönetimi
İşte çalışan insan	İşi yönlendiren insan
İç planlama	Stratejik planlama

İKY, etik ve sosyal sorumluluk yolları ile personel yönetiminde olduğu gibi örgütteki insanların üretim katkılarını artırmayı amaçlamaktadır. Personel yönetiminde olan uygulama ve çalışmalar İKY'ne rehberlik yapmaktadır. Personel yönetiminden farklı olarak İKY, çalışmaları yöneticinin neyi, nasıl yapabileceğini ayrıntılı olarak tanımlamasıdır. Çünkü, etkili bir şekilde yapılmak istenilen personel

yönetimi uygulamaları ne ve ne zamanla ilgili olduğu gibi neden ve nasıl sorularıyla da ilgili olmalıdır. Diğer bir deyişle, örgütte organizasyonel süreçler, organizasyonel görevler kadar önemlidir ve biri diğerini bilgilendirmelidir.

Bir anlamda insan kaynakları yaklaşımında, İKY, insanların yönetimidir. İnan olmanın itibarı, önemi ve onların şahsi menfaatleri örgütsel menfaatler kadar ihmal edilemez derecede önemlidir. Çalışanların örgütsel büyüme ve başarıyı yapabilmeleri için onların ihtiyaçlarına dikkat çekilmelidir. Bunun için de İKY örgütün bütün düzeylerinde yöneticilere olduğu kadar bütün çalışanlara sorumluluk vermektedir. Çünkü kendi işini ve projesini üstüne alan herkes aynı zamanda kendinin ve işinin bir yöneticisidir. Böylece İKY, örgütle çalışan herkese gerçekleştirdiği işin yöneticisi olarak yaklaşmaktadır.

Örgüt içinde ya da dışında güç toplamak, prestij sağlamak amacıyla olanlar, bu amaçlara ulaşmak için ilk aşamada örgütlerin İKY birimlerini etkilemeye, daha köktenci çözümler için bu birimleri ele geçirmeye çalışmaktadırlar. İKY bireysel, kurumsal ve toplumsal kaynakların karşılıklı etkilenip birbirini beslediği bir kaynaktır. işsizlik, kaynak yetersizliği gibi sorunlarla karşı karşıya olan örgütler, seçmenlerine iş vadeden siyasiler, üyelerinin haklarını korumak durumunda olan kuruluşlar, İKY süreçlerini etkilemek için birbiriyle yarışmaktadırlar. Grupların bu yarıştaki hedefleri ise çoğu kez birbiriyle çakıştığından, en azından gruplardan biri diğerinden evvel davranmak ya da kendi aleyhine olan diğerinin başarısını engellemek için kıyasıya çaba sarf edeceklerdir. Her şeye rağmen İKY bu çalkantılı ortamda insanları, insanlığın özüne yönelik bir saygı ile korumaya çalışmaktadır.

KAYNAKLAR

- ARGON, T.; (2004), “İnsan Kaynakları Yönetimi”, Ankara.
- DPT; (2001), “Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)”,
Ankara
- DPT; (2000), “Sağlık İnsangücü”, Ankara.
- ERİĞÜÇ, G.; “Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Yönetimi Ders
Notları”, Ankara
- ERİĞÜÇ, G.; “ (2003), Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi İçinden: “İş
Analizi”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 6, Sayı:1
- FİŞEK, N. ; (1985), “Halk Sağlığına Giriş”, Hacettepe Üniversitesi-
Dünya Sağlık Örgütü Araştırma Ve Yetiştirici Yayınları, Ankara.
- FLYNN, W.J.; (2004), “Healthcare Human Resource Management”,
U.S.A.
- KAVUNCUBAŞI, Ş.:(2000), “Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi”,
Ankara
- ÖZDEMİR, Y, E.; (2001), Yeni Türkiye Dergisi İçinden: “Cumhuriyet
Dönemi Sağlık Politikaları- Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980’li
Yıllara Sağlık Politikaları”; Yeni Türkiye Medya Hizmetleri
Yayınları, Sağlık Özel Sayısı II,Yıl:7, Sayı:39
- SARGUTAN, A. E. ;(2001), Yeni Türkiye Dergisi İçinden: “Türkiye
Sağlık Sektörü Sağlık Hizmeti Arz Ve Talep Sistemlerinde Mevcut
Durum Ve Öneriler”, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayınları,
Sağlık Özel Sayısı, Yıl:7, Sayı:39.
- SARGUTAN, A.E. ; (1993), “Türk Sağlık Sektörünün Yapısı”, Sağlık-İş
Yayınları, Ankara.
- TÜSİAD; (2004), “Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda
Uygulanabilir Çözüm Önerileri”, İstanbul.

www.saglik.gov.tr

YÜKSEL, Ö.; (2003), “İnsan Kaynakları Yönetimi” Ankara

Ankara Numune Hastanesi Personel Şubesi

4924 sayılı Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama ve Nakil Yönetmeliği

BÖLÜM 5:
SAĞLIK HİZMETLERİNDE AĞIZDAN AĞIZA
PAZARLAMANIN ÖNEMİ

Dr. Öğretim Üyesi Hüseyin KOÇARSLAN¹

¹ Selçuk Üniversitesi Beyşehir Ali Akkanat İşletme Fakültesi,
hkocarslan@selcuk.edu.tr

GİRİŞ

Ülkemizde özellikle son yıllarda devletin sağlık sektörüne yaptığı harcamalardaki artışın bir sonucu olarak yapılan devlet hastaneleri, şehir hastaneleri ve yeni açılan üniversitelerin araştırma hastaneleri ile özel sektör temsilcileri tarafından açılan hastanelerin çoğalmasi ile birlikte yeni ve hızla büyüyen bir pazar segmentinin oluştuğunu söyleyebiliriz. Böyle bir pazar bölümünün oluşması beraberinde yeni pazarlama sorunları ortaya çıkarmakla birlikte aynı zamanda yeni fırsatların ortaya çıkmasını sağlamıştır. Bu gelişmeler sağlık hizmetleri pazarlamasının önemini arttırmıştır. Bilindiği gibi pazarlama; malların, fikirlerin ve hizmetlerin geliştirilmesi ve değişimi ile ilgili süreçlerin yönetilmesini içermektedir. Bu tanımın kapsamına sağlık hizmetleri de girmektedir.

Diğer taraftan pazarlama anlayışının günümüz şartlarına göre değişiklik gösterdiğini söyleyebiliriz. Pazarlamanın birçok evreden geçerek günümüze geldiği söylenebilir. Sanayi devrimi sonrasında üretim ve satış anlayışı geçerli iken daha sonra modern pazarlama anlayışı ile tüketici memnuniyetinin ön plana çıktığını söyleyebiliriz. Bu aşamadan sonra gelişen koşullardan dolayı pazarlamanın sosyal pazarlama ve toplumsal odaklı yaklaşımlar içine girdiğini söyleyebiliriz. Bu anlayışı savunanlara göre klasik pazarlama anlayışı taraftarları ve uygulayıcıları, toplumun menfaatini gözetmedikleri için hep eleştirilmiştir. Sosyal ve toplumsal pazarlama anlayış bu zorunluluktan doğmuştur.

Sağlık gibi alıcıların duyarlılığının oldukça fazla olduğu bir hizmet alanında, klasik pazarlama anlayışına yöneltilen bu türdeki eleştiriler sağlık hizmeti veren kurumların üzerinde durması gereken önemli konulardandır. Ayrıca toplumsal pazarlama anlayışının bir gereği olarak kurumların sosyal konulara ne kadar hassas ve duyarlı olduğu, tüketicilerin ve toplumun menfaatlerini, sağlıklarını ne kadar dikkate aldığı, bilinçlenen alıcıların sayılarının arttığı gelişmiş ülkelerde sadece sağlık işletmeleri için değil, tüm işletmelerin üzerinde durması gereken bir konu olduğu açıktır. Pazarlamanın gelişimi işletmelere birçok pazarlama aracı sunmaktadır. Fakat işletmelerin kullandığı pazarlama araçlarının hedef kitlesi tarafından ne kadar itibar gördüğünü tespit etmek de önemlidir. Bu çerçevede “ağızdan ağıza pazarlama” kavramı sağlık hizmetleri sunan işletmeler için önemli bir pazarlama iletişim aracı olarak karşımıza çıkmaktadır.

İçinde yaşadığımız bilgi çağında insanların her gün çok miktarlarda bilgiye maruz kaldıklarını görmekteyiz. İnsanlar ihtiyaçlarını gidermek amacı ile tüketim yapmak zorundadırlar. Bazı durumlarda insanların satın alacakları malları ve hizmetler ile ilgili bilgiyi araştırıp teyit edecek kadar zamanları olmayabilir. Bu durumdaki tüketiciler bilgilerine ve tecrübelerine güvendikleri ve aralarında bir kan bağı ve sosyal bağ olan aile üyeleri, akrabalar, yakın arkadaşlar ve komşular gibi kişilerden süzölmüş bilgileri almayı tercih etmektedirler.

Tüketim insanların yaşamlarını sürdürebilmeleri için hayatlarının önemli bir parçası haline bir olgudur. Tüketicilerin kişisel ihtiyaçlarını karşılamak, deneyim yaşamak ve benzeri farklı nedenlerle tüketim

davranışında bulunmaktadır. Bu amaçlarla tüketiciler malları ve hizmetleri talep etmektedirler. İnsanlar bu işlemleri yapmazdan önce çevrelerinde bulunan kişilere danışarak ve iletişim kurarak yapacakları ticaretle ilgili olarak üzerlerine alacakları riskleri azaltma davranışı sergilemektedirler. Böyle bir süreçten geçerek mal veya hizmet satın alan tüketiciler, bu işlemin ardından memnuniyetlerini veya memnuniyetsizliklerini, yaşadıkları deneyim ve tecrübeleri başkaları ile paylaşma istekleri söz konusu ürünle ilgili olarak ağızdan ağıza bilginin yayılmasını sağlamaktadır. Bu durum işletmelerin bilinilirlik düzeyini veya satış miktarını önemli düzeyde arttırmaktadır.

PAZARLAMA KAVRAMININ İÇERİĞİ VE AĞIZDAN AĞIZA PAZARLAMA

PAZARLAMA KAVRAMI

Pazarlama, günlük yaşamımızın her aşamasında karşımıza çıkmakta ve hayatımızın önemli bir aşamasını teşkil etmektedir. Gazete okurken veya televizyon izlerken gördüğümüz bir reklam, radyo dinlerken duyduğumuz bir şarkı, alış-veriş merkezlerinde gezinirken, internette gezinirken veya işimizde görevlerimizi ifa ederken mutlaka pazarlama faaliyetleri ile karşılaşırız. İnsanların günlük yaşamlarını sürdürebilmeleri için mutlaka mal veya hizmet satın almaları gerekmektedir.

İngilizcede “Marketing” kelimesinin karşılığı olan pazarlamanın üretici veya satıcı ile tüketiciler arasındaki mübadeleyi (değişimi) konu almaktadır. Pazarlamanın sanayi devriminden sonra gelişim gösterdiğini ve yaşanan yeni değişim ve gelişimi de paralel olarak yeni tanımlarının yapıldığını söyleyebiliriz. Özellikle sanayi devriminden

sonra seri şekilde üretilen malların çeşitli bölgelerde yaşayan insanlara nasıl ulaştırılacağı hususu pazarlamanın gelişiminde önemli rol oynamıştır. Bir ürünün sadece üretilmesi yeterli olmayıp bu ürünün tüketicinin ihtiyacını karşılayacak nitelikte olması yanında istenilen yerde ve zamanda hazır olması gerekmektedir.

Çağdaş işletmecilikte pazarlamanın önemi yadsınamaz önemdedir. İşletmeler, mal, hizmet ve fikir üreterek, tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarını karşılayıp belli bir sosyal sorumluluk doğrultusunda, uzun dönemde olabildiğince çok kâr sağlamayı amaçlamaktadır. İşletmeler bu faaliyetleri temel ve yardımcı fonksiyonlar sayesinde yapmaktadırlar. Üretim fonksiyonu tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarına göre belirlenir. Ancak bu ihtiyaç ve istekler, pazarlamanın tüketiciler ile yakın teması sayesinde, pazarlama araştırmaları ile belirlenmektedir. Bu sebeple, pazarlama, işletmelerin diğer bölümlerinden farklı olarak müşteriler ve tüketiciler ile ilişkiler halinde bulunmaktadır. Bu ilişkiler neticesinde pazarlama, en dışı dönük faaliyetler grubunu oluşturur.

Pazarlama sürekli değişim halinde olduğu için tanımlamaları da zaman içinde değişmektedir. “Pazarlama; kişilerin ve örgütlerin amaçlarına uygun şekilde değişimi sağlamak üzere, mallarını hizmetleri ve düşüncelerin geliştirilmesini, fiyatlandırılmasını, dağıtımını ve tutundurulmasını planlama ve uygulama sürecidir. Amerikan Pazarlama Derneği ise 2007 yılında yaptığı tanıma göre pazarlama; müşteriler, alıcılar, paydaşlar ve genel olarak toplum için değer yaratma, haberdar etme, sunma ve değişim için kurumsal düzenleme ve süreçlerini içeren faaliyetlerdir.

PAZARLAMANIN TARİHSEL GELİŞİMİ

Sanayi devrimi öncesindeki insanlar genellikle kırsal alanlarda yaşadıkları için üretim faaliyetlerini daha çok kendi kişisel ve ailevi ihtiyaçlarını gidermek için yapmıştır. Sanayi devrimi ile birlikte insanlar sadece kendileri için değil başkaları içinde üretim faaliyetlerinde bulunmuşlardır. Dolayısı ile bu dönem pazarlamanın gelişimi için önemli olmuştur. Şehirleşme, teknoloji ve küreselleşmenin artışı ile birlikte tüm alanlarda yaşanan değişim pazarlama disiplini de etkilemiştir.

Pazarlama bazı aşamalar geçirerek bugüne gelmiştir. “Bu aşamalar, klasik ayrıma göre, ürün, satış, pazarlama ve müşteri-odaklı yaklaşım aşamaları olduğu bilinmektedir. Pazarlamanın, bu aşamaları geçirmesindeki temel etkenlerin neler olduğu incelendiğinde, teknolojinin, internetin gelişmesi ve yaygınlaşması, küreselliğin ve küresel rekabetin artması son olarak insanların eğitim ve bilgi düzeylerinin artması şeklinde belirlenmiştir.

“Pazarlama yönetiminin, bir bakıma daha geniş kapsamlı olarak tüm işletme yöneticilerinin iş ve işletmecilik anlayışlarındaki evrimi gösteren yaklaşım değişiklikleri, genelde işletmeciliğinin, özel olarak da pazarlamanın en fazla geliştiği ülke olan ABD’deki gelişmelerle açıklanabilir. Söz konusu iş anlayışları, genellikle her birinin belirgin özelliklerle birbirinden ayrıldığı ve her birinde hâkim olan bakış açısına göre isimlendirilen üç ayrı aşama ya da dönem halinde ele alınır. Üretim anlayışı, satış anlayışı, Pazar veya pazarlama anlayışı. Ama pazarlamanın gelişimi devam etmiş; işletmelerin topluma karşı olan sosyal sorumluluklarının ön plana çıkmaya başlamasıyla, bu anlayışın

daha gelişmiş ve ileri hali olarak toplumsal pazarlama anlayışı ortaya çıkmıştır (Mucuk, 2014:7)”.

Pazarlama yaklaşımındaki değişim ekonomik ve yapısal gelişmelerle paralellik göstermektedir. Bu bağlamda pazarlama anlayışı son yıllardaki değişim ile birlikte üretim yaklaşımı, ürün yaklaşımı, satış yaklaşımı, pazarlama yaklaşımı ve ilişkisel pazarlama yaklaşımı şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

PAZARLAMA KARMASI ELEMANLARI

“Pazarlama karması hedef pazarlara sunulacak mal ve hizmetleri geliştirmek, söz konusu malların ve hizmetlerin fiyatını belirlemek, dağıtım kanalını seçmek ve satış arttırıcı çabalarda bulunmak üzere dört elemandan oluşmaktadır. Pazarlama faaliyetlerinin başlangıcı ürünün üretilmesi ile başlar. Ürün kavramı, fiziki malları içerdiği gibi hizmetleri ve fikirleri de içermektedir. Sonra üretilen bu ürüne uygun bir fiyat verilmesi gerekmektedir. Daha sonra bu ürünlerin müşterilerin talep edeceği noktalara gönderilmesi gerekir. Bu işlem dağıtım fonksiyonu ile yerine getirilir. Son olarak da tüm bu işlemlerden sonra satışa çıkarılan ürünlerle ilgili olarak tüketicilerin, reklamlar, halkla ilişkiler ve benzeri tutundurma araçları ile tüketicilerin bilgilendirilmesi gerekir.

AĞIZDAN AĞIZA PAZARLAMA VE ÖNEMİ

Mal ve hizmetlerin artan çeşitliliği karşısında tüketiciler satın alma kararı verirken, satın alma sonrası olumsuz durumları ve riskleri minimize etmek istemektedirler. Tüketiciler satın alma faaliyetini gerçekleştirirken daima bir risk ile karşı karşıyadırlar. Bu riskin en alt

düzeeye indiren ağızdan ağıza iletifim, müfiterilerin yakınları ve tanıdıklarından aldıkları tavsiyeler ve öğıütlerden sonra mal veya hizmeti talep etmesidir. Bu şekilde davranan tüketicinin karşılaşacağı risk düzeyi daha düşük olacaktır.

WOMM (Word of Mouth Marketing) olarak adlandırılan ağızdan ağıza pazarlama, temel itibariyle tüketiciler arasında gerçekleşen bu iletişime dayanmaktadır. Türk Dil Kurumu Sözlüğünde iletişim kavramı “Duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması, bildirişim, haberleşme, komünikasyon” şeklinde tarif edilmiştir(www.tdk.gov.tr). İletişim insanlar için çok önemli bir faaliyettir. “Dünyaya geldiğı andan itibaren etrafındakilerle bilinçli ya da bilinçsiz iletişim kuran insan için iletişim vazgeçilmezdir (Sarıyer, 2018:13)”.

İnsanlık tarihini başlangıcından beri bireyler, her yerde yaşadıkları her şey hakkında konuşmak üzere daima iletişim halinde olmuşlardır. Bu yöntemde, bakış açılarını, deneyimleri, anlaşmazlıkları veya sürekli önerileri paylaşmak ve gayri resmi iletişim kurmak gerçekten kolaydır. Bu nedenle, insanlar son deneyimlerini sorunsuz bir şekilde kolayca açıklayabilir ve ürün, web sitesi, hizmetin önemi hakkında deneyimlerini başkalarına kolaylıkla aktarabilir.

Ağızdan ağıza iletişim; iki ya da daha fazla kişinin kendi aralarında anlaşmak için düşüncelerinin veya bilginin, işaretler, sözler veya yazılar yoluyla karşılıklı olarak değişimi ve paylaşımı şeklinde tarif edilmektedir. Tüketicilerin, bir ürünü veya hizmeti satın aldıktan sonra alınan ürün veya hizmetin beklentilerini karşılaması durumunda memnuniyet, tersi durumda ise memnuniyetsizlik söz konusu olacaktır.

Her iki durumla karşılaşan tüketiciler satın aldıkları mallar ve hizmetlerle ilgili olarak çevrelerinde bulunan insanlara olumlu veya olumsuz görüş bildirmesi, söz konusu ürünleri tavsiye etmesi veya ürün hakkındaki deneyimlerini paylaşması ağızdan ağıza iletişimin temelini oluşturmaktadır. Hiçbir reklam veya satışıçının insanları bir ürünün faydalarına, bir dost, bir yakın veya eski bir müşteri veya bağımsız bir uzman kadar ikna edici bir şekilde inandıramayacağını iddia eden Philip Kotler, (Kotler, 2005:1) konunun pazarlamacılar açısından ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaya çalışmıştır.

Pazarlama iletişiminin en eski biçimlerinden biri olan ağızdan ağıza pazarlama, kaynak güvenirliliği açısından önemlidir. Çünkü insanlar güvenilen bir dostun veya bir yakının öğütlerine daha çok inanmaktadırlar. İletişim aracı, iletişim işlevini başlatan kişi şayet çok güvenilen ve itimat edilen bir kişi ise en güçlü kanallardan biri olmaktadır.

“Ağızdan ağıza pazarlamada, başkaları sizin ürünleriniz hakkında konuşmakta ve yeni kişiler ürününüzü denemektedir. Onlar da başkalarına anlatmaktadır. Ürün hakkındaki bilgi, insanlara arkadaş çevresinden geldiği için inandırıcılık taşımaktadır. Eğer ürününüz gerçekten değerliyse, ürün üzerinde konuşma alışkanlığı, bulaşıcı bir hastalık gibi hızla yayılmakta, sonunda çok az bir reklamlarla, çok büyük bir kitleye erişilmektedir (Uzun ve Uydacı,2012)”.

Ağızdan ağıza pazarlama (WOM), bir kuruluşun ürünleri veya hizmetleri veya kuruluşun kendisi hakkında bir mesajdır. Genellikle ağızdan ağıza pazarlama (WOM), bir kişiden diğerine geçen ürün

performansı, hizmet kalitesi, güvenilirlik gibi hakkında yorumlar içerir. Belirli bir kuruluştan ürün veya hizmetlerle kişisel deneyime sahip 'gönderenler', 'alıcılar' tarafından oldukça nesnel bilgi kaynağı olarak kabul edilir. Gönderenler tarafından iletilen bilgiler pozitif, negatif veya her ikisinin karışımı olabilir.

Ağızdan ağıza pazarlama ile ilgili olarak (Henning ve diğerleri,2004), tarafından interneti kullanan bir grup insan ve kurum tarafından, bir ürün veya şirket hakkında deneyimleri neticesinde oluşturdukları olumlu veya olumsuz ifadeler olarak tanımlanmıştır. Bu ifadeden de anlaşılacağı gibi ağızdan ağıza pazarlama olumsuz ağızdan ağıza pazarlama ve olumlu ağızdan ağıza pazarlama olmak üzere ikiye ayrılabilir:

OLUMSUZ AĞIZDAN AĞIZA PAZARLAMA

Müşterilerin büyük çoğunluğu memnuniyetsizliklerini çevrelerindeki insanlara anlatmaktadır. Eğer hizmet sonucunda memnuniyetsizlik doğmuşsa, müşteri bu memnuniyetsizliğini on ile yirmi kişiye anlatmaktadır.

Özellikle hizmet sektöründe faaliyette bulunan çoğu organizasyon, tüketici memnuniyetsizliğinin zaman zaman olabileceğinin farkındadır. Tüketicinin bir ürün veya hizmete karşı memnuniyetsizliği birkaç şekilde olabilir:

- Direk olarak satıcıya yapılan şikâyetler,
- Marka değiştirme ve negatif ağızdan ağıza pazarlama gibi özel tepkiler,
- Yasal yollara başvurma ve tüketici gözlemci gruplarına şikâyet etme,

Bu olası yanıtlardan negatif ağızdan ağıza pazarlamanın (WOM) özel eylemi perakendeciler ve üreticiler için özellikle gizlice zararlı olabilir. Şikâyet davranışlarından farklı olarak, olumsuz ağızdan ağıza pazarlama (WOM), en azından kısa vadede, fark edilmeyebilir.

OLUMLU AĞIZDAN AĞIZA PAZARLAMA

Ağızdan ağıza pazarlama, insanlar üzerinde en fazla etkiye sahip olan yöntemlerden biridir ve insanları reklamlardan ve diğer tutundurma araçlarından daha fazla bir ürün veya hizmet satın almaya ikna eder, çünkü insanlar genellikle doğrudan diğerlerinden(dost, iş arkadaşı, akraba) duyduklarına güvenirlir. Genel olarak, ilişkilerimizin bir parçası olarak bilgi paylaşımına ihtiyacımız var ve arkadaşların, akrabaların ve meslektaşların tavsiyelerini kitle iletişim araçlarından daha fazla duyma ve dikkate alma eğilimindeyiz.

Müşteriler satın aldıkları ürünlerden ve hizmetlerden beklentilerini karşılayıp memnuniyet duyarlarsa firma, marka, ürün veya hizmet hakkında olumlu düşünceler edineceklerdir. Böyle müşteriler yaşadıkları deneyimleri etrafında bulunan insanlara çeşitli araçlarla (sözlü iletişim, internet vb.gibi) anlatacaklardır. Müşteriler firma, marka ya da ürünler ve hizmetlerle ilgili olumlu düşüncelere sahip olması isteniyorsa bunun için çaba sarf edilmelidir.

Tüketicilerin olumlu ağızdan ağıza pazarlama eğilimlerinin arttırılması, üretilen malların veya hizmetlerin işletmenin hedef kitlesinde bulunan kişilere tanıtılması ve açısından büyük önem ar etmektedir. Bundan dolayı işletmeler firmalar ve kurumlar olumlu

ağızdan ağıza iletişim düzeylerini artıracak çeşitli çabalar ve aktiviteler içine girmeleri gerekmektedir.

Günümüzde firmalar ise, tüketicilere ulaşmada, onları bilgilendirme, ikna ve eyleme geçirme aşamalarında oldukça zorluk çekmekte ve yüklü maliyetlere katlanmaktadır. Çeşitlenen iletişim mecraları ve farklılaşan tüketici beklentileri, reklam gibi geleneksel iletişim araçlarının etkinliğini azaltırken, pazarlamacıların ilgisi ağızdan ağıza pazarlamaya yeniden kaymıştır.

AĞIZDAN AĞIZA PAZARLAMANNIN ÖZELLİKLERİ

Ağızdan ağıza pazarlamanın sahip olduğu bir takım özellikler vardır. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz:

Değer: Daha öncede tartışıldığı gibi ağızdan ağıza pazarlama müşterilerin kararlarını olumlu veya olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir. Mevcut memnun alıcılar işletmeye yeni müşterilerin kazanılmasına yardımcı olurlar. Olumsuzluk durumunda ise müşteri kaybına neden olurlar. Müşterilerin ağızdan ağıza pazarlama değeri ve hacmi şirketin şikayetlere karşı vereceği cevaplardan etkilenebilmektedir.

Deneyim Aktarımı: Tüketiciler bir ürün veya hizmetle ilgili riski minimize ederek iyi bir deneyim yaşamak isterler. Deneyim sahibi olmak ise doğrudan deneyim ve dolaylı deneyim olmak üzere iki türdür. Doğrudan deneyimde tüketici ürünü fiilen deneyerek riski üstlenmektedir. Dolaylı deneyimde ise ürünü veya hizmeti satın almak isteyen kişiler, diğer insanların deneyimlerini, tavsiyelerini, olumlu

veya olumsuz görüşlerini dinleyerek riski azaltmaya çalışmakta ve yaşayacakları hayal kırıklığının önüne geçmeye çalışmaktadırlar.

Güvenilirlik: Kendisine bir marka, ürün veya hizmet sorulan kişi güvenilen bir birey ise, verilen mesajlar olumlu veya olumsuz olsa da etkili ve inandırıcı olacaktır. Kendisine bilgi ve deneyimi sorulan kişinin bu işlemde bir beklentisi olmayacağı için samimi duygularını ifade edecektir.

Odaklanma: Ağızdan ağıza pazarlamayı sadece alıcıları ilgilendiren bir iletişim biçimi olduğunu söyleyemeyiz. Literatürde, ağızdan ağıza pazarlamanın sadece tüketicilerle sınırlı olduğu düşünülmektedir. Halbuki tedarikçiler, çalışanlar, yalnızca ağızdan çıkmış sözlü Tüketicilerin. Bununla birlikte, ağızdan ağıza ayrıca çeşitli alanlarda ilişkilerin kurulmasını ve sürdürülmesini de içerir: tüketiciler (son kullanıcılar veya aracılar olabilir), tedarikçiler, çalışanlar, işe alım ve sevk pazarlarında da ağızdan ağıza pazarlama söz konusu olabilir. Yani bu kişilerde birer tavsiye kaynağı olarak düşünülebilir.

Zamanlama: Ağızdan ağıza pazarlama karar vermenin farklı aşamalarında ortaya çıkabilir. Dolayısı ile tavsiyeler hem satın almazdan önce hem de satın almadan sonra ortaya çıkabilmektedir. Ağızdan ağıza pazarlama alış verişten önce gerçekleşirse bu durumu ağızdan ağıza pazarlamanın girdisi olarak kabul edilir. Eğer alış verişlerden sonra gerçekleşirse ağızdan pazarlamanın çıktısı olarak değerlendirilir.

Talep: Ağızdan ağıza pazarlama, genellikle bir mal veya hizmet talep edildikten sonra ve talep edilmezden önce ortaya çıkar. Fakat

işletmelerde bir takım faaliyetlerde bulunarak ağızdan ağıza pazarlama faaliyetlerini teşvik etmektedirler. İşletmeler özellikle bir malın öncü olarak talep edenler ile alanında uzman alıcılara söz konusu malları veya hizmeti deneterek, diğer insanları etkilemeye çalışırlar. Firmalar ağızdan ağıza pazarlama faaliyetlerinin sadece müşteriler tarafından yapılmasını beklememesi gerekir. Firmanın kendi çabalarıyla ağızdan ağıza pazarlamanın oluşmasını sağlayacak bu gibi faaliyetleri planlamalıdır.

Müdahele: Ağızdan ağıza olumlu pazarlamanın büyüme sağladığı kanıtlanmış bilimsel gerçeği çerçevesinde, işletmeler, pazarlarında hızlı bir şekilde büyümeleri için yüksek seviyelerde olumlu ağızdan ağıza sözcükleri teşvik etmenin yollarını aramaktadırlar (Kirby,2007). Şirketler, toplumun yüzde 10'unu temsil eden ve tüm satın alma kararlarının çoğunluğunu etkilemeye yardımcı olan fikir liderlerini hedef alıyor.

“Ağızdan ağıza pazarlamanın spontane olarak ortaya çıkmasına karşın, ağızdan ağıza pazarlama faaliyetini harekete geçirme ve yönetme çabasıyla inisiyatifi ele alıp müdahale etmeye çalışan şirketlerin sayıları her geçen gün artmaktadır. Yönetilen bir ağızdan ağıza pazarlama durumu bireysel veya kurumsal düzeyde etki yapabilmektedir”(Aydın, 2009:13).

SAĞLIK HİZMETLERİ VE AĞIZDAN AĞIZA PAZARLAMA

2.1. HİZMET KAVRAMI VE HİZMET PAZARLAMASI

Hizmet sektörü son yıllarda önemli ölçüde büyüme sağlamıştır. Hizmetler, Amerika’da Gayri Safi Yurt İçi Hasıla’nın % 80’lik bir kısmını oluşturmaktadır. Hizmet sektörü giderek daha da büyüyor. 2014 yılında ABD’de her beş kişiden dördünün hizmet sektöründe çalışacağı tahmin ediliyor. Dünya ekonomisi açısından da bakıldığında hizmet sektörünün hızla büyüdüğünü görmekteyiz. Dünya ekonomisinin %64’nü hizmet sektörü oluşturmaktadır.

Fiziksel ürünlerden oldukça farklı olmaları nedeniyle hizmetlerin tanımlanması zordur. Amerikan Pazarlama Derneği’nin hizmetlere ilişkin tanımı şu şekildedir:” Hizmetler, soyut (elle tutulamayan gözle görülemeyen anlamında) mallardır. Üreticiden tüketiciye doğrudan değişimleri yapılır, taşınamazlar, depolanamazlar ve hemen hemen bozulabilir niteliktedirler. Hizmet şeklindeki malların tanımlanması zordur; çünkü meydana getirilmeleri, satın alınmaları ve tüketilmeleri eşzamanlıdır. Onlar, birbirinden ayıramaz nitelikteki soyut unsurlardan oluşurlar, çoğu kez oneli bir biçimde tüketici katılımının kapsarlar ve mülkiyetin (sahipliğin) devredilmesi anlamında satılamazlar ve mülkiyet hakları yoktur”. Daha kısa ve genel olarak hizmetler: “Tüketicilerin ve endüstriyel kullanıcıların ihtiyaçlarını karşılayan soyut görevlerdir” şeklinde tanımlanabilir. Hizmetlerin en büyük özellikleri soyut nitelikte olmalarıdır.

Son yıllarda hemen hemen bütün ülkelerde hizmet sektöründe görülen hızlı büyüme ve gelişme trendi göz önüne alındığında hizmet pazarlamasına yönelik ilginin de artması söz konusu olmuştur. Bu ilgiyi doğal karşılamak lazımdır. Geleneksel pazarlamada fiziksel mal esas alınmıştır. Bundan dolayı hizmet sektöründe pazarlama problemlerinin çözümlerinde yetersiz kalınması “hizmet pazarlaması” olarak anılan pazarlamanın özel şeklinin veya alt disiplininin gelişmesine yol açmıştır. Bu gelişmelerin 1980’lerden sonra hız kazandığı söylenebilir.

2.2. HİZMETLERİN KAREKTERİSTİK ÖZELLİKLERİ

“Hizmet pazarlaması araştırmacıları, hizmetler ve mallar arasında hizmetlerin doğal yapısından kaynaklanan dört temel farklılığın olduğunu ortaya koymaktadır (Yükselen, 2012: 414):”

Soyutluk; Hizmetler görülemez, koklanamaz, tadına varılamaz veya elle tutulamazlar. Örneğin; sağlık hizmeti bir hastaya uygulanan ve sağlık uzmanı tarafından yerine getirilen bir uygulama, bir faaliyettir. Hasta, hizmetin somut unsurlarını (ekipman, hastane odası vb.) görüp elle dokunabilmesine karşın, esas hizmet görülemez veya dokunulamaz. Çünkü esas hizmet soyuttur.

Heterojenlik; Hizmetler performans olduklarından ve genellikle insanlar tarafından üretildiklerinden, hizmetlerin birbirinin aynı olması mümkün değildir. Kişilerin performansları gün içinde inişli çıkışlıdır. Heterojenlik, aynı zamanda müşteriden de kaynaklanır. Çünkü hiçbir müşteri bir başka müşteri ile aynı şekilde değerlendirilemez.

Eşzamanlılık; Mallar genellikle önce üretilir, sonra satılır ve tüketilirler. Fakat hizmetler, önce satılırlar ve aynı zamanda üretilir ve tüketilirler. Örneğin; bir öğretmen sınıfta, öğrencilerine ders anlatması

faaliyetinde, hizmetin üretilmesi ve tüketilmesi aynı zamanda gerçekleşmektedir.

Stoklanamama; Hizmetler bir performans olduklarından, saklanamazlar, stoklanamazlar, tekrar satılamazlar ve değiştirilemezler. Örneğin; sefer zamanına kadar satılmayan bir uçak koltuğunun daha sonra satılması söz konusu olamaz.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMAÇLARI

İnsanlara daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti vermek amacı ile devletin yaptığı yatırımlar, özel sektörün konuya olan ilgisi, teknolojik gelişmeler, rekabetin artması gibi nedenlerle sağlık kurumlarından beklenen hizmet kalitesinin düzeylerinde artış olmuştur. Gerek kamunun gerekse özel sektörün sunduğu sağlık hizmetlerinin ön önemli amacı vatandaşların ihtiyacı olan sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini, gerektiği zamanda ve yerde, kaliteli bir düzeyde, makul bir fiyatla sunmaktır.

2.6. SAĞLIK HİZMETLERİNDE PAZARLAMA KARMASI ELEMANLARI

Pazarlama disiplininin en önemli unsuru pazarlama karması elemanlarıdır. Bunlar mamul (product), fiyat (price), dağıtım (place) ve tutundurma (promotion) olmak üzere dört çeşittir. Pazarlama literatüründe pazarlamanın 4P'si diye geçer. Bir işletme tüketicilerin isteğine uyan mamulleri ve hizmetleri üretir, bunlara tüketiciye uygun olan fiyata göre fiyatlandırır, sonra bu mamulleri tüketicilerin alacağı yerlerde hazır bulundurur, son olarak da tüketicileri bilgilendirerek ürünleri satın almalarına yardımcı olur.

Bütün sektörler için geçerli olan pazarlama karması elemanları (4P) sağlık sektörü için yeterli olmayabilir. Sağlık sektöründe bu dört pazarlama karması elemanlarına ilaveten Fiziksel deliller ve ortam (Physical Evidence), Katılımcılar /İnsanlar (People) ve Süreç Yönetimi (Process Management) olmak üzere üç eleman daha eklenerek sağlık hizmetleri pazarlaması için toplam yedi pazarlama karması (7 P) elde edilmiştir.

Sağlık Hizmetlerinde Ürün

Pazarlama karmasının temel ögesi olan ürünü Kotler (2012) bir ihtiyacı veya isteği karşılayacak olan ilgi, kazanç, kullanım veya bir ihtiyacı karşılamak amacı ile bir pazara sunulan herhangi bir nesne olarak tanımlamıştır. Kısacası, insanların ihtiyaçlarını karşılayan bütün mallar ve hizmetler ürün olarak nitelendirilir.

“Sağlık hizmetleri muhtemelen bütün hizmetlerin en elle tutulamaz bir türüdür. Alımdan önce ürünü tecrübe edememeye ek olarak tüketici genellikle ürünü tükettikten sonra da değerlendiremez. Örneğin; bir ameliyat veya sağlık kontrolüne maruz kalan bir hasta bütün işlemlerin yüksek kalitede gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğini değerlendiremeyebilir. Sağlık ürünleri sürekli talep edilecek ürünler kategorisinde olmadığı için tüketiciler ön tecrübeye sahip olmayabilir (Tengilimoğlu,2000:191)”.

Sağlık Hizmetlerinde Fiyat

Pazarlama karmasının en önemli elemanlarından olan fiyat sağlık hizmetleri pazarlamasında da büyük öneme sahiptir. Diğer pazarlama elemanları bir gider iken fiyat karması gelir olması hesabı ile sağlık işletmeleri açısından önemlidir. Fiyatı belirlemek için öncelikle üretilen mal veya hizmetin maliyetinin belirlenmesi gereklidir. Sağlık hizmetlerini veren kurumların karmaşık yapılarından ve verilen hizmetin çeşitliliğinden dolayı fiyatın belirlenmesini zorlaştırmaktadır.

Ayrıca devletin fiyatlandırma hususunda sağlık sektöründeki işletmeler üzerinde önemli baskısı vardır. Diğer taraftan sağlık hizmetlerini talep eden kişiler için bu hizmetin alınması bazı durumlarda ertelenemez. Dolayısı ile böyle durumlarda fiyatın etkisinin pek olacağı söylenemez.

Sağlık Hizmetlerinde Dağıtım

Dağıtım sağlık hizmetleri pazarlaması açısından büyük önem arz etmektedir. Bu fonksiyona göre sağlık hizmetlerinin nasıl, nerede, ne zaman talep edenlere sunulacağı gibi soruların cevabı aranır. Ayrıca ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin bulunabilmesini ve ulaşılabilir olmasını sağlayacak dağıtım kanalı oluşturulmaya çalışılır.

Sağlık Hizmetlerinde Tutundurma

Pazarlama karmasının dördüncüsü olan tutundurma elemanı, işletmelerin üretmiş oldukları ürünlerle ilgili olarak reklamlar, halkla ilişkiler ve tanıtma, satış özendirme ile yüz yüze satış alt elemanlarını kullanarak hedef kitle ile iletişim kurmak ve ürünlerini tanıtmak için kullandığı bir araçtır.

Sağlık sektöründe tutundurmanın amacı elbette hastayı tüketime yönlendirmek değildir. Amaç, hastayı bilgilendirmek, sağlanacak yararlar hakkında onları ikna etmek, teşhis ve tedavi sürecinde daha katılımcı bir konuma getirmek ve böylelikle hizmet sunumunu kolaylaştırmaktır. Doğru amaçla kullanılan tutundurma elemanları, örneğin; reklamlar, birçok hastalığın erken teşhisine yardımcı olabilir. Tutundurma elemanlarından daha çok reklamlar ve halkla ilişkiler yönteminin kullanılmasına rağmen sunulan hizmetler ve çalışmalar konusunda toplumda olumlu imaj oluşturmak için halkla ilişkiler daha ön plandadır.

Katılımcılar / İnsanlar

Sağlık hizmeti veren işletmelerde diğer hizmet işletmelerinde de olduğu gibi katılımcılardır. Katılımcılar ise hem çalışanlardan hem de hizmet talep edenler olmak üzere tüm insan unsurunu kapsar. Sağlık sektörlerinde sunulan hizmetin kalitesi önem kazanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde insanlar kalite hususunda ipuçları aramaktadır. Doktorların, sağlık personeli ve diğer çalışanların hastalara karşı tutumu ve davranışları, hastalar ile kurdukları iletişim, diğer hastalar ve hasta yakınlarından edinilen bilgiler söz konusu hastaneler hakkında bir kanaat oluşturmaktadır.

Fiziksel Ortam

Sağlık hizmetinin verildiği ortam, hastalar ve yakınları açısından önem arz etmektedir. Muayene hane ortamı, laboratuvarlar, bekleme salonları, yoğun bakım üniteleri, lavabolar, hasta odalarındaki düzen ve

intizamın olması sağlık hizmeti alan kişileri yakınlarını olumlu etkileyerek söz konusu hastanenin iyi bir imajının oluşmasına katkı sağlayacaktır.

“Fiziksel olanaklar sadece hasta tatmininin sağlanmasında değil, personelin de tatmininde etkili olmaktadır. Bu nedenle fiziksel olanaklar her iki tarafın gereksinim ve isteklerine cevap verebilecek şekilde düzenlenmelidir. Personelin bütün gün o kuruluştta çalıştığı göz önünde bulundurulduğunda, onlara işlerini neşeli bir şekilde yerine getirmesini sağlayan olanaklar da yaratılmalıdır. Personelin neşeli ve mutlu olması dolaylı olarak hastaların tatmin düzeyini de etkileyecektir” (Öztürk 2007: 40).

Süreç Yönetimi

Sağlık hizmetlerinde sunulan hizmetin aksamaması ve işlemlerin kaliteli bir düzeyde yapılabilmesi için süreç yönetimi ile yapılmaktadır. Süreç yönetimi, sağlık hizmetlerinin tüketicilerin gereksinim duydukları esnada “hazır bulundurulmasını ve tutarlı kalitede sunulmasını” kapsamaktadır. Hizmetlerin stoklanamaması ve talepte yaşanan dalgalanmalar, zaman zaman tüketicilerin ihtiyaçlarını karşılayamama durumunu ortaya çıkarmaktadır. Bu sorunu bertaraf etmek için, talebin fazla olduğu zamanda personelin çalışma saatlerinin arttırılması, ilave personel istihdamının sağlanması, çalışan personel arasında rotasyon yapma vb. gibi önlemler alınır. Talebin düşüklük gösterdiği dönemlerde ise, personel azaltmaya gitmeye ilaveten tüketiciler ile doğrudan ilişkiye geçmek etkili uygulamalar olarak düşünülebilir.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE AĞIZDAN AĞIZA PAZARLAMA

“Sağlıklı olmak ve sağlıklı bir çevrede yaşamak, temel insan haklarından bir tanesidir. Günümüz tanımından içerik olarak farklılıklara sahip olan bu hak insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahiptir. Türkiye’nin bugünkü konumuna bakıldığında küreselleşme, teknolojik ve ekonomik gelişmeler, dışa açılarak dünya ekonomisi ile bütünleşme hizmetlerin öneminin hızla artmakta olduğunu göstermektedir. Sağlık işletmeleri arasında rekabetin ve pazara giren rakiplerin sayısının hızla artması ve eğitimin önem kazanmasıyla hastaların bilincinin artması hastaneleri farklı yetenekler geliştirmeye zorlamıştır”(Akçin,2016:52)”.

Daha öncede bahsedildiği gibi hizmetin soyut bir özellik taşıması ve bu özelliğinden dolayı satın alma öncesi denene imkânının olmayışı, ağızdan ağıza pazarlamayı oldukça önemli hale getirmektedir. Hizmetlerin karmaşıklık düzeyleri yükseldiğinde (profesyonel hizmetler gibi) ve algılanan risk düzeyi arttığında (finansal hizmetler gibi) ise bu önem katlanarak daha da artmaktadır. Sağlık hizmetlerinde de algılanan risk düzeyi yüksek olduğu için bu sektörde ağızdan ağıza pazarlama önemli bir işlev görmektedir.

Ağızdan ağıza pazarlama faaliyetlerinin önemi daha çok hizmet sektöründe ön plana çıkmaktadır. Sağlık kurumlarından hizmet talep edenler ağızdan ağıza pazarlama sayesinde yakın çevrelerinden veya güvendikleri kişilerden bilgi alarak belirsizlikleri ve riski ortadan kaldırmaya çalışmaktadırlar. Hizmet satın alan müşteriler, ürün satın alan müşteriler ile karşılaştırıldığında, hizmet talep eden müşterilerin

kişisel bilgi kaynaklarına çok daha güven duydukları, bu bilgi kaynaklarına satın alma kararı vermezden önce danıştıkları ortaya çıkmıştır. Buradan ağızdan ağıza iletişimle alınan kişisel bilgi hizmet sektöründe, ürün sektörüne nazaran çok daha büyük bir etki yapmaktadır. Bundan dolayı, hizmet sektöründe yer alan finans, eğitim ve sağlık konuları özellikle ağızdan ağıza pazarlamanın aktif olarak kullanıldığı alanlardır.

Sağlık hizmetlerinde ağızdan ağıza pazarlama, sağlık hizmeti talep eden alıcılar için önemli bir bilgi kaynağı haline gelmiştir. İnsanların bilmediklerinden ve çekindiklerinden dolayı genellikle istemeden başvurdukları sağlık hizmetlerinde riski azaltmak için ağızdan ağıza pazarlamaya ihtiyaç duymaktadırlar. Sağlık hizmetleri pazarlamacıları bu durumu göz önünde bulundurlarsa en düşük maliyetle en güvenilir bir pazarlama yöntemini kullanmış olacaklardır. Böylelikle hem sağlık hizmetini sunanlar hem de sağlık hizmetini talep edenler önemli kazanımlar elde edecektir.

“Hizmet sektörü içinde yer alan sağlık alanı da konunun önemi dolayısıyla ağızdan ağıza pazarlamaya uygun bir sektör yaratmaktadır. Alandaki bilgi ne derecede sübjektif ve sonuçta karşılaşılabilecek risk ne derece yüksek ise alıcı ağızdan ağıza pazarlamaya o derece ihtiyaç duymaktadır. Tüketiciler, karşılaşılan herhangi bir sağlık sorununda karşılaştırma yapılacak fiyat gibi objektif bir bilgiye değil, sonuçta amaçlanan iyileşme veya iyileşememe sonuçlarına, yani yarara önem vermektedirler. Karşılaşılan hastalık, teşhis, tedavi... vb. riske atılmayacak bir durumda da, yine reklam gibi güvenilirlikleri tartışılır kaynaklara değil, dost ve arkadaş tavsiyelerine, hatta özellikle böyle bir

durumla karşılaşanlar kar amacı gütmeyen bireylerle iletişime geçmektedirler” (Uzunal ve Uydacı, 2010:89).

Reklamla bir kurumu tercih eden kişi büyük beklentilerle oraya gitmektedir. Eğer beklentisinin karşılığını alamazsa büyük hayal kırıklığına uğrayacaktır. Kurum bu durumda hem gelen müşterisini kaybedecek hem de kurumu hiç bilmeyen kaybettiği müşterisinin yakınlarını kaybedecektir. Ağızdan ağıza pazarlamayı güçlü kılan en önemli özellik güvenilir olmasıdır. Hastalar sağlık hizmeti alacakları zaman, hizmeti daha önce kullanan kişilerin tavsiyelerini dikkate alır ve genellikle onların söyledikleriyle hareket ederler. Özellikle sağlık gibi hassas ve riskli bir konuda da insanlar yakın çevresinin tavsiyelerine daha çok güvenirlir.

LİTERATÜRDE AĞIZDAN AĞIZA PAZARLAMA

Pazarlama literatüründe, ağızdan ağıza pazarlamanın tüketici satın alma kararları üzerinde önemli bir etkisi olduğu iddia eden birçok araştırma mevcuttur. Bu konuda ülkemizden ve yurt dışından birçok araştırmacı bu konu ile ilgili çalışmalar yapmıştır. Bunlardan bazılarını şu şekilde özetleyebiliriz:

Akçin (2016) yapmış olduğu çalışmada sağlık hizmetlerinde ağızdan ağıza pazarlamanın etkisini incelemiştir. Araştırmada sağlık hizmetlerini tercih etmezden önce ağızdan ağıza iletişim yolu ile tavsiye aldıklarını ve tavsiyeleri aldıkları kişileri ve vasıtaları sırasıyla arkadaş, aile, sağlık kuruluşları ve internet şeklinde sıralamışlardır.

Uzunal ve Uydacı (2010) da yaptıkları çalışmalarında sağlık kurumlarında ağızdan ağıza pazarlamanın etkisini incelemiştir.

Çalışmada insanların ağızdan ağıza iletişim ile yakınlarından bilgi aldıkları, bu bilgiyi alan kişi ile bu bilgiyi paylaşan arasındaki yakınlık düzeyi arttıkça etkilenme düzeyinin arttığı gözlenmiştir. Ayrıca hastaların sağlık hizmeti almazdan önce karar verirken en çok arkadaşlarından etkilendiğini ortaya koymuştur. Bu da ilk araştırmada vurgulanan bilgi alınan kişiler sıralamasını teyit etmektedir.

Yılmaz (2011), sağlık hizmetlerinde ağızdan ağıza pazarlamanın etkisini incelediği çalışmasında, ankete katılanların tavsiye aldıklarını ve sağlık kurumundan memnun kaldıkları durumunda tekrar gidecekleri gerçeğini ortaya koymuşlardır.

Duran, Filiz, Çetindere ve Tiryaki (2016), ağızdan ağıza pazarlamanın sağlık hizmetlerine olan etkisini incelemişlerdir. Araştırmalarında ankete katılanların çoğunluğu sağlık hizmetleri ile ilgili olarak tavsiye aldıkları ve verdikleri, söz konusu hizmetten memnun kalmaları durumunda bunu yakın çevrelerine anlatacaklarını ve tekrar aynı hizmeti sunanları tercih edeceklerini ifade etmişlerdir.

Bu çalışmalara benzeyen birçok yerli ve yabancı bilim adamları bu konuda çalışma yapmışlardır. Genellikle bu araştırmalarda insanların, sağlık gibi önemli ve hassas bir konuda yakın çevrelerinden bilgi aldıklarını, memnun kaldıklarında kendilerinin de başkalarına tavsiye verdiği ve aldıkları sağlık hizmetlerinden memnun kaldıklarında tekrar aynı sağlık kurumunu seçeceklerini ifade etmişlerdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

İnsanlar yaşamları boyunca sağlık hizmetleri almak zorundadırlar. Kişisel ve özel bir hizmet olması sebebi ile sağlık hizmetlerinin tercih etmede en fazla etkisi olan unsurlar, güven, aile fertlerden veya yakın dostlardan alınan tavsiyeler ve öneriler olmaktadır. Sağlık hizmetlerini talep etme niyetinde olan kişiler kaliteli hizmet veren sağlık kurumlarını, iyi doktorları ve sağlık uzmanlarını bulabilmek için ağızdan ağıza pazarlamaya ve diğer insanlardan alınan bilgilere sağlık konusunda diğer sektörlerle oranla daha fazla ihtiyaç duydukları söylenebilir.

Bu çalışmada giderek daha fazla önem kazanmaya başlayan ağızdan ağıza pazarlamanın sağlık hizmetleri pazarlaması yapan firmaları nasıl etkileyeceği incelenmiştir. Yapılan bu araştırma ve diğer araştırmacıların daha önce yaptıkları araştırmalarda tespit ettiği gibi ağızdan ağıza pazarlama, tüketicilerin sağlık hizmetlerini satın alma karar süreçlerinin hemen hemen her aşamasında aktif bir rol aldığı ortaya konmuştur. Sağlık hizmetlerini talep eden kişiler işlemleri sonuçlandıktan sonra duydukları memnuniyet ya da memnuniyetsizlik halinin hem müşteri bağlılığını hem de ağızdan ağıza pazarlamayı olumlu veya olumsuz bir şekilde etkilemektedir.

Diğer önemli bir gerçek ise, yukarıda da değinildiği gibi kamunun son yıllarda kaliteli sağlık hizmeti verme hususunda yaptığı yatırımlar, bu yatırımlardan elde edilen pozitif sonuçlar ile yapılan bu çalışmaların kamuoyu tarafından destek görmesi, sağlık sektöründe devletin yapmış olduğu devlet ve şehir hastaneleri ile ivme kazanan sektörde rekabet

iyice artmıştır. Bütün bu gelişmelere ilaveten teknoloji ve yeni bilimsel çalışmalar ile hastalıkların teşhisi ve tedavisi konularında sağlanan gelişmeler insanların sağlık kurumlarından olan beklentilerini arttırmıştır.

Bu beklentiler ile yeni teknolojik tıbbi cihazların geliştirilmesi ve piyasaya sürülmesi sağlık kurumlarının maliyetini sürekli arttırmaktadır. Karlı bir sektör olduğu kadar son yıllardaki gelişmelerle birlikte rekabetinde oldukça yoğunlaştığı söylenebilir. Böyle bir ortamda faaliyetlerini sürdüren ve varlığını korumak isteyen sağlık işletmelerinin mutlaka modern pazarlama yaklaşımını benimseyerek oyunu kurallarına göre oynaması gerekmektedir. Modern pazarlama tekniklerini öğrenen ve bunlara göre tedbir alan sağlık işletmeler hedef aldıkları tüketiciler için hem düşük maliyetli hem de kaliteli hizmet sağlayabileceklerdir. Bu da müşteri memnuniyetini oluşturacak ve ağızdan ağıza pazarlamayı olumlu yönde etkileyerek yeni müşterileri kazanılmasını sağlayacaktır.

Bu alanda yapılan bazı çalışmalarda insanların fiyat ve tutundurma konularına daha az önem verdikleri ortaya çıkmıştır. Bu durumun sağlık konusunun daha önce de belirtildiği gibi hassas bir konu olduğu, insanların tedbir alınamaz ve hastalıklara çözüm bulunamaması durumunda daha vahim sonuçlar doğuracağına bilmesi gibi nedenler gösterilebilir. Diğer taraftan sağlık hizmeti veren kurumlardaki personellerin tutum ve davranışları da insanların seçimlerini etkileyebilmektedir. Bu ve buna benzeyen problemlerle baş edebilmek için modern işletmecilik kurallarına göre de hareket etmek

yerinde olacaktır. Aksi halde bu işletmelerimiz yakın gelecekte zor durumda kalabileceklerdir.

Son olarak da sağlık hizmeti veren işletmelerin, bu hizmetleri talep edenleri veya potansiyel müşterilerini vermiş olduğu hizmetlerle ilgili olarak bilgilendirmelidir. İnternette bulunan çeşitli bloglar ve web sayfalarının dikkatlice incelenmesi lazımdır. Sağlık işletmeleri müşterilerini sürekli olarak bilgilendirmeli ve onları ağızdan ağıza pazarlamayı teşvik edecek stratejiler geliştirmelidir.

KAYNAKÇA

- Akçin, C., (2016) Sağlık Hizmetlerinde Ağızdan Ağıza Pazarlamaya Yönelik Bir Alan Araştırması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul
- Alabay M. N., (2010), Geleneksel Pazarlamadan Yeni Pazarlama Yaklaşımlarına Geçiş Süreci,
- Aydın, D., (2009), Ağızdan Ağıza Pazarlamanın Tüketici Satın Alma Kararlarına Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,
- Buttle, F. A. (1998), Word of Mouth: Understanding and Managing Referral Marketing,
Journal of Strategic Marketing, Vol. 6, 241-54.
- Çelik, A. (2018), Uygulamalı Girişimcilik, Eğitim yayınları, s. 48, KONYA
- Don Charlett, D., Garland, R., Marr,N.,(1995), How Damaging is Negative Word of Mouth?, Marketing Bulletin, 1995, 6, 42-50, Research Note ,p.1-9.
- Erdem Ş (2007) Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Erdoğan, B., (2012), Pazarlama Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, s.4, Eskişehir
- File, K. M, D.S.P. Cermak and R. A., Prince (1994), Word-of- Mouth Effects in Professional Services Buyer Behavior, The Service Industries Journal, Vol. 14, No. 3 (July), 301-314.

- Hennig-, T., Gwinner, K. P., Walsh, G., & Gremler, D. D. (2004). Electronic word-of-mouth via consumer-opinion platforms: what motivates consumers to articulate themselves on the internet?. *Journal of interactive marketing*, 18(1), 38-52.
- Karaoglu, Hüseyin. (2010). *Ağızdan Ağıza İletişimin Tüketici Satın Alma Kararları Üzerine Etkisi Ve Borusan Telekom Çalışanları Üzerinde Bir Arastırma*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kirby, J. (2007), The Future of Connected Marketing, in Kirby, J. and P. Marsden, *Connected Marketing: The Viral, Buzz and Word of Mouth Evolution*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 267- 275
- Kitapçı, O., (2008), “Restoran Hizmetlerinde Müşteri Şikâyet Davranışları: Sivas İlinde Bir Uygulama”, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 31, 111-120.
- Kotler, P., Armstrong, G., (2012), *Principles of Marketing*, Pearson Education, 14. Baskı
- Kotler, P., (2009), *A’dan Z’ye Pazarlama*, Mediacat yayınları, 7.Baskı, İstanbul
- Kutluk, A., Avcıkurt C., (2014), *Ağızdan Ağıza Pazarlamanın Müşterilerin Satın Alma Karar Süreçlerine Etkisi Ve Bir Uygulama: (İstanbul Seyahat Acenteler Örneği)*, *Uluslararası Sosyal Arastırmalar Dergisi*, Cilt: 7 Sayı: 29 Volume: 7 Issue: 29.
- Kürklü, Mehmet Fırat Kürklü, *Ağızdan Ağıza Pazarlama*, https://www.researchgate.net/publication/328175485_AGIZDAN_AGIZA_PAZARLAMA,

Erişim tarihi: 02/09/2019

Naz, F., (2014), Word of Mouth and Its Impact on Marketing, International Journal of Scientific and Research Publications, Volume 4, Issue 1, January 2014 1 ISSN 2250-3153, p.1

Sarıyer, N., (2018), Pazarlama İletişim Araçları, Eğitim yayınları, Konya

Shirkhodaie Maisam, S., ve Mahsa, R.,(2016), Positive Word of Mouth Marketing: Explaining the Roles of Value Congruity and Brand Love ,Journal of Competitiveness

Vol. 8, Issue 1, pp. 19 - 37, March 2016

Sırma, E., (2009), Word-Of-Mouth Marketing From A Global Perspective, Master Thesis

Şimşek, Ş., Çelik, A.,(2010), Genel İşletme, Eğitim Akademi Yayınları, s.166, Konya,

Tengilimoğlu, D., (2000), Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması Elemanları ve Özellikleri, Ankara Üniversitesi, Siyasal Bilimler Fakültesi Dergisi, 55 (1), 187-202.

Öztürk H (2007) Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanmasında Markanın Önemi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Öztürk H (2007) Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanmasında Markanın Önemi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Uzunal, B., Uydacı, M., (2012), Sağlık Kurumlarında Ağızdan Ağıza Pazarlama ve Bir Pilot Çalışma, Öneri Dergisi, Cilt 9 Sayı 34 , s.s 87-95.
- Üner M., Hizmet Pazarlamasında Pazarlama Karması Elemanları Değişiklik Gösterir mi?,Pazarlama Dünyası Dergisi, Yıl:8, Sayı 43, İstanbul,1994
- Yılmaz, E., (2011), Sağlık Hizmetlerinde Ağızdan Ağıza Pazarlama, Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi, *The Journal of Marmara Social Research*, Sayı 1, Aralık 2011.
- Yükselen, C., (2012), Pazarlama (İlkeler-Yönetim-Örnek Olaylar), Detay yayıncılık, 9. Baskı, Ankara

BÖLÜM 6:
SAĞLIK ÇALIŞANLARIN PERSONEL BAŞARI
DEĞERLENDİRMESİ

Dr. Öğr. Üyesi Menekşe KILIÇARSLAN¹

¹ İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, meneksevarol69mail.com

1. PERSONEL BAŞARI DEĞERLENDİRMESİ VE AMAÇLARI

1.1. Performans Değerlendirme Sistemi

“Performans” kavramının kökeni (“Parformer”) “Fransızca” “icra etmek, gereğini yapmak” fiilinden gelmektedir. Bu kavram başarıyı tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır. İnsan kaynakları yönetiminde performans kavramı; birey başarısı ve/veya ekip başarısı anlamını taşımaktadır. Personellerin görülmekte olan iş ile alakalı davranışları, tutumları ve hedefleri “Performans” kavramıyla ölçülmektedir.

İşin, hedef ve tutumların değerlendirilmesi, “Performans değerlendirme sistemiyle” mümkündür. Belirli bir kişiye sözgelimi “bir çalışana” ilişkin görüşlerin o iş ile ilgili yöneticilerce, diğer çalışma arkadaşlarınca ve müşterilerce değerlendirilme sistemine “**Performans değerlendirme sistemi**” denilmektedir. Diğer bir ifade ile; daha önceden belirlenen ölçütler ile değerlendirme yapacak kişilerce belirli bir plan dâhilinde ödül veya ceza gibi sonuç ve müeyyideleri olan kişi veya ekip bazlı ölçme-değerlendirme sistemidir. (Akgeyik vd.,2012 s.166)

Belirli bir işletme veya organizasyon bünyesindeki çalışanların performansı; sistematik ve biçimsel olarak değerlendirilmesi ilk kez 1900’lü yılların ilk çeyreğinde Amerika (ABD) ‘da kamu hizmeti veren kurumlarda görülmüştür. Devam eden süreçte ise “Taylor’un iş ölçüm uygulamaları” aracılığı ile çalışanların verimliliklerinin değerlendirilmesi bilimsel olarak kullanılmaya başlanmıştır.

I.Dünya savaşı döneminde askeri alanda yaşanan teknolojik

gelişmelerin etkisiyle insanların kişilik özelliklerini ölçüt olarak alan bazı performans değerlendirme teknikleri geliştirilse de bu durumun yaygınlaşması ABD’de 1950’li yıllarından sonra kişi bazlı üretim veya sonuçlara yönelik ölçütü temel alan tekniklerin kullanılması ile olmuştur.

Ülkemizde ise bu tarz uygulamalar ilk kez kamu kurumları nezdinde başlatılmıştır. Daha sonrasında işletme bilimi ve bilincinin Türkiye’de yaygınlaşması, modern yönetim tekniklerinin uygulanması ile özel sektörde de bu uygulamalar kullanılmaya başlanmıştır. Ülkemizdeki kamu ve özel kurumların ilgisi özellikle son 20 yılda artış göstermiş ve göstermeye de devam etmektedir. 4857 Sayılı İş Kanunu’nun yürürlüğe girmesiyle beraberinde işçi-işveren arasındaki iş ilişkisinin devamı veya sona erdirilmesi hususunda “performans değerlendirme sistemi”nin sonuçlarının yasal bir belge niteliği kazanması; işverenlerin konuya ilgisini son yıllarda haliyle artırmıştır. (Nemutlu, 2017, S.6-7)

2. BAŞARI DEĞERLENDİRME SÜRECİ

Performans değerlendirme süreci beş ana bölümden oluşmaktadır.

2.1. Planlama

Birinci aşama olan planlama da çalışanın başarılı sayılma kriterleri belirlenir. Yapılan işin her bir aşamasında kendisinden istenen başarı belirtilir. Sonrasında ise başarılı sayılabilmek için standartlar belirlenerek bu standartları yakalamak için neler yapması gerektiği görüşülür. (Grote, 1996, S.19-20)

Örneğin; Bir vezne çalışanın başarı değerlendirme çıktısı “Hizmeti iyi bir şekilde vermek” ise, bu kriter hatalıdır. Nedeni ise ölçülmesi güç ve değerlendirmesi zordur. Ancak bu ölçüm yerine “Eksik açılmayan hasta kaydı oranı %5’i bulmamalıdır” gibi olması ölçümü daha nesnel hale getirir. (Can vd., 2012, S. 235)

2.2. Uygulama

Uygulamada yöneticiler çalışanlarının planlamada yer alan aşamalarını izlerler. Planlama da belirlenen aşamalarla ilgili çıktılar elde ederler.

2.3. Değerlendirme

Yöneticiler elde ettikleri çıktıları değerlendirerek astlarına geribildirim de bulunurlar. Astlarının eksikliklerini tespit ederek onları bilgilendirirler. Eksik kalınan noktalar veya hatalı yanlar için onları yönlendirirler. Hata oranını en aza indirerek astlarının başarılı olmalarını isterler.

2.4. Gözden Geçirme

Değerlendirme sürecinde yapılan geribildirimlerle astların eksik kaldıkları veya hatalı oldukları noktaların telafisi izlemeye devam edilir.

2.5. Yenileme

Bu bölümde ise tüm bölümlerden toplanan kazanımlar en başında planlanan aşama ile kıyaslanarak çalışanın performans değerlendirmesi yapılmış olur. Bu döngü devamlı olarak işleyen bir süreçtir. (Can vd., 2012, S.235-236)

3. DEĞERLENDİRME HATALARI

3.1. Halo Etkisi

Bir çalışanın belli bir alanda gerçekleştirdiği faaliyet neticesinde başarıyı yakalaması sonucunda; değerlendirmeyi yapan kimselerin, çalışan hakkında başkaca bir hususta da başarılı olacağını düşünmesidir. Lakin değerlendirmeye konu çalışan başarılı olduğu alanın dışında başkaca bir alanda başarılı olamayabilir.

Öte yandan bir çalışanın başarısız olması diğer alanlarda da başarısız olacağını düşündürebilir. Ayrıca kişinin birçok yönden işinde başarılı olduğu halde tek bir yönden başarısız olması durumunda değerlendirmeyi yapacak olan kişilerce başarısız veya daha düşük performanslı atfedilmesi çalışanın mesleki ve o iş alanındaki gelişimini de olumsuz etkilemekte ve hatta engellemektedir. Bu duruma “boynuz etkisi” denilmektedir. (Can vd., 2012, S.239)

Değerlendiriciler tarafından bu olumsuz etkinin önüne geçilebilmesi için yapılan ve yapılacak olan işin tanımları bilinmeli, daha önce yapılan analizlerden faydalanılarak çalışan kişi hakkında tümevarımsal yaklaşım içinde olmak gerekir. Zaten çalışan “personel”lerin işverenlerinden veya değerlendirmeyi yapacak olan kişilerden beklentisi de çabalarının değerlendirilmesidir. (Ünal, 2017,S.35-36)

3.2. Esneklik (Yumuşaklık - Aşırı Hoşgörü)

Değerlendiriciler tarafından bir çalışanın mevcut başarısının olduğundan daha fazla, daha büyük olarak değerlendirilmesidir. İş organizasyonunda kimi yöneticiler otoriter davranmayı tercih etmekte

kimi ise bunun aksine çalışanlarla çatışmaktan kaçınarak iyimser bir tutum ile fazla cömert olabilirler. Fazla cömertlik değerlendirilmeye konu çalışanın eksik zayıf veya hatalı olduğu yönlerini kendilerine söylemekte sorun yaşarlar. Bu durumda değerlendirmenin kimin tarafından yapıldığı da önem taşır örneğin bir ustabaşı tarafından yapılan değerlendirme mesai arkadaşları olan işçileri kollamaya yönelik olabilir. Fazla hoşgörü; yakalanan başarının yanında, yapılan işten çıkarılması gereken derslerin de olduğu hususunu göz ardı ettirebilir. Böyle bir durum olumlu gibi gözükse de aslında değerlendirme yapılan çalışan açısından onun gelişiminin önünde bir engel olacaktır. Bu durumun önüne geçmek için yapılan işin akabinde tüm yönleriyle işçiye geri bildirimini yapmak ve değerlendirme kıstaslarını açıkça bildirmek gerekir.(Ünal,2017,S.38-39)

3.3. Katı tutum (Aşırı Otoriterlik)

Hoşgörülü yaklaşımın aksine fazla otoriter ve baskıcı bir davranış ile çalışan kişinin mevcut başarısını olduğundan daha az göstererek performans notunu düşürmektedir.(Can vd., 2012, s.39)

3.4. Merkezi Eğilim

“Central Tendency” uygulamada en sık rastlanılan hatalardan biri de değerlendirmeye tabi çalışan açısından aslında gerçek bir değerlendirme yapılmayıp sözcgelimi işyeri ortalaması baz alınarak tüm personeli eşit düzeyde görerek çalışan hakkında bireysel performans değerlendirmesinin yapılmadığı durumdur. Esasında böyle bir hataya düşüldüğünde, çalışan açısından herhangi bir değerlendirme yapılmamış olması, çalışanın organizasyonu içinde terfi ve veya cezai

durumunun objektif olarak değerlendirilememesi sonucunu doğurur. (Ünal, 2017, 39-40)

3.5. Başarı Standartlarının Belirsizliği ve Yetersizliği

Değerlendirmeye tabii personel içinde bulunduğu organizasyonda birden fazla iş yapabilir. Çalışanın yapmış olduğu işte görevlerinin tanımı belirtilmeli ve açıkça çalışana bildirilmelidir. Örnek vermek gerekirse bir lastik tamircisi patlamış olan araç lastiğini değiştirmek için önce arabayı klike ile kaldırmalı daha sonra bijonları anahtar yardımıyla sökmeli ve lastiği çıkarmalı ve yedek lastiği takmalıdır. Çalışan, bu süreçte bir bütün olarak değerlendirmeli sadece lastiği yerinden çıkarmasıyla değerlendirmemek gerekir. İş bütünüyle değerlendirilmelidir. Çalışan böyle bir hataya düşölmesi durumunda yüksek performanslı görünmek için sadece işin önem verildiğini düşündüğü tek bir kısmına odaklanır. Bu da diğer işlerini önemsememesi ve aksatmasına neden olur.

3.6. Değerlendirmede Nesnel Davranmama

Çalışanın performans değerlendirmesi yapılırken yalnızca iş davranışları değerlendirilmelidir. Her ne kadar insan bireysel ve sosyal bir varlık olsa da iş değerlendirmesi yapılırken adil olunmalı; cinsiyet, yaş, siyasi görüş gibi hususlar değerlendirme yapılırken göz ardı edilmelidir. (Can vd., 2012, S. 240)

3.7. Yakın Zaman Etkisi (Recency Effect)

İş organizasyonu bünyesinde çalışan hakkında değerlendirme yapılırken “çalışanın” son zamanlardaki iş durumunun göz önünde tutularak bir kaniya varılmasıdır. Son dönemde başarısız olup iş genelinde başarılı bir personel “başarısız” olarak değerlendirilirse bu hataya düşülmüş olur. Örnek vermek gerekirse; Son zamanlarda iş arkadaşları ve işverenlerine yardım eden ancak genelde fazla çalışmamış olan personelin yüksek performanslı değerlendirilip, yakın zamanda hata yapmış olan başarılı bir personele düşük not verilmesidir. Bu durum aynı zamanda değerlendirmenin süreklilik arz etmesi gerektiği ilkesiyle de ters düşmektedir. Yakın zaman etkisinden kurtulmak için değerlendirmeye tabi çalışan hakkında bütünsel bir bakış açısı içerisinde olmak gerekir. (Sungur, 2016, s.53)

4. PERFORMANS DEĞERLENDİRME SİSTEMİNİN ÖNEMİ VE GEREKLİLİĞİ

4.1. Örgütsel Açıdan

İyi çıktılar elde eden tüm işletmelerin klasik insan kaynakları yönetimi yerine, performans değerlendirme sistemini yöneterek daha yüksek çıktılı sonuçlar elde ettikleri görülmektedir. Bu sayede kurumda başarı temelli bir yapı, adil ve bireysel çabalara dayalı bir algının gelişmesi sağlanacaktır. Ayrıca performans değerlendirme ile işe başlangıçta iletilen yetkinliklerin varlığı denetlenmekte, planlama daha gerçekçi yapılabilmekte, eğitim ihtiyaçları daha net görülebilmekte, ücret artışı veya ödüllendirmeler daha objektif gerçekleştirilebilmektedir.

4.2. Yönetsel Açıdan

Kurumda saptanan örgütsel hedefler personele paylaştırılarak kimin ne yapacağı tespit edilmektedir. Bu şekilde eksik performans sergilediği tespit edilen kişiler belirlenerek aralardan ayıklanmaktadır. Bu yöntem ile belirlenen ölçümler neticesinde yöneticiler, astlarının performanslarını daha objektif ve sağlıklı gerçekleştirmektedirler. Performans ölçümleme, yasal olarak oldukça önemlidir. Mevcut personelin işine son verilmesi halinde iş mahkemesine başvurması ile iş sözleşmesinin sona erdirilmesinin nedeninin incelenmesini talep edebilir. Mevcut durumu mahkemede delil olarak göstermede uygulanan performans değerlendirmenin sonuçları çok önemlidir.

4.3. Çalışanlar Açısından

Sistemin çalışanlara en büyük artlarından biri kurumun kendilerinden çalışma olarak beklentilerini görebilmelerini sağlamaktadır. Bu sayede çalışan kendini başarılı konuma getirecek performans çıktılarının neler olduğunu daha en başından öğrenmektedir. Ayrıca bu sistemin kişiyi ücret zammı, ödül ve terfi kriterlerine götürüyor olması çalışanın maaş hakkaniyetine olan güvenine ve dikey kariyer hedeflerini olumlu yönde yüksek derecede etkilediğinden personel motivasyon seviyesi artacaktır. (Akgeyik vd., 2012, S.166-168)

5. BAŞARI DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ

5.1. Karşılaştırmalı Standartlar Yaklaşımı

5.1.1. Doğrudan Sıralama Yöntemi

Günlük hayatta en çok kullanılan yöntemlerden biridir. Bu yöntem ekonomik olduğu kadar kolay bir değerlendirme yöntemidir. Değerlendirmeye tabi olan personeller, yöneticiler tarafından diğer personellerle en başarılıdan en başarısıza doğru sıralanır.

Önceden yapılması gereken herhangi bir hazırlığa gerek olmaması, genel değerlendirme olanağı sunması ve eğitimsel hataların düzeltilmesini sağlaması bu yöntemin olumlu yönleri olarak karşımıza çıkarken;

Olumsuz açıdan bakıldığında fazla zaman ayırma zorunluluğu, değerlendirmeye tabi olacak çalışanlar arasındaki farklılıkların işverence iyi bilinme gerekliliği ve birbirinden ayrı toplulukları birleştirmek istenildiğinde oluşabilecek hatalı sonuçlar olarak sıralanabilir.(Bulut,2003, S.48)

5.1.2. İkili Karşılaştırma Yöntemi

Bu değerlendirme yöntemi kıyaslama esasına dayanmakta olup, sıralama yöntemine nazaran daha rasyonel sonuçlar veren sistemdir. Burada iki önemli kıstas değerlendirmeye tabi çalışanın içinde bulunduğu iş organizasyonuna katkısı ve çalışma arkadaşları ile arasındaki performans durumu mukayese edilir. Spesifik bir davranış esas alınmaksızın genel çerçevede bazı kriterlerle “başarı” sıralaması yapmaktır. Bu yöntemde karşılaşılan problemlerden biri de başarılı veya başarısız olan kişilerin haricinde olan ortalama grubun birbiriyle

kıyaslanmada yaşanan güçlüktür. Her ne kadar bu sistem uygulamada kolay olsa da “halo etkisi” ve “yakın zaman etkisi” nedeniyle değerlendirme hataları meydana gelebilmektedir. (Yüksel, 1997,S.174)

5.1.3. Zorunlu Dağıtım Yöntemi

Esasında sınıflandırmaya dayanmakta olup değerlendirmeyi yapan işverenlerin bu değerlendirme esnasında değerlendirme ölçeğinin istatistiksel uygunluğuna göre yapılmasıdır. Diğer bir ifade ile değerlendirme sonuçlarının bir tabloda dağıtılması, “çağ eğrisi”dir. Bu yöntem homojen gruplarda daha fazla uygulanmaktadır. Çalışanların birbiriyle olan rekabetini artıran bu metodun en temel sıkıntısı tüm değerlendirmelerde mutlak suretle bir grubun başarısız olarak belirlenmesidir. Bu sebeple çalışanlar arasında sürtüşmeler olabilmekte ve üzerlerinde baskı hissedebilmektedirler. (Akgeyik, 2012, S.179-180)

5.2. Kesin Standartlar Yaklaşımı

Karşılaştırmalı yaklaşımların aksine yalnızca belirli kıstaslar doğrultusunda değerlendiricinin personelini değerlendirmesidir. Bu yaklaşım aşağıdaki yöntemleri içermektedir.

5.2.1. Kompozisyon Yöntemi

Bir rapor niteliği taşıyan bu sistemde, değerlendirmeye tabi çalışan hakkında artı ve eksi yönlerinin değerlendirilmesini içeren bir veya birkaç paragraflık kompozisyon değerlendirmeyi yapan kişi tarafından kaleme alınır. Hazırlanan bu rapor değerlendirmeye tabi çalışan hakkında bir kanaat raporu özelliği taşır. Örneğin işçi alımıyla alakalı bir durum söz konusu ise mülakata tabi kişi hakkında daha önce

çalışmış olduğu yerlerden birer değerlendirme mektubu istenilebilmektedir. (Tortop, 2012, S.135)

5.2.2. Kritik Olay Değerlendirmesi Yöntemi

Üç bölümden oluşan bu değerlendirme yönteminde kritik bir takım olaylar olduğunda değerlendirmeye tabi personelin performans kaydı yapılıp, ikinci adımda değerlendiriciden, yapılan bu kayıtların özetlenmesi istenir. Son aşamada ise değerlendirmeye tabi personel ile değerlendirici arasında bir görüşme gerçekleştirilerek kritik olaylar ışığında performans değerlendirmesi yapılmaktadır.

(Nemutlu, 2017, S.37)

5.2.3. Grafik Değerlendirme Ölçekleri Yöntemi

Kişilerin işteki davranış ve tutumları üzerine odaklanan, değerlendirmeyi bazı standartlar doğrultusunda veya işin niteliksel boyutuyla ölçüleyen sistemdir. Bu yöntemde değerlendirme genellikle bir tablo üzerinden 5 dereceli olarak gerçekleştirilmekte olup varılan sonuçlar genel niteliktedir. Ancak bir avantaj olarak değerlendiricinin önüne sayısal veriler sunmaktadır.(Nemutlu, 2017, S.35-36)

5.2.4. Davranışsal Temellere Dayalı Derecelenme Ölçekleri

Bu sistemde önemli olan şey personelin kişisel özelliklerinden ziyade belirli bir işi yapabilecek yetiye sahip olup olmadığı ve bunu hangi oranda sağlayabildiğinin değerlendirilmesidir. Diğer bir adıyla “davranışsal temellere dayalı değerlendirme skalası”dır. Bu değerlendirme ölçeğinin gelişmesinde önemli paylardan birisi de kritik olay yöntemini bünyesinde barındırmasıdır. İş organizasyonunun çeşitli

boyutları personeli değerlendirme ölçütlerinden biridir. (Nemutlu, 2017, S.41)

5.2.5. Ağırlıklı Denetim Listesi Yöntemi

Denetim listesinin mutlak suretle çok iyi hazırlanması gerekmektedir. Liste iyi hazırlandığında doğru sonuçların alınabildiği, personelin davranışlarının gözlemlene yöntemiyle değerlendirildiği yöntemdir. Değerlendirmedeki hataların giderilmesi amaçlanmıştır. Bu yöntemin olumsuz yanlarından birisi ise uzun zamanda değerlendirilme yapılabilmesi ve fazla çaba istemesidir. Bir diğer problem de değerlendirmeyi yapan kişinin personele haddinden fazla hoşgörülü yaklaşım değer notunu yüksek vermesidir. Bu olumsuzlukları önlemek amacıyla zorunlu seçenek yöntemi geliştirilmiştir. (Can vd., 2012, S. 245)

5.2.6. Zorunlu Seçenek Yöntemi

Bu yöntemde değerlendirme hatalarının önüne geçmek amaçlanmış olup, değerlendirmeyi yapacak olan kişilere birbirine çok benzeyen cümleler gösterilir. Değerlendirmeyi yapan kişi bunlardan yalnızca bir tanesini seçmek zorundadır. “Örneğin: A- Risk alır B- kaliteli bir iş yapar” (Ünal, 2017, S.44)

5.3. Amaç- Sonuç Yönelimli Yaklaşımlar

5.3.1. Amaçlara Göre Yönetim

Bu değerlendirme yönteminde yöneticiler değerlendirmeye tabi personel ile bir araya gelerek bireysel amaçlarını ne derece gerçekleştirdiğini incelerler. Bu yöntemlerde yöneticiler ast

personellerinin bireysel ölçülebilir amaçlarını belirlerler. Bu yöntem genel değerlendirme yöntemlerine alternatif olarak geliştirilmiştir. (Sungur, 2016, S.44)

5.3.2. Standartlar Yönetimi

Uygulamada bu yöntem direkt indeks yöntemine çok benzemektedir ancak esas itibariyle küresel verilere dayalı özellikler ve sayısal hesaplamalarda standartlardan ziyade gerçekte alınan sonuçların ayrıntılı standartlarla kıyaslanmaktadır. Yönetici olmayan personellere uygulanan amaçsal yöntemde uygulamada benzemektedir. Standartların belirlenmesi işveren ve işçiler arasındaki görüşmeler neticesinde belirlenmektedir. Örnek olarak bir iş yerinde çalışma standartlarının ve hizmet koşullarının devlet standartları hariç olmak üzere işçi ve işverence müştereken belirlenmesidir. (Sungur, 2016, S.44)

5.3.3. Sorumluluk Merkezleri

Bu yaklaşımın ilk önceliği iktisadi bir hesaplama yaparak kar zarar hesabı yapıp, sorumluluk merkezleri için maliyet hesapları yapıp kar hedefleri belirlenir. İş organizasyonunda personel bölüm sorumlularının performans değerlendirmesi sorumlu bulunduğu bölümünün kar hedefine ulaşma derecesine göre belirlenir. İş organizasyonu bünyesindeki bölümlerini ne kadar fazla bağımsızlaştırabilirse bu yöntemin etkililiği artış gösterecektir. Uygulamada bu yöntem biraz da özerklik olarak kabul edilmektedir. (Can vd., 2012, S. 254)

5.3.4. Değerleme Merkezi Tekniği

İş organizasyonu bünyesindeki personellerin değerlendirilmesinin uzun vadeli olarak yapıldığı, süreklilik arz eden, gelecekteki potansiyellerinin öngörülme çalışıldığı bir yöntemdir. Uygulamada meslek içi eğitimlerinin temel dayanağı bu yöntemdir. Eğitimlerinin sonunda yapılan ölçme ve değerlendirmeler de bu yöntemin bünyesindeki. Bu değerlendirme yönteminin olumsuz yönleri ise elbette maliyetli ve zaman alıcı olmasıdır. Ancak elde edilen veriler oldukça sağlıklıdır.(Özgen vd., 2005, S.251)

5.4. Direkt İndeks Yaklaşımı

Bu değerlendirme yönteminde performans standartları yöneticiler tarafından ortaklaşa veya münferiden tek bir yönetici tarafından belirlenir. Belirlenen standartlar her iki şekilde de objektif esaslara dayalı olarak iş gücü verim vb. kıstaslardan oluşmaktadır. Uygulamadan örnek verecek olursak, kalite standartlarının; müşteri memnuniyet ve şikayetleri, verilen hizmet, hatalı veya yanlış ürünler, üretilen parçalar satış hacmi vb. somut veriler ışığında değerlendirilmesidir. Sayısal değerlerin toplamı genel performansın sayısal indeksini gösterecektir. (Sungur, 2016, S.43)

5.5. 360 Derece Performans Değerlendirmesi

360 Derece Performans Değerlendirmesi yönteminde gerek iş organizasyonu içinde gerekse dışarıdan kişilerle iletişime geçilerek “feedback” bildirin alınmaktadır. Bu bağlamda değerlendirmeye tabi personelin; iş arkadaşları, yöneticileri, arkadaşları, müşterileri ve dahi kendisiyle görüşülerek kapasitif bir performans değerlendirilmesi

yapılmaktadır.(Nemutlu, 2017, S.47) Örneğin çalışanın arkadaşları, personelin davranışları hakkında oldukça bilgilidir. Ve birbirlerinin çalışmalarını değerlendirmek haliyle istedikleri bir şeydir. Öte yandan müşteriler, personelin gerçek performansı hakkında en gerçekçi veriyi sunmaktadır. Bu örnekler ışığında kişilerden toplanan veriler değerlendirmeyi asıl yapacak olan kişiye aktarılır. Bu yöntem oldukça katılımcı bir yöntemdir ve tüm kaynaklar olabildiğine kullanılmaktadır.(Ünal, 2017, S.52-53)

6. PERFORMANSA DAYALI ÜCRET SİSTEMİ

Performansa dayalı ücret anlayışında, personel ücret artışları ve yükselmeler, personelin sene içinde sergilemiş olduğu performansa uygun yapılmaktadır. Bu sayede personelin güçlü ve zayıf olduğu kısımlar noktasında yönetime yararlı aktarımlar sağlanırken, motivasyon aracı olarak sistem aracılığıyla personelin kendini devamlı geliştirmesi ve performansını yükseltmesi teşvik edilmektedir. Son zamanlarda personellerin ücretlerinin verilmesinde performansa dayalı ücretlemeye doğru bir yönelme gerçekleşmektedir. (Akçakanat ve Çarıkçı, 2016, S.3)

Performansa dayalı ücret anlayışı örgütler için çeşitli konulardan önem taşımaktadır. Bunlardan ilki ücrette adaleti oluşturma şeklinde ifade edilebilir. Kurumlarda personel memnuniyetsizliğinin nedeni, büyük ölçüde ücretin dağıtımının adaletsiz yapılmasından yaşanmaktadır. Performansa dayalı ücretlendirme ile fazla çalışan daha çok az çalışan daha düşük ücret almakta ve bu sayede memnuniyetsizliğin büyük oranda önünde durulmaktadır. Performansa dayalı ücreti

sisteminde bir diğerk önemli konuda, örgüte rekabet üstünlüğü kazandırma noktasında belirlemektedir. Ücret yükselişlerinin ve terfilerin personelin performansına göre oluşturulması ile birlikte, personelde verim yükselişii oluşmakta ve bu da kurumun piyasada rekabet avantajını eline almasına olanak sağlamaktadır. Performansa dayalı ücret anlayışının kurumlar açısından önem taşıyan konularından bir diğerkide personelin performansını devamlı kılmasına teşvik etmesidir. Personel ücret yükselişleri, önceki süreçte gerçekleştirdiği performansına göre oluşturulmaktadır. Böylelikle amaç geçmişteki performansa bakarak o doğrultuda ücret yükselişii belirlenirken, gelecekteki süreçler de performansının o yönde arttırılmasını sağlamaktır. (Heneman, 1992, S.6)

Performansa dayalı ücretin önemi konusunda değinilecek son nokta ise çalışanların motivasyonlarını yükseltici bir etki göstermesidir.

7. SAĞLIKTA PERFORMANS DEĞERLENDİRME

Her geçen gün nitelikli sağlık çalışanı bulmak zorlaşmaktadır. Bu sebepten dolayı sağlık kuruluşları sunmuş oldukları hizmetlerin kalitesi ve performansını oluşturma da çok önemli rol üstlenen nitelikli sağlık çalışanının istihdamı ve örgüt içinde tutulmaları için iş ortamı kalitesini güzelleştirerek örgütsel bağlılıklarını geliştirecek faktörler üzerinde çalışmak zorundadırlar. Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılığı fazla istihdama olan ihtiyaç diğerk örgütlerden çok daha büyük önem taşımaktadır.

“Performansa dayalı ek ödeme”, çalışana hizmet sunumuna yapmış olduğu katkı oranında gerçekleşen ödemenin yanı sıra, çalışanın

verimliliğini ve motivasyonunu yükselten ve kendi özünde farklı dinamikleri bulunduran bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Bu sistem ile kamuda sektöründe bulunan ve sağlık hizmeti sunan çalışanın çalışma koşullarının güzelleştirilmesi, sağlık hizmeti sunumundaki performansı karşılığında daha yüksek maaş ödenmesi yoluyla daha kaliteli ve etkin bir sağlık hizmet sunumunu hedeflenmektedir. (Kırılmaz, 2009, S. 53)

Performans değerlendirme sistemi, insan kaynaklarının en önemli ayağını oluşturmaktadır. İnsanın, bir kurumda sahip olduğu en önemli varlık olarak düşünüldüğü günümüz dünyasında kişinin başarısını değerlendirip, ölçmek de o derece önemlidir. (Demir, 2009: 9)

Performansa dayalı ek ödeme, sunulan hizmetin verimliliği, sunulan hizmetin kalitesinin artırılması ve hasta güvenliği şeklinde hedeflere erişmeyi başaran sağlık hizmet sağlayıcılarını mükâfatlandıran finansal teşvikler denilebilir. Bu uygulamanın temel çıkış sebebi, sabit maaşla birlikte hak edilen ek ödemenin, personelin performansına göre belirlenecek olmasıdır. Bu sistemin karşısında olan görüş ve düşüncelere rağmen sistem, performansın ücretlere aktarılması günümüzde personelin motivasyonunda ve kurumların başarısında büyük önem taşımaktadır. (Sağlık Bakanlığı, 2007, S.7)

7.1. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde Yaşanan Sorunlar

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, uygulanan sağlık kuruluşlarında ve personel memnuniyetinin yükseltilmesinde büyük düzeyde gelişmeler kaydetmesine rağmen ek ödeme sisteminde yaşanan suistimaller, özverili ve titiz çalışanın motivasyonunu kötü

yönde etkilemektedir. Hakkı olmadığı halde çok performanslı gibi kendini gösteren çalışanlar, sağlık giderlerinin git gide artmasına, çalışan motivasyonunun ise git gide azalmasına ve bunların yanı sıra hasta memnuniyetinin de düşmesine sebep olmaktadır.

Bu tip suiistimal ve haksızlıkların klasik yöntemlerle tespit edilmesi oldukça uzun sürmekte ve bazı suistimaller ilk aşamada tespit edilememektedir.

Bu tip davranışlar aşağıdaki şekilde örneklendirilebilirler;

- Sunulmayan bir sağlık hizmetinin verilmiş gibi gösterilmesi,
- Tıbbi açıdan gerek görülmesi dahi, hastalara birçok tıbbi tedavi uygulaması ve testler yapılması veya cihaz, protez gibi ekipmanların kullanılması,
- Yapılan işlemin farklı işlem şeklinde mükerrer faturalandırılması,
- Bazı kurum veya firmalara yönlendirme yaparak tedarikçiye yüksek miktarda ödemeler gerçekleştirmek,
- Başka sağlık kuruluşlarına gereksiz yere hastanın sevk edilerek, yerel tedavi kurumu yerine uzaktaki sağlık kurumuna yönlendirme,
- Gerekli olmadığı halde hastanın hastanede kalma süresinin uzatılması ya da hastanede kalması,
- Gerekli olmadığı halde geliri arttırmak için yapılan ameliyat veya operasyonlar şeklinde söyleyebiliriz. (Kırılmaz, 2009, S.352-353)

KAYNAKÇA

- AKÇAKANAT T., ÇARIKÇI İ. H., Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sağlık Kurumlarında Performansa Dayalı Ödeme Sistemi: Üniversite Hastanelerinde Çalışan Öğretim Üyeleri Üzerine Bir Araştırma, 2016
- HENEMAN, R. L. Merit Pay: Linking Pay Increases to Performance Ratings, Addison Wesley Publishing Company, Reading, 1992
- DEMİR Y., Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi Açısından Performans Değerleme Sistemlerinin İncelenmesi: Örnek Bir Hizmet İşletmesi İçin Karşılaştırılmalı Bir Model, e-Journal of New World Sciences Academy, 2009
- Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007
- KIRILMAZ H., Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 3, Ankara, 2009
- AKGEYİK T., DOLGUN U., ÇİFTÇİ B., ÖZLER ERGUN D., KAĞNICIOĞLU D., ÖZBEK M. F., ÇOLAK A., SERİNKAN C., İnsan Kaynakları Yönetimi, Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa, 2012
- GROTE D., The Complete Guide to Performance Appraisal, New York, 1996
- CAN H., KAVUNCUBAŞI Ş., YILDIRIM S., Kamu ve Özel Kesimde İnsan Kaynakları Yönetimi, Ankara, 2012
- BULUT F., Örgütlerde Performans Değerlendirme ve Erzurum Emniyet Müdürlüğü Personeli Üzerinde Bir Çalışma, Yüksek

- Lisans Tezi, Erzurum, 2003
- YÜKSEL Ö., İnsan Kaynakları Yönetimi, Gazi Kitabevi, Ankara, 1998
- TORTOP N., AYKAÇ B., YAYMAN H., ÖZER M., İnsan Kaynakları Yönetimi, Ankara, 2012
- ÖZGEN H., ÖZTÜRK A., YALÇIN A., İnsan Kaynakları Yönetimi, Nobel Yayıncılık, (2005)
- ÜNAL B., İnsan Kaynaklarında Performans Değerlendirme, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2017
- SUNGUR A. T., Örgütlerde Performans Değerlendirme: Jandarma Genel Komutanlığı Performans Değerlendirme Sistemi Üzerine Bir araştırma, 2016
- NEMUTLU M. C., Performans Değerlendirme ve Performans Değerlendirme Yöntemleri, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017

BÖLÜM 7:
SAĞLIK KURUMLARINDA ALTI SİGMA VE YALIN ALTI
SİGMA

Öğr. Gör. Nazmiye EKİNCİ¹

¹ İzmir Kavram Meslek Yüksekokulu (Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı), nazmiye.ekinci@kavram.edu.tr

1. SİGMA KAVRAMI

Sigma, matematiğe ve istatistiklere dayanan bir metodolojidir (Şentürk, 2001: 10). Yunan alfabesinde yer alan harflerden biri olan ve küçük harf olarak gösterimi “ σ ”, büyük harf olarak gösterimi “ Σ ” olan sigma, standart sapmanın simgesidir. Sigma, bir ürünün veya sürecin ne kadar iyi performans gösterdiğini ifade eden istatistiksel bir ölçümdür. Daha yüksek sigma değerleri daha iyi performansı gösterirken, düşük değerler birim başına daha fazla hataya işaret eder (Seecof, 2019). Sigma değeri sıfırdan üç sigmaya artarken işlemin ortalama değer etrafındaki değişimi azalır. Yeterince yüksek bir işlem sigma değeri ile işlem sıfır varyasyonuna yaklaşır ve “sıfır hata” olarak bilinir (Şentürk, 2001: 10). Kansoy ve Dirgar (2008: 19). 4 sigma seviyesinin haftada 5.000 hatalı ameliyata ya da her yıl 200.000 hatalı reçetenin yazılmasına işaret ettiğine, 6 sigma seviyesininse haftada 1,7 hatalı ameliyata ve her yıl 68 hatalı reçetenin yazılmasına işaret ettiğini belirtmiştir.

2. ALTI SİGMA

Altı sigma, Toyota tarafından benimsenen Japon Kaizen kavramından (sürekli iyileştirme) elde edilen, süreç haritalama (process mapping) ve kök neden analizi gibi araçlar kullanarak ürün kalitesindeki değişimi azaltmaya odaklanan bir kalite geliştirme metodolojisidir (Stanton, Gough, Ballardie, Bartram, Bambet ve Sohal, 2014: 2926-2927; Aktaran: Liker, 2004). Doğu ve Firuzan (2008: 1093) altı sigmayı 1990’lı yıllardan beri dünyada pek çok kuruluşun ürün, hizmet veya süreçlerindeki değişkenliği analiz etmelerinde kullandığı,

istatistik tabanlı yöntemler bütünü olarak tanımlamıştır. Bir işletme açısından altı sigma ise kuruluşun karlılığını artırmak, işletmenin bütün faaliyetlerinin etkililiğini ve verimliliğini artırmak; müşterinin ihtiyaç ve beklentilerini karşılayıp aşmak amacıyla kullanılan bir iş stratejisidir (Al-Quatawneh, Abdallah ve Zalloum, 2019: 2; Aktaran: Antony ve Banuelas, 2001).

Basit istatistiksel hesaplamalar, ortalama bir kişi tarafından “neredeyse mükemmel” olarak algılanan % 99'luk bir uyumluluk ile aşağıdaki sonuçların yaşanacağını göstermektedir (Çelikoğlu, 2008: 26-27):

- Her gün iniş sırasında iki uçak düşmesi,
- Her saat 16.000 adet kayıp e-posta,
- Elektriksiz yedi saat,
- Her ay güvenli olmayan içme suyuyla bir saat,
- Her yıl 3000 yenidoğanın hemşire tarafından yanlışlıkla düşürülmesi.

Diğer yandan, Çelikoğlu (2008: 27), altı sigmanın % 99,9997'lik bir başarı oranını hedeflediğini belirtmektedir. Bu da milyonda sadece 3,4 fırsatın kusurlu olduğunu göstermektedir. Yani, istatistiksel açıdan Altı Sigma, (Motorola tarafından) hata sayısını milyon fırsat başına 3,4 parçaya kadar indirmeyi amaçlayan bir kalite geliştirme programıdır (Al-Quatawneh, Abdallah ve Zalloum, 2019: 2; Aktaran: Henderson ve Evans: 2000: 261). Bandyopadhyay ve Coppens (2005: V-2) de 3,4 hatanın bir işlem için hedef performans seviyesi olduğunu vurgulamıştır.

Sigma seviyesini ölçmek için öncelikle milyonda hata ihtimali (DPMO-defect per million opportunity) hesaplanmalı, daha sonra sigma seviyesi için bakmalıdır (Amirigargari, 2018: 35). Tablo 1’de sigma düzeylerine göre milyonda hata seviyelerine yer verilmiştir.

Tablo 1. Milyonda hata seviyesi

Proses Sigma Düzeyi	Milyonda Hata Sayısı
$\pm 6 \sigma$	3,4
$\pm 5 \sigma$	233
$\pm 4 \sigma$	6210
$\pm 3 \sigma$	66807
$\pm 2 \sigma$	308537
$\pm 1 \sigma$	690000

Kaynak: Ömürgönülşen ve Şahin, 2012: 9; Pande ve Holpp, 2001: 10.

DPMO aşağıdaki formül ile hesaplanır (Amirigargari, 2018: 35);

$$DPMO = [\text{Hataların toplamı} / (\text{birimde hata imkanı} \times \text{incelenen birim sayısı})] \times 1.000.000$$

Örneğin 10 bölümden oluşan bir formun incelendiği düşünülürse ve elimizde 100 adet form varsa;

- İncelenen birim sayısı: 100
- Birimde hata imkânı: 10
- Bulunan toplam hata sayısı: 550

$$DPMO = [550 / (10 \times 100)] \times 1.000.000 = 550.000 \text{ Sigma Seviyesi}$$

1.3 ile 1.4 arasındır.

Altı sigmanın temel hedefi, süreçlerde mükemmelliğe ve sıfır hataya ulaşmaktır. Altı sigma, işletme çalışanlarının neler yapmaları gerektiğinin yerine, nasıl yapılması gerektiğini ve yöntemleri açıklar (Amirigargari, 2018: 26).

2.1. Altı Sigmmanın Tarihçesi

Altı sigma yönteminin tarihçesini ele alan araştırmalar incelendiğinde Altı sigmanın Motorola tarafından 1980’li yılların ortalarında geliştirildiğini ifade eden kaynaklara (Langebeer, Dellifraime, Heineke ve Abbass, 2009: 14; Matteo, 2012: 15; Carleysmith, Dufton ve Altria, 2009: 95 vb.) rastlanabildiği gibi bir ölçüm standardı olarak altı sigma ile ilgili ilk kaynağın Alman matematikçi Carl Frederick Gauss (1777-1855) tarafından ortaya konulduğuna yer veren kaynaklar (Arkoudas, 2017: 34; Μανωλάκης, 2013) da bulunmaktadır.

Motorola’da altı sigma metodolojisi fikrinin arkasında yer alan kişiler ise Motorola’nın yöneticileri Harry Mikael ve Bill Smith’tir (Arkoudas, 2017: 34). Altı sigma, 1995 yılından itibaren General Electric’te daha da geliştirilmiş (Carleysmith, 2009: 96; Aktaran: Han, 2005), ilk önce üretimde sonra da kuruluşun genelinde yaygın şekilde uygulanmıştır (Carleysmith, 2009: 96).

Çeliknalça (2006: 38) altı sigmanın Motorola’da başlayıp General Electric’teki uygulamalarla tanındığını belirtmiştir. Motorola ve General Electric’in dışında Ford, Citibank, Quantum, Pirelli, Toshiba, Samsung, Ericsson, Hyundai, Sony, Kodak, Shell, Jaguar, Volvo, Fiat,

Dupont, Xerox, LG, Siemens Altı Sigma'yı kullanan firmalar arasında bulunmaktadır (Kansoy ve Dirgar, 2008: 19).

Altı sigmanın ilk uygulamalarına üretim sektöründe rastlandığını, günümüzdeyse neredeyse bütün sektörlerde çeşitli Altı sigma uygulamalarının görülebileceğini belirtmiştir (Firuzan, Kuvvetli ve Gerger, 2012: 4177). Amirigargari (2018: 32) ise 1990'lı yıllardan itibaren altı sigmanın, hizmet süreçlerinde uygulanmaya başlandığını belirtmektedir.

Altı sigma yöntemi ülkemizde ilk olarak 1995 senesinde hisselerinin büyük bir kısmı GE'ye ait olan ve Eskişehir'de faaliyet göstermekte olan Turkish Engine Industry (TEI) tarafından uygulanmıştır (Aktar, 2017: 49; Aktaran: Bircan ve Köse, 2012: 106). Aktar (2017: 49), altı sigma yöntemini uygulayan ilk Türk sermayeli kuruluşun Arçelik olduğunu ifade etmiştir. Uluskan (2017: 141) ise Türkiye'de altı sigmanın daha çok makine sanayi (yaklaşık %20-25 oranında) ile kimya sanayi (yaklaşık %15-20 oranında) alanında kullanıldığını çalışmasında ortaya koymuştur.

2.2. Altı Sigma Metodolojisi

Altı sigma, süreçlerin ve kalitenin iyileştirilmesi için aşağıdaki kelimelerin baş harflerinin birleşiminden oluşturulan (DMAIC veya TÖAİK şeklinde ya da altı sigmanın yol haritası olarak adlandırılan problem çözme yöntemi) beş adımı gerektirmektedir :

- **Define (Tanımlama):** Tanımlama aşamasında projeler seçilir ve çalışma alanından, faaliyetlerden müşteri gereksinimlerinden ve onların idari stratejilerine ilişkin bağlantılardan hareketle,

geliştirilecek ürünler ve prosesler tanımlanır (Berkman, 2011: 33; Aktaran: Işığışok 2005: 98).

- **Measure (Ölç):** Bu aşamada, süreç ve çıktı performansının belirlenmesine ve problemlerin tespit edilmesine yönelik ölçümler yapılmaktadır (Deniz, 2015: 60; Aktaran: Baş, 2003: 32).
- **Analyze (Analiz et):** Bu adımda, önceki adımlarda toplanan veriler, pareto analizi, proses akış şeması, balık-kemik şeması, istatistiksel işlem kontrol çizelgeleri gibi analitik araçlar kullanılarak gerekli tasarım ve işlem modifikasyonlarını belirlemek ve müşteri memnuniyeti ve performans hedeflerine ulaşmak için analiz edilmiştir (Bandyopadhyay and Coppens, 2005: V-2).
- **Improve (İyileştir):** Bu aşamada, probleme ait çözümlerin bulunması, testlerinin yapılması ve çözüm adına uygulanması amaçlanır (Seker, 2014: 10).
- **Control (Kontrol et):** uygulanan süreç iyileştirmelerinin izleme ve süreç iyileştirme mekanizmalarıyla kontrol edilmesidir.

Altı Sigma DMADV süreci ise (tanımla, ölç, analiz et, tasarla, doğrula) organizasyonda altı sigma seviyesine sadık yeni süreçler geliştirmek için kullanılır (Kulkarni, Attarwala ve Dviwedi, 2011: 2).

- **Define (Tanımlama):** müşteri, kalite sorunları ve proje hedefleri tanımlayın.
- **Measure(Ölç):** ilgili süreçlerin performansı ölçün.

- Analyze (Analiz): müşteri ihtiyaçlarını karşılamak için süreç seçeneklerini belirleyin.
- Design(Tasarım): süreci müşteri ihtiyaçlarını karşılamak için tasarlayın.
- Verification (Doğrulama): Tasarımın performansını ve kalitesini doğrulayın.

2.3. Altı Sigmanın İlkeleri

Altı sigma yönteminin ilkeleri arasında müşteri odaklılık, veri odaklılık, sürece odaklanma, sınırsız işbirliği, proaktif yönetim, kusursuzu istemek ve başarısızlığa tolerans göstermek yer almaktadır.

- Müşteri odaklılık: Altı sigma uygulamalarının ana nedenlerinden biri de müşteri memnuniyetidir (Kuşçu, Karaman, Kuşçu Karatepe, Alıcı, Özcan Yüce, Atik, 2018: 128; Aktaran: Pande vd., 2012, s. 45). Müşterinin gelecekteki ihtiyaç ve istekleri belirlemek, işletmenin rakipleri içerisinde rekabet avantajı sağlamaktadır (Kuşçu Karaman, Kuşçu Karatepe, Alıcı, Özcan Yüce, Atik, 2018: 128).
- Veri odaklılık: Patır (2008: 72-73), bu kavramı, detaylı ve karmaşık verilerin istatistiksel tekniklerin yardımıyla analiz edilmesi ve sonuca gidilmesi olarak açıklamıştır.
- Sürece odaklanma: altı sigmada süreçler sürekli olarak belgelenir, ölçülür ve iyileştirilir. Ayrıca, müşteri gereksinimlerine ve işin koşullarına ayak uydurmak için belli aralıklarla tasarımları güncellenir (Özveri ve Dinçel, 2012: 58-59).

- Sınırsız işbirliği: altı sigmayla hem son kullanıcıların gerçek taleplerini hem de bir süreç ya da üretim zincirindeki iş akışının ayrıntılı şekilde anlaşılmasıdır (Kansoy ve Dirgar, 2008: 16).
- Proaktif yönetim: geleceği öngören yönetim biçimine proaktif yönetim denilmektedir (Özceylan, 2017: 200). Altı sigma yaklaşımında hatalara ve de meydana gelebilecek olağanüstü durumlara karşı önceden önlemlerin alınması, problemlerin önceden görülebilmesi sağlanır.
- Kusursuzu istemek ve başarısızlığa tolerans göstermek: altı sigma yöntemini kullanan bir organizasyon her zaman en az hatayı hatta sıfır hatayı, süreçlerini iyileştirmeyi, israfın olabildiğince önüne geçmeyi hedefleyecek, bunun için çabalayacaktır, ancak arada sırada yaşadıkları başarısızlıkları da kabullenecektir.

2.4. Altı Sigma Organizasyonu

Kalitenin örgütteki tüm çalışanlarca benimsenmesiyle daha fazla başarı sağlayacağı gibi, kalite araçlarından birisi olan altı sigma da bir departmanın çabasıyla ya da örgütte az sayıda çalışanın desteğiyle başarılı olamayacaktır. Altı sigma için ekip çalışması gereklidir. Aksi takdirde yöntemi uygulamadan sağlanacak faydaların kısa ömürlü ve çok daha az olacağı bilinmelidir. Altı sigmanın organizasyon şemasını, ekipte yer alanların rol ve sorumlulukları Şekil 1’de açıklanmıştır:

Şekil 1. Altı Sigma ekibinde yer alan ekipler ve rolleri



Kaynak: Firuzan, Kuvvetli ve Gerger, 2012: 4178; Özceylan, 2017: 201-204; Göztaş ve Baytekin, 2009:140-145'ten yararlanılarak oluşturulmuştur.

2.5. Altı Sigma Yönteminin Yararları ve Zayıf Yönleri

Altı Sigma metodolojisinin herhangi bir sektörde uygulanmasının büyük yararları vardır ve aşağıdaki sektörleri kapsar.

Sağlık sektöründe: Tıbbi hataların azaltılması ve hastanın hastanede kalması için zamandan tasarruf edilmesi, hastaların bekleme sürelerinin düşürülmesinin yanı sıra hastanedeki stokların azaltılmasını sağlar (Khoshnaw, 2017: 31).

Finans sektöründe: Bütçe ve finansal raporların tamamlanmasındaki doğruluğa yardımcı olur, finansal hataları azaltır ve çalışanların performansını artırır (Khoshnaw, 2017: 31).

İnşaat sektörü: bu tasarımları sunmak için mevcut zaman içerisinde sunulan projelerdeki ve tasarımlardaki hataları azaltır ve Altı Sigma'nın proje bütçeleri içindeki harcamaların yönetimine yardımcı olur (Khoshnaw, 2017: 31).

Ar-Ge sektörü: Maliyetlerin azaltılmasına, süreçlerin gelişim hızının artırılmasına ve işletmenin araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin birbirine bağlanma sürecine yardımcı olmaktadır (Khoshnaw, 2017: 31; Aktaran: Anbari, 2004: 5).

Altı Sigma uygulamasıyla birlikte General Electric'te olumlu sonuçlar elde edilmiş, % 12 ile % 18 kapasite artışı sağlanmış, işletme marjında ise % 16,7 artış ve 750 milyon tasarruf sağlanmıştır (Doğu, 2006: 39).

General Electric'in tıbbi sistem işletmesi GEMS, tıbbi tarama teknolojisinde bir atılım oluşturmak için Altı Sigma tasarım tekniklerini kullanmıştır. Böylece hastalar ekipman kullanımlarını artırmalarına rağmen yarım dakika içinde tam vücut taraması yaptırabilir, ve tarama başına daha düşük bir maliyet elde edebilirler (Doğu, 2006: 39).

AlliedSignal / Honeywell çalışan eğitimleri ve Altı Sigma'yı uygulamaya başlamasıyla birlikte yılda 600 milyon \$'dan fazla tasarruf sağlamış, altı sigma ile % 6 verimlilik artışı ve %13'lük rekor kâr marjı elde etmiştir (Pande: 2000: 76; Aktaran: Pande: 2000: 76).

2.6. Yalın Uygulamalarla Altı Sigma Arasındaki İlişki

Yalın uygulamanın kökleri sanayi devrimi Henry Ford ve Taiichi Ohno'nun Toyota Üretim Sistemine kadar izlenebilir (Shirey, 2017: 10; Aktaran: Assarlind et al., 2013; DeCarlo & Breakthrough Management Group, 2007; Womack, Jones, & Roos, 1990). Yalın ve altı sigma, zaman, para ve kaynaklar açısından israfı azaltma hedefini paylaşan iki bağımsız metodolojidir. Ancak iki süreç, bu atıkları farklı yaklaşımlarla ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır (Hapanowicz ve Spuhler, 2018: 1). Salah, Rahim ve Carretero (2010: 249-274) yalın uygulamalarla altı sigma arasında tamamlayıcı bir ilişki olduğunu ve günümüzde birçok şirketin bu iki uygulamanın bir kombinasyonunu kullandığını belirtmiştir (Ahmet, Manaf, İslam, 2013: 191). Kullanılan uygulama araçlarında farklılık olduğuna ancak bazı durumlarda kullanılacak araçların problemin niteliğine göre ve ele alınan fırsatlara göre belirlenebileceğine yer vermiştir. Kullanılan ortak araçların arasında beyin fırtınası, süreç haritalama, standardizasyon ve hataya dayanıklılık vb. yer alır. Tablo 2'de altı sigmada ve yalın uygulamalarda kullanılan araçlardan bazılarına yer verilmiştir:

Tablo 2.Altı sigmada ve yalın uygulamalarda kullanılan araçlar

Altı sigma araçları	Yalın uygulama araçları	Hem altı sigma hem de yalın uygulama araçları
Hipotez testi	Kanban	Beyin fırtınası
Kontrol çizelgeleri	Görsel düşünme	Süreç haritalama
Regresyon	Tekli dakikalarda kalıp değişimi	Standardizasyon
Deney tasarımı	Yerleşim planlaması	Hataya dayanıklılık
Ölçüm analizi		
Yetenek analizi		

Kaynak: Ahmet, Manaf, İslam, 2013: 191; Aktaran: Salah ve diğerleri, 2010.

Toplam kalite yönetimi sıfır hataya odaklanırken, altı sigma metodolojisi sıfır hatadan daha da ileri giderek mükemmel olana ulaşmaya çalışmaktadır (Kuşçu, Karaman, Kuşçu Karatepe, Alıcı, Özcan Yüce, Atik, 126). Tablo 3’te ise yalın düşünce ile altı sigma yaklaşımının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 3. Yalın düşünce ile altı sigmanın karşılaştırılması

	Yalın düşünce	Altı sigma
Teori	Akışı iyileştirme ve sürekli iyileştirme	Hataları ortadan kaldırma ve varyasyonu azaltma
Yöntem	Süreç akışı metodolojisi	Problem çözme metodolojisi
Anahtar Gösterge	Atıkların azaltılması süreç akışını iyileştirir.	Varyasyon kontrolü problemi azaltır.
Esas ilk yararı	Teslim süresinde azalma	Sürekli kontrol süreci çıktısı
İkincil yararı	Atıkların azaltılması	Varyasyonun azaltılması
	Düzenli çıktı	İlk üretilen iş süresinde iyileşme
		Geliştirilmiş stok kontrolü
	Stok kontrolü	Varyasyon ölçümü
Engeller	İstatistiksel analiz ve araçlara daha az önem vermesi	Süreç sistemi göz önünde bulundurulmaz. Bağımsız olarak gelişir ve ortak bir sorun için standart bir çözüme sahip değildir ve başarısızlığı tüm zinciri etkileyecektir.

Kaynak: Chaurasia, Garg ve Agarwal, 2017: 278; Aktaran: Chaurasia ve diğerleri (2016).

Yalın Altı Sigma, yalın düşüncenin ve altı sigmanın bir karışımıdır (Chiarini ve Bracci, 2013: 361; Aktaran: Radnor and Boaden, 2008). Yalın altı sigma, atıkları sistematik olarak ortadan kaldırarak ve müşteri memnuniyetini artırarak, maliyet, kalite, işlem

hızı ve yatırım sermayesinde en hızlı iyileşme oranını elde ederek performansı artırmayı amaçlayan ve ortak bir ekip çalışmasına dayanan bir metodolojidir (Almorsy ve Khalifa, 2016: 194; Aktaran: George ve George, 2003: 273).

3. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ALTI SİGMA

Altı sigma, mükemmelliğe yakın kalitenin ölçüsüdür (Villanovau.com, 2019). Sağlık hizmetlerinde hata, hasta memnuniyetsizliğine sebep olan bir faktör olarak bilinmektedir. Hata örnekleri, doktora görünmek için uzun süre beklemek gibi sinir bozucu türden yanlış teşhis veya tedavi gibi ciddi türlere kadar çeşitlilik gösterir (Villanovau.com, 2019). Altı sigmayı elde etmek için, bir işlem milyon fırsat için 3,4'den fazla hata üretmemelidir (Kulkarni, Attarwala ve Dwivedi, 2011: 2; Aktaran: Kwak, Anbari, 2006).

Sağlık alanında hasta güvenliği, bakım kalitesi gibi hususlar da ele alındığında hataların azalmasının önemi daha da anlaşılır. Hatalı ilaç kullanımının, yanlış bölgenin ameliyatlarının, enfeksiyonların ve benzerinin görülme sıklığının azalması büyük bir kazanım olacaktır. Sağlık hizmetleri yönetimi doğrudan bireylerin sağlığı ve hayatı ile ilgilidir. Sağlık sektöründe yapılan yanlışlıkların geri dönüşü ve telafisi çoğunlukla imkânsızdır (Amirigargari, 2018: 32).

Altı sigma, israfı azaltmaya yardım eder, kaliteyi geliştirir. Birçok sağlık kuruluşu sağlık kurumlarında yapılan uygulamalarda amaçları başarmak için altı sigma yönetim aracını kendine adapte eder ve kullanır. Sağlık alanında altı sigmanın esas kusurları ve süreçlerdeki değişiklikleri yok etmeye yardım edebilmesidir. Ayrıca prosedürlerin

daha düzenli, daha az maliyetli olmasına ve hasta bakımının iyileştirilmesine yardımcı olabilir (Villanovau.com, 2019).

Taner, Sezen ve Antony (2007: 330-331) sağlık kurumunda altı sigma yaklaşımının tıbbi hataların azaltılmasında, hasta güvenliğinin ve memnuniyet düzeyinin artırılmasında, acil servislerde oluşan yoğunluğun ve stokların azaltılmasında, sağlık personelinin verimliliklerinin artırılmasında, gelir döngüsünün iyileştirilmesi ve benzerinde kullanılabileceğini belirtmiştir. Deniz, Staub ve Çimen (2019: 137-156). ise sağlık kurumunda altı sigmanın uygulanmasıyla sağlık kurumlarında enfeksiyon oranının azaltılabildiğine, hastanede tasarruf sağlanmasına yardım ettiğine, hastaların hastanede yatış sürelerinin kısaltılabildiğine, yatak dönüş (hazırlanma) sürelerinde azalma olabileceğine, tetkik istemlerindeki hataların düşürülebileceğine, poliklinik randevularında yaşanan gecikmelerin giderilebileceğine, randevu gecikme oranında azalma sağlanabileceğine ve hatta ölüm oranlarının düşürülebileceğine değinmiştir. Matteo (2012: 16) altı sigmanın, ameliyat bitirme süresinin iyileştirilmesinde, el hijyenine uyumda veya zamanlama radyoloji prosedürleri dahil olmak üzere birçok durumda başarıyla kullanıldığını vurgulamıştır.

Deniz, Staub ve Çimen (2019: 156), Türkiye’de altı sigma yaklaşımını uygulayan hastane sayısının çok az olduğunu ifade etmiştir. Uluskan (2017: 141) ise sağlık alanının da içine dahil olduğu hizmet sektöründe altı sigma kullanımının yaklaşık %4 ile %5 olduğunu belirtmiştir. Deniz (2015: X) araştırmasında altı sigma yaklaşımının uygulanmamasının en çok konu hakkındaki bilgi eksikliğinden

kaynaklandığı sonucunu elde etmiştir. Çimen ve Deniz (2018: 885) ise buna ek olarak üst yönetimin bu konudaki liderliğinin eksikliğinden de kaynaklanabileceğini ifade etmiştir.

Abeidi (2016: 2) Commonwealth Sağlık Kurumu'nun altı sigma kültürünü hayata geçiren ilk sağlık kurumu olduğunu, buna kurumun radyoloji bölümünde başladığını, böylelikle hizmetlerde % 33'lük bir artış elde edildiğini ve birim tedavi maliyetinin ise % 25 oranında azaldığını belirtmiştir.

Akyalçın (2010: 69), Diyarbakır Devlet Hastanesi'nde 2004 yılı itibariyle uygulanmakta olduğunu belirtmiştir.

4. SAĞLIK KURUMLARINDA YALIN ALTI SİGMA

Sağlık kurumları, genellikle hasta memnuniyetini azaltmadan maliyetleri düşürmek için bir yol bulmaya çalışmaktadır. Yalın altı sigma düşüncesi hasta ve hastane için maliyetleri düşürürken yönetimi geliştirmekte, kaliteyi, çalışan memnuniyetini ve hasta güvenliğini geliştirecek standart bir metodoloji sağlamaktadır (Bittles, 2017: 4).

Curatolo ve Lamouri (2014: 434; Murphy, 2003). ise yalın altı sigmanın iki sebepten iki ana sebepten sağlık sistemine uygun olduğunu düşünmektedir. Birinci sebep: sağlık personeli için kolayca uyarlanabilen, sezgisel ve oldukça etkili olmasıdır. İkincisi ise, yalın kavramının odak noktasının son zamanlarda sağlık kurumlarında ele alınan güncel konulardan olan atıkların imha edilmesi olmasıdır.

Sağlık kurumlarında eğer süreç oldukça planlanmamış ve kısıtlamaları varsa, o zaman gelişmiş istatistiksel yöntemler yerine yalın haritalama araçları saf altı sigma projelerinde en iyi şekilde

kullanılır (Chiarini ve Bracci 2013: 365). Chiarini ve Bracci (2013: 365), bu konuda iki doktorla görüşmüş ve şu yanıtları almışlardır. Doktorlardan birisi, doktorların genellikle uzun hasta bakımıyla meşgul oldukları için süreçleri bir bütün olarak dikkatlice haritalayarak zaman kaybettiklerini anlamaları gerektiğini ifade etmiştir. Ayrıca sağlık kurumlarında eğer süreç teknik fiziksel faktörlerden etkileniyorsa ve standartlaştırılmışsa risk yönetimine odaklanarak bütün yalın altı sigma araçları kullanılabileceğini ifade etmiştir.

Buestan, Perez ve Desintonio (2016: 6) personelin katılımını sağlayan ve katılımlarını teşvik eden sağlık sistemleri için yalın altı sigma çerçevesini önerdiklerini açıklamıştır.

5. SONUÇ

Türkiye’de altı sigma daha çok makine sanayi alanında ve bunu takiben kimya sanayide kullanılmakta olduğu görülmektedir. Sağlık kurumlarında ise daha çok altı sigmaya ve yalın altı sigmaya ilişkin bilgi eksikliği ya da liderlik eksikliği gibi sebeplerle uygulanmadığı görülmektedir. Altı sigma gibi, yalın altı sigmanın da sağlık alanında uygulanmasının sağlık sektörüne hizmet sektörünün ana hedeflerinden birisi olan müşteri memnuniyetinin(iç müşteri olan sağlık personeli ile paydaşlar ile dış müşteri olan hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin) sağlanmasında, maliyetlerin azaltılmasında, hasta güvenliğinde iyileştirmeler sağlanmasında, tıbbi hataların azaltılmasında, kalitenin geliştirilmesinde ve benzeri birçok alanda çeşitli faydalar sağlayacağı öngörülmektedir. Bazı çalışmalarda sağlık kurumlarında altı sigmanın ve de yalın altı sigmanın kullanılması gerektiğinden bahsedilmektedir.

6. KAYNAKLAR

- Abeidi, N. (2016). Implementation Of Lean Six Sigma In Healthcare, Master Thesis, Fatih University The Graduate School of Sciences and Engineering, 2.
- Ahmed, S., Manaf, N. H. A., Islam, R. (2010). Effects Of Lean Six Sigma Application in Healthcare Services: A Literature Review, Rev Environ Health, 28(4): 191.
- Akyalçın, B. (2010). Hizmet İşletmelerinde Altı Sigma ve Hastane Uygulaması, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 69.
- Aktar, A. (2017). Altı Sigma Yaklaşımının Maliyet Yönetim Aracı Olarak Kullanılabilirliğine Yönelik Bir Araştırma: Manisa Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi, Burdur, 49.
- Al-Quatawneh, L., Abdallah, A. A. A. ve Zalloum, S. S. (2019). Six Sigma Application in Healthcare Logistics: A Framework and A Case Study, Journal of Healthcare Engineering, (2): 261.
- Amirigargari, A. (2018). Sağlık Kurumlarında Altı Sigma Yönteminin Önemi Ve Bir Model Yaklaşımı, Doktora Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 26, 32, 35.
- Arkoudas, I. (2017). Quality And Six Sigma Applied To Hospitals: The Case Of Papageou General Hospital, Master Thesis, Aristotle University of Thessaloniki School of Economic Sciences, 34.

- Bandyopadhyay, J. K. Ve Coppens, K. (2005). Six Sigma Approach to Healthcare Quality and Productivity Management, *International Journal of Quality & Productivity Management*, 5(1): V-2.
- Berkman, S. (2011). Tedarik Zinciri ve Lojistik Yönetiminde Altı Sigma Yaklaşımı, Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi Fen Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, 33.
- Bittles, N. (2017). Lean Six Sigma Leadership in Health Care Organizations, Symposium on Undergraduate Research and Creative Expression (SOURCE), 4.
- Buestan,M., Perez, C., Desintonio, E. (2016). A Proposed Framework for Implementing Lean Six Sigma Methodology in Ecuadorian Children Hospital, 14th LACCEI International Multi-Conference for Engineering, Education, and Technology: “Engineering Innovations for Global Sustainability”, 20-22 July 2016, San José, Costa Rica 6.
- Carleysmith, S. W., Dufton, A. M. ve Altria, K. D. (2009). Implementing Lean Sigma In Pharmaceutical R&D: A Review By Practitioners, *R&D Management*, 39(1): 95-96.
- Chaurasia, B., Garg, D. ve Agarwal, A. (2017). Lean Six Sigma Application in Healthcare of Patients, *Int. J. Intelligent Enterprise*, 4(3): 278.
- Chiarini, A.,Bracci, E. (2013). Implementing Lean Six Sigma in Healthcare: Issues from Italy, *Public Money & Management*, 33(5), 361, 365.

- Çelikoğlu, Y. (2008). A Literature Review On Six Sigma, Master Thesis, Dokuz Eylül University Graduate School Of Natural And Applied Sciences, İzmir, 27-28.
- Çimen, M., Deniz, S. (2018). Barriers of Six Sigma in Healthcare Organizations, Management Science Letters, (8): 885.
- Curatolo, N., Lamouri, S., Huet, J-C., ve Rieutord, A. (2014). A critical analysis of Lean approach structuring in hospitals, Business Process Management Journal, 20(3): 434.
- Çeliknalça, F. F. (2006). Evaluating Quality in Mass-Housing Projects Via Six Sigma: The Case Of ODTÜKENT, Master Thesis, Middle East Technical University, The Graduate School of Natural and Applied Sciences, Ankara, 38.
- Deniz, S., Staub, S. Ve Çimen, M. (2019). Altı Sigma Yaklaşımı ve Sağlık Sektöründen Başarı Örnekleri, 2. Basım, Nobel Bilimsel Eserler, Ankara, 137-156.
- Deniz, S. (2015). Özel Hastanelerde Altı Sigmanın Uygulanmamasının Yöneticilere Göre Nedenleri: İstanbul İli Örneği, Doktora Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi, İstanbul, 60.
- Doğu, E. (2006). Quality Function Deployment (QFD) And Using QFD In Six Sigma Projects, Master Thesis, Dokuz Eylül University Graduate School Of Natural And Applied Sciences İzmir, 39.
- Doğu, E. Ve Firuzan, A. R. (2008). Statistical Approach To Quality Improvement And Six Sigma Improvement Model (DMAIC), Journal Of Yaşar University, 3(9): 1093.

- Firuzan, A.R., Kuvvetli, Ü. Ve Gerger, A. (2012).Altı Sigma Metodolojisi ve Otomotiv Sektöründe Bir Uygulama, Journal of Yaşar University, 25(7): 4177- 4178.
- Göztaş, A., Baytekin E. P. (2009). Kalite Yolculuğunda Halkla İlişkiler, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 1. Basım, 140-145.
- Hapanowicz, M. Spuhler, K. (2018). Lean Six Sigma: A Methodical Approach To Improving Surgical Patient Healthcare, Erişim: <https://pdfs.semanticscholar.org/5a26/6e8e82ba4080e646dad5e0bc5f945f51d310.pdf>, Erişim Tarihi: 31.06.2019.
- Kansoy, O ve Dirgar, E. (2008). Altı Sigma Nedir?, e-Journal of New World Sciences Academy, 4(1): 16, 19.
- Khoshnaw, S. S.(2017). The Important Of Six Sigma Methodology In The Quality Of Hospital Services Erbil Sample Hospitals, Master Thesis, Bingol University Graduate School Of Social Sciences, Bingöl, 31.
- Kulkarni S., Attarwala, P. ve Dwivedi, S. N. (2011), Application of Lean-Six Sigma to Improve Quality in Healthcare Industry, 2. Erişim: <http://worldcomproceedings.com/proc/p2011/EEE5003.pdf>., Erişim Tarihi: 01.07.2019.
- Kuşçu, F. N., Karaman, M., Kuşçu Karatepe, H., Alıcı, H., Özcan Yüce, U. Ve Atik, D. (2018). Six Sigma and Total Quality Management in Health Institutions, Journal Of Current Researches on Health Sector, 8(1):126-128.

- Langabeer, J., Dellifraire, J., Heineke, J. Ve Abbass, I. (2009). Implementation of Lean and Six Sigma Quality Initiatives In Hospitals: A Goal Theoretic Perspective, Operations Management Research, 2 (1-4), 14.
- Matteo, M. (2012). Development of a Sustainable Lean Six Sigma Framework in Healthcare Sector, Doctoral, Sheffield Hallam University, 15-16.
- Ömürgönülşen, M. Ve Şahin, N. (2012). Üretimde Altı Sigma Yaklaşımının Üretimde Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı Çerçevesinde Bir Uygulaması, Verimlilik Dergisi, (4) : 9.
- Özceylan, A. (2017). Toplam Kalite Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar, E. Mennan Yıldırım ve M. Emin Merter içinde, Kalite Yönetim Sistemleri (180-216) İstanbul: Lisans Yayıncılık.
- Özveri, O. ve Dinçel, D. (2012). Altı Sigma Proje Seçim Yöntemleri ve Bir Hastanede Uygulanması, Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 27(2):58-59.
- Patır, S. (2008). Kalite Anlayışında Altı Sigma Yaklaşımı, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 7(24): 72-73.
- Seecof, D. (2019). Applying Six Sigma To Patient Care. Erişim: <https://www.isixsigma.com/industries/healthcare/applying-six-sigma-patient-care/>, Erişim Tarihi: 30.06.2019.
- Seker, S. E. (2014). DMAIC (Define, Measure, Analyze, Improve, Control), YBs Ansiklopedisi, 1(4):10.

- Shirey, W.T. (2017). Application of Lean Six Sigma to Improve Service in Healthcare Facilities Management: A Case Study, Master Thesis, Arizona State University, 10.
- Stanton, P., Gough, R., Ballardie, R., Bartram, T., Bamber, G. J., Sohal, A. (2014). Implementing Lean Management/ Six Sigma In Hospitals: Beyond Empowerment or Work Intensification?, The International Journal Of Human Resource Management, 25(21): 2926-2927.
- Şentürk, U. (2001). An Information System For Quality Monitoring And Improvement In Obstetrics- A Six Sigma Approach, Master Thesis, Bogaziçi University Institute of Biomedical Engineering, 10.
- Tener, M. T., Sezen, B. Ve Antony, J. (2007). An Overview of Six Sigma Applications In Healthcare Industry . International Journal Of Health Care Quality Assurance, 20(4): 330-331.
- Uluskan, M. (2017). Türkiye'nin Altı Sigma Uygulama Haritası, Çukurova Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi, 32(3): 141.
- Villanovau. Com. (2019). A Look at Six Sigma's Increasing Role in Improving Healthcare, Erişim: <https://www.villanovau.com/resources/six-sigma/six-sigma-improving-healthcare/> . , Erişim Tarihi: 10.07.2019.

BÖLÜM 8:

**HASTANELERDE YALIN YÖNETİM ve UYGULAMA
ÖRNEKLERİ**

Öğr. Gör. Osman ÖZKAN¹
Prof. Dr. Emine ORHANER²

* Bu çalışma yazarların 2018 yılında yapmış oldukları “*Özel Hastane Yöneticilerinin Yalın Sağlık Yönetimi Hakkında Görüşlerinin İncelenmesi; Ankara İli Örneği*” adlı yüksek lisans tezinden elde edilmiştir.

¹ Harran Üniversitesi, osmanozkan@harran.edu.tr

² Hacı Bayram-ı Veli Üniversitesi, eorhaner@gazi.edu.tr

GİRİŞ

Hastaneler toplumun sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü ve geçmişten günümüze kadar sürekli gelişim gösteren yapıda faaliyetlerine devam eden ve sağlık sektörünün beyni konumunda bulunan organizasyonlardır. Teknolojik gelişmeler, siyasi dalgalanmalar, toplumsal ve demografik değişiklikler, yasal düzenlemeler, ekonomik gelişmeler sürekli olarak hastaneciliğin de bunlara paralel olarak değişim göstermesine yol açmıştır. Her ne kadar son yıllarda özel sektörün de bu alanda çalışmalarını artırmış olması hastaneleri sosyal bir kurum olmaktan uzaklaştırmış olsa da değişmeyecek olan şey toplumların hastanelere sürekli olarak ihtiyaç duyacağı ve kamunun da bu alanda sorumluluğunun devam edeceği gerçeğidir. Sağlık hizmetini kim sunarsa sunsun, halkın bu hizmeti en uygun koşullarda almasından devlet sorumlu olmaktadır. Özel sektörün bu alana en büyük katkısı rekabetçilik ve neticesinde hizmetlere kalite kazandırmış olmasıdır.

Barnas ve Adams'a göre yalın düşüncenin özellikle üretim sektöründe süreçlerin iyileştirilmesi, israfların kaldırılması, çalışan ve müşteri memnuniyetinin sağlanması, yönetimin kolaylaştırılması gibi faydaları göz önüne alındığında bu felsefenin sağlık sektörüne uygulanabilirliği tartışma konusu olmaya başlamıştır. Kurumlar ürün/hizmet süreçlerinde yalın düşüncenin sağlamış olduğu faydayı göz önüne aldığına, sağlık sektörü için de bir yönetim anlayışı olması yönünde düşünmeye başlamıştır. Bu noktada hastanelerde yalın yönetim kavramı ortaya çıkmış ve değişen çevresel koşullarla birlikte uygulama alanları genişlemeye başlamıştır.

Çalışmada hastaneler hakkında bilgi verilecek, tanımı, özellikleri, işlevleri, sınıflandırılmaları ortaya konularak yalın yönetim ve israf ile ilişkilendirilecektir.

1.Yalın Yönetimin Tanımı, Doğuşu ve Gelişimi

Çalışmanın bu bölümünde yalın yönetim uygulamalarına yönelik yapılan tanımlamalar ortaya konulacak ve geçmişten günümüze yalın yönetimin doğuşu ve gelişimi ele alınacaktır.

1.1. Yalın Yönetimin Tanımı

Son yıllarda özellikle üretim alanında ortaya çıkmaya başlamış olan yalın yönetim kavramı hemen hemen bütün sektörlere uygulanabilen, gerek insan hayatında gerekse de hizmet/üretim alanlarında maliyet, verimlilik ve kalite açısından değer odaklı anlayışa sahip olan bir yönetim felsefesidir. Yalın yönetim ile ilgili yapılan bazı tanımlar şöyledir:

Yalın yönetim; ürün veya hizmet oluşturma sürecinde müşteri açısından değer yaratmayan tüm unsurların arındırılması ve müşteriye sunulan değer mükemmelliğini esas alan bir tekniktir. Üretim ve dağıtım süreçlerinin her aşamasında ortaya çıkabilecek hata, aşırı üretim, gereksiz bekleme süreleri, gerekli olmayan taşıma ve hareketler gibi söz konusu israf türlerine yönelik maliyetleri azaltmak ve kaliteyi yükseltmek adına değer odaklı bir yaklaşım sergilemektir.

Womack ve arkadaşları yalın üretime dair en temel eserlerden biri olan *Dünyayı Değiştiren Makine* adlı kitapta yalın yönetim felsefesini, yapısında hiçbir gereksiz unsur taşımayan ve hata, maliyet, stok, işçilik,

geliştirme süreci, üretim alanı, fire, müşteri memnuniyetsizliği gibi unsurların minimize edildiği üretim sistemi olarak tanımlamaktadırlar.

Yalın yönetim, işlerimizin yapılış şekilleri üzerinde çalışarak iyileştirmeler yapmaktır. Kaliteyi ve verimliliği artırmak ve sorunları saklamak değil sorunlar üzerinde kalıcı çözümler oluşturmaktır. Başka bir deyişle süreçlerde ki gecikmeleri önlemek, güvenliği sağlamak, kurumların büyümesini ve daha fazla gelir elde etmesini sağlamak, maliyetleri düşürmek yalın yönetimin temel felsefesidir. Yalın yönetim sadece bir kavramdır ve önemli olan süreçleri geliştirmek/iyileştirmek için kurum içerisinde gerçek liderliği oluşturmaktır. Yalın yönetimin iyi liderlerin önderlik ettiği bir felsefe olduğu bilinmelidir.

Charron ve arkadaşları yalın yönetimin tanımlanması noktasında birçok fikrin olduğunu söylemiş ve iki tanımda karar kılmışlardır.

- a. Yalın yönetim, israf, envanter ve müşteriye cevap verme süresinin azaltılmasına odaklanan Japonya ve Amerika yönetim ilkelerinin birleşimidir.
- b. Yalın yönetim, çalışanların öğrenmesi, eğitim ve yalın yönetim ilke ve felsefelerinin kurumda yönlendirilmesi için sistematik ve çok odaklı bir yaklaşımdır.

Yalın yönetim sistemi, yalın eğitim sistemi, yalın sosyoteknik sistemi (inanç sistemi) ve yalın değişim yönetimi sisteminin geliştirilmesi için hem bireysel hem de kolektif bir organizasyona dönüşüm planını kapsamaktadır.

Yalın yönetim ile ilgili çok sayıda farklı fikir olmasına rağmen araştırmacıların çoğu yalın yönetimi, Toyota Üretim Sisteminin kökü olan israfları azaltma özelliğinin bir yansıması olarak tanımlamaktadır.

Bu felsefenin temelinde değeri tanımlamak, değer oluşturan faaliyetleri uygun bir akış içine yerleştirmek ve değeri daha etkili hale getirmek için bir yol oluşturulur. Yalın yönetimin temelinde giderek daha az ekipman, daha az insan çabası, daha az zaman ve daha az alan ile daha fazlasını elde etme, israfı değere dönüş­türme çabası vardır. Yalın yönetim, müş­terilerin asıl beklentilerine daha çok yaklaşmayı sağlayan yöntemleri ve uygulamaları içeren, teknik açıdan tanımlandığında *israfi ortadan kaldırma* ve *insanlara saygı* anlamlarına gelen bir felsefedir. Bu bakımdan yalın yönetimin en basit ve en mükemmel duran tanımı Toyota Üretim Sisteminin ortaya koymuş olduğu insanlara saygı duyma ve israfları tamamen ortadan kaldırma yaklaşımıdır.

Yalın yönetim, yedi israf türü olarak açıklığa kavuşturulmuş israfları önce azaltmayı ardından tamamen ortadan kaldırmayı esas alan bir tekniktir. Vikipedi yalın yönetimi, israfların tanımlanması ve s­rekli olarak ortadan kaldırılması, kalitenin geliştirilmesi, mal/hizmet üretim s­relerinin kısaltılması, maliyetlerin azaltılması durumlarına yardımcı olan teknikler/araçlar dizisi olarak tanımlamaktadır.

Yalın yönetimin merkezinde maliyetleri d­ř­rmek, teslimat s­relerini azaltmak ve israfların tamamen ortadan kaldırılmasıyla kaliteyi artırmak hedefiyle müş­teriye, topluma ve ekonomiye değer yaratarak uzun vadeli bir felsefe yaratmak vardır.

Bu tanımlardan hareketle yalın yönetim yaklaşımının temel amacının; hammadde üretim s­recinden itibaren ürünün veya hizmetin nihai müş­teriye ulaştırılmasına kadar geçen s­relerde, ilgili s­reler hiçbir kesintiye uğramadan tüm paydaşlar için değer yaratmak olduğunu söyleyebiliriz. Bu noktada s­relerin tümüne hâkim olmak

esastır. Nitekim süreç hâkimiyeti beraberinde israfların ortadan kaldırılmasını ve yapılan tüm faaliyetlerin müşteri için *değer* yaratmasını sağlayacaktır.

1.2. Yalın Yönetimin Doğuşu ve Gelişimi

Yalın düşünce 1990'larda popüler olmaya başlayan ve son yıllarda araştırmacıların yalın üretim ve yalın uygulamalar hakkında hem teorik hem de deneysel anlamda aktif bir şekilde tartışmaya başladığı bir kavramdır.

Yalın yönetim kavramının doğuş yeri kuşkusuz Toyota Motor Şirketi'nin üretim sistemidir. Henry Ford ile başlayan otomobil süreçlerinde etkinlik faaliyetleri sonrasında 1900'lü yıllarda tüm dikkatler bu sektöre kaymaya başlamıştır. İkinci Dünya Savaşı sırasında askeri araç üretimine yönelmek zorunda kalan Toyota Motor Şirketi, savaş sonrası Eiji Toyoda ve Taiichi Ohno önderliğinde kendi bünyesinde otomobil üretimine başlamıştır. Toyota ailesinin 1950'li yıllarda Taichi Ohno'nun önderliğinde Ford firmasını incelemek amacıyla yapmış olduğu Amerika ziyareti, Japon otomotiv sektörü için yeni bir üretim ve yönetim anlayışının doğmasında önemli bir adım olmuştur. Bu durum karşısında diğer Japon şirketlerinin de yeni yaklaşımı kendi faaliyetlerine uyarlaması neticesinde batılı şirketlerden çok daha iyi duruma gelmesi söz konusu olmuştur. Womack ve arkadaşlarının yazmış olduğu *Dünyayı Değiştiren Makine* adlı eser ile Toyota Üretim Sistemi tüm dünyaya tanıtılmıştır. Bu eser yalın yönetim felsefesinin ve bu felsefeye ait yönetim metotlarının, ilkelerinin dünya

genelinde yayılmasına ve özellikle üretim sektöründe daha fazla konuşulmasına yol açmıştır.

Her ne kadar yalın yönetim, hayatımıza Toyota aracılığıyla girmiş olsa da Massachusetts Institute of Technology (MIT) Uluslararası Motorlu Araç Programı'ndaki araştırma ekibinin üyelerinden John Kraffick'in rolü büyüktür. Japonya'nın otomobil sektöründeki başarısını araştırmaya koyulan bu ekip 1980'lerin sonunda, bilinenin aksine Japonların farklı bir üretim sistemine sahip olmadığını asıl farklı olanın Toyota'nın üretim sistemi olduğunu kanıtlamıştır.

Toyota Üretim Sistemi üretilen her şeyin müşterilerin talep ettiği anda gerçekleştirilmesi ve gereksiz stokların süreçlerden tamamıyla çıkarılmasını temel bir ilke olarak sanayi dünyasına kazandırmıştır. Stokların israf olarak görüldüğü bu süreçte her üretim bölümü kendisinden bir önceki veya bir sonraki bölümün ne yapacağını biliyor ve bunlar kanban adı verilen kartlar ile görselleştiriliyordu. Sistem sadece üretim süreçleriyle değil aynı zamanda insana gösterdiği saygı konusunda da ön plana çıkıyordu. Çalışanların iş ortamlarının düzeltilmesi, güvenliği, ücretlerin memnun edici olması ve süreçlerde kişilere sorumluluk alma ortamının yaratılması hem sürekli gelişim faaliyetlerinde hem de bireysel görevlerde etkinliğini göstermiştir.

1.2. Yalın Yönetimin Önemi ve Özellikleri

Günümüz rekabet ortamında müşteri özelliklerinin değişmesi ve bu durumun taleplere yansımaları işletmelerin müşterinin gözünde iyi kalite, düşük fiyat ve kısa teslimat sürelerine yönelik planlamalar yapmasını ve anlık olarak değişen sipariş süreçlerine uyum sağlamasını

gerektirmiştir. Üretim sektörünün temelini oluşturan *ne üretirsem satarım, maliyet artarsa fiyat yükselir, gecikme olursa müşteri bekler* felsefesi artan rekabet ortamında işletmelerin, müşteri ihtiyaç ve taleplerine yönelik hizmet verilmesini gerektirdiğinden artık geride kalmıştır. Değişim sadece müşteri ve pazar özelliklerinde değil aynı zamanda ürün özelliklerinde de gerçekleşmiştir. Buna göre işletmeler artık birkaç tip ürün ile değil satış alanının genişletilmesini sağlayan ürün çeşitliliğini sağlamalı, kişiye özel ürünler geliştirmeli ve bunu mümkün oldukça çabuk ve en az maliyetle meydana getirmelidir. Ürünün kalitesi artık hata düzeyinin milyonda bir olacağı şekilde ölçülmekte ve bu da var olan işin/ürünün ilk seferde doğru yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Tüm bunların yanında piyasa şartları ve artan rekabet, fiyatların sürekli olarak düşmesine neden olmuş ve maliyetlerini azaltamayan işletmelerin ayakta kalabilmeleri zorlaşmıştır. Çünkü günümüz üretim sektöründe kâr sağlamanın yolu maliyetlerin minimize edilmesinden geçmektedir.

Böyle bir ortamda yapılması gereken, ekonomik ortamdan, mevzuatlardan, çalışan ve yöneticilerden şikâyet etmek değil iş yapma süreçlerine odaklanmaktır. İşte bu noktada yalın üretim denen felsefe iş yapma şeklimizde var olan problemleri ortaya çıkararak ve daha etkin çalışma yollarını göstererek hem işletmeler hem de ülke için rekabet avantajı sağlamaktadır. Bu felsefe her şeyden önce herkesin sistemin bütününe dikkate alacak bir ortak dil geliştirip iyileştirmelerin bu yönde ilerlemesini sağlayarak, müşterinin istediği ürünleri, müşterinin istediği zamanda, fonksiyon, kalite ve fiyat açısından mümkün olan en az

kaynakla, müşteri gözünden değer yaratacak şekilde ortaya koymaya odaklanmaktadır.

Yalın yönetimi uygulayan kurumların özellikleri şöyle sıralanabilir:

- Çalışanlar kurumun dinamik bir ortağıdır ve kurum değerlerini paylaşır.
- Problem çözme yaklaşımı sistematik olarak kurum geneline yayılmıştır.
- Kurum değişen rekabet ortamına uyum sağlama konusunda gelişmiştir.
- Çalışanların ve ekiplerin başarıları takdir görür ve ödüllendirilir.
- İş akışları ve operasyonel faaliyetler standartlaştırılmış ve görsel kontrol sistemiyle kurum geneline yayılmıştır.
- Ürün ve hizmetler müşteri/hasta ihtiyaç ve talepleri dikkate alınarak tasarlanır
- Üretim sistemi tek parça akışa uygun olarak tasarlanmıştır.
- Tedarikçiler süreçlere dâhildir ve ürün geliştirmenin sürekli olarak bir katılımcısıdır.
- Kalite anlayışının temelinde sıfır hata vardır ve işlerin/süreçlerin hatasız yapılmasına dikkat edilir.
- Sürekli iyileştirme kurum hedefleriyle paraleldir ve değer akışı kurum geneline yayılmıştır.
- Yönetsel kararları optimum seviyede tutmak adına bilgi paylaşımı etkin olarak gerçekleştirilir ve gerekli yerlerde görselleştirilir.

- Birimler arasında hedef ve iş planları hazırlanmıştır. Performans değerlendirme sürecinin temelinde, gerçekleşen ve hedeflenen performans analizi yatmaktadır.
- Stratejik fikirlerin toplanma yönü en alt kademeden en üst kademeye doğrudur.
- Denetim ve raporlama süreçlerinde A3 yöntemi (problemlerin, analizlerin ve düzeltici faaliyetlerin aktarıldığı kâğıt) etkin olarak kullanılır.
- İnsan gelişimi esastır ve kariyer planına göre sürekli olarak geliştirme yapılır.
- Bakım faaliyetleri otonom bir haldedir ve planlı bakım faaliyetleri uygulanır.
- Ekipmanların etkililik düzeyi düzenli olarak takip edilir.

Yalın yönetim sisteminin kurumlar için özellikle gelişen rekabet ve teknoloji ortamında değer oluşturma ve israfı ortadan kaldırma açısından önemli olduğu bilinmelidir. Felsefenin sisteme getirdiği çalışan katılımını esas alan yönetim düşüncesi, süreçlerin daha verimli, israfın daha az olduğu bir yapıda gerçekleşmesine olanak tanır.

2. Hastanelerde Yalın Yönetim

Günümüzün, rekabetçi, hızla değişen ve müşteri odaklı hareket eden global ekonomisi, yalın yönetime olan ilgiyi artırmıştır. Bugün küresel ekonomide etkin bir şekilde rekabet etme ihtiyacı, müşterilerden gelen fiyat baskısı, teknolojik değişimlerdeki hızlı tempo, pazar anlayışının kalite, maliyet ve zamanında teslim odaklı olması, ana malzeme üreticilerinin temel yetkinliklere odaklanıp diğer

süreçler için dış kaynaklardan destek alması yalın yönetimin vurgulanma nedenlerini oluşturmaktadır. Bunun yanında müşteri beklentilerinde artış ve değişimler ve standart süreçlere duyulan ihtiyaçlar bu arayışı artırmaktadır.

Son yıllarda yaşanan gelişmelere ve yapılan çalışmalara bakıldığında yalın sağlık kavramının artık küresel bir hareket olarak ele alındığı görülmektedir. Özellikle sağlık kuruluşlarının gelişen teknolojik ve değişen ekonomik, toplumsal, yasal, politik durumlar nezdinde maliyetleri dengelemek, hasta güvenliğini artırmak, boşa harcanan vakitleri azaltmak, bürokratik verimsizliklerin önüne geçmek gibi sorunlara çözüm arayışı giderek daha hissedilir olmuştur. Toplumun sağlık hizmetlerine olan talebinin ve yaşlı nüfusunun artmasıyla bağımlı nüfusun daha fazla olması, finansal koşullarında bu paralelde ilerlemesini gerektirmektedir. Ancak mevcut durum bunun böyle olmadığını ve yalın uygulamalar neticesinde bu alanlarda kalite ve verimliliğin artış yaşayacağını göstermektedir. Sağlık kuruluşlarında yalın yönetim metodlarının uygulanması ve bu felsefenin kurum kültürü haline getirilmesi mevcut süreçleri iyileştirme noktasında büyük destekler sağlayacaktır.

Sağlık sektörünün tarihi, teknolojisi ve kültürü açısından diğer sektörlerden farklı olduğu doğru olsa da süreçlerde, neyin işe yaradığını veya neyin işe yaramadığını belirleyen faktörler tüm sektörler için benzer olan yönetsel süreçlerdir. Aslında yalın yönetim konusu, başlangıçta diğer sektörlerde uygulanmak için geliştirilmiş olmasına rağmen, sağlık hizmet sunumunda da yararlanılabilecek bir felsefedir. Bilinmelidir ki yalın yönetim konusu ister bir hastanede hayata

geçirilmeye çalışsın ister bir fabrikada ister günlük yaşamda, belirlenmiş olan bir standart başlangıç noktası yoktur. Her kurumun kültürü, iş alanı, hizmet anlayışı, çalışan yapısı farklı olduğundan yalın yönetim uygulamaların başlangıç noktası da buna paralel olarak değişiklik gösterecektir. Kurumlar kendi iç yapısını dikkate alarak yalın yönetim için uygun bir başlangıç noktası belirlemelidir.

2.1. Hastanelerde Karşılaşılan Hata Tipleri

Sağlık sektöründe özellikle hastane ortamlarında karşılaşılan birçok hata vardır. Özellikle hastanelerin diğer hizmet veren kuruluşlardan farklı olarak bünyesinde risk unsuru barındırması ve neticesinde bireyin ölümüne sebep olabilecek hataların yaşandığı bir sektör olmasından kaynaklı olarak güvenliğin üst seviyede olması gereken kurumlardır. Bu kapsamda, özellikle sağlık kuruluşlarında hatayı önleyici veya hata daha ortaya çıkmadan proaktif müdahalelerin mümkün olduğu mekanizmaların kurulması gerekmektedir. Hastanelerde yaşanan hata tipleri aşağıdaki gibi irdelenmiştir:

- Hasta kabul sırasında gerçekleşen tıbbi hatalar
- Hastanın yanlış polikliniğe yönlendirilmesi
- Muayene sırasında gerçekleşen hatalar
- Gereksiz talep edilen tahlil ve tetkikler
- Ameliyat sırasında yapılan hatalar
- Gereksiz malzeme ve ilaç kullanımları
- Yatan hastalara uygulanan tedavilerde yapılan hatalar
- Acil serviste söz konusu ilaç ve malzeme eksikliği, cihazların kalibrasyonunun yapılmaması

- Laboratuvar, röntgen gibi cihazların kalibrasyonunun ve teknik bakımlarının yapılmaması
- Ameliyat sonrası hasta takibinde gerçekleşen hatalar
- Hasta güvenliğinin sağlanamamasından kaynaklı hatalar
- Gereksiz veya uygun olmayan satın alma işlemlerinin yapılması
- Stoklama seviyesinde aktif ve güvenilir olmayan süreçler
- Medikal muhasebe sürecinde yapılan hatalar
- Hastalara verilen yanlış ilaç ve tedavi uygulamaları
- Sık sık personel değişiminin yaşanması
- Çalışanlar arasında çekememezlik, huzursuzluk, olumsuz çatışmaların olması
- Gelişen teknolojiye paralel olarak cihazların temin edilememesi
- Ödeme kuruluşlarınca ödemelerde gecikmelerin olması
- Yeni icat edilen cihazların temininde ortaya çıkan yüksek maliyetler
- Malzeme talep edilirken karışıklık yaşanması
- Yanlış planlama neticesinde başka servislerden dönen malzeme ve hizmetler
- Personellerin yeni tip cihazları kullanamaması
- Verimli kullanılmayan depolama alanları
- Küçük yaralanma ve hastalıkların bildiriminde kurallara uyulmaması
- Doğru iş prosedürlerinin uygulanmaması
- Kurum personelinin başka hastanelere gitmek üzere kurumdan ayrılması

- Çalışanların işlerini başkalarına yüklemesi veya sorumluluktan kaçması

Bu hata tiplerini temel alarak yalın dönüşümü gerçekleştirmek, ödemeleri kısarak veya daha az hizmet sunarak mümkün olmayacaktır. Yalın dönüşüm kapsamında maliyetlerin düşürülmesi ve aynı zamanda hizmetin mevcut koşullar içerisinde ve daha kaliteli olacak şekilde verilmesi, bu noktada hastalara daha az maliyet yüklenmesi yalın hastane dediğimiz kurumun özelliklerinden biri olacaktır.

2.2. Yalın Hastanelerin Özellikleri

Yalın yönetim anlayışı hastanelerin organizasyon şeklini ve yönetim biçimini değiştirebilen, hataları, beklemleri azaltarak hasta bakım kalitesini artıran, çalışanları ve yönetimi destekleyerek kurum içinde süreçleri tıkayan engelleri ortadan kaldıran ve hasta odaklı bir sağlık hizmet sunumunu sağlayan felsefe olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık sektörü açısından yalın yönetim, bir alet çantasından hastanelerin organizasyon yapısına kadar yönetim şeklini değiştiren, tıbbi hataları ve hasta bekleme sürelerini azaltarak hasta bakım kalitesini artıran, çalışan ve hekimlerin gelişimini yükselten, maliyetleri ve riskleri azaltan, kurumun büyümesine katkı sağlayan ve farklı işlevler gösteren hastane servislerinin birlikte çalışmasını sağlayarak tüm paydaşları uzun vadede kuvvetlendiren bir sistemdir.

Yalın bir hastane tam olarak budur demek oldukça zordur. Çünkü kusursuz şekilde yalın olan bir hastane veya başka bir kurum yoktur. Yalın yönetim felsefesinde sürekli iyileştirme/geliştirme ve her zaman çözülmesi gereken bir sorun veya ortadan kaldırılması gereken bir israf

yer aldığından yalın hastane; yönetmek ve iyileştirmek adına yalın yönetim felsefelerini kullanan bir hastane olarak tanımlanır.

Grabau, bir hastanenin rakip hastanelerin en az yarısı kadar kaynakla işlediği durumlarda yalın sayılabileceğini ve bunların da hataların, hasta hasarının, çalışan devir oranlarının, maliyetin, kullanılan alanların, hasta ve hekim şikayetlerinin yarısı olarak ayrıldığını söylemiştir. Ayrıca yalın olarak nitelendirilen bir hastanede gezildiğinde iş yeri ortamında beş boyutun, görsel araçların, işaretleme ve etiketlemelerin, standartlaştırılmış iş süreçleri ve kanban kartlarının, öneri listelerinin, ölçümlerin, A3 raporlarının göze çarpacağını ve fiziksel alanların toplu ve düzenli olacağını ifade etmiştir. Unutulmamalıdır ki yalın yönetim sadece gözle görünen iyileştirme değil aynı zamanda problem çözme yaklaşımlarından, kültürden, liderlik tarzlarından oluşmaktadır. Bunlar kurumların ilk bakışta görünmeyen özelliklerindedir ve yalın felsefenin başarısında olmazsa olmazlardandır. Yalın hastane hastalarının ve çalışanlarının memnuniyet oranı ve sadakatlerinin yüksek olduğu hastanelerdir. Bir hasta, hastaneye giriş yaptığı andan itibaren aracının park edileceği yer ve kayıt işleminin nereye yapılacağı ile ilgili bilgiye açık bir şekilde erişmeli, klinik hizmetlerin nasıl yapılacağı ile ilgili hata yaşamamalı, hasta yakınları uygun yerde konumlandırılmalı, ameliyat protokolleri hızlı ve doğru yapılmalı ve neticesinde muayene veya cerrahi müdahale sonrası bakım hizmetleri uygun bir şekilde gerçekleştirilmelidir. Bunun yanında bir hastane çalışanı da bir yalın hastaneden başka bir hastaneye gitmek istememelidir. Yalın hastanede çalışanlar amirler tarafından dinlenilmeli, kaizen kültürü taşınmalı, standartlaştırılmış iş bilincine

sahip olmalı, kişisel ve mesleki açıdan gelişmeli, performansından ve bunun paydaşlara etkisinden gurur duymalıdır.

Yalın bir hastane tanımlanırken Toyota'nın on dört genel ilkesi iyi bir başlangıç noktası olarak ele alınabilmektedir. Bu ilkeler, hastanelerde yalın yönetimin temelini oluşturan dört ana felsefenin etrafında oluşur. Liker'in yalın yönetim düşüncesinin temelinde belirmemiş olduğu bu dört ölçüt şöyle açıklanmaktadır:

a. Felsefe: Yalın yönetimin felsefe ölçütü hem toplum hem de kurum için değer yaratmayı odak noktasına alarak uzun vadeli kararlar vermeyi ifade etmektedir. Kurum genelinin müşteri odaklı olması esastır. Sağlık hizmetlerinin müşterisi hastadır ve hastaya yönelik değer odaklı uzun vadeli felsefeye dayanan kararlar vermek gereklidir.

b. Süreçler: Yalın yönetimi uygulamak adına tahsis edilen kaynakların optimum kullanımı, israfların azaltılması ve yok edilmesi, kalite ve verimlilik konusunda ilerlemelerin sağlanması süreç kavramını ifade eder. Süreçler, ilgili kurumlarda hizmet veya ürün akışının optimum verimlilikle yani israfların minimize olduğu, personellerin neyi, ne zaman, nasıl yapacağını belli olduğu, ekip çalışmasının hakim olduğu ve herkesin akışın tüm öğelerinin önemini bildiği bir durumda çalışılmasını esas almaktadır. Bu durum hasta açısından değer katmayan faaliyetlerin ortadan kaldırılması anlamına gelmektedir.

c. İnsanlar ve Ortaklar: Yalın yönetim felsefesinin temelinde insana saygı vardır. İnsana saygı duymak, onların rekabet içinde çalışmasını ve kurum ile birlikte büyüme şansına sahip olmalarını sağlamaktır. Sağlık bakım hizmetlerinin verimliliğinin birinci ölçütü

personelerine, iş ortaklarına gereken değeri vermek, saygı göstermek, büyümelerini desteklemek ve onları bakım hizmetlerinin merkezine almaktır.

4. Problem Çözme: Yalın yönetimin bu ölçütü, problemler söz konusu olduğunda bunların yangın söndürme bakış açısıyla değil kök neden analizi yapılarak sonuca bağlanmasını ifade etmektedir.

Bu dört önemli ölçütten hareketle sağlık kurumlarının tıbbi ve idari hizmetlerinde uzun vadeli bir felsefeyi hareket noktasına koyarak, süreçlerin israflardan arınmış bir şekilde değer odaklı olması, insanlara ve ortaklara duyulan saygının ön planda tutularak bunun sağlık bakımının ön koşulu olduğunun bilinmesi ve ortaya çıkan sorunlara insan odaklı olmak yerine süreç odaklı yaklaşarak, kök neden analizleri yapılarak çözüm bulunması yararlarına olacaktır.

Buna ek olarak yalın bir hastane strateji ve yönetim sistemi, hastalar, çalışanlar, israf ve kaizen, teknoloji ve altyapı açısından aşağıdaki özelliklere sahip olmalıdır:

Strateji ve yönetim sistemi açısından özellikleri:

- Bir yalın hastane, hedeflerin ve amaçların hastane vizyon ve stratejileriyle bütünleşik olduğu, sadece tekniklerin kullanıldığı değil aynı zamanda tüm çalışanların ve liderlerin katılımcı olduğu bir kültür ile yönetilir.
- Bir yalın hastane, başarılı iş süreçlerinin sadece teknolojik ve klinik mükemmellikten değil aynı zamanda çalışan katılımı ve kurum süreçlerinin etkililiğinden geçtiğini bilir.

- Bir yalın hastane hem amirlere hem de yöneticilere benimsetilmiş olan bir liderlik modeli ile yönetilir. Bu liderlik modeli süreçlere katılım, işin yapıldığı alana inmek, hizmetkâr liderlik gibi unsurlardan oluşur.
- Bir yalın hastane, gerek hekim, çalışan ve yöneticilerin yer aldığı iç paydaşlar gerekse de ödeyici kurumlar, tedarikçiler gibi dış paydaşların bir arada hareket ettiği işbirliğine dayalı ilişkiler yaratır.
- Bir yalın hastanede, yalın yönetim uygulamalarının sürekliliğini sağlamak ve sürekli gelişimi sağlamak adına çalışan, eğitimler veren bir grup bulunur. Bu grup süreçlerde diğer partnerlere koçluk yapar, süreçleri sahiplenir.

Hastalar açısından özellikleri:

- Bir yalın hastane, bakım hizmetinin mükemmelliğini sadece hasta için değil aynı zamanda hasta yakınına, misafirlere sağlarken hastaların zamanlarının boşa harcanmaması konusunda titiz davranır.
- Bir yalın hastane süreç iyileştirme çalışmalarına hasta ve hasta yakınlarını dahil eder.
- Bir yalın hastane sağlık sektörünün özellikleri gereği herhangi bir hata kabul edilemez olduğundan süreçlere sıfır önlenebilir hata hedefleri koyar.

Çalışanlar açısından özellikleri:

- Bir yalın hastane, çalışanların sayısını azaltarak onlardan mali tasarruf elde etmek yerine onları hastalar ve hastane için gerçek bir değer olarak kabul eder.
- Bir yalın hastane, çalışanlara israf farkındalığı kazandırarak tüm faaliyetlerin değer katmadığını anlamalarına yardımcı olur.
- Bir yalın hastane, çalışanların gerek kendi iş süreçlerinde gerekse de diğer süreçlerde iyileştirme çalışmalarına dahil olmasını destekler ve liderlerin, çalışanların bu değer akışı içindeki yerini anlamasını sağlar.
- Bir yalın hastane, çalışanların kalite, güvenlik ve verimlilik odaklı olmasını sağlarken yapılacak işlerin kendilerinde iş yükü oluşturmasının önüne geçer.

İsraf ve Kaizen açısından özellikleri:

- Bir yalın hastane, süreçlerin mutlaka israf barındırdığını ve bu israfların geçiştirme veya yangın söndürme bakış açısıyla değil, sürekli iyileştirme ve kök neden analizleri aracılığıyla çözülmesine odaklanır.
- Bir yalın hastane sorunlar karşısında tepkisel değil, proaktif bir tutum sergiler.
- Bir yalın hastane süreçlerdeki gereksiz adımları ortadan kaldırarak gecikmelerin önüne geçmeyi hedef koyar.
- Bir yalın hastane hataların ve gecikmelerin önüne geçmek adına insanların işlerin işleyişini bildiği standartlaştırılmış iş yöntemlerini kullanmasını sağlar.

- Bir yalın hastane, ortalamada durmak ile yetinmez, her zaman daha iyi olmak için çaba gösterir.

Teknoloji ve altyapı açısından özellikleri:

- Bir yalın hastane, mimari açıdan hem çalışanların hem de hastaların hareket israfının önüne geçecek tarzda tasarlanmıştır.
- Bir yalın hastane yararlandığı teknoloji, otomasyon ve bilişim sistemleri aracılığıyla tüm paydaşların işlerini kolaylaştırır.

2.3. Yalın Hastanelerin Gerekliği ve Faydaları

Sağlık sektörüne genel olarak bakıldığında birçok hastanenin yönetsel açıdan sorunları olduğu görülmektedir. Günden güne artan gelişmelere paralel olarak hizmet sunum maliyetleri yükselirken ödeme yapan aracı kuruluşlar ödemeleri artırmaya yanaşmamakta, önlenebilir hastalıklardan kaynaklı tıbbi sorunlar dünyada gittikçe artmakta, hekim, hemşire ve diğer çalışanlar hemen hemen her gün aynı sorunlarla uğraşmaktan ve bunlara standart bir çözüm getirilmemesinden kaynaklı evine yorgun dönmekte veya işlerinden ayrılmaktadırlar. Her ne kadar hastaneler tıbbi çıktı açısından mükemmel sonuçlar ortaya koysa da bazı yöneticiler, dünya çapında doktorlara ve tedavi yöntemlerine sahip olsak da bozuk iş süreçlerimiz var diye yakınmaya devam etmektedir. Bu durum karar verici ve uygulayıcı konumunda bulunan politika belirleyicilerini, sağlık kuruluşlarını, sağlık yönetimi çalışanlarını, doktorları, sağlık profesyonellerini, hastaları, hasta yakınlarını, sigorta, ilaç ve medikal sektör yöneticilerini ortak bir paydada buluşturacak kazanımlara zemin hazırlayan bir yönetime veya yeni uygulamalara yöneltmiştir. Bu

arayışın sonucunda değer odaklı sağlık hizmet sunumunu temel alan ve bunu etkin maliyetler ile gerçekleştiren yalın düşünce kavramı kurumlarca tartışılmaya başlanmıştır. Kuşkusuz hastanelerin değer odaklı sağlık bakım hizmeti vermesi ve kurumsal gelişimin sürekliliğinin sağlanması yalın düşünce felsefesinin kurum genelinde özümsemesi sonucu gerçekleşecektir. Yalın düşünce felsefesinin amacı kurumun tüm süreçlerini hastanın gözünden görmek ve yapmaktır. Hastayı hastaneye girdiği andan itibaren temas kurduğu her alandan hızlıca geçirmek ve süreçlerin standartlaştırılmasını sağlamaktır. Bu noktada yalın sağlık kavramı günümüzün popüler verimlilik aracı, modern bir standart olarak karşımıza çıkmaktadır.

Özellikle 2000’li yılların başından itibaren sağlık sektöründe popüler olmaya başlayan yalın düşünce kavramı, başta birçok önyargı ve engel ile karşılaşmasına rağmen günümüzde pek çok kurumun kalite, verimlilik, maliyet, güvenlik, erişilebilirlik, hız açısından olumlu sonuçlar ortaya koyduğu bir yapıya bürünmüştür. 248 bilimsel makale üzerinde yapılan bir çalışmada yalın yönetim uygulamalarının küçük ve büyük ölçekli projeler şeklinde uygulandığı ortaya konulmuştur. Bu düşüncenin sağlık sektöründe gerekliliği her ne kadar tartışılan bir konu olarak güncelliğini koruyor olsa da geçmişte yapılan çalışmalara bakıldığında yöntemin olumsuz bir sonuç ortaya koymadığı bilinmektedir. Literatür çalışmaları yalın düşüncenin sağlık sektöründe uygulanmasına yönelik uygulamaların çoğunun Amerika’da yapıldığı ve son yıllarda İngiltere kamu sektöründe ve Avustralya’da görülmeye başladığını ve bu çalışmaların sürdürülebilir sonuçlar verdiğini

göstermektedir. Yapılan uygulamalar neticesinde sağlık sektöründe elde edilen kazanımlar şöyle sıralanabilir:

- Hataların ve bekleme sürelerinin azaltılmasıyla hastaya verilen bakım hizmetinin kalitesinde artış sağlanmıştır. Hastanın hastaneye girişinden çıkışına kadar süren hasta akışı iyileşmekte ve memnuniyet seviyesini yükselmektedir. Ayrıca teşhis ve tedavi süreleri kısalmış ve beklemler minimize edilmiştir.
- Yalın uygulamalar neticesinde ortaya konan yeni yönetim sistemi çalışanları ve hekimleri desteklemekte, engelleri ortadan kaldırmakta ve herkes bakım hizmetine odaklanmaktadır.
- Maliyetler azalmakta, risk oranı düşmekte ve bu durum kurumun uzun vadeli sürdürülebilirliğine olumlu katkı sağlamaktadır. Risk oranının azalması kurumun güvenilirliğine pozitif katkı sağlamaktadır.
- Kurum genelinde bir israf ve değer farkındalığı oluşturulur. Değer katmayan faaliyetlerin belirlenmesi ile birlikte çalışanların iş yükü azaltılmakta ve kapasiteden optimum şekilde faydalanılmaktadır.
- Kurum genelinde işlerin yapılış şekilleri ve tüm süreçler belirlenerek belirsiz görev tanımlarına son verilmekte, standartlaştırma sağlanmakta ve neticesinde iş yükü azaltılarak çalışanların yaratıcılıklarını kullanma şansı oluşturulmaktadır. Bu durumlarda hangi süreçlerde hangi araçların kullanılacağı, bir acil servis hastasına ilk müdahalenin nasıl yapılacağı, bir birimde çalışması gereken personel sayısı, vb. durumlar bellidir ve kurum

ihtiyaçlarına göre güncellenir. Bu durumun bir diğerk olumlu etkisi çalışanların moral ve motivasyonuna yapacağı katkıdır.

- Kurum genelinde sürekli iyileştirme kültürü hâkim olmakta ve hem bireysel hem de organizasyonel anlamda mesleki gelişim ve eğitim ön plana çıkmaktadır. Herkes kendi gelişiminin kurumun gelişimi için önemli olduğu bakış açısıyla sürekli iyileştirme çalışmalarına katılmaktadır.
- Hastane mimarisi yalın bakış açısıyla düzenlenmekte, personelin ve hastaların yürümekten kaynaklı israfının azaltılması, birimler arası iletişimin güçlendirilmesi ve zaman tasarrufu sağlanmaktadır. Buna ek olarak çalışma ortamlarının da standardize edilmesi her birimin fonksiyonel olarak aynı çalışma ortamına sahip olması sağlanmaktadır.
- Tüm bu iyileştirmeler neticesinde ekonomik anlamda kazançlar sağlamakta ve kazanımlar başka alanlarda yatırım olarak değerlendirilmektedir.
- Kurum i atıklarında azalmalar meydana gelmekte, hasta ve çalışan memnuniyeti artmakta, tasarruflardan kaynaklı olarak daha fazla hasta tedavi etme imkânı doğmakta, güvenilir ve kaliteli hizmet sunumu gerçekleşmekte, üretkenlik artmakta, hizmetlerin zamanında sunumu yapılmakta, ölüm oranları azaltılıp, hastane stok seviyeleri optimum seviyede tutulmakta, depolama kapasitesinden tasarruf edilmekte ve verimlilik artırılmaktadır.
- Gerek sağlık hizmetlerinde gerekse hizmet sektörünün diğerk yan alanlarında liderlik kavramının tam anlamıyla hayat bulabilmesi

için kurumda çalışanların öncelikle liderlerinden yalın yönetim tekniklerini görmeleri, idrak etmeleri ve kendi çalışmalarında da liderlerinin gösterdiği yoldan ilerlemeleri sağlanmaktadır.

Tüm bu faydalar, hizmet kalitesini olumlu etkilemiş ve hastanenin verimliliğini artırmıştır. Yapılan bu çalışmaların sürdürülebilirliği noktasında üst yönetimin liderliğinin önemli olduğu ve yalın kültürün oturması, devamının getirilmesi için üst düzey yöneticilere yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi gerektiği ifade edilmektedir.

Günümüzün en karmaşık süreçlerine sahip olan hastanelerde her sektörden farklı eğitim, kültür ve meslek grubuna sahip insanlar bir arada takım çalışması ortaya koymaktadır. Bu yönüyle hastanelerin yalın düşünce felsefesinin ortaya koyduğu takım çalışması kültürüne yakın olduğu ve yalın yönetim ile birlikte bu durumun daha verimli sonuçlar doğuracağı aşikârdır.

2.4. Yalın Hastane Uygulama Zorlukları

Sağlık sektöründe yalın yönetim uygulamalarının; hastaneler gibi karmaşık yapılarda nasıl uygulanacağı, her hasta için aynı yalın yönetim tekniklerinin mi uygulanacağı, her hastanın farklı bir proje olduğu sektörde tahlil ve tetkikler için aynı standartların mı kullanılacağı gibi sorular önem kazanmaktadır. Sağlık sektöründe tüm hastaların özdeş kabul edilip belirli standartların uygulanmasının mümkün olmadığı ve hastaların benzer gruplar içinde değerlendirilip standartları oluşturma konusunda yaşanan bu zorluğun bir nebze önüne geçilebileceğini bilinmelidir.

Yalın hastane uygulamalarının gerçekleştirilmesinde ortaya çıkan zorluklar genel olarak şöyledir:

Çalışanların hastaların ne istediklerine (değere) ve israfa odaklanmalarını sağlamanın zor olması, kullanılan araçlara direnç göstermeleri, yalın yönetimin uygulanması konusunda gecikmelere yol açmaktadır.

- Hizmet sektörü üretim sektörüne göre işlerin duruma göre değişkenlik gösterebildiği bir sektördür. Hizmetlerin standardizasyonunun zorluğu süreçleri tanımlama noktasında zorluklar ortaya koymaktadır. Özellikle hastane ortamında risklerin ve değişkenliklerin fazla olması süreçlerle başa çıkmayı zorlaştırmaktadır.
- Çalışanların hiyerarşik yapılanmayı göz önüne alıp kuruma ve işe bağlılık noktasında motivasyon sahibi olmaması önemli bir sorundur. Bu noktada çalışanlara yetki verilmeli, süreçlere dahil edilmeli ve işe veya kuruma bağlılık artırılmalıdır.
- İletişim konusu üretim sektörüne göre hizmet işletmelerinde daha önemli bir kavramdır. Süreçlerin verimliliğini çalışanlar ve süreçler arasında iletişimin kalitesi belirlemektedir. Bu noktada personel ile olan iletişim sağlıklı bir şekilde planlanmadığı takdirde sorunlar ortaya çıkacaktır.
- Tam zamanında üretim düşüncesinin tam olarak oturmaması, malzemelerin temininde zorluklar, süreçlerin net olarak ortaya konmaması ve karmaşık oluşu, teknolojinin tam olarak kullanılamaması, yalın hizmet ile ilgili örnek vakaların azlığı, süreç odaklı olmak yerine hedef odaklı olunması, değer ne

olduğunun bilinmemesi, eğitim konusunda zorluklar yaşanması, yönetici desteğinin ve üst yönetimin liderliğinin azlığı yalın yönetimin uygulanmasının önünde önemli zorluklardır.

Yalın yönetimin sağlık sektöründe uygulanma zorluklarından bir diğeri çalışanların bu konuda gösterebileceği dirençtir. Değişime karşı direnç, bütün sektörlerde etkisini gösterirken sağlık sektöründe bu durum etkisini daha fazla hissettirebilmektedir. İsraf üzerine bir analiz yapıldığında çalışan hekim, hemşire, teknisyen, vb. bireyler yaptıkları işlerde herhangi bir israfın olmadığını söyleyeceklerdir. Çünkü onlara göre yapılan tüm bu işlemler hastanın memnuniyeti için yapılmaktadır. Örneğin sağlık sektöründe hastaların tedavisi için aranan malzeme ve ilaçlar için hemşireler oldukça zaman harcamaktadır. Bu noktada değer katmayan bu faaliyetlerin değer katan faaliyetler arasından çıkarılarak ortaya çıkan bu tasarrufun hastanın tedavisi için ayrılması her iki taraf için de değer yaratacaktır. Ama yalın yönetimin kültür haline gelmediği ortamlarda hemşireler bu durumu sorgulamayacak ve yalın dönüşüme karşı dirençli bir yapıda olacaklardır.

Yalın uygulamalar yapılırken kurumun değişime karşı direncine veya değişime hazır olup olmadığına odaklanmak yerine bu sürecin başarısız olmasına sebep olan unsurlara odaklanmak daha makul olacaktır. Özellikle üst yönetimin kritik rol aldığı bu süreçlerde gösterilen kararlılık, verilen destek önem arz ederken, kurulacak ekiplerin özerkliği, kişiler ve ekipler arası iletişim ve yalın yönetime duyulan ilgi, başarıyı teşkil eden önemli unsurlardır. Bunlardan bir veya birkaçının eksikliği başarısız sonuçlara yol açacaktır.

Yapılan çalışmalarda üst yönetimin yalın yönetimin başarısı için birçok noktada aktif olması gerektiğini ifade edilmiştir. Bunları şöyle sıralayabiliriz:

- İhtiyaç duyulan kaynakları sağlamak
- Tek noktaya yönelik çözümler yerine yalın uygulamalara dayalı planlı bir yaklaşım üstlenmek
- Yalın bir lider atamak
- Takım çalışmasını ve yardımlaşmayı vurgulamak, çalışanları güçlendirmek
- Hem aşağıdan yukarıya hem de yukarıdan aşağıya iyi bir iletişim kanalına sahip olmak
- İşsizlik korkusu gibi çekingenlikleri ortadan kaldırmak
- Herkesin değişim ihtiyacını ve değişim uygulandığında yeni rollerini anladığından emin olmak
- Denemeler ve hatalar için deney ortamı, risk alma ortamı ve güvenlik ağı oluşturmak
- Ödül ve öneri sistemleri oluşturmak, paylaşım kazanımları sağlamak
- Değişim sonrası geleceğin bir vizyonunu oluşturmak
- Maliyetlerin analizi ve paylaşımı konusunda bilgilendirme yapmak
- Herkesin sorumluluğunu vurgulamak

İlk başarılı uygulamalardan sonra yalın yönetimi devam ettirmek biraz daha kolaydır ancak bunu süreklilik haline getirmek gerekmektedir. Planlar, disiplin, taahhüt, sabır, risk ve hataları tolere

eden bir çevre, iyi bir ödüllendirme sistemi ve insanların değişim ve büyüme için adapte olduğu bir ortam oluşturulmalıdır.

2.5. Yalın Sağlık Yönetiminde İsrif

Yalın yönetim tüm paydaşlar için değer akışlarının belirlenmesi ve değer katmayan faaliyetlerin ortadan kaldırılması olarak tanımlanır. Burada değer yaratmayan faaliyetler genel olarak israf olarak nitelendirilir. İsrif kelime anlamı olarak Japonca “muda” kelimesinden gelmektedir. Süreçlerde ilgili paydaşlar için değer yaratmayan ama kaynak harcamasına yol açan, düzeltilme gerektiren, talep edilmeyen ama stoklara yer tutan gereksiz mallar, gereksiz işlemler, çalışanların ve malzemelerin gereksiz hareketi, gecikmeler, beklemler ve müşteri ihtiyaçlarına cevap vermeyen insan veya süreç nedenli faaliyetler olarak tanımlanmaktadır Yalın yönetim de anahtar şey; israftır. Bunu kavramak yalın dönüşümün ilk adımıdır. Ana amaç; sistemdeki tüm paydaşlar için değer akışı oluşturmak ve israfı azaltmaktır.

İsrif; maliyet, kalite ve teslimatlar üzerinde direkt etkisi olan kaynaklardır. Aşırı envanter, gereksiz hareket, kullanılmayan insan potansiyeli, plansız durmalar, optimum kullanılmayan değişim hızı, israfın tüm semptomlarıdır. Bunun aksine israfların ortadan kaldırılması, müşteri memnuniyetini, kâr edilebilirliği, çıktıyı ve verimliliği artırır. Kötü düzenleme/yerleşim planı, uzun süreli işlemler, kötü çalışma ortamı ve malzeme bakımı, yetersiz eğitim, uygun olmayan yöntemlerin kullanılması, takip edilmeyen prosedürler, belirsiz bilgi ve talimatlar, kötü planlama, tedarikçi kalite problemleri,

yetersiz teminat, yetersiz çalışma ortamı israfın nedenlerini oluşturmaktadır.

Sağlık sektöründe faaliyet gösteren herkesin maliyetlere odaklanması ve bunu nasıl azaltacağını düşünmesi gerekmektedir. Sağlık mevzuatında gerçekleşen değişiklikler kuruluşları faaliyetlerin devamlılığını sağlamak adına kalite çalışmalarına odaklanma ve israfları sistemden arındırma konusunda çalışmaya zorlamaktadır. Institute for Healthcare Improvement (Sağlık Hizmetlerini İyileştirme Enstitüsü) Başkanı ve CEO'su Dr. Donald Berwick, hastanelerin israf kaynadığını ancak gerçek boyutun bilinmediğini söylemektedir. Berwick Amerika Birleşik Devletleri'nde toplam sağlık harcamalarının %30 ile %40'ının veya yaklaşık yarım trilyon doların israf olduğunu öne sürmektedir. İsfraf sağlık kurumlarının her aşamasında yer almaktadır.

Genel olarak bakıldığında hastane çalışanlarının zamanlarının % 25-50'sini doğrudan hasta bakımına harcadığı görülmektedir. Üstelik bu süre; hastanın durumunu kontrol etmek, ilaç vermek, soruları yanıtlamak ve tıbbi bilgi vermek gibi süreçleri içermektedir. Kurumlarda çalışanların veya birimlerin fazla çalışma durumu söz konusu olduğunda daha fazla kaynak veya personel istemek yerine süreçlerde değer yaratmayan faaliyetleri yani israfları azaltmak gerekmektedir. İsfrafların ortadan kaldırılması maliyetlerin düşürülmesine, çalışan ve hasta memnuniyetinin artmasına, personel sayısını artırmadan ve mevcut personeli sıkıştırmadan daha fazla iş yapılmasına olanak tanır.

Literatüre bakıldığında ilk çalışmalarda yedi israf türünden bahsedilirken son çalışmalar israf türlerinin sekiz olduğunu göstermektedir. Her ne kadar bu israf türleri bazen harfi harfine aynı bazen de değiştirilerek kullanılsa da tek bir terminoloji oluşturmak açısından her yerde aynı kullanılması daha iyi olacaktır. Bu israflar sadece sağlık hizmetlerine özgü değil tüm endüstrilerde yaygındır. Aşağıda israf türleri özet olarak belirtilmiştir.

a. İhtiyaçtan Fazla Üretim: İhtiyaçtan fazla üretim müşterinin veya hastanın alması gereken hizmetten daha fazla hizmet vermek veya alması gerekenden daha erken hizmet vermek anlamına gelmektedir. Aşırı bir şeyler üretmek, bir sonraki sürecin ihtiyaç duyduğu ürünü/hizmeti daha erken veya daha hızlı ortaya koymak vb. Yeni bir araca ihtiyaç duyduğunuzda gittiğiniz bir bayide gördüğünüz tüm arabalar aslında bir ihtiyaç fazlası üretimdir. Bu israflar hastanelerde genellikle toplu işlemlerin yapıldığı testler, evrak işleri veya taleplerde ortaya çıkmaktadır. Müşteriler için gereksiz teşhis prosedürleri uygulamak örnek verilebilir. Eczaneye bazı ilaçların erken teslim edilmesi ve neticesinde iade edilmesi ihtiyaçtan fazla üretime girmektedir.

b. Fazla Envanter/Stok: Sağlık kurumlarında aşırı stok israfı, ihtiyaçtan fazla donanım temini önemli bir israf kaynağıdır. Bu durum bir üründen fazla üretmek veya talep edilen ürünü ihtiyaç duyulandan daha erken üretmek olarak tanımlanmaktadır. Bu israf türü; aşırı stok, kötü malzeme akışı, fazla üretim ve kötü bilgi akışı gibi sonuçlara neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde envanter veya sarf malzemeleri taşımak büyük maliyetler oluşturmaktadır. Envanterleri elde tutmanın

maliyetleri zaman içinde pek anlayışlamamıştır. Örneğin; depo düzenlenmesi sırasında bir birimin fazla stok bulundurduğu, eskimiş veya yanlış stokların bulunduğu anlaşılabilir. Bilinmelidir ki bu stoklar içinde para harcanmıştır. Sağlık sisteminin yalın yönetim felsefesinden öğrenebileceği en önemli hususlardan biri de budur. Sadece fiyatları değil toplam maliyet düşünüldüğünde daha küçük ve daha sık yapılan teminlerin, hacmi büyük siparişlerden daha cazip olduğu bilinmelidir. Tarihi geçmiş ilaçlar, imha edilmesi gereken son kullanım tarihi geçmiş sarf malzemeler örnek verilebilir. Stokların fazla bulunması yer ve nakit israfına yol açarken biten stoklar da maliyet ve acil sevkiyat israflarına yol açabilmektedir. Burada önemli olan optimum stok seviyesini belirleyebilmektir.

c. Gereksiz İnsan Hareketi: Bir hastane ortamında yürümek her ne kadar işin bir parçası olarak düşünülse de çoğunlukla gereksizdir. Hareket israfı hakkında düşünmenin en kolay yolu yürümek veya vücut hareketleridir. Çalışma koşullarının yanlış tasarlanmasından veya personellerin daha fazla hareket etmesine neden olan mimari yetersizliklerden kaynaklı olarak oldukça fazla yürüme/hareket etme israfı doğabilir. Kötü yerleşim planından kaynaklı her gün kilometrelerce yürüyen laboratuvar çalışanları bunun örneği olarak verilebilir. Amaç durağan çalışanlara sahip olmak değil gereksiz hareket edilen süreçlere sahip olmamaktır.

d. Gereksiz Malzeme Hareketi: Ürünün sistem içinde aşırı hareketini ifade eder. Üretim sektöründe parçaların hareketi anlamına gelen bu kavram sağlık sektöründe hastaların, testlerin, tıbbi sarf ve malzemelerin ve bilgilerin birimler arası ulaşımında taşıma israfı

oluşturması anlamına gelmektedir. Kateter laboratuvarlarının acil servisten çok uzak bir alanda yer alması örnek verilebilir. Gereksiz malzeme hareketi israfı bir hastanenin veya birimin tasarım ve inşaat aşamasında dikkate alınabilir.

e. Gereğinden Fazla İşlem: Özellikle müşterinin bakış açısından baktığımızda bu konu daha fazla gerçekleşmektedir. Basit gereksiz işlem örneği olarak hastaların birden fazla formu anlamaya çalışması, formların üstündeki zaman/ tarih damgaları gibi müşteri veya hasta için değer katmayan faaliyetlerin süreçlerde yer alması söylenebilir.

f. Hatalar: Sağlık kurumlarında hata olarak tanımlanan israflar, genel olarak işlerin ilk seferde doğru yapılmaması neticesinde ortaya çıkan sorunlar olarak tanımlanmaktadır. Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü) ilaç kaynaklı önlenemez sakatlık vakası oranının her yıl yaklaşık olarak 400.000 civarında olduğunu tahmin etmektedir. Bir hastane ortamında kusurlar, düzeltmeler, ayarlamalar, yanlış veya eksik birçok bilgi, süreçlerde sorunlar oluşturabilir ve ölüme yol açabilir. Örneğin, yanlış uygulanmış, okunaklı olmayan veya yanlış yerleştirilmiş kan tüpündeki bir etiket, verileri işleme sırasında hatalara veya gecikmelere sebep olabilir. Aynı zamanda malzeme arabalarının eksik olması, hastaya yanlış ilaç ya da yanlış doz verilmesi sağlık sektöründen örnekler olarak söylenebilir. Yeni doğan ünitesinde çalışan bir hemşirenin hastaya ilaç verirken yetişkin ilaçlarının burada olmayacağını varsayması ve doz kontrolü yapmadan işlem yapması hasta ölümlerine yol açabilir. Bu tip hatalarda sadece kişiye odaklanmak veya sadece süreçlerde yaşanan sorunlara odaklanmak tek başına yeterli değildir. Birey doz kontrolü yapmayarak bir politika ihlali

yapmış olabilir ama süreçlere bakılırsa eksik standardizasyon ve yaşanan iletişimsizliğin, hatalara götürdüğü görülebilir.

Hata sadece hasta veya çalışan için zarar oluşturması anlamına da gelmez. Bir hastadan alınan numunelerin sorunlu çıkması ve bunun iş tekrarına yol açması bir zaman israfı olarak değerlendirilir.

g. Bekleme: Herhangi bir şekilde beklemek bir israftır. Bekleme israfı herhangi bir şeyin yapılmadığı süre olarak tanımlanır. Hastanelerde acil serviste uygun yatağın bulunmasını, bir cihazın test işlemini bitirmesini, bir doktor veya hemşirenin gelmesini, ameliyat odalarında test sonuçlarının, bilgilerin ve onayların gelmesini bekleyen hastalar ve iş yükleri eşit dağıtılmadığı için bekleyen çalışanlar buna örnek verilebilir.

h. İnsan Potansiyeli: Personelin sahip olduğu bilgi, beceri ve eğitimlerinin yanlış alanlarda kullanılması veya değerlendirilmemesi ciddi bir israftır. Çalışanların süreçlere dahil edilmemesi, fikirlerinin dinlenilmemesi, kariyerlerinin desteklenmemesi gibi örnekler verilebilir. Yanlış kullanımlar ile genellikle hiyerarşik yapılanmalar, takım uyumsuzluğu gibi sorunlar ortaya çıkar ve çalışanlar yıpranarak gelişim önerileri sunmaktan vazgeçerler. İnsanlara saygı duymanın ve onlara değer vermenin bir diğer yolu kişileri sürekli iyileştirme çalışmalarına dahil etmektir.

Sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi ve sürekliliği sağlamak için kurumların etkili, verimli, hakkaniyetli ve insan odaklı olmak ve bunu kurum kültürü haline getirmek noktasında çabası gerekmektedir. Sağlıkta israf denildiğinde ilk akla gelen konular daha çok etkililik ve verimlilik konularıyla alakalıdır. Sağlık kurumlarında çalışanların,

hasta bakım ve tedavisi sürecinde iş akışına engel olan her şeyin yalın yönetim terminolojisinde israfa karşılık geldiği bilinmelidir.

2.6. Yalın Yönetim Felsefesinde Liderlerin Rolü

Hangi sektör de faaliyet gösterilirse gösterilsin, hangi kurumda çalışılırsa çalışılsın kuşkusuz yapılan dönüşümlerin başarısında ki en kritik başarı faktörü yöneticilerin desteğidir. Bugün yalın yönetim ile ilgili çalışmalar yalın yönetimin önündeki engellerden birinin üst yönetimin liderliği konusunda eksik kalması olarak tanımlamaktadır. Kurum yöneticilerinin yalın yönetim ile ilgili bakış açısı çoğu zaman ya eksik kalmakta ya da yanlış bir şekilde organize edilmektedir. Yalın yönetim kültürünü örgüt geneline yaymak köklü bir değişimi gerektirmektedir. Eğer kurum yöneticileri veya liderleri yalın yönetimin amacını, faydalarını, ne anlama geldiğini iyi kavrayamazsa uygulamalar aksayacak ve sürdürülebilirlik konusunda kararlı bir örgüt kültürü oluşmayacaktır.

Yalın uygulamaları hayata geçirmek için harcanan çabaların %80'ini, liderlerin zihniyetlerini, uygulamalarını ve davranışlarını değiştirmek üzere gösterilmektedir. Aslında bu durum yalın yönetimin başarısında liderlerin kritik rolünü ortaya koymaktadır. Yönetim kademesinin yalın yönetim çalışmalarına katılımı beraberinde uzun vadeli vizyonu, yalın taahhütleri, doğrudan katılımı ve çalışanların tüm süreçlerde kendini sorumlu hissettiği bir örgüt yapısı getirir. Kıdemli bir liderin yalın yönetimde oynadığı merkezi rol şöyledir:

- Yalın uygulamalar sürecinde ortaya çıkabilecek zorlukları öngörmek ve bunlara cevap veren yapı ve süreçleri geliştirmek,

- Söz konusu davranışsal dönüşümü destekleme ve sürdürme taahhütleri geliştirmek,
- Sonuç odaklı değil süreç odaklı bir örgüt kültürü oluşmasını sağlamak,
- Sürdürülebilir bir yalın kültürün gelişebileceği ortamı sağlamak.

Yalın yönetim çalışmaları güvenlik ve kalite konusunda ilerleme sağlayan, personel ve hasta memnuniyetini artıran, maliyetleri azaltan ve tüm bunlara ek olarak insana yönelik olumlu bakış açısıyla erdemli bir örgüt ortamı yaratabilir. Ancak yalın yönetim tek başına bunları yapmak için yeterli değildir. Bunu yapabilecek ve sürdürebilecek bir lidere ihtiyaç vardır. Liderlerin rolü üç tip yönetim seviyesinde incelenmektedir. Bunlar genel olarak alt, orta ve üst düzey yönetim kademesi olarak sınıflandırılmaktadır. Üst yönetim seviyesi CEO veya yönetim kurulu başkanlarından oluşur. Stratejik kararlar bu seviyede alınır. Yalın yönetimin bu seviye tarafından benimsenmesi süreçlerdeki engellerin çoğunu kaldırır. Üst yönetim proje sonrası süreçlere bağlı kalmalı, yapılan ölçümleri izlemeli ve işin yapıldığı alana mutlaka ziyaretlerde bulunmalıdır. Orta seviye yönetim kademesi direktörlerden oluşur. Bu kişiler üst yönetime karşı hesap verebilir bir yapıda olmalı, projelerin taahhütlerini yerine getirmeli, performans ölçümlerini yönetmeli, proje konusunda disiplinli bir bağlılık sergilemeli ve işin yapıldığı alana yürümeyi unutmamalıdır. Alt seviye yöneticiler ise birim yöneticileri ve supervisorlardan oluşur. Bu kişiler süreçlerin taktiksel bölümlerinde görev alır, çalışanlar ile daha çok iletişim halinde olurlar. Birimler arası ortaklık kurmalı, sürekli iyileştirmeyi sağlamalı ve problemlerin çözümünde kök neden analizi yapmayı

herkese öğretmelidirler. Her lider zamanlarının bir kısmını yalın yönetim çalışmalarına ayırmalı ve diğer yöneticiler için de bu fırsatları oluşturmalıdır. Yalın yönetimin sürdürülebilirliği önce üst yönetimin zihniyet ve davranışlarında, ondan sonra da kurumun her kademesinde bir değişim gerektirir. Üst yönetimin diğer liderlerin yalın yönetim yeteneklerinin geliştirilmesinde kişisel olarak yer alması gerekir. Onların kararlığı örgütün her seviyesinde değişim sürecine doğrudan katılımı sağlar.

Yalın yönetim felsefesi diğer yönetim uygulamaları ile karşılaştırıldığında hesap verilebilirlik konusunda açık bir örgüt yapısı oluşturması bakımından şaşırtıcı derecede farklıdır. Üst yönetim bunu uyguladığı zaman oluşan faydalar giderek artan bir yalın liderlik zihniyeti oluşturmaya başlayacaktır. Tüm bunların sonucunda bir yalın kültür oluşacak, herkes mükemmellik için çaba gösterecek ve tüm bu davranışlar herkesin işlerini yapma şekli olarak kurum vizyonu olacaktır.

Yalın yönetimi başarı ile uygulamış olan Virginia Mason ve ThedaCare gibi sağlık kuruluşlarının liderleri, yalın düşünmeyi kabul etmeye hazır ve istekli olan örgüt kültürünün önemini vurgulamaktadırlar. Yalın yönetim ilkelerinin kök salması için liderlerin kurum genelinde yalın kültür oluşturmaya çalışması gereklidir.

Yönetimler genelde yalın yönetimin uygulamalarında sahip oldukları rolü yanlış anlamaktadır. Yönetim, projeye görsel olarak bağlı olmalı ve yalın üretim etkinliklerine katılmalıdır. Liderlerin yalın yönetim sistemi üzerinde çalışırken yaptıkları hatalardan biri üst düzey

yöneticilerin yalın yönetimi bir yönetim sistemi olarak değil de bir üretim sistemi olarak görmesidir. Bu durum yalın yönetimin sadece belirli alanlarda uygulanmasına sebep olmaktadır. Bir diğer hata yöneticilerin çalışanlara israfı ortadan kaldırmalarını söylerken kendilerinin israfa neden olacak davranışlar sergilemesidir. Çalışanlar böyle durumlarda üst yönetimin yalın yönetime olan bağlılığını sorgulamakta ve motivasyonlarını kaybetmektedirler. Yöneticilerin yalın yönetimi tavsiye etmekle birlikte, bu kapsamda yapılan iyileştirme faaliyetlerine katılım göstermemeleri yapılan hatalardan bir diğeridir. Özellikle yöneticilerin yalın çalışmaların alt seviye çalışanların işi olduğuna dair bakış açısı, üst yönetimin bağlılığının sorgulanmasına neden olmaktadır. Kurum yönetimlerinin uzun dönemli istikrarı yalın yönetimin başarısında kritik bir faktördür. Yalın yönetimi hayata geçirmek isteyen kurumların düştükleri hatalardan biri de budur. Çünkü yönetim kademesinin sürekli değişiklik göstermesi yalın çalışmaların aksamasına bazen de sona ermesine neden olmaktadır. Bazı kurumlar yalın uygulamalar neticesinde işten çıkarmaları artırmakta ve çalışanları memnuniyetsizliğe itmektedir. Verimlilik artışı nedeniyle personelin işten çıkarılması, yalın yönetimin insana saygı ilkesi ile ters düşmektedir. Tüm yalın yönetim çalışmalarının kısa vadeli bir odak noktası değil uzun vadeli bir felsefeye dayanan bir dönüşüm olduğu unutulmamalıdır.

Yalın bir sistem oluşturulurken üç temel kavrama dikkat edilir. Bunlar; liderlerin problemleri anlamak ve farkına varmak adına; günlük çalışmalarına işi değerlendirerek başlamaları, ekip üyelerinin problemlere bilimsel bir yaklaşım ile yaklaşmaları ve liderlerin ekip

için ekiplerin ise lider için var olduğudur. Liderin rolü, ekiplerin plana bağlı kalmasını sağlamak ve çalışmalarını belgelemektir. Süreçlerdeki gerçek lider aslında işi yapan kişilerdir. Üst yönetim bu işi yapan kişileri desteklemelidir. Bunlar yapıldığı takdirde yangın söndürme bakış açısı yerini problemleri daha ortaya çıkmadan farkedebilme anlayışına bırakacak ve liderler daha büyük konular ile ilgilenmek adına cesaret kazanacaklardır. Problem çözme anlayışı oluşturmada temel amacımız, herkesin problem ortaya çıktığında onu çözmek adına bilimsel yöntemlerle çalışan birer problem çözücü olduğu kurum kültürü oluşturmaktır.

Sonuç olarak, kurumlara yalınlaşma kültürünü yerleştirmek büyük bir dönüşümdür ve her büyük dönüşümün başarıya ulaşmasındaki kritik faktör üst yönetimin desteğinin mevcudiyetidir. Üst yönetim yalın yönetim felsefesinin kuruma kazandıracığı fırsatları bilirse yalın felsefeyi uygulayan proje ekibinin arkasında kararlılıkla duracaktır. Üst yönetimin desteği sağlandıktan sonra yalın yönetim tekniklerini hayata geçirecek bir ekip kurulmalıdır.

2.7. Dünyada Sağlık Sektöründe/Hastanelerde Yalın Yönetim

Uygulama Örnekleri

Yalın sağlık hizmetleri çerçevesinde yapılan uygulamalara bakıldığında dünyada birçok örnek mevcuttur. Bunlar;

- a. Amerika'da faaliyet gösteren Virginia Mason Hastanesi, 2002 yılından itibaren yalın dönüşümü benimsemeye başlamış ve bütünleşik bir yaklaşım gerçekleştirerek iki yıl içinde, alan kullanımında %41, stok maliyetlerinde %53, verimlilikte %36,

malzeme taşınmasında %72 ve hazırlık süresinde %82 azalma sağlamıştır. 2008 yılında %3,6'lık bir kâr düzeyi ve 28 milyon ABD\$ kazanç elde eden Virginia Mason, tüm dünyada ekonomik krizin yaşandığı bir ortamda 2009 yılında kazancını 47 milyon ABD\$, işletme kârını ise %5,9'a çıkarmıştır. Yapılan yalın uygulamalar sonucu vantilatöre bağlı enfeksiyon gelişen hasta sayısı yıl içinde 35'den 4'e, kardiyak cerrahi ölüm oranlarının ise %4'den %0'a düşmesi, aslında sürekli bahsettiğimiz yalın yönetimin sadece maliyet düşürme uygulaması değil aynı zamanda hasta güvenliği ve sağlık hizmeti konusunda kalite artırıcı bir faaliyet olduğunu gözler önüne sermektedir.

- b. Yalın yönetimi kurum politikası haline getirip sistematik bir şekilde uygulayan bir diğer kurum Thedacare Tıp Merkezidir. Bu kurum 2004 yılında yapmış oldukları yalın dönüşüm uygulamaları neticesinde 3,3 milyon ABD\$ tasarruf etmiş, ortak bakım ünitesi oluşturarak hasta bakım maliyetlerini %30 azaltmış ve neticesinde hasta memnuniyetlerini de artırmıştır. Ortalama hasta yatış süresi 6,3 günden 4,9 güne indirilmiş, koroner bypass ameliyatı maliyeti %22 azaltılmış, ortopedi bölümünde ilk muayene ile ameliyat arasındaki 14 haftalık bekleme süresi 14 saate düşürülmüştür.
- c. Amerika'da faaliyet gösteren ve kardiyoloji/kalp damar cerrahisi branşlarında dünyanın en iyilerinden biri olarak lanse edilen Mayo Klinik, bu kliniklerde gerçekleştirilen altı aylık bir çalışmayla randevu sürelerini 33 günden üç güne, hastaların randevulara gelmeme oranlarını %30'dan %10'a, hekimlerin boş

geçen süre oranlarını %30'dan %8'e düşürmüştür. Bu verimlilik artışı neticesinde myokard infarktüsü şikâyeti ile gelen hastanın kapıdan girişinden EKG çekilmesine kadar geçen süreyi 18 dakikadan beş dakikaya, balon anjioplasti uygulanmasına kadar geçen zamanı 62 dakikadan 34 dakikaya indirilmesine vesile olmuştur.

- d. Iowa Üniversitesi Hastanesi Acil Servisinde gerçekleştirilen ve 2005 yılında yürütülen başka bir çalışmada 161 dakika olan acil serviste kalış süresi, 2006 yılında hasta başvurularının %9,1'lik artışına rağmen ortalama 148 dakikaya düşürülmüştür.
- e. Hollanda Kanser Enstitüsü – Antoni van Leeuwenhoek Hastanesinde yapılan yalın uygulama çalışması neticesinde Kemoterapi ünitesinde verilen tedavi sayısı %24, çalışan üretkenliği %12 artırılırken çalışanların fazla mesai yapma durumu %81 azaltılmıştır.
- f. Providence Health Care'in bir parçası olan St. Paul's Hastanesi'nde (İngiltere) yalın uygulamalardan önce patoloji raporlarının %7'sinden daha azı bir günde tamamlanırken, sadece yaklaşık %33'ü iki günde tamamlanıyordu. Buna ek olarak çalışan yetersizliğinden kaynaklı iş yükünden yakınılıyordu. Yapılan yalın iyileştirmeler neticesinde raporların %30'undan fazlası bir günde ve neredeyse %60'ını iki günde tamamlıyorlardı. Buna ek olarak laboratuvarların planı ve genel tasarımıdaki iyileştirmeler, süreçlerin yeniden gözden geçirilmesi ile çalışanların zaman ve hareket israfı azaltılmıştır.

- g. Nebraska'daki Alegent Health hastanesinde klinik laboratuvar sonuçlarının iş bitirme süresi herhangi bir personel veya alet eklenmeden %60 ve Ontario'daki Kingston Hastanesi'nde aletlerin temizlenmesi ve sterizasyon döngüsünün süresi %70 kısaltılmıştır.
- h. Pensilvanya'daki Allegheny Hastanesi'nde damar yolu açma kitiyle bağlantılı kan dolaşımı enfeksiyonları sonucunda oluşan hasta ölümleri %95 azaltılmıştır.
1. Wisconsin'deki ThedaCare sağlık kuruluşunda ortopedik ameliyatlarda hasta bekleme süreleri 14 haftadan 31 saate düşürülmüştür.
- i. Minnesota'daki Nicollet Sağlık Hizmetleri Hastanesi'nde 2004 yılında yalın yönetim hızlı iyileştirme çalışmaları harcamalarından yedi buçuk milyon dolar tasarruf sağlanarak bu tutarın hasta bakımına aktarılması sağlanmıştır.
- j. Avera Sağlık Kuruluşunun bir parçası olan Avera McKennan Hastanesi 400 yataklı bir sağlık kurumudur. 2004 yılında laboratuvar uygulamalarında başlatılan yalın projeler daha sonra hastanenin tüm birimlerinde öğretilmeye çalışılmıştır. Kurum yalın çalışmaları; Laboratuvar ve histoloji, eczane, acil servis, cerrahi hizmetler, vaka kartı düzenleme, bakım ve temizlik, davranış sağlığı, kadın merkezi, tıbbi cerrahi hemşirelik, klinik faaliyetler, iş ofisi ve sağlık enformasyonu yönetimi gibi süreçlerde uygulamıştır. Yaptığı bir açıklamada hastanedeki süreçlerin %30-40'ını israftan ibaret olduğunu söyleyen hastanenin bölgesel başkanı Fred Slunicka, liderlerin rolünün

önemli olduğunu ve çalışanların sorunların farkında olması gerektiğini belirtmiştir. Avera McKennan Hastanesi aşağıdaki süreçlerde yalın süreçler sayesinde iyileştirmeler sağlamıştır.

- Hastanın odadan çıkışı ile bir sonraki hastanın odaya gelişi arasında ki gecikmeler kısaltılmış ve böylece acil servis, ameliyat vb. yerlerde ortaya çıkacak gecikmelerin önüne geçilmiştir.
- Acil servis büyütme projesi yalın yönetim bakış açısıyla yeniden tasarlanmış ve 24 odalık planlama 20 odaya düşürülerek 1,25 milyon dolarlık yatırım tasarrufu sağlanmıştır.
- Hasta ziyareti süreleri % 34 azaltılmış ve hasta tedavi süreleri 20 dakikadan 15 dakikaya indirilerek fazladan dört hastaya daha bakılmıştır.

Avera McKennan Hastanesi yalın iyileştirmeler neticesinde ortaya çıkacak maliyet ve iş yükü tasarruflarının kimsenin işten çıkmasına sebep olmayacağını ve değişimi desteklemeleri karşılığında personelin kariyerini koruyacaklarının sözünü vermiştir. Bu durum personelin bu çalışmalar karşısında ki ön yargısını yıkmış, çalışanlar süreçlere dahil olmuş, önerilerde bulunmuş ve çalışan destek birimi yöneticisi işe alınmıştır. Başkan Slunicka yapmış olduğu açıklamada, hastanelerin profesyonel sağlık çalışanı sıkıntısının olmadığını, yetkin yönetici sıkıntısının olduğunu söylemiş ve yalın değişim için liderlik tarzında ve yönetim tarzında olumlu bakış açısı yaratmanın gerekliliğini belirtmiştir.

2.8. Türkiye’de Sağlık Sektöründe/Hastanelerde Yalın Hastane Uygulama Örnekleri

Amerika Birleşik Devletleri’nde yaygın olarak uygulanan ve daha sonra Batı’nın da süreçlerinde ön planda tuttuğu yalın hizmet konusunda ülkemizde örnek uygulamalar oldukça sınırlıdır.

Uludağ Üniversitesi ve Özel Medicabil Hastaneleri’nde Yalın Enstitü danışmanlığında yapılan yalın yönetim uygulamaları vardır. 2015 yılında ise Bolu İli Kamu Hastaneler Birliği’ne bağlı bazı kamu hastanelerinde de bu uygulamalar başlatılmıştır. Uludağ Üniversitesi’nde yapılan çalışmada kurumun tüm üst yönetim kadrosu proje araştırmacısı olarak dönüşümün içinde yer almış ve Ön Planlama ve Eğitim, Pilot Uygulama, Yayılım Fazı olarak üç aşamalı bir proje gerçekleştirilmiştir. Herkesin eğitim aldığı çalışma çerçevesinde üç pilot çalışma alanı belirlenerek buralarda yalın dönüşüm uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Bu uygulamalarla şu sonuçlar elde edilmiştir:

- a. Poliklinik Süreci Değer Akış Haritası Oluşturulması ve Süreç Akışı İyileştirme Projesi: Yapılan yalın uygulamalar neticesinde, hasta bekleme süresi %46 azalmış, hekim başı günlük muayene edilen hasta sayısı %34 artmış, hasta memnuniyeti %7, çalışan memnuniyeti ise %9 artmıştır.
- b. Eczane Hizmeti Süreci İyileştirme Projesi: Yapılan iyileştirmeler sonucunda günün ilk toplu değerlendirmelerinde iyileştirme öncesi saat 14.00’a kadar süren ilaç hazırlama süresi saat 11.00’a çekilmiş; teknisyenlerin ilaç hazırlama süresi ortalama 32 dk/klinik’den 26 dk/klinik’e düşürülmüş, emekli olan bir eczacı

ve beş teknisyenin yerine eleman alınmamış ve çalışan memnuniyeti %6 artmıştır.

- c. Faturalarda SGK kesinti oranının düşürülmesi projesi: Yalın uygulamalar neticesinde hastaların epikrizlerinin yazılma süresi 21 günden 2 güne indirilmiş, 31 günde kesilen hasta faturaları 16 güne düşürülmüş, Medula uygunluk kontrolünde saptanan %27'lik hata oranı %6'ya düşürülmüş ve daha sonra bu alanda kullanılan dört personel başka çalışma alanlarına kaydırılarak fatura edilen evrak sayısı aylık 278'den 303'e, evrak tutarları 875 bin TL'den 1031 bin TL'ye çıkartılarak aylık %17,5'luk bir artış gerçekleştirilmiştir.

Projenin yayılım aşamasında, kurum içi yalın yönetim eğitim ekibi oluşturulmuş ve 157 kişilik tüm seviye yöneticilere yalın yönetim eğitimi verilmiş, anabilim dalı başkanlarının katıldığı bilgilendirme toplantıları düzenlenmiş, kalite koordinatörlüğü ve yalın yönetim ofisi birleştirilmiş, kaizen öneri sistemi oluşturulmuş ve kalite yönetim sistemine entegre edilmiştir. Projenin son aşaması olan Günlük Yalın Yönetim Sistemi ise hastane yönetiminin ve üniversite yönetiminin değişmesi sonucu hayata geçirilememiştir.

Bursa Özel Medicabil Hastanesi'nde gerçekleştirilen yalın çalışmalarda, hazırlanan ameliyat alet ve malzemeleri %33 azaltılmış, iade edilen alet ve malzemeler %52 azaltılmış yapılan ameliyat sayısı %6 artırılmıştır.

Bolu İzzet Baysal Rehabilitasyon Merkezinde yapılan bir diğer çalışmada ilk kez rehabilitasyon alan hastaların sayısı yalın

dönüşümden sonra %46'lık bir artış yaşamıştır. Toplam rehabilitasyon süresinde de dokuz saat 24 dakikalık bir tasarruf sağlanmıştır.

Uygulamaların sayısı az olmasına rağmen son yıllarda özellikle akademik anlamda artan kongrelerin faydaları söz konusu olmuş, kurumların yalın yönetime yönelik bakış açısı gelişme göstermiştir. Sağlık alanında yapılan yalın uygulama örneklerine bakıldığında verilen eğitimlerin, akademik çalışmaların günden güne artış gösterdiği görülmektedir.

KAYNAKLAR

- Aherne, J. (2007). "Think Lean". *Nursing Management*, 13(10), 13-15.
- Alukal, G. (2003). "Create a Lean, Mean Machine". *Quality Progress*, 36 (4), 29-34.
- Atsan, N. (1998). *Yalın Yönetim Yaklaşımı ve Türkiye'deki Uygulamalara İlişkin Bir Alan Araştırması*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Aytaç, Z. (2009). *Hastanelerde Yalın Yönetim Sistemleri*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Barnas, K. ve Adams, E. (2016). *Sağlık Sektörü İçin Yalın Yönetim Sistemi*. (Çev. Mustafa Ayberk Kurt, Ayşe Soydan). İstanbul: Optimist Yayınları. (Eserin orijinali 2014'de yayımlandı), 12-100.
- Brandao De Souza, L. (2009). "Trends and Approaches in Lean Healthcare". *Leadership in Health Services*, 22(2), 121-139.
- Charron, R., Harrington H. J., Voehl, F. and Wiggin, H. (2015). *The Lean Management Systems Handbook*. (1. Edition). Boca Raton: CRC Press Taylor & Francis Group A Productivity Press Book, 1.
- D'Andreamatteo, A., Lanni, L. and Sargiacomo, M. (2015) "Lean in Healthcare: A Comprehensive Review". *Health Policy*, 119(9), 1197-1209.
- Derin, N. (2008). *Çalışan Algılamalarına Göre, Yalın Yönetimin İç İmaja Etkisi: Türkiye'deki Özel Hastanelerde Bir Araştırma*.

- Yayımlanmamış Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Emiliani, M. L. (2006). “Origins of Lean Management in America”. *Journal of Management History*, 12 (2), 167-184.
- Emiliani, M.L. and Stec, D.J. (2005). “Leaders Lost in Transformation”. *Leadership & Organization Development Journal*, 26(5), 370-387.
- Erol, S. (2012). “Yalın Yaklaşım ve Yalın Üretim”. *Kalkınmada Anahtar Verimlilik Dergisi*, 278 (24), 18-23.
- George, M. J. (2003). *Lean Six Sigma for Service: How to Use Lean Speed and Six Sigma Quality to Improve Services and Transactions*. New York: McGraw-Hill, 57-65.
- Graban, M. (2011). *Yalın Hastane*. (Çev. Pınar Şengözer). İstanbul: Optimist Yayınları.
(Eserin orijinali 2011’de yayımlandı), 29-299.
- Güleriyüz, D. (2012). *Yalın Yönetim Sistemlerinin Hastanelere Uygulanabilirliği ve Bir Hastane Uygulaması*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Gürer, S., (2017). *Türk Sağlık Hizmetlerinde Yalın Yönetim İncelemesi: Karadeniz Bölgesi’nde Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kaltenbrunner, M., Bengtsson, L., Mathiassen, S. E. ve Engström, M. (2017) “A Questionnaire Measuring Staff Perceptions of Lean Adoption in Healthcare: Development and Psychometric Testing”. *BMC Health Services Research*, 17(235), 1-11.

- Kurt, A. (2017). *Yalın Sağlık Hizmeti*. Web: <https://lean.org.tr/yalin-saglik-hizmeti/> adresinden 17.05.2018 tarihinde alınmıştır.
- Liker, J.K. (2004). *Toyota Way*. New York: McGraw-Hill, 104-105.
- Mann, D. (2009). “The Missing Link: Lean Leadership”. *Frontiers of Health Service Management*, 26(1), 15-26.
- Manos, A., Saattler, M. ve Alukal, G. (2006) “Make Healthcare Lean”. *Quality Progress*, 39(7), 24-37.
- Massey, L. and Williams, S. (2006). “Implementing Change: The Perspective of NHS Change Agents”. *Leadership & Organization Development Journal*, 27(8), 667-681.
- Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H. and Thor, J. (2010). “Lean Thinking in Healthcare: A Realist Review of the Literature”. *Quality and Safety in Health Care*, 19(5), 376-382.
- Miller, D. (2005). “Going Lean in Health Care”. *Institute for Health Care Improvement*, White Paper – 7, 1-20.
- Ohno, T. (1998). *Toyota Ruhü*. (Çev. Canan Feyyat). İstanbul: Scala Yayıncılık. (Eserin orijinali 1996’da yayımlandı), 15-130.
- Poksinska, B. (2010). “The Current State of Lean Implementation in Health Care: Literature Review”. *Quality Management in Health Care*, 19(4), 319-329.
- Solak, A. (2015). *Antalya’da Özel Bir Hastanede Yalın Hastane Uygulamasının İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Spear, S. J. (2005). “Fixing Healthcare from the Inside, Today”. *Harvard Business Review*, 83(9), 78-91.

- T.C. Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı. (2012). “Yalın Düşüncenin Gelişimi”. *Kalkınmada Anahtar Verimlilik Dergisi*, 278 (24), 6-17.
- Türkan, Ö. U. (2010). “Üretimde Yalın Dönüşümün Temel Performans Kriterleri”. *Bahçeşehir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 12 (2), 28-41.
- Yalın Enstitü Derneği. (2018a). *Yalın Düşünce Nedir?*. Web: <https://lean.org.tr/yalin-dusunce-nedir/> 6 Şubat 2018 tarihinde alınmıştır.
- Yalın Enstitü Derneği. (2018b). *Neden Yalın Düşünce*. Web: <https://lean.org.tr/neden-yalin-dusunce/> 13 Şubat 2018 tarihinde alınmıştır.
- Yalın Enstitü Derneği. (2013, 02-03 Aralık). *Geleneksel Şirketler ve Yalın Şirketler*. Yalın Zirve Kongresi’nde sunuldu, Bursa.
- Yalın Enstitü Derneği. (2015). *Süreç Analizi ve İyileştirme Teknikleri Eğitimi/Amerikan Hastanesi*, İstanbul.
- Yıldız, D. ve Yalman, A. (2015). “Sağlık İşletmelerinde Yalın Uygulamalar Üzerine Genel Bir Literatür Taraması”. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1 (1), 5-20.
- Yılmaz, M., Alıcı, H. ve Karaman, M. (2017). “Sağlık Kurumlarında İsraf Giderme Yöntemleriyle Yalın Düşünce”. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 5 (2), 60-78.
- Yüksel, H. (2012). *Yalın Sağlık*. Ankara: Nobel Yayıncılık, 51-67.
- Westwood, N., James-Moore, M. and Cooke, M. (2006) “Going Lean in the NHS”. *NHS Institute for Innovation and Improvement*,

<https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/Going-Lean-in-the-NHS.pdf>
adresinden 09.05.2018 tarihinde alınmıştır.

Wilson, L. (2010). *How To Implement Lean Manufacturing*. (1. Edition). New York: McGraw-Hill Companies, 9-10, 59.

Womack, J. P. and Jones, D. T. (2007). *Yalın Düşünce*. (Çev. Oygur Yamak). İstanbul: Optimist Yayınları. (Eserin orijinali 2003'de yayımlandı), 15-122.

Worley, M.J. and Doolen, L.T. (2006). "The Role of Communication and Management Support in a Lean Manufacturing Implementation". *Management Decision*, 44(2), 228-245.

<https://lean.org.tr/yalin-insan/>Erişim Tarihi: 09.05.2018

<https://lean.org.tr/neden-yalin-hastaneler-kurmaliyiz-2/>Erişim Tarihi: 09.05.2018

BÖLÜM 9:
SAĞLIKTA GİYİLEBİLİR TEKNOLOJİ UYGULAMALARI ve
KULLANIM NİYETİ

Dr. Rana ÖZYURT KAPTANOĞLU

GİRİŞ

Teknolojinin her alanda hızla ilerlemesi günümüzü oldukça kolaylaştırmıştır. Özellikle sağlık alanında kullanılan veri eldivenleri, elektronik gözlükler, mobil hasta takip cihaz ve yazılımları gibi pek çok ürün hastalıkların tedavisinde oldukça önemli bir rol oynar hale gelmiştir. Çalışmada özellikle sağlık alanında yaygın şekilde kullanılmaya başlanmış giyilebilir teknoloji örneklerine yer verilmiştir.

Faydası saymakla bitirilemeyecek olan bu teknolojik gelişim beraberinde yeni tehditleri de getirmektedir. Çalışmada giyilebilir teknoloji uygulama örneklerine, sağlık sektöründeki önemli gelişmelere ve spesifik sağlık uygulamalarının ne kadar bilinir olduğuna yer verilmiştir.

Anahtar kelimeler: Giyilebilir Teknoloji, Sağlıkta Giyilebilir Teknoloji.

Giyilebilir Teknoloji

“*Giyilebilir Cihaz*”, “*Giyilebilir Teknoloji*” ya da “*Giyilebilirler*” olarak adlandırılan teknoloji ile günümüzde yer almış terimlerin hepsi vücuda rahat şekilde giyilebilen kıyafet ve aksesuarları içeren elektronik veya bilgisayar teknolojilerinin tamamıdır (Sağbaş vd., 2016). Terhani ve Michael (2016) giyilebilir teknolojiyi vücuda doğrudan giyilebilen veya takılabilen mobil teknoloji grubu ile paralel zamanlı çalışan ve bu sayede birey için istenen veri aktarımını sağlayabilen elektronik ürünlerin hepsi olarak tanımlamışlardır. Son günlerde elektronik ürünlerin başında sıklıkla

duyduğumuz “akıllı” sözcüğü giyilebilir teknoloji ile birleştirilmiş bir tanımda buluşmuştur. “Akıllı Giyilebilir Sistemler” olarak da adlandırılan teknolojinin gelişmiş yüzü mikro ve nano ölçekte teknoloji yardımıyla gerekli takibi ev ortamında takılabilecek/giyilebilecek küçük ebatlı sayesinde gerçekleştirilmesi olarak tanımlanabilmektedir (Chan vd., 2012).

İnsanlar giyilebilir teknolojiye taşınabilir teknolojiden daha fazla ilgi duymaktadır. Çünkü bu cihazları çalışma sisteminde algılayıcı verileri diz üstü bilgisayarlardan daha farklıdır (Tehrani ve Andrew, 2014).

Giyilebilir teknolojinin yakın tarihine en bilindik örnekler; 1980’lerde kol saatlerinde yeni bir fonksiyon olarak eklenen hesap makinesi, 1990’larda notebooklar sayılabilecek olsa da bilinen spesifik ilk örneklerinden biri Google’ın ürettiği giyilebilir gözlüktür denebilir (www.visualcapitalist.com).

Günümüz teknolojisi bilgisayar kullanımını dahi aza indirgemiş ve bireyler bilgisayar ile yaptıkları pek çok işlemi cep telefonu ile yapar hale gelmişlerdir. Bu sayede normal yaşamda kullanılan cihazlar daha fazla ihtiyaca cevap vermeye başlamışlardır (www.webrazzi.com). Süreç hızlıca bilgisayardan tablete oradan cep telefonuna ve günümüzde giyilebilen teknolojiye kadar gelişmiştir.

Sağlıkta Giyilebilir Teknoloji

Sağlıkta giyilebilir teknoloji eğlence sektöründen daha ergonomik ve faydalı olduğu düşünülerek olsa gerek hem pazarda hem de akademik camiada hızla araştırılan konular arasına

girmektedir. PwC şirketinin Amerika'da da yapmış olduğu bir araştırma göre araştırmaya katılanların %56'sı on sene içerisinde akıllı giyilebilir cihazlar sayesinde ölüm oranlarının azalacağını ve daha uzun süre yaşama ortalaması olduğunu düşünmektedir (Banes, 2014). Bu nedenle giyilebilir teknolojide en önemli rolü birey aktivitelerini takip edebilen ya da düşme durumunun tespitine yarayan sağlık ele almıştır. Özellikle batıda yaşlı nüfusundaki hızlı artış, sağlık hizmeti veren özellikle hekimlerin hasta takiplerini hastane dışından da yapma isteği (Bonato, 2013: 19) evde bakım faaliyetlerinin artması (Petlant, 2005:55-57) ve benzeri pek çok ihtiyaca yönelik olarak sağlıkta giyilebilen teknoloji hızlı şekilde gelişmektedir.

Sağlıkta giyilebilir teknolojiler literatürde farklı alt başlıklarda incelenmiştir. Alt başlıklardan biri, hastayı izleyen, teşhis koyan ve tedaviye yönelik olan giyilebilir teknolojilerdir. Hasta sayısındaki artış, hastane cihazlarının pahalı olması ayrıca çoğunun taşınabilir olmaması ve iletişim sıkıntıları nedeni ile hastalıklara zamanında teşhis konması konusunda sıkıntı yaşanmaktadır. Günümüzde hem nabız, tansiyon vb. ölçümleri gerçekleştiren -klinik- hem de yürüme koşma gibi -davranışsal- izlemeyi sağlayan giyilebilir teknoloji uygulamaları mevcuttur (Lewy, 2015:3). Çalışmada üzerinde daha detaylı durulacak olan uygulamalara, ilaç hatırlatma sistemleri, diyabet hastaları için belli zaman aralıklarda insülin enjekte eden sistemler (Bergenstal vd., 2010: 313-316), biyokimyasal algılayıcılar (Petlant, 2005: 60), motor hareket takibi (Satel vd., 2009: 865), Alzheimer hastaları için hatırlatıcı gözlük (Wiederhold, 2013: 158) gibi pek çok uygulama tüketicilere kolaylık sağlamak amacı ile

sunulmuştur. Sağlıkta giyilebilir teknolojinin diğer alt başlıklarından biri ise birinci nesil (takılabilen bileşen ve sensörler), ikinci nesil (gömülü bileşenler) ve üçüncü nesildir (tam entegre akıllı tekstiller) (Kramme vd., 2011).

Sağlıkta Giyilebilir Teknoloji Örnekleri

Algılayıcı teknolojiler Mikro Elektro Mekanik Sistemler sayesinde vücuttan farklı bölgelere yönelik bilgi toplamaya başlamıştır (Bonato, 2010). Kalp hareketlerini takip edebilen (Hunk vd., 2004), kalp ritmini ve oksijen seviyesini ölçebilen (Wang vd., 2007;) sistemler geliştirilmiştir. Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada ise kalp kasındaki hareketler sonucu oluşan elektrikselsel biyopotansiyeller elektrotlar ile ölçülmüş ayrıca ölçüm mikrodenetleme sistemi ile sanal ortama aktarılmıştır (Demir vd., 2010) Günümüzde atılan adım, yol kat edilen mesafe vb. bilgileri kolayca ölçebilen mobil telefon ya da akıllı saatler, sağlığa yönelik ölçümlerin daha fazlasını yapabilecek konuma geleceklerdir.

2000 yılında geliştirilen bir yüzük ile hastaların sağlık durumlarını her an gözlemek mümkün olmuştur (Yang ve Rhee, 2013). Massachusetts de geliştirilen bir sistemde bir ara yüz kullanılarak karbondioksit, kan şekeri, oksijen takibinin yanı sıra EEG ölçümleri yapılabilir durumdadır. Ayrıca sistem Parkinson hastalarının takibinde de kullanılmaktadır (Petlant, 2005; Patel vd., 2009). Fotodiyot ve çoklu LED lambalar kullanılarak geliştirilen ve kulak memesine takılan bir aparatla uygulanan sistem sayesinde parmaktan

alınan ölçümlerden yüzde on daha hassas ölçüm alınabilmektedir (Wang vd., 2007).

Şeker hastalarına yönelik diğer bir çalışma Bozkurt ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Yazarlar hastalar için enjekte edilmesi gereken insülin miktarını ayarlayan bir sistem geliştirmişlerdir (Bozkurt vd., 2015). Doktor hasta iletişimini güçlendirme amaçlı Avustralya da yapılan uygulamada ani atak durumlarında doktor ile hasta iletişimini güçlendirmek aynı zamanda doktorların kullandığı terminolojik tıp dilini hastaların daha anlayabilir hale getirme amaçlı yapılmış mobil uygulamadır (Chan,ve Parameswaran, 2008) “Intelligent Health Monitoring System” giyilebilir kablosuz vücut uygulaması ile hastadan toplanan veriler hastanın kendi mobil cihazı üzerinden geri bildirimine yönelik alınmaktadır. Hastalar ne zaman isterlerse mobil cihazları üzerinden verileri girerek işlemlerini yaptırabilmektedirler (Shahriyar vd., 2010).

2011; Geliştirilen bir eldiven ile Romatoid Artrit hastalarının hem teşhisi hem de tedavi için uygulanması gereken egzersizlerin takibi yapılabilmektedir (Collony vd., 2011). Engellilere yönelik geliştirilen Microsoft Kinect algılayıcısı ile insan vücut takibi yapılması ve belirli komutlar verilmesi ile evdeki lamba açıp kapama veya perdelerin açılıp kapanması gibi işlemler rahatlıkla yapılabilir duruma gelmiştir (Yalçınkaya ve Yılmaz, 2011).

2014; Ülkemizde yapılan bir çalışmada kablosuz haberleşme teknolojisi ile vücut sıcaklığı ve kalp ritmi ölçümleri uzaka başka bir bilgisayara gönderilebilmektedir (Duru ve Ertaş, 2014). 2015; Kaliforniya da üretilen bir sistemle elektrokimyasal bir dövme

sayesinde hastanın ter analizi, laktat oranı ve elektrolit dengesi ölçülebilmektedir (<http://www.biolinq.me>).

Bebekler için üretilen giyilebilir akıllı cihaz anneler için bebeklerin her an takibini kolaylaştırmıştır (Owlet Baby, Monitor, <http://www.amazon.com>) Kullananların sol arka bileklerine bacaklarına ve göğüslerine yerleştirebildikleri üç ayrı giyilebilir ivmeölçer bireyin fiziksel eylemini tahmin etmeye yaramıştır. Fitbit tarafından geliştirilen bileklik hastaların yaktıkları kaloriyi, seyahat edilen yolu ve yorgunluğu tespit etmeye yaramıştır.

(<https://www.fitbit.com>).

Sensoria firmasının geliştirdiği akıllı çorap ile adım sayısı, hız ve kalori gibi bilgilerin toplanarak işlenmesi mümkün olmuştur (<http://store.sensoriafitness.com>, Gear firması akıllı kemer geliştirmiştir (Bely, <http://www.wearbelty.com/>). Samsung firması bundan sonra akıllı saatleri üretmiştir (LG G Watch, <http://www.lg.com/global/gwatch/one/index.html#main>,). Peşinden 2015 senesinde Apple Firması akıllı saatini piyasaya sunmuştur (Apple Watch, <http://www.apple.com/tr/watch/>).

Arslan ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada havale riskli taşıyan bebeklerde vücut ısısını ve alt ıslaklığını ölçmeye yönelik bir uygulama geliştirmişlerdir. Uygulamanın android sisteme haber iletişimi de sağlanmıştır. Ayrıca ortam sıcaklığını da ölçen uygulamada 7/24 takip olanağı elde edilmiştir. Literatürde alt ıslatma ile ilgili uyarı veren benzer uygulamaların olduğu görülmektedir. Bu cihazlar alt ıslatma tedavisi için kullanılmaktadır ve ıslanma durumunda sesli uyarı vermektedirler (www.protez.com). Oğuz ve

arkadaşlarının çalışması bu tür çalışmalara örnek olarak verilebilir (Oğuz vd., 2014). Yazarlar çalışmalarında alt ısılatma durumunda haber veren bir sistem sayesinde tedavinin ilk aşaması olarak çocuk ve ebeveyn uyumunu sağlamayı amaçlamışlardır.

Eriş ve arkadaşları ise yaşlılara yönelik bir uygulama yapmışlardır. Yazarlar, yaşamsal faaliyetlerin en önemlileri sayılabilecek, nabız, vücut sıcaklığı ve saturasyon yüzdesini takip edebilecek bir uygulama geliştirmişlerdir (Eriş vd., 2010). Benzer şekilde EKG ve vücut ısısını ölçen ve GSM ve Bluetooth altyapısı ile verilerin korunmasını sağlayan başka bir uygulama Aslantaş ve Kurban tarafından yapılmıştır (Aslantaş ve Kurban, <http://www.emo.org.tr>). Yine vücut ısısını ve nabız değerini ölçen bir uygulama yapan Çetin ve arkadaşları sistemin aynı zamanda internet altyapısı ile online izlenme imkanı oluşturmuşlardır (Çetin vd., 2012).

Başka bir ısı ölçer giyilebilir teknoloji uygulaması çok riskli kalp ve beyin ameliyatlarında sürekli soğutmayı sağlayan başka bir icada yol açmıştır (Kapıdere vd., 2003). Ameliyat sonrası atılması için yapılan yürüyüşler esnasında hastaya ait değerlerin sağlık hizmeti veren grubun odasından izlenmesini sağlayan bir başka ameliyatlara yönelik sistemi ise Özparlak ve arkadaşları geliştirmişlerdir (Bayrak vd., <http://www.emo.org.tr>).

Giyilebilir teknolojinin tıbbi eğitim amaçlı kullanıldığı örnekler de mevcuttur. Goodwin ve arkadaşlarının (Goodwin vd., 2014) çalışmasında tıp öğrencilerine Google Glass gözlük eşliğinde distosi ve ters doğum gibi acil durumlar konusunda eğitim verilmiştir.

Eğitim sonrası yapılan ankette öğrenciler eğitim verilen durumlarda doğru müdahale edebileceklerine dair geri bildirim vermiştir. Benzer bir çalışmada yine Google Glass gözlük eşliğinde yeni stajyer öğrencilere acil durum eğitimi verilmiştir. Gzlkte yanlış teşhis ve hasta güvenliğine yönelik değişik senaryolar kullanılarak faydalı geri dönüşüm sağlayan eğitim verilmiştir (Vallurupalli vd., 2013).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Dikkatimizi oldukça çok çeken hızlı teknolojik gelişim bir yandan hayatımızı kolaylaştırırken bir yandan da yeni problemleri beraberinde getirmektedir. Siber saldırılar ağ bağlantıları üzerinden olabilecek saldırılar kısaca internet saldırıları ve zorbalığı bu problemlerin başında gelmektedir. Özellikle sağlık alanında kullanılan giyilebilir teknolojik ürünler üzerinden benzer bir saldırının ölümle sonuçlanabilme ihtimali yüksektir. Ayrıca verilerin kolay ulaşılabilecek şekilde bir yerde toplanması faydalı olduğu kadar hasta mahremiyeti açısından risklidir. Bu problemin aza indirilmesi gelen veri için hali hazırda kullanılan mobil ağ yerine veri aktarımına özel geliştirilmiş bir mobil ağ kullanılması gerekmektedir.

Kullanılan teknolojinin güvenlik tehditlerinin çok iyi şekilde irdelenip olası tüm durumlara karşı önlem alınması gerekmektedir. Ayrıca genelde veriler mobil olarak aktarılmaktadır ve günümüzde üretilen verinin verimli şekilde işleyecek entegre donanım sıkıntısı mevcuttur.

Dışarıdan gelecek saldırılara tüm önlemlerin alındığı varsayılsa dahi hasta için bir tek hekimi bile olsa sürekli izlenme durumu söz konusudur. Bu durumda hastanın sürekli izlendiğini bilmesi ya da bilmemesi durumunun hasta tarafından nasıl algılanabileceği ve psikolojisini ne derecede etkileyebileceği konusu yeni bir problem olarak araştırma konusu olabilir niteliktedir.

Giyilebilir kullanımı arttıkça toplanan veri büyüklüğü de artacaktır. Veri büyüklüğü arttıkça da bu veriyi korumak paralelinde artacaktır. Ayrıca toplanan veri ham veridir ve sağlık personeli

tarafından düzgün şekilde izlenip yorumlanabilmesi gerekmektedir. Bunun için gerekli entegre sistem yetersiz olabilmektedir. Aynı zamanda kullanılan otomasyon sistemleri ile uyumlu şekilde çalışması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Arslan, K., Böbrek, A., & Kırbaş, İ. (2016). Bebekler Ve Yatan Hastalar İçin Alt Değişimi ve Yüksek Ateş Takibi Mobil Uygulama Örneği Geliştirme. Akademik Bilişim.
- Aslantaş, V., Kurban, R., “Cep Bilgisayarı (PDA) Tabanlı Taşınabilir Kablosuz Elektrokardiyogram İzleme ve Alarm Sistemi.”, http://www.emo.org.tr/ekler/12a6a7477077af6_ek.pdf, (31.10.2015)
- Bayrak, T., Bahçeci, S., Özparlak, L., Koçak, O., Koçoğlu, A., “Ameliyat Sonrası Hasta Üzerinden Alınan Biyoelektrik Sinyallerin Radyo Frekans (RF) Haberleşme Sistemi ile Taşınması için Sistem Tasarımı.”, http://www.emo.org.tr/ekler/7dd20524d434fc4_ek.pdf, (31.10.2015)
- Bonato, P. “Advances in wearable technology and its medical applications,” in Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC), 2010 Annual International Conference of the IEEE, 2010, pp. 2021–2024. [
- Bonato, P. “Wearable sensors/systems and their impact on biomedical engineering,” Engineering in Medicine and Biology Magazine, IEEE, vol. 22, no. 3, pp. 18–20, May 2003.
- Bozkurt, H., Kahraman, B., & Keskin, A. Ü. Mikrodenetleyici Kontrollü İnsülin Pompası Tasarımı ve Gerçekleştirilmesi Design and Realization of a Microcontroller based Insulin Pump. <http://bme.yeditepe.edu.tr/Faculty/AUK/LS5.pdf>
- Chan, V., Ray, P., Parameswaran N., "Mobile e-Health monitoring: an agent-based approach", The Institution of Engineering and

- Technology University of New South Wales, Sydney, Australia, 224 (2008).
- Chan, M., Esteve, D., Fourniols, J. Y., Escriba, C., Campo, E., Smart Wearable Systems: Current Status and Future Challenges, *Artificial Intelligence in Medicine*, 56(3), 137-156., 2012.
- Çetin, G. D., Bayılmış, C., Kaçar, S., Kırbaç, İ., “Çevrimiçi Sağlık İzleme Sistemi Uygulaması”, *Signal Processing and Communications Applications Conference (SIU)*, 2012
- Demir, B. E., Yorulmaz, F., Guler, I., “Microcontroller controlled ECG simulator.”, *Biomedical Engineering Meeting (BIYOMUT)*, 1-4 (2010).
- Duru A. and G. Ertas, “Wireless monitoring of body temperature and heart beat rate at home healthcare based on zigbee technology,” in *TIPTEKNO*, 2014, pp. 117– 119.
- Eriş, Ö., Korkmaz, H., Toker, K., Buldu, A., “İnternet Üzerinden Hasta Takibi Amaçlı PIC Mikrodenetleyici Tabanlı Kablosuz PalsOksimetre Ölçme Sistemi Tasarımı ve LabVIEW Uygulaması.”, *VII. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi Bildirileri*, 14-17 (2010).
- Giyilebilir teknolojilerin yakın geleceği, <http://webrazzi.com/2012/11/01/giyilebilirteknolojilerin-yakin-gelecegi> (E.T. 10.09.2019).
- Goodwin, J., R. A. Elkattah, and M. Olsen, “Wearable technology in obstetrical emergency simulation: A pilot study,” *International Journal of Health Sciences Education*, vol. 2, no. 2, p. 3, 2014.

- Kapıdere, M., Ahıska, R., Güle, İ., “Dört Sıcaklık Algılayıcı ve Mikrodenetleyicili Termohipoterm Sistemi.”, International Advanced Technologies Symposium, 90-97 (2003).
- Kramme, R., Hoffmann, K. P., Pozos R. Eds. Springer Handbook of Medical Technology. Springer Science & Business Media, 2011.
- Lewy, H. “Wearable technologies: future challenges for implementation in healthcare services,” Healthcare Technology Letters, vol. 2, pp. 2–5(3), 2015.
- LG G Watch, <http://www.lg.com/global/gwatch/one/index.html#main>.) Peşinden 2015 senesinde Apple Firması akıllı saatini piyasaya sunmuştur (Apple Watch, <http://www.apple.com/tr/watch/>
- Oğuz, U., Sarıkaya, S., Özyuvalı, E., Şenocak, Ç., Halis, F., Çiftci, M., Bozkurt, Ö. F., “Monosemptomatik nokturnal enürezis tedavisinde ailelerin alarm cihazı kullanımına uyum.”, Turkish Journal of Urology, 52-55 (2014).
- Patel, S., Lorincz, K., Hughes, R., Huggins, N., Growdon, J., Standaert, D., ... & Bonato, P. (2009). Monitoring motor fluctuations in patients with Parkinson's disease using wearable sensors. IEEE transactions on information technology in biomedicine, 13(6), 864-873.
- Pentland, A. “Healthwear: medical technology becomes wearable,” Studies in health technology and informatics, vol. 118, pp. 55–65, 2005.

- Shahriyar, R., Bari, F., Kundu, G., Ahamed, S.I., Akbar, M., "Intelligent Mobile Health Monitoring System (IMHMS)", Electronic Healthcare Lecture Notes of the Institute for Computer Sciences, 27, 5-12 (2010).
- Tehrani, Kiana, and Andrew Michael. "Wearable Technology and Wearable Devices: Everything You Need to Know." Wearable Devices Magazine, WearableDevices.com, March 2014. Web.
- Vallurupalli,S., H. Paydak, S. Agarwal, M. Agrawal, and C. Assad-Kottner, "Wearable technology to improve education and patient outcomes in a cardiology fellowship program-a feasibility study," Health and Technology, vol. 3, no. 4, pp. 267–270, 2013.
- Wang, L. B. Lo, and G.-Z. Yang, "Multichannel reflective ppg earpiece sensor with passive motion cancellation," Biomedical Circuits and Systems, IEEE Transactions on, vol. 1, no. 4, pp. 235–241, Dec 2007.
- Wiederhold, B. K. "Time to port augmented reality health apps to smart glasses?" Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, vol. 16, no. 3, pp. 157–158, 2013.
- Yalcinkaya B. and D. Yilmaz, "Elektronik tekstillerin, tekstil endustrisindeki yeri ve giyilebilir tekstilde kullanılan iletken lifler," Tekstil Teknolojileri Elektronik Dergisi, vol. 5, no. 1, pp. 61–71, 2011.

BÖLÜM 10:
SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ
Öğr. Gör. Sinem BARUT¹

¹ Harran Üniversitesi, Sağlık Turizmi İşletmeciliği, sinembarut@harran.edu.tr

GİRİŞ

Dünyada, bilim, teknoloji ve kültürün gelişmesiyle birlikte insan yaşamına verilen önem artmıştır (Aslantekin, Göktaş, Uluşen ve Erdem, 2005). İnsan yaşamında sağlık herkesin adil bir şekilde sahip olması gereken temel insan hakkıdır (Metin, 2017). Birey ve toplumlar için hayati bir değere sahip olan sağlık, günümüzde ülkelerin sosyo-ekonomik düzeyde kalkınmışlıklarını gösteren önemli göstergelerden biridir (Doğan, Bakan ve Hayva, 2017; Zerenler ve Öğüt, 2007). Türkiye'nin çağımızın sağlık koşullarında rekabet edebilir bir seviyeye gelebilmesi için sağlık hizmetlerinde yüksek standartların yakalanması zorunlu bir hale gelmiştir (Aslantekin vd., 2005). Dünyada ve ülkemizde ekonomi içerisinde hizmet sektörünün payının giderek artması, yaşam süresinin genel olarak tüm ülkelerde yükselmesi ve sağlık sektöründe hem teknolojik hem ekonomik anlamda sürekli bir büyüme gerçekleşmesi sağlık hizmetlerinde kalite konusunu ön plana çıkarmaktadır (Yağcı ve Duman, 2006).

Sağlık hizmetlerinde kalite, bir ülkede yaşayan bireylerin daha fazla mutlu olmasından o ülkenin kalkınmasına kadar dayanan, ülkelerin toplumsal yapılarını derinden etkileyen uzun bir ilişki zincirine sahiptir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin kaliteli olması sadece hastaları ilgilendiren bir konu değil aynı zamanda devlet kurumlarını ve hükümetleri de ilgilendiren önemli bir konudur (Papatya, Papatya ve Hamşioğlu, 2012; Dursun ve Çerçi, 2004).

Günümüzde bireylerin eğitim ve gelir düzeylerinin yükselmesi aldıkları ürün ve hizmetler için olan beklentilerini arttırmıştır. Sağlık hizmetlerinden yararlanan hastalar için de bu durum kendini

göstermektedir (Papatya vd., 2012). Sağlık hizmetini kullanan hastaların beklentileri içerisinde kalite önemli bir yere sahiptir (Demirbilek ve Çolak, 2008). Sağlık hizmeti sağlayıcıları açısından kaliteyi sağlama, kesintisiz olarak kaliteli bir hizmetin verildiğinden emin olma ve kaliteyi geliştirme rastlantısal yönetim teknikleri ile değil sistemli çalışmalarla gerçekleştirilebilir. Sağlık hizmeti sağlayıcı kurumlar açısından “hassas, dengeli, planlı, kaliteli, ulaşılabilir, hızlı ve hatasız hizmet” verebilmeleri toplam kalite yönetimi ile mümkündür (Aslantekin vd., 2005).

Her geçen gün önemi daha da artan kalite kavramı, bu çalışmada sağlık hizmetlerinin tanımı ve niteliği incelendikten sonra sağlık hizmetlerinin özellikleri ve sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi açısından değerlendirilip ele alınmaktadır.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI ve NİTELİĞİ

Bireylerin yaşam kalitesinde önemli bir etken olan sağlık kavramı, bireylerin sakatlık ya da hastalık sahibi olmamalarıyla birlikte bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik haline sahip olmaları ile açıklanabilir (Demirbilek ve Çolak, 2008; Çelikay ve Gümüş, 2011; Doğan vd., 2017; Tengilimoğlu, 2014). Sağlık hizmetleri ise bireylerin hastalık ve sakatlıklardan korunmalarını sağlayarak, ruhsal, sosyal ve iktisadi bağlamda yaşamlarını iyi bir şekilde sürdürmelerine yönelik gerçekleştirilen faaliyetlerin tümüdür (Çelikay ve Gümüş, 2011). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık hizmetlerini, sağlık hizmetini sağlayan kuruluşların toplumun gereksinimlerine göre değişmekte olan ihtiyaçlarını karşılayabilmek amacıyla her türlü koruyucu ve tedavi

edici etkinlikleri yerine getiren, ülke genelinde örgütlenmiş bir sistem olarak tanımlamaktadır (avuş ve Gemici, 2013).

Sağlık hizmetleri insanların yaşamlarının sürdürmelerinde ve yaşam kalitelerini yükseltmelerinde önemli bir etkiye sahiptir (Doğan vd., 2017). Sağlık hizmetlerinin temel amacı bireylerin ihtiyaı olan sağlık hizmetlerinin kalite, zaman ve maliyet açısından en iyi şekilde sunulmasını sağlamaktır (Zerenler ve ğt, 2007). Sağlık hizmetleri bireyler ve gruplar arasındaki sağlık statüsü farklılıklarını olabildiğince optimize etmeyi ve sağlık hizmetlerini “herkese, her zaman ve her yerde” sunabilmeyi amaçlamaktadır (st, Uğurlu, rnek ve Sanisoğlu, 2011). Sağlık hizmetleri sunumu ertelenemez ve ikame edilemez bir nitelik taşımaktadır (Demirbilek ve olak, 2008). Sağlık hizmetleri kuruluşu, hastanın gerekli tedavisi için hasta ile sağlık ekibi ve doktoru bir araya getiren aracı rolü üstlenmiş bir kurumdur. Hasta açısından sağlık ekibi ve doktora karşı güven unsurunun st derecede olduğu bir sağlık etkileşimi söz konusudur (Bekaroğlu, 2005).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Konusundaki Kanuna göre (5.1.1961 gün ve 224 sayılı) “Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için gerçekleştirilen tıbbi faaliyetlerdir”. Bu tanıma göre sağlık hizmetleri “koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığı geliştirici hizmetler” olmak üzere dört grup altında incelenmektedir (Orhaner, 2006).

Koruyucu sağlık hizmetleri hastalıklar henüz ortaya çıkmadan önce insan sağlığının korunup, iyileştirilmesi için alınan önlemlerin tamamını ifade etmektedir (Doğan vd., 2017). Koruyucu sağlık hizmetleri, “bireye yönelik sağlık hizmetleri ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri” olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulamalarına bakıldığında “hastalıkların erken teşhis ve tedavisi, bireysel sağlık düzeyini yükseltme, yeterli ve dengeli beslenme, aile planlaması, bağışıklama ve sağlık eğitimi” gibi hizmetleri kapsadığı görülmektedir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulamalarına bakıldığında ise, “çevrede sağlığı olumsuz yönde etkileyecek faktörleri zararsız hale getirmeyi ya da ortadan kaldırmayı amaçlayan uygulamaları” kapsadığı görülmektedir (Demirbilek ve Çolak, 2008). Bireye yönelik sağlık hizmetlerini sunan kurumlar; “aile sağlığı merkezi, toplum sağlığı merkezi, ana çocuk sağlığı merkezi, gezici sağlık birimi, revir ve hastaneler” dir. Çevreye yönelik sağlık hizmetlerini sunan kurumlar ise; “çevre sağlık birimi, halk sağlığı laboratuvarı, toplum sağlığı merkezi, okul sağlığı, gezici sağlık birimi ve yine hastaneler” dir (Kavuncubaşı, 2000). Koruyucu sağlık hizmetlerinin maliyeti düşük, etkisi yüksektir ve toplumun her üyesinin bu hizmetlerden yararlanmaya hakkı vardır (Doğan vd., 2017). Koruyucu sağlık hizmetlerini kendi içerisinde üç grupta incelemek mümkündür. Bunlardan ilki olan birincil koruyuculuk, hastalık ya da yaralanmanın oluşmadan önlenmesini kapsamaktadır. İkincil koruyuculuk, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, üçüncül koruyuculuk ise

oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve rehabilitasyonu kapsamaktadır (Dikici vd., 2005).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık durumu bozulmuş olan hastaların, eski sağlıklarına kavuşmaları için sağlanan hizmetlerdir (Tengilimoğlu, 2014: 82) Tedavi edici sağlık hizmetlerini sunan kurumlar; “özel muayenehaneler, hastane poliklinikleri, hastane acil servisi, ayaktan cerrahi hizmetleri, evde bakım, hastane, hemşirelik bakım merkezi, terminal dönem bakım merkezi” dir (Kavuncubaşı, 2000). Tedavi edici sağlık hizmetleri “birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri” olmak üzere üç basamak şeklinde incelenmektedir (Coşkun, 2017)

Birinci basamak tedavi hizmetleri, ayakta ve evde yürütülen sağlık hizmetidir. Bu basamakta doktorlar bireylerin yaşadıkları yerde kolaylıkla ulaşabilecekleri mesafede yayılmış durumdadırlar. Birinci basamakta bulunan doktor, hastanede muayene ve tedavi edilmesine karar verdiği hastaları ikinci basamak sağlık hizmetlerini oluşturan hastanelere yönlendirmektedir. Bu uygulama hastanelerde hasta yığılmasını önleyerek hizmet kalitesini yükseltmektedir. Üçüncü basamak sağlık hizmetlerini gerçekleştiren kurumlarda ise beyin cerrahisi, kalp cerrahisi vb. ileri teknoloji gerektiren uygulamalar gerçekleşmektedir (Fişek, 1982).

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri alanında kalitenin artırılması amacıyla “Aile Hekimliği” uygulaması mevcuttur. Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) tanımına göre “genel pratisyen ya da aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım

sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelini harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Mesleksel görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir.” (Dikici vd, 2005). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer alan hekim sağlık hizmetlerinin kullanımından sorumludur. Aile hekimliği uygulamasına sahip olan ülkeler incelendiğinde, aile hekiminin sağlık sistemine giriş işlevini üstlendiği görülmektedir. Aile hekimi ülke genelinde “sağlık hizmetlerinin kullanımından birinci derecede sorumlu doktor” dur (Üstü vd., 2011).

Birinci basamak sağlık hizmetleri bireylerin sağlık sorunlarını geniş çaplı bir şekilde ele aldıkları ve farklı bir kuruma ihtiyaç kalmadan sorunlarını çözebildikleri bir yerdir. Birinci basamak sağlık hizmetleri sevk gerektiği durumlarda karmaşık sağlık sistemi içerisinde bireylere rehberlik hizmeti sağlar. Hasta ve hekim arasında kolay bir ilişki kurulmasını sağlar ve hastanın kendi tedavi sürecinde alınabilecek kararlara katılımını teşvik eder. Birinci basamak sağlık hizmetleri sorunların erken saptanması yanı sıra hastalıkların önlenmesi ve sağlık durumunun iyileştirilmesi için de fırsatlar yaratır (Akdeniz, Ungan ve Yaman, 2010). Aile hekimi, bireyin sağlığı ile ilgili tüm bilgileri kayıt altına alır ve bu veriler sağlık araştırmaları için değerli bir kaynak oluşturur. Sahip olduğu bilgi sayesinde hastayı en doğru yere sevk ederek ikinci basamak sağlık hizmetlerinde yığılma oluşmasını engeller, yüksek sağlık maliyetlerinde ciddi bir avantaj sağlar. Aile hekimi, bireylere aile planlaması, çocuk sağlığı, beslenme ve bulaşıcı hastalıklardan korunma gibi konularda sağlık eğitimi vermektedir. Aile

hekimini aynı zamanda koruyucu hekimlik yaparak koruyucu sağlık hizmeti de sunmaktadır (Dikici vd., 2005).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde tedavisinin edilemeyeceği dűşünülen hastaların yönlendirildiği İkinci basamak sağlık hizmetleri hastanelerde sunulmaktadır. Hastaların tedavisi, devlet ya da özel hastaneler ile özel tıp merkezlerinde ayakta ya da yatarak yapılabilmektedir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde tedavisi mümkün olmayan hastalar ise üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kurumlarında sevk edilmektedir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri özel uzmanlık ve yüksek teknoloji gerektiren uygulamaların yapıldığı üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ile özel dal hastanelerinde verilmektedir (Demirbilek ve Çolak, 2008).

Gelişmiş ölkelere bakıldığında birinci basamak sağlık hizmetlerinin alt yapısının güçlü oluşturulduğu, insan gücünün ve diğer kaynakların ölkede genelinde dengeli bir dağılım gösterdiği görölmektedir. Bu ölkelerde toplumun sahip olduğu sağlık sorunlarının daha çabuk ve kolay çözümlendiği görölmekte, böylece sağlıkta eşitsizlik engellenmiş olmaktadır (Başer, Kahveci, Koç, Kasım, Şencan ve Özkara, 2015). Gelişmiş ölkelerde, birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği uygulaması sayesinde tüm sağlık sistemi içine ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine göre daha güçlü bir şekilde entegre edilmiştir. Ölkemizde sevk zinciri bulunmadığı için hastalar gerekli gördükleri zaman aile hekimleri ile hiç iletişim kurmadan daha konforlu ve donanımlı olduğunu dűşündükleri hastaneleri tercih edebilmektedirler (Üstü vd., 2011).

Rehabilitasyon hizmetleri hastalık sonrasında, sakatlık ya da güçsüzlük gibi sağlık nedenlerinden dolayı, günlük yaşamını sürdüremeyen ve iş gücünü kaybeden kişilere sağlanan hizmetlerdir. Bu kişilerin kaybettikleri bedensel ve zihinsel becerilerin tekrar kazandırılması yönünde bir amaç vardır. Eş güdümlü ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla mümkün olan en yüksek işlevsel beceriler kazandırılmaya çalışılmaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri “Tıbbi Rehabilitasyon” ve “Sosyal Rehabilitasyon” olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir. Tıbbi rehabilitasyon, insan bedenindeki kalıcı bozukluk ve sakatlıkların iyileştirilmesi ve buna bağlı olarak bozulan yaşam kalitelerinin artırılması için verilmekte olan hizmetlerdir. Postür bozuklukların düzeltilmesi, ekstremitelere protezlerinin kullanılması gibi hizmetlerden oluşmaktadır. Sosyal rehabilitasyon, sakatlığı ve özürlü olan insanların günlük hayatlarına aktif bir şekilde katılabilmeleri için ya da başka insanlara bağımlı olmadan yaşayabilmeleri için yapılan, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmaları olarak açıklanabilir (Tengilimoğlu, 2014). Rehabilitasyon hizmetlerini sunan kurumlar; “rehabilitasyon merkezleri, hemşirelik bakım merkezi, terminal dönem bakım merkezi” dir (Kavuncubaşı, 2000).

Sağlığı geliştirici hizmetler, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmakta ve sağlıklarını olduğundan daha iyi hale getirmeye yardımcı olmaktadır. Bu süreç için kişilerin istekli olması ve katılımı önemlidir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Sağlığın geliştirilmesi kavramını ilk defa büyük tıp tarihçisi Henry E. Sigerist kullanmıştır. Sigerist sağlığın dört temel görevini açıklarken bu görevlerden ilkinin

sağlığı geliştirici hizmetler olduğunu belirtmiştir. İkinci görev hastalıkların önlenmesi, üçüncü görev hastaların iyileştirilmesi ve son olarak dördüncü görev rehabilitasyon olarak devam etmektedir. Sigerist sağlığı geliştirici unsurları anlatırken, kişilerin iyi yaşam standartlarına sahip olması gerektiğini anlatmıştır. Sağlığı geliştirici hizmetlerin temel amacı kişilerin bedensel ve zihinsel sağlık durumlarının, yaşam kalitesinin ve yaşam sürelerinin yükseltilmesidir. Örneğin kişilerin yaşam tarz ve alışkanlıklarını değiştirerek, spor yapması, sigara ve alkol kullanmaması, rafine gıda tüketiminden uzak durması, kişisel hijyenin sağlanması sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkı sağlayacaktır (Tengilimoğlu, 2014). Sağlığı geliştirici hizmetleri sunan kurumlar; “sağlık eğitim merkezi, toplum sağlığı merkezi, ana-çocuk sağlığı merkezleri, spor tesisleri ve fitness klüpleri” dir (Kavuncubaşı, 2000).

SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Hizmet “bir başka insanın ihtiyacını gidermek için belirli bir fiyattan satışa arz edilen ve herhangi fiziki bir malın mülkiyetini gerektirmeyen faaliyet ve yararlardır”. Amerikan Pazarlama Birliği (AMA) hizmeti, “bir malın satışına bağlı olmaksızın son tüketicilere ve işletmelere pazarlandığında istek ve ihtiyaç doygunluğu sağlayan ve bağımsız olarak tanımlanabilen eylemlerdir” şeklinde açıklamıştır (Erdem, 2007). Farklı bir tanımda ise hizmet “zaman, yer, biçim ve psikolojik yararlar sağlayan ekonomik faaliyetler” şeklinde açıklanmıştır (Zerenler ve Öğüt, 2007). Hizmet tanımlamasının yapılması fiziksel ürünlerden çok farklı olmaları ve değişken doğaları

nedeniyle çok zordur. Hizmet fiziksel olarak sahip olunamayan, bir iş, hareket ya da çabayı içeren soyut mamullerdir (Coşkun, 2017). Hizmetlerin beş karakteristik özelliği vardır. Bunlar soyutluk, ayrılmazlık, değişkenlik, dayanıksızlık ve sahip olunamama özellikleridir (Mucuk, 2001, 287).

Soyutluk, ürünler ve hizmetler arasındaki en temel ayrımdır. Hizmetin soyut olması ile en genel anlamda elle tutulabilir, göz ile görülebilir bir özelliğinin olmaması anlatılmaktadır. Bu nedenle hizmetler dayanıksız olarak nitelendirilmektedir. Hizmetlerin mallarda olduğu gibi çok sayıda üretilme ve depolanma imkanları da bulunmamaktadır. Müşteri hizmetin niteliğini ve kalitesini ancak hizmeti satın aldığı sırada ya da sonrasında değerlendirme imkanına sahip olmaktadır. Hizmetlerin soyut olması fiziksel bir varlık olmamalarının bir sonucudur. Ayrılmazlık, hizmetin üretim ve tüketiminin ayrı yapılamaması ve hizmeti gerçekleştiren kişi ile müşterinin bir arada bulunması gerekliliğini ifade etmektedir. Burada hizmeti üreten ve tüketen her iki taraf üretim sürecinin bir parçası haline gelmektedirler. Değişkenlik, hizmetin üretilme ya da sunulma biçimi kişi, zaman ya da mekana göre değişebilir. Hizmetin temel üretim şeklini insanların gerçekleştiriyor olması nedeniyle hizmetin standartlaştırılması çok güçtür. Dayanıksızlık, hizmetlerin stoklanamıyor, saklanamıyor, iade edilemiyor ya da yeniden satılamıyor olması anlamlarını taşımaktadır. Sahip olunamama, hizmetin emek yoğun olma özelliğinden kaynaklanmaktadır. Mallarda satın alma sürecinde tamamen bir sahip olunma söz konusu iken, hizmetlerde belirli bir süre için hizmetin satın alınmıyor olması söz

konusudur (Yazgan, 2009; Papatya vd, 2012; Erdem, 2007; Aksoy, 2005).

Hizmetleri ürünlerden ayıran özellikler olduğu gibi, sağlık hizmetlerinin de kendine has doğası nedeniyle diğer hizmetlerden ayrılan özellikleri mevcuttur. Sağlık hizmetleri özelliklerinin sahip olduğu “dışsallık, belirsizlik altında tercih, asimetrik bilgilenme, hastalık riskinin ve tüketim miktarının önceden belirlenememesi gibi” özgün durumlar farklı bir yapıyı ortaya çıkarmaktadır (Yazgan, 2009).

Sağlık hizmetlerinin tüketimi rastlantısal bir yapıya sahiptir ve ikame edilemez bir özellik taşımaktadır. Sağlık hizmeti ihtiyacı oluştuğunda ertelemek mümkün değildir, hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan kişi yerine hizmeti sunan kişi belirler. Sağlık hizmeti tüketicilerinin davranışları çoğu zaman irrasyonel bir özellik taşır ve aldığı hizmetten sağlayacağı doyum ve kalitenin önceden belirlenmesi çok zordur, test edilemez niteliktedir ve herhangi bir garantisi yoktur. Sağlık hizmetlerinden sağlanan yarar parayla ölçülememektedir. Sağlık hizmetlerinin toplumsal nitelik taşıma ve kamu malı olma özelliği vardır. Sağlık hizmetlerinin sunulan kişiye karşı yetersizliği toplumsal açıdan sorunlara yol açabilir ve sağlanan hizmet sırasında yaşanabilecek herhangi bir hata tolere edilemeyebilir (Tengilimoğlu, 2014).

Sağlık hizmetleri, bir ülkenin devleti tarafından yürütülen toplumun sağlık durumunun sürekli olarak iyileştirilmesi için sağlanan hizmetlerin bütünüdür. Devlet bu hizmetini, kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak ve denetimlerini gerçekleştirerek yapar. Sağlık hizmetlerinin yoğun teknoloji gerektiren

yapısı ve nitelikli insan gücüne olan yüksek ihtiyacı nedeniyle son derece pahalı bir özelliğe sahiptir. Sağlık hizmetleri bireylerde görülen rahatsızlık ya da sakatlık neticelerinde talep edilir ve karşılanması zorunlu ihtiyaçlardır. Bu nedenle oluşacak talep tahmin edilemez ve tüketicinin kontrolü dışında bir özellik taşır. Sağlık hizmetlerinin gösterdiği fayda yarı kamusal olarak nitelendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinden sağlanan fayda hasta ve toplumun geri kalan kısmı üzerinde etkilidir. Sağlık hizmetleri en temel ihtiyaçlardandır ve ikame edilemez oluşu nedeniyle fiyatlardaki değişimlere karşı duyarlılığı düşüktür. Sağlık hizmetleri arzında yaşanabilecek her hangi bir problemin insan hayatı ve toplum sağlığını tehdit edebilecek etkiye sahip olması nedeniyle sağlık hizmetlerindeki kalite konusu önem arz etmektedir (Başol ve Işık, 2015).

Hizmeti üründen ayıran özellikler nedeniyle hastanın alacağı sağlık hizmeti kalitesinin belirli bir standardı bulunmamaktadır. Sağlık hizmetlerinde tüketici kendisine sağlanan hizmetin kalitesini değerlendirebilecek kadar bilgiye de sahip değildir ve hatta bazı hasta grupları, sağlık hizmeti talebini bulunabilecek durumda olmadığı için kendileri yerine yakınları bu talepte bulunmaktadır. Bu nedenlerden dolayı tüketici açısından belirsizlik ve risk mevcuttur (Öz ve Uyar, 2014).

Sağlık hizmetlerinin etkili olabilmesi için, sunulan hizmetler bütünlük göstermeli ve eşgüdümlü olmalıdır. Bireyler hizmete kolay erişebiliyor olmalı, hizmetin içeriği kaliteli olmalı, hizmet süreklilik ve verimlilik sağlamalıdır. Etkili bir sağlık hizmeti, hizmeti kullanan açısından ihtiyaç duyduğu yer ve zamanda, yeterli bir miktarda

sağlanan hizmettir. Hizmeti sağlayan açısından değerlendirildiğinde ise, hizmeti sunanın ihtiyacı dahilindeki, ilaç, ekipman, ve diğer sağlık personellerine kolay erişebiliyor olmasıdır. Etkili olmayan bir sağlık hizmeti, birey ve toplum üzerinde arzu edilen etkiyi yaratmayacaktır (Yazgan, 2009).

SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Dünya genelinde tıp alanında önemli ilerlemelerin meydana gelmesi, bu ilerlemelerin gelişen iletişim teknolojisiyle birlikte dünya genelinde hızlı bir şekilde paylaşılması, devletler tarafından sağlık hizmetleri alanında yapılan girişimler (Kıdak, Nişancı ve Burmaoğlu, 2015), sağlık alanındaki küreselleşen rekabet, kalitenin önemini artıran unsurlardan olmuştur (Öz ve Uyar, 2014).

Kalite, sağlık hizmetleri alanında tanımının yapılmasının zor olduğu bir kavramdır (Tengilimioğlu, Işık ve Akbolat, 2014). Bunun nedeni sağlık hizmetlerinin özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Hizmet kalitesinin açık bir şekilde tanımlanmayan subjektif değişkenler dahil birçok değişkenden etkileniyor olması kalite kavramının nesnel ölçütler kullanılarak ölçülmesi ve tanımlanmasını zorlaştırmaktadır (Aslantakin, Göktaş, Uluşen ve Erdem, 2007). Kalite farklı insanlar için farklı anlamlar taşımaktadır. Bu nedenle tahmin edilebileceği gibi kalitenin birçok tanımı vardır. Lewis (1989) hizmet kalitesini müşteri beklentilerinin sürekli olarak karşılanması ve bu beklentilerin üzerine çıkılması olarak tanımlamaktadır (Lewis, 1989). Sağlık hizmetleri alanında kalite denilince en çok kabul gören tanım ABD Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) tarafından yapılmıştır. ABD Tıp Enstitüsü'ne

göre kalite “sağlık hizmetinin bireylere ve topluma, eldeki en son bilginin ışığında ve istenilen sağlık sonuçlarına ulaşacak şekilde” sunulmasıdır (Tengilimoğlu, 2014). Sağlık hizmetleri açısından yapılan kalitenin farklı bir tanımı ise “hasta ve yakınlarının ihtiyaç ve beklentilerini karşılayacak hizmetlerin çağdaş tıp bilgisine uygun olarak sunulması” şeklindedir (Doğan vd, 2017). Sağlık hizmetleri açısından kalite aynı zamanda “temel olarak tanı ve tedavi süreçlerinde doğruluk, isabetlilik ve uygunluk” anlamlarına gelmektedir (Kıdak, Nişancı ve Burmaoğlu, 2015). Donebedian, sağlık hizmeti kalitesini “sağlık hizmeti sunumu sürecinde kurumu oluşturan birimlerin ortaya koyduğu yarar ve zarar dengelerinin yargısı sonucunda oluşan maksimum bir iyileşme beklentisi” şeklinde tanımlamış ve üç temele dayandırmıştır. Bunlar; sağlık kuruluşunun yapısı, sağlık kuruluşunda olagelen işlemler ve sağlık hizmetlerinde elde edilen sonuçlardır (Çavuş ve Gemici, 2013). Aynı zamanda Donabedian’a göre kaliteli bir sağlık hizmetinin “etkenlik (efficacy), etkililik (effectiveness), verimlilik (efficiency), en uygun olma (optimality), kabul edilebilirlik (acceptability), yasallık (legitimacy), hakkaniyet (equity)” şeklinde yedi özelliğe sahip olması gerektiğini belirtmiştir (Tengilimoğlu, 2014).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin dünya çapında önem kazanmasında, devletlerin kalite konusu için etkileyici rol oynamasının önemi büyüktür. ABD’de 1999 yılında yayımlanan bir raporda yılda 44.000-98.000 hastanın önlenebilir hatalar nedeniyle hayatını kaybettiğinin vurgulanması, hekim hatalarının tartışılır bir hale gelmesi ve sağlık hizmeti sırasında meydana gelene hataların ağır bir şekilde

cezalandırılması devletlerin kalite konusuna daha fazla eğilmelerine neden olmuştur. Bunun yanı sıra, tıp bilimi ve teknolojiadaki gelişmeler, tanı ve tedavi yöntemlerinde meydana gelen gelişmeler, sağlık hizmetlerinin yaygın hale gelmesi ve toplum sağlık göstergelerindeki olumlu değişimler, hasta hakları konusunda artan hassasiyet, toplumun genel olarak eğitim ve kültür seviyesinin artması, toplumda yaşam kalitesine verilen önemin artması diğer gelişmeler olarak sıralanabilir (Çavuş ve Gemici, 2013).

Hastaların kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini değerlendirebilecek bilgiye sahip olmaması, sağlık hizmetlerindeki kalite olgusuna farklı bir bakış açısıyla bakılması gerekliliğini ön plana çıkarmaktadır. Kalitenin teknik yönünü değerlendiremeyen hastalar için kalitenin fonksiyonel yönü önem kazanmaktadır (Devebakan ve Aksaraylı, 2003; Doğan vd, 2017; Gülmez ve Kitapçı, 2008 Williams 1994). Sağlık hizmetleri kurumlarının sadece teknik kalite ile başarılı olamamalarının en büyük nedeni de bu sayılmaktadır (Doğan vd, 2017). Hastalar kalitenin fonksiyonel yönüyle ilgili yargılarına kişisel izlenimlerine, deneyimlerine bakarak varmaktadırlar. Hastaların doktor, hemşire ve diğer sağlık personelleri ile olan ilişkileri, personel ve fiziksel ortamın temizliği, muayene sırasında geçen süre (Tezcan, Yücel, Ünal ve Edirne, 2014; Varinli ve Çakır, 2004; Bowers, Sohen ve Koehler, 1994; Ettinger, 1998), sağlık kurumunun fiziksel olanakları (aydınlatma, havalandırma, ısı vb), hizmet kültürü ve üst yönetim tavrı kaliteyle ilgili olan algılarını etkilemektedir (Doğan vd, 2017).

Hizmet kalitesini daha iyi kavrayabilmek için hizmet kalitesini boyutlarıyla ele almak önemlidir (Zengin ve Erdal, 2000). Christian Grönroos hizmet kalitesi boyutlarını açıklarken üç boyuttan söz etmektedir. Bunlar teknik kalite, fonksiyonel kalite ve imaj boyutlarıdır. Buradaki teknik kalite hizmetin ne ile gerçekleştirildiği, fonksiyonel kalite ise nasıl gerçekleştirildiği ile ilgilidir, teknik kalite ile fonksiyonel kalite ise imajı oluşturmaktadır (Grönroos, 1984). Lehtinen ve Lehtinen'in hizmet kalitesi modeline göre ise fiziksel kalite, firma kalitesi ve etkileşimsel kalite olmak üzere üç alt boyuttan söz edilmektedir. Fiziksel kalite, hizmet sunumunda kullanılan fiziksel varlıkları ifade ederken, firma kalitesi hizmet sunan işletmenin imaj ve profilini, etkileşimsel kalite ise işletme çalışanı ile müşteri arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir (Dalgıç, 2013). Sasser, Olsen, ve Wyckoff'un hizmet kalitesi boyutlandırmasında ise yine üç alt boyuttan söz edilmektedir. Hizmet üretimi sırasında kullanılan fiziksel varlıkların nitelikleri, hizmetin yaratıldığı ortamın sahip olduğu teknik olanaklar ve yine işletme çalışanlarının müşteriye karşı olan tutumu hizmetin kalitesiyle ilişkilendirilmiştir (Dalgıç, 2013).

Zeithaml ve Berry (1990), tüm hizmet işletmeleri için ortak gördükleri beş hizmet kalitesi boyutundan söz etmişlerdir. Bunlar (Devebakan ve Aksaraylı, 2003);

- **Fiziksel Özellikler (Tangibles):** İşletmenin hizmet sunumu sırasındaki fiziksel olanakları, kullandığı araç gereçler ve personelin görünüşü

- **Güvenilirlik (Reliability):** İşletmenin yerine getirmek için söz verdiği hizmetin doğru ve güvenilir bir şekilde gerçekleştirebilme durumu
- **Heveslilik (Responsiveness):** İşletmenin hizmet sağlayacağı kişilere yardımcı olma eğilimi ve hizmetin hızlı bir şekilde gerçekleştirilmesi
- **Güven (Assurance):** Çalışanların bilgi seviyesinin yüksek olması, nazik bir yapıya sahip olması ve hastalarda güven duygusu bırakması
- **Empati (Empathy):** İşletmenin ve çalışanların kendini hizmet alan kişilerin yerine koyması ve bu doğrultuda kişisel ilgi göstermesi

Yağar (2018, 55), hastaların sağlık kuruluşlarından bekledikleri kalite düzeyleri ile ilgili olarak 21. Yüzyıldan sonra yayımlanmış ve belirli kriterlere göre seçilmiş ulusal ve uluslararası literatürdeki 40 bilimsel araştırmayı incelemiş ve hastalar için en önemli boyutun güven olduğu sonucuna varmıştır.

Hizmet kalitesi rekabet edilebilirliğin kritik bir belirleyicisi olarak kabul edilmektedir. Bir işletmenin hizmet kalitesine dikkat etmesi kendisini diğer kuruluşlardan farklılaştırmasına ve bu sayede kalıcı bir rekabet avantajı sağlamasına yardımcı olmaktadır. Üstün hizmet kalitesi iş yapmanın maliyetini değil karlılığını artırmanın anahtarıdır. Bu nedenle hizmet kalitesi uzun vadeli karlılığın önemli bir belirleyicisi olarak görülmektedir. Pazar araştırması, bir hizmetten memnun kalmayan müşterilerin deneyimlerini üçten fazla kişiye anlatacağını göstermiştir. Bu nedenle kötü hizmet kalitesi mevcut

müşteri potansiyelini azaltacaktır. Ayrıca müşterilerin hizmet beklentileri sürekli artmakta, kötü hizmet kalitesine karşı toleransları düşmektedir. Bu da müşterilerin rakip işletmeleri tercih etme olasılıklarını arttırmaktadır (Ghobadian, Speller ve Jones, 1994).

Amerikan Tıp Birliği Konseyi (The American Medical Association's Council on Medical Service) yüksek kalitede sağlık hizmeti sağlayan kurumların sahip olması gereken bazı özellikleri açıklamışlardır. Bunlar, sağlığı tehdit edici durumların erken tanı ve tedavi edilmesi, sağlık hizmetinin zamanında, kesintisiz ve yeterli sürede verilmesi, sunulan sağlık hizmetindeki kararlara hastanın katılımının sağlanması, hizmetin tıp biliminin ilkelerine uygun olması, kaynakların etkili ve verimli kullanılması ve hastanın tıbbi kayıtlarının yeterli bir şekilde yapılmasıdır (Çavuş ve Gemici, 2013).

Sağlık hizmetlerinin kalite ve etkinliğini iyileştirmek amacıyla değerlendirme yapmaya olanak veren birçok ölçek hazırlanmış ancak ortak bir ölçüt geliştirmek ya da seçmek konusunda fikir birliğine varılamamıştır. Bu açıdan bakıldığında hasta memnuniyeti kalitenin temel ölçütü olarak görülmektedir (Tezcan, Yücel, Ünal ve Edirne, 2014; Aksoy, 2005). Hastalar aldıkları hizmet hakkında değerlendirme yaparken bunu beklentileri ile karşılaştırarak yapmaktadır (Ghobadian, Speller ve Jones, 1994). Sonuç olarak hasta memnuniyeti, algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonunu oluşturmaktadır. Burada beklenen kalite hastanın sağlık hizmetini almadan önceki beklentilerini ifade ederken, algılanan kalite sağlık hizmetini aldıktan sonraki deneyimine dayanarak oluşan algılarından oluşmaktadır. Hasta memnuniyet durumu, beklenen kalite ve algılanan kalite arasında

yapılan kıyaslama sonucunda belirginleşmiş olmaktadır (Tezcan, Yücel, Ünal ve Edirne, 2014; Aksoy, 2005). Bu kıyaslamanın değerlendirilebilmesine olanak sağlayan Toplam Kalite Yönetimi'nin (TKY) önemi burada karşımıza çıkmaktadır (Kıdak, Nişancı ve Burmaoğlu, 2015).

TKY yönetsel açıdan değerlendirildiğinde “iç ve dış müşteri beklentilerini her şeyin üzerinde tutan, müşteri tatmininin artırılması ve müşteri bağlılığının yaratılması amacıyla iyileştirme ve yenilik yapmayı ilke edinen, şirketin başarısında çalışanları anahtar faktör olarak gören modern bir yönetim felsefesi” olarak tanımlanmaktadır (Kıdak, Nişancı ve Burmaoğlu, 2015). TKY, kurum içerisindeki tüm süreçlerin sürekli olarak iyileştirilmesini esas alan ve kurum ile müşteri (hasta) arasındaki memnuniyeti sağlayan katılımcı bir yönetim sistemidir. TKY'nin temel amacı sürekli iyileşmenin sağlanması için, strateji, teknoloji, iletişim, beşeri ve beşeri olmayan tüm kaynakları etkin bir şekilde kullanmaktır (Çavuş ve Gemici, 2013).

TKY anlayışı birbirini tamamlayan beş ana ilkeye dayanmaktadır. Bunlardan ilki sürekli geliştirme ve iyileştirme anlamlarını taşıyan Kaizen yaklaşımıdır. Kaizen yaklaşımı sonuç odaklı değil süreç odaklı bir yaklaşımdır ve en üst yöneticiden en alt çalışana kadar sürekli iyileştirme kavramının benimsenmesi gerektiğini söyler. Bir diğer ilke işletmede çalışanların eğitimi konusudur. Kalite kontrol düşünsel bir devinimdir ve “eğitimle başlar ve eğitimle biter”, bu nedenle tüm çalışanların düşünce sistemleri değişmeli ve bunun için çalışanlara verilen eğitimde sürekli olarak yenilenmelidir. TKY anlayışının üçüncü ilkesi üst yönetimin liderliği ile ilgilidir. Bu ilkeye

göre TKY yönetiminin başarılı olabilmesi ancak üst yönetimin liderlik rolünü üstlenmesi ile mümkün olabilir. TKY'nin son iki ilkesi ise takım çalışması ve müşteri odaklılıktır. Bu sisteme göre tüm çalışanlar takım çalışması ile sisteme dahil edilmeli ve müşteri odaklılığın önemi tüm kurumca benimsenmelidir (Tengilimoğlu, 2014).

Sağlık hizmetleri açısından bakıldığında Toplam Kalite Yönetimini ilk uygulayan kişilerin yöneticiler olması sebebiyle TKY yönetsel boyutları üzerinden çalışılmıştır. Sağlık kurumlarında TKY ile birlikte, sistemli, dengeli, planlı, kaliteli, ulaşılabilir ve sıfır hata ile hizmet sağlanması ve bu sayede kaliteli hizmet, çalışan ve hasta memnuniyeti amaçlanmıştır. Kaliteli hizmetin sağlanması ancak ve ancak sistemli bir çalışmayla mümkün olmaktadır (Kıdak, Nişancı ve Burmaoğlu, 2015).

Var olma nedeni sağlık hizmeti sunmak olan sağlık kurumlarının temel amacı da kaliteli sağlık hizmeti sunmak olmalıdır. Sağlık kurumları açısından değerlendirildiğinde TKY için altın standart, kaliteli sağlık bakım hizmetinin iyileştirilme derecesidir. Sağlık kurumları diğer hizmet işletmeleri ile kıyaslandığında TKY ile süreçlerini bütünleştirme hızları diğer hizmet işletmelerine göre daha yavaştır. TKY sistemini benimsemek için çaba harcayan birçok sağlık kurumunda, TKY'nin günlük rutin işlerle eş güdümü sağlanamamıştır. Toplam Kalite Yönetimini benimseyen sağlık kurumlarında maliyetlerin azaldığı gözlemlenmiş fakat bazı sağlık kurumlarında finansal faydaların belgelenemiyor olması kalite sistemi çalışmalarını olumsuz yönde etkilemiştir (Kıdak, Nişancı ve Burmaoğlu, 2015). Diğer yandan sağlık sektörünün dinamik bir yapıda olması, tedavi

hizmetlerinin sürekli artması, teknolojinin sürekli değişmesi, toplumun demografik yapıdaki değişimleri kalitenin sağlanması zorlaştırmaktadır (Tengilimoğlu, 2014).

TKY'nin başarılı olabilmesi için, kurumun liderlik kadrosunu oluşturan üst yöneticilerin ileri görüşlü ve değişime açık bir yapıya sahip olmaları gereklidir. Müşteri odaklı kurumsal kültürün benimsenebilmesi için çalışanların ödüllendirilmeleri gereklidir. TKY uygulamasının sağlık sektöründe başarıya ulaşabilmesi için mutlaka doktorların TKY sürecine uyum sağlamaları gereklidir. Doktorların kalite konseylerinde, eğitim ekiplerinde ve kalitenin sürekli iyileştirilmesi amaçlı kalite çemberlerinde bulunmaları yararlı olacaktır. TKY sürecinde iyiye varma şeklinde bir hedef yerine, sürekli daha iyiyi hedefleyen bir düşünce tarzı olmalıdır. Kurum kültürü ile TKY felsefesi birbirleri ile örtüşmelidir (Tengilimoğlu, 2014).

Sonuç olarak, sürekli gelişen ve değişen sağlık sektörünün yapısı ve yine sürekli değişim ve iyileşmeyi benimseyen TKY felsefesinin bir bütünlük sağlaması halinde, sağlık hizmeti sağlayan kurumlar, toplum ve bireyler açısından yarar sağlanacağı düşünülmektedir

KAYNAKÇA

- Akdeniz, M., Urgan, M. ve Yaman, H. (2010). Aile Hekimliği: Çağdaş bir Sağlık Hizmeti Sınma Biçimi, GeroFam Tıp Dergisi, 1 (1), 15-28.
- Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M. ve Erdem, R. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2 (6), 55-71.
- Aksoy, R. (2005). Zonguldak ta Ayakta Tedavi Tüketicilerinin Sağlık Hizmeti Kalite Değerlemesi, ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 1 (1), 91-104.
- Başer, D. A., Kahveci, R., Koç, E. M., Kasım, İ. Şencan, İ. Ve Özkara, A. (2015). Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak, Ankara Medical Journal, 15 (1), 26-31.
- Başol, E. ve Işık, A. (2015). Türkiye de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler, IAAOJ, Social Science, 2015, 2 (2), 1-26.
- Bekaroğlu, Ş. B. (2005). Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının ve ISO 9000 Kalite Güvencesine Sahip Olmanın Hastane Performansına Etkileri: İstanbul'daki Özel Hastaneler Üzerine Bir Araştırma, Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi, 9, 18-32.
- Bowers, M.R., Swan, J.E. ve Kohler, W. (1994). What Attributes Determine Quality and Satisfaction With Health Care Delivery, Health Care Management Review, 19 (4), 49-55.

- Coşkun, S. (2017). TS EN 15224-2012 Sağlık Hizmetleri – Kalite Yönetim Standardının, Sağlık Hizmetlerindeki Diğer Kalite Standartları ile Karşılaştırılması, Doktora Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Çavuş, M. F. ve Gemici, E. (2013). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 1 (1), 238-257.
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2011). Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 66 (3), 55-92.
- Dalgıç, A. (2013). Hizmet Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler, Antalya’da Hizmet Kalitesi Ölçümüne Yönelik Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Aydın.
- Demirer, Ö. ve Bülbül, H. (2014). Kamu ve Özel Hastanelerde Hizmet Kalitesi, Hasta Tatmini ve Tercihi Arasındaki İlişki: Karşılaştırmalı Bir Analiz, Amme İdaresi Dergisi, 47 (2), 95-119.
- Devebakan, N. ve Aksaraylı, M. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5 (1), 38-54.
- Demirbilek, S. ve Çolak, M. (2008). Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Manisa İli Örneği, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2, 91-111.

- Doğan, İ. F., Bakan, İ. ve Hayva, S. (2017). Sağlık Sektörünün Temel Aktörleri Olan Hastanelerde Rekabet Stratejilerinin Kaliteye Etkisi, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 16 (62), 817-835.
- Dursun, Y. ve Çerçi, M. (2004). Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23, 1-16.
- Dikici, M.F., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoglu, A.S. ve Yarış, F. (2005). Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplinin Tarihçesi, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27, 412-418.
- Erdem, ř. (2007). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Edirne.
- Ettinger, W.H. (1998). Consumer-Perceived Value: The Key to a Successful Business Strategy in the Healthcare Marketplace, *Journal of the American Geriatrics Society*, 46 (1), 111–113.
- Fişek, N. (1982) Sağlık Hizmetleri ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları, Prof.Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-I, Sağlık Yönetimi, Modern Yönetim Semineri, Türk-İş Yayınları No: 144, Ankara, (Erişim: http://www.tb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html, 20.08.2019)
- Ghobadian, A., Speller, S. ve Jones, M. (1994). Service Quality-Concept and Models, *The International Journal of Quality and Reliability Management*, 11 (9), 43-65.

- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications, *European Journal of Marketing*, 18 (4), 36-44.
- Gülmez, M. ve Kitapçı, O. (2008). Hastane Hizmet Kalitesi ve Bir Uygulama. *H. Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26 (1), 165-186.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, 1. Basım, Siyasal Kitapevi, Ankara.
- Kıdak, L. B., Nişancı, Z. N. ve Burmaoğlu, S. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü: Kamu Hastanesi Örneği, *Yönetim ve Ekonomi*, 22 (2), 483-500.
- Lewis, B.R. (1989). Quality in the Service Sector: A Review, *International Journal of Bank Marketing*, 7 (5), 4-12.
- Metin, B. (2017). Sağlık Hakkı, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1), 46-50.
- Mucuk, İ. (2001). *Pazarlama İlkeleri*, 13. Basım, Türkmen Kitabevi, İstanbul.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 1-22.
- Öz, M. ve 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.
- Papatya, G., Papatya, N. ve Hamşioğlu, A. B. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti:

İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma, Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2 (1), 87-108.

Sağlık Bakanlığı (2011). Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayın No: 814, 1. Basım, Ankara. (Erişim: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6zl%C3%BCk.pdf>)

Tecan, D., Yücel, M. H., Ünal, U. B. ve Edirne, T. (2014). Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunda Hasta Memnuniyeti, Pamukkale Tıp Dergisi, 7 (1), 57-62.

Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2014). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Geliştirilmiş Altıncı Basım, Nobel Yayınevi, Ankara.

Üstü, Y., Uğurlu, M., Örnek, M. ve Sanisoğlu, S. Y. (2011). 2002-2008 Yılları Arasında Erzurum Bölgesinde Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Balkan Medical Journal, 1, 55-61.

Varinli, İ. ve Çakır, A. (2004). Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki – Kayseride Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 17 (2), 33-52.

Williams, S.J. ve 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), 707-716.

- Yağar, F. (2018). Hastaların Beklenen ve Algılanan Kalite Düzeylerinin SERVQUAL Modeli ile İncelenmesi: Bir İçerik Analizi Çalışması, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 15, 55-67.
- Yağcı, M. İ. ve 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.
- Yazgan, M. (2009). Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı, İzmir.
- Zengin, E. ve Erdal, A. (2000). Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, Journal of Qafqaz University, 3 (1), 43-56.
- Zerenler, M. ve Öğüt, A. (2007). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 18, 501-519.

BÖLÜM 11:

ÖRGÜT KÜLTÜRÜ VE ÖRGÜTSEL İNOVASYON

Dr. Öğr. Üyesi Ümit NALDÖKEN¹

¹ Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,
unaldoken@cumhuriyet.edu.tr

1. GİRİŞ

Özellikle 21. yüzyılın başlangıcı, büyük beklentiler ve bazılarında göre hayal çağı da denilebilen önseziler zamanıdır. Ani gerçekleşen hızlı gelişmeler ve küresel değişiklikler, yenilikleri, cesur fikirleri ve teknolojik gelişmeleri de beraberinde getirmektedir. Bu gelişmeler, geçmişin sorunlarını büyük oranda hafifletmekte, değişen ve gittikçe daha rekabetçi bir ortama uyum sağlamak, aynı zamanda da kaliteyi daha da artırmak için etkili alternatifler sunmak için olanaklar sağlamaktadır. Araştırmacılar, önemli bir organizasyon değişikliği için yenilikçiliğin, değişimlerin ve bunların uygulanmasının hayati önemi olduğunu kabul etmektedirler(Poskiene, 2006). Bunun ışığında da örgütler piyasaya sunacak yeni ürünler ve tasarımlar geliştirmelidir. Bu yeniliklere ulaşabilmek için ise önce örgütte hangi değişikliklerin meydana gelebileceği ve hangi yeniden modelleme yeteneklerinin kullanılabileceği gibi örgütsel değişiklikler gerekmektedir(Verdu vd., 2017).

İnovasyonun gelişmiş ekonomilerin temel dinamiğini oluşturmadaki rolünü gün geçtikçe artırdığı tartışmasız bir gerçektir. Bu çerçevede bütün ülkeler yeniliğe dayalı ekonomik modeller benimsemekte ve yenilik temelli modeller geliştirme üzerine yoğunlaşmaktadır (Uzkurt, 2017).

İnovasyon kavramının hayatımızda giderek daha çok yer alması, şüphesiz dış çevre koşullarının etkisi ile gerçekleşmiştir. Rekabet şartları ve müşteri ihtiyaçlarının hızlı değiştiğini söylemek artık gereksizdir. Bugünün rekabetçi ortamında bir örgütün hayatta kalması için yenilik yapma kapasitesi kritik bir önem taşımaktadır. Örgüt

kültürü bu kapsamda en kritik faktörlerden biridir ve örgütün dış çevresine uyum sağlayabilmesinde anahtar bir role sahiptir (Daher, 2016).

Eskiden sadece büyük işletmelerin işi gibi görünen inovasyon yapmak, artık her işletme hatta her kurum için zorunluluk haline gelmiştir. Bu kadar önemsenen bir kavram olması nedeniyle işletmelerin inovasyon yapmalarına yardım edebileceği düşünülen her unsur titizlikle incelenmelidir. Bu unsurlardan biride örgüt kültürüdür. Örgüt kültürü kavramı uzun bir zamandır örgütsel başarı için önemli bir faktör olarak kabul edilir. Özellikle örgütteki yenilik sürecinde önemli bir etkiye sahiptir(Hsing, 2011). Öyle ki bu konudaki araştırmaların sayısı son yıllarda yükselen bir ivme ile artmaktadır.

İşletmelerin inovasyon faaliyetlerini başarı ile yürütebilmeleri için öncelikle inovasyonu teşvik eden bir örgüt kültürüne sahip olmaları gerekmektedir. İnovasyonel bir kültüre sahip olan işletmelerin sahip oldukları inovasyon stratejilerini organizasyonel yapılarıyla uyumlu bir hale getirmeleri ve sürece yönetsel anlamda destek sağlamaları da gerekmektedir (Satı ve Işık, 2011)

Hem örgüt kültürü hem de yenilik uzun dönemde kritik bir konu olduğu için, bu faktörlerin birbiriyle olan ilişkisi önem arz etmektedir. Yenilik, birçok örgütün büyümesi için önemli bir kaynaktır. Yenilik, akademik dünyada ve iş yaşamında hala en çok tartışılan konulardan biri olup, iş yaşamında sürdürülebilir başarının bir anahtarıdır. Bu yüzden örgütler uzun dönemde hayatta kalabilmek için ürün, hizmet ve örgüt yapılarında sürekli kendilerini yenilemelidirler. Fakat yenilik süreci çok yönlü ve kapsamlı olduğu için, yeniliği devam ettirmek kolay

bir iş değildir. İnovasyon bu nedenle bir organizasyonun birçok farklı departmanlarında çalışanların koordineli çalışmasını gerektirir (Bartel ve Garud, 2009). Günümüzde örgütlerin karşı karşıya kaldıkları hızlı değişimler, mevcut bilgilerinin eskimiş olduğunu ve yeterliklerini ortadan kaldırdığı anlamına gelmektedir (Raquel vd., 2011).

Örgüt kültürü, bu anlamda yeni fikirlerin keşfi için gerekli olan pozitif ortamı sağlayarak, ya geri planda durur veya oluşan bu atmosferi teşvik eder (Riivari ve Lamsa, 2019). Yenilik, örgütlerin rekabet avantajı elde etmesi için çok önemlidir. Yenilik, taklit karşısında, örgütleri yeni ürünler piyasaya sürmeye ve pazarlarda öncü olmaya motive eder. Birçok faktör, örgütsel yenilikçi yönelimi belirleyici niteliktedir. İşte bu faktörlerden biri de örgüt kültürü olup bu çalışmada her iki kavram ve aralarındaki ilişkiye değinilecektir (Naranjo-Valencia vd., 2011).

2.ÖRGÜT KÜLTÜRÜ KAVRAMI

Örgüt kültürü kavramı 1970'li ve 1980'li yıllarda daha yoğun şekilde ortaya çıkmış, araştırma ve uygulama alanlarında kısa sürede en etkin ve en tartışmalı kavramlardan biri haline gelmiştir. Örgüt kavramı çok farklı yorumlanmış, örgütlerin farklı geçmişlerinden gelmeleri, farklı değer ve inançlara sahip oldukları için ortak bir tanım konusunda fikir birliği bulunmamaktadır (Lin vd., 2012). Özellikle 1980'ler örgüt kültürü konusunun daha fazla irdelenmesine tanık olmuş ve örgütlerin analizinde önemli bir konsept olarak görülmüştür. Günümüzde örgüt kavramı literatürdeki yerini alarak başarı ve başarısızlık, yenilikçilik,

değişim uygulanması, yeniden yapılandırma ve öğrenme gibi bir dizi örgütsel faaliyet ve sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (Ax ve Greve, 2016).

Örgüt kültürü geniş bir kavramdır ve bu nedenle tanımlanması zordur. Dahası, bu terimin açık uçlu yapısı nedeniyle araştırmacılar tarafından sosyal davranışların çeşitli şekillerde açıklanması ve geniş bir yelpazede oluşan farklılıklarından dolayı anlam karışıklığına ve anlayışına yol açtığı iddia edilmiştir (Mario, 2010). Örgüt kültürü söz konusu olduğunda, altta yatan çok sayıda tanım vardır, ancak genel kabul gören ya da evrensel olarak uygulanabilir bir çerçeve bulunmamaktadır (Biswas, 2009).

Örgüt kültürü konusunda bir çok yazarın farklı tanımlarına rastlamak mümkündür. Bu tanımlardan bazılarına aşağıda değinilecektir.

Örgütler farklı kültür mozayikine sahip bireylerden oluşmaktadır. Bu bireyler, görevsel ve mesleki norm ve ölçütlerle bir araya gelmiş, bir arada bir grup oluşturmanın doğal bir sonucu olarak diğer örgütlerden farklı ama, kendi içlerinde nispeten ortak inanç ve değerler sistemi oluşturmuşlardır. “Oluşan bu sistem, örgüt içinde değişik inanç, değer, tutum, düşünce şekli ve ahlak anlayışının bir arada olmasına yardım eder. Bu oluşuma “**örgüt kültürü**” adı verilir” (Eren, 2012).

Örgüt kültürü, örgüt üyelerinin örgütsel işleyişi anlamalarına ve dolayısıyla düşünce ve davranışlarını yönlendirmelerine yardımcı olan bir dizi paylaşılan değerlerdir (Jaskyte ve Dressler, 2005). Örgüt kültürü sürekli bir rekabet avantajı kaynağıdır ve bazı araştırmalar bunun örgütsel etkililiğin anahtar faktörü olduğunu göstermiştir (Sharifirad ve Ataei, 2012). Her ne kadar kavramsallaştırmalar değişse de, örgüt

kültürü genel anlamda, üyeleri tarafından paylaşılan ve örgütsel uygulamalara ve hedeflere yansıtılan değerler, inançlar ve normlar topluluğu olarak da tanımlanabilir (Khazanachi vd., 2007).

İlk kez *Peters* ve *Waterman* tarafından Amerika’da kullanılan örgüt kültürü kavramının en bilinen ve kabul gören tanımı *Schein* tarafından yapılmıştır. Buna göre örgüt kültürü “*baskın ve paylaşılan değerlerden oluşan, çalışanlara sembolik anlamlarla yansıyan, örgüt içindeki hikayeler, inançlar, sloganlar ve masallardan meydana gelmiş bir yapıdır.*”(Schein, 1997)

Örgüt kültürünü daha değişik açıklayan tanımlar da mevcuttur. Tanımlar arasında belirli farklılıkların bulunmasının yanı sıra birçok ortak özellik de söz konusudur. Bunlardan birinci ortak özellik, bireyler tarafından paylaşılan değerlerdir. İkinci bir ortak özellik, örgütün kültürünü oluşturan değerlerin olduğu gibi kabul edilmesidir. Üçüncü ortak özellik ise, bu değerlerin çalışanlar için taşıdıkları ortak sembolik anlamlardır(Şimşek vd., 2003).

Örgüt kültürü, çalışanların performansını, dolayısıyla etkililiklerini belirleyen örgütsel özelliklerden biridir. Nasıl ki bir toplumun kültürünün o toplumun yaşamını sürdürmesinde hayati önemi varsa, örgüt kültürünün de örgütün işleyişinde önemli bir rolü vardır(Balay vd., 2013).

Örgüt kültürü, çalışanları grup bilinciyle birbirlerine ve örgütün amaçlarına bağlayıcı bir rol oynar. Örgüt kültürü, örgütün amaçları, stratejileri ve politikalarının oluşmasında önemli bir etkiye sahip olduğu gibi, yöneticiler açısından, seçilen politikaların yürütülmesini kolaylaştıran önemli bir araçtır(Yılmaz ve Eroğlu, 2013). Örgüt

kültürünün yönetim ve organizasyon alanında öneminin farkına varılmasıyla birlikte, 1980'lerden itibaren örgüt kültürü ile ilgili araştırmaların sayısı etkileyici bir biçimde artış göstermiştir (Özkan ve Turunç, 2015).

3. İNOVASYON KAVRAMI VE TANIMI

İnovasyon birçok lider işletmenin temel karakteristiğidir. Kavramın işletme bilimi yazınında geniş bir yer tuttuğu görülebilir. Özellikle Schumpeter'in ekonomi alanı için yenilikçiliği tanımlamasından bu yana, bu konuda çok sayıda çalışma yapılmış ve yapılmaktadır(Aksay ve Orhan, 2013:13).

İnovasyon çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Ancak genellikle yalnızca yeni bir ürün veya hizmetin geliştirilmesi olarak değil, aynı zamanda yeni ürün veya hizmetin pazara başarılı bir şekilde sunulması olarak tanımlanmakta olup(Çakar ve Ertürk, 2010); bir yeniliğin inovasyon olabilmesi için yenilik yapan işletme, kişi ya da kurumlara *bir katma değer sağlamanın* olmazsa olmaz bir unsur olduğunu belirten çok sayıda bilimsel çalışma vardır.

Dünyada yaşanan rekabet ortamında başkalarının çalışmalarını ve ürünlerini taklit ederek ayakta kalabilmek gitgide zorlaşmaktadır. İnovasyonun ya da yeniliğin örgütün rekabetçi avantaj sağlamasında kritik faktörlerden biri olduğu artık yadsınamaz bir gerçektir. Örgütlerin tüketici gereksinimlerini daha etkin karşılayabilmeleri, güçlü yönleriyle stratejik fırsatlarını değerlendirebilmeleri ve rekabette önde olabilmeleri inovasyonla olanaklıdır. İşletmeler, serbest rekabet piyasalarında ayakta kalabilmek için sürekli olarak kendilerini

yenilemek zorundadır(Zümrüt Ecevit Sarı, 2011). Günümüzde inovasyon, hızlı gelişmelerin mevcut koşulları altında iyi performans göstermek için mutlak bir zorunluluk haline gelmiştir(Poskiene, 2006).

İnovasyon popüler bir kavram olup, ancak bu kavramı yeni bir kavram olarak kabul edemeyeceğimizi bilmemiz gerekir. Zira tarih boyunca insanlar ve kuruluşlar hayatta kalmak ve gelişmek için değişime ve yeniliğe hep ihtiyaç duymuşlardır (Leong, 2012). İnovasyon, müşterilere yeni bir ürün veya hizmet sunmak için yeni teknik ve idari bilgilerin kullanılması olarak görülmektedir. Yenilikçilik, herhangi bir firmanın dünya çapındaki rekabet gücünü korumak için anahtar bir rol oynar. Organizasyonel büyümeye katkı yapar, gelecekteki başarıyı yönlendirir ve işletmenin küresel düzeyde yaşamını sürdürmesine olanak sağlar(Singh, 2011). Ayrıca inovasyon yeni ürünler ve hizmetlerin örgüt süreçlerine başarılı bir şekilde dahil edilmesini içerdiği gibi (Verdu vd., 2017), örgütlerin değer zincirinde de önemli bir role sahiptir. Çünkü örgüt içinde oluşturduğu olumlu ivme ile performans, başarı ve uzun vadede sürdürülebilirlik gibi konularla doğrudan ilişkili olduğu yapılan araştırmalarda tespit edilmiştir(Riivari, ve Lamsa, 2019). Yenilik birçok organizasyon için önemli bir büyüme kaynağı olmakla birlikte, yeniliği sürdürülebilir kılmak ise hiçte kolay değildir. Bu yüzden inovasyon süreci, ürün ve hizmetler için yeni fikirlerin yanı sıra iş süreçleri, teknolojik kapasiteler, üretim ve dağıtım yöntemlerine ilişkin düzenlemeleri de kapsayan çok yönlü bir süreç olarak tasarlanmalıdır (Bartel ve Garud, 2009). Bu yönüyle bile inovasyon sadece yeni bir ürün veya hizmet anlamına gelmemektedir. Yapılan yeniliklerle, işletmenin nihai ürünü nasıl elde ettiği ve

biçimini, şeklini, pazarlama metotlarını da değiştirmek de mümkündür. Örneğin, yeni bir makine tasarımı, ürün ve hizmetler için yeni kanallar, yeni pazarlar, fiyatlama yöntemleri, dağıtım yöntemleri, yeni çalışan ödül programları veya yeni bilgisayar tabanlı yönetim ile de inovasyon yapılabilmektedir(Skerlavaj vd., 2010). Konu makro planda değerlendirilecek olursa, inovasyon konusu, hem ülkelerin sürdürülebilir ekonomik büyümeleri, hem toplumların refahı ve kalkınması, hem de işletmelerin rekabetçi yapıları için vazgeçilmez bir itici güç halinde kullanılabilir bir enstrümandır. Bugün dünyada, bu gücü etkili bir şekilde kullanabilmek ve maksimum faydayı sağlamanın yolları araştırılmaktadır(Uzkurt, 2017).

3.1. İnovasyon Kültürü

Örgüt kültürü, örgütteki birçok süreci etkilediği gibi inovasyon faaliyetlerini de etkilemektedir. Bu yüzden inovasyon faaliyetlerine odaklı bir örgüt kültürü (inovasyon kültürü) oluşturmak inovasyon yapmak isteyen her işletme için bir zorunluluktur(Yiğit, 2014). Sürekli yenilikler yapan, bu yenilikleri ticarileştirebilen ve inovasyonu bir kurum kültürü haline getirebilen şirketler bugün karlılıkta, verimlilikte ve sürdürülebilir büyümede rakiplerine göre açık ara önde girmektedir. İnovasyonun bu müthiş etkisi işletmelerin olduğu kadar ülkelerin de dikkatini çekmektedir(Soylu ve Göl, 2010).

İnovasyon kültürü, organizasyonları sürdürebilen ve örgütsel yenilenmeyi teşvik eden yenilikçi davranış türlerinin önemli bir öncüsüdür(Hogan ve Coote, 2014). İnovasyon kültürü, ürün yeniliğindeki performansı etkileyebilir, çünkü inovasyon, ekip

çalışması, açık iletişim, çalışanlar arasına karşılıklı güven ve saygıya ve karar vermede hızlı olmaya bağlıdır(Padilha ve Gomes, 2016). Yenilikçi kültür, işletmenin işleyiş ve yönetimini iyileştirmeyi içeren yeni fikirler üretmek, kabul etmek ve desteklemeyi içerecek şekilde bir değer ve tutum oluşturan, bunu geliştiren ve kuran bir düşünce ve davranış biçimi olarak da değerlendirilebilir(Çakar ve Ertürk, 2010). Bu açıdan, çalışma ekipleri, açık iletişim, çalışanlara saygı ve karar verme hızını içerdiğinden yenilik üründeki performansı etkileyebilir(Padilha ve Gomes, 2016).

Wallach (1983) ise yenilikçi kültürlerin özelliklerini, risk alan, baskıcı, zorlayıcı, girişimci ve sonuç odaklı olarak tanımlarken, Hauser (1998) ise yenilikçi kültürü, bağımsız, risk alan ve özgürlüğü destekleyen bir dizi değer ile nitelendirerek yenilikçi kültürlerin yenilikçi çabaları teşvik edeceğini iddia etmektedir(Daher, 2016).

3.2.İnovasyon Çeşitleri

Yenilik, sürdürülebilir rekabet avantajı için kritik bir kaynak sunmaktadır. Örneğin, ürün yeniliği, yeni mal ve hizmet geliştirmeyi gerektirir. Bu gibi yenilikleri yönetmek, işletmelerin değişen piyasa taleplerini karşılmasına ve hatta yönlendirmesine yardımcı olabilir. Aynı şekilde, süreç yeniliği, üretim, hizmet veya idari işlemler yöntemleri oluşturma veya geliştirme yöntemlerini içerir. Bu sayede etkili süreç inovasyonu ile örgütsel verimlilik ve iyileştirmeye açık alanların tespiti ile sorun alanlarını iyileştirebilmek için daha hızlı bir cevap verme mekanizmaları oluşturulabilir(Khazanchi vd., 2007).

İnovasyon çok farklı şekillerde uygulanmakta ve farklı isimler alabilmektedir. Örneğin; süreç yeniliği, ürün / hizmetlerin hangi yollarla değiştirildiğini, yenilikçiliğe yardım etmek için teknoloji, makine, teçhizat yatırımları ve bunlara yatırım yapılması, fikir üretilmesi ve fırsat tanınması ve kullanılmasını ifade eder. Teknik yenilik ise ürün, hizmet ve üretim süreci teknolojisi ile ilgilidir. Yönetim inovasyonu ise inovasyonun bir şirketin faaliyetinin doğal bir parçası olmasını sağlayan prosedürleri ifade etmektedir(Laforet, 2016).

İnovasyon türleri konusunda, uluslararası alan yazında en fazla kullanılan kaynakların başında Oslo Klavuzu gelmekte olup, bu eserde dört tür inovasyon ayrımı yapılmıştır. Bunlar; süreç, ürün, organizasyonel ve pazarlama inovasyonları olup aşağıda Şekil 1’de tanımlarına yer verilmiştir (Soylu ve Göl, 2010:116-117):

Şekil 1: Oslo Klavuzu İnovasyon Türleri

<p>Süreç İnovasyonu</p> <p>Bir süreç yeniliği yeni veya önemli derecede iyileştirilmiş bir üretim veya teslimat yönteminin gerçekleştirilmesidir.</p>	<p>Ürün İnovasyonu</p> <p>Bir ürün yeniliği mevcut özellikleri veya öngörülen kullanımlarına göre yeni ya da önemli derecede iyileştirilmiş bir mal veya hizmetin ortaya konmasıdır.</p>
<p>Organizasyonel İnovasyonu</p> <p>Bir organizasyonel yenilik, işletmenin ticari uygulamalarında, işyeri organizasyonunda veya dış ilişkilerinde yeni bir organizasyonel yöntem uygulanmasıdır.</p>	<p>Pazarlama İnovasyonu</p> <p>Bir pazarlama inovasyonu ürün tasarımı veya ambalajlanması, ürün konumlandırması, ürün tanıtımı(promosyonu) veya fiyatlandırmasında önemli değişiklikleri kapsayan yeni bir pazarlama yöntemidir.</p>

Kaynak: Soylu A, Göl M. Ö. (2010). Yönetim İnovasyonu. Sosyo Ekonomi, 1

3.3.Örgütsel İnovasyon

Teknolojik gelişmeler, sürekli değişen müşteri talepleri, artan küreselleşme, örgütsel sınırların bulanıklaşması ve rekabetin artması, organizasyonel ortamlar üretmeyi, daha önce hiç olmadığı kadar çalkantılı ve istikrarsız hale getirmektedir(Bates ve Khasawneh, 2005). Bu yüzden iş ve teknolojik değişiklikler örgütsel sürdürülebilirliği tehdit etmekte ve modern yönetim birçok zorlukla karşı karşıya kalabilmektedir. Organizasyonlar sürekli olarak rekabetçi baskı altındadır ve yeni yenilikleri ortaya çıkarmaya yeniden zorlanmaktadır. Bir yenilik, yeni bir ürün veya hizmet, yeni bir üretim teknolojisi, yeni bir operasyon prosedürü veya bir işletme için yeni bir yönetim stratejisi olabilir. Kurumların uzun vadeli hayatta kalmaları ve büyümeleri için yenilikler her zaman gereklidir ve günümüzde şirketlerin geleceğinde piyasaların gelişiminin hızlı seyrini izlemek için daha da önemli bir rol oynayabilmektedir(Skerlavaj vd., 2010).

İnovasyon, işletmeler için sürdürülebilir başarı için önemli bir faktördür(Demirci, 2013). Sürdürülebilir operasyonları devam ettirebilmek için, işletmenin sürekli kurumsal yenilikler yoluyla yönetim performansını iyileştirmesi gerekmektedir. Bu nedenle, örgütsel inovasyon iş yönetiminde anahtar faktör haline gelmiştir (Lin vd., 2012).

Örgütlerin neden ve nasıl yenilikçi oldukları sorusu, çeşitli örgütsel, bireysel ve çevresel faktörlerin inovasyonu nasıl teşvik ettiği veya önlediği konuları birçok araştırmacının ilgisini çekmiştir(Jaskyte ve Dressler, 2004). Bir zamanlar örgütsel yenilik sadece bir yönetim modası olarak görülmüş olsa da, günümüzde kültürler arası şirketlerde

öncelikli bir konu haline gelmiştir. Yapılan araştırmalar, örgütlerin bugünkü çevresinin değişen taleplerini etkili bir şekilde karşılamak için daha esnek, uyarlanabilir, girişimci ve yenilikçi olması gerektiğini ortaya koymuştur. Örgütsel inovasyon da bu anlamda, herhangi bir yeni ürünün, işlemin veya sistemin bir kuruluşa dâhil edilmesi anlamına gelmektedir(Sarros vd, 2008). Bu bağlamda, 1990'lı yıllardan bu yana, dünya genelindeki yönetim düşünürleri ve uygulayıcıları, yavaş yavaş ama istikrarlı bir şekilde, şirketlerin rekabet avantajlarının ana kaynağı olarak verimlilik ve kalitenin yerini alan “inovasyon” üzerinde durmaya başlamışlardır. Yapılan incelemelerin sonunda ise, örgütsel inovasyonun, dünyanın herhangi bir yerindeki herhangi bir büyüklüğe sahip işletmeler için sağlam bir rekabet avantajı sağladığı görülmüştür(Singh, 2011).

Örgütsel inovasyon genellikle “yeni fikirlerin veya davranışların geliştirilmesi (üretimi) ve / veya kullanımı (benimsenmesi)” olarak tanımlanmıştır(Faber vd., 2017). Örgütsel yeniliği tanımlamanın bir başka yolu da kültürel bir bakış açısıyla, örgütsel yeniliği bir organizasyonun kültürel rekabet gücünün bir parçası olarak görüyor olmasıdır. Bu bağlamda örgütsel yenilik, örgütsel bir özelliği, eğilimi, isteklilik ve yeni fikirlere açıklık, yenilik, deney yapma ve üretici süreçler ile çözümleri barındırma kabiliyetini yansıtmaktadır(Daher, 2016).

Tüm bunların yanında örgütsel inovasyon teknolojik, sosyal ve piyasayla ilgili zorluklara cevap vermek için organizasyonel adaptasyonla da doğrudan ilgilidir. Örgütsel yeniliği diğer örgütsel değişimlerden ayıran özellik ise, organizasyonda daha önce

kullanılmayan ve stratejik kararların sonucu olan bir örgütsel yöntemin uygulanmasıdır. Bu nedenle, başarılı örgütsel yenilik, var olan uygulama ve süreçleri sorgulamasının yanı sıra, işlerin nasıl yapıldığı konusundaki temel varsayımları da sorgulamaktadır(Martin-Rios, 2016).

Örgütsel inovasyon, gelişen ve değişen dünyaya yüksek adaptasyon yeteneği ile yeni fikirlerin daha da geliştirilmesini ve onları örgütlerde kullanmayı gerektirmektedir(Tesluk vd., 1997). Yeniliğe duyulan ihtiyaç, örgütlerin durağanlığın üstesinden gelmek ve dış ortamdaki değişikliklere cevap verebilme ihtiyacından kaynaklanmaktadır. Yenilik çalışmaları geleneksel olarak genellikle imalat yani üretim faaliyetleriyle ilgili teknolojik değişimle bağlantılı olup, son zamanlara kadar örgütsel veya yönetim yeniliği çok az dikkat çekmektedir. Örgütsel yenilenme çalışmasındaki son gelişmeler, iç süreçlerin ve değerlerin tasarlanması ve geliştirilmesi için organizasyonel yeniliklerin potansiyelini ortaya çıkarmıştır(Martin-Rios, 2016).

4. ÖRGÜTSEL İNOVASYON VE ÖRGÜT KÜLTÜRÜ İLİŞKİSİ

Örgüt kültürü ve inovasyon arasındaki ilişki özellikle son on yılda kapsamlı bir şekilde araştırılan konulardandır (Büschgens vd. 2013). Örgüt kültürünün inovasyona etki ettiği hatta örgüt kültürünün inovasyonun merkezinde yer aldığı çeşitli araştırmacılarla ifade edilmiştir. Ayrıca örgüt kültürü bir organizasyonun sadece inovasyon yeteneğine çok büyük bir etki yapmakla kalmaz, aynı zamanda nasıl inovasyon yapılacağını, hangi tür inovasyona odaklanması gerektiğini

ve olası tehditlerle başa çıkmak için kullanılacak yetenekleri de belirler(Yiğit, 2014). Örgütlerin neden yeniliğe ihtiyacı olacağı sorusu, çeşitli bireysel ve çevresel faktörlerin yeniliği nasıl teşvik ettiğini veya engellediğini araştıran birçok araştırmacıya olan ilgiyi daha da artırmıştır (Jaskyte ve Dressler, 2004).

Son zamanlarda yapılan çalışmalar incelendiğinde, örgüt kültürünü yenilikleri yönetmenin anahtarı olarak gösterilmeye başladığı söylenebilir. Hem örgüt kültürü hem de yenilik, uzun vadede hayatta kalmak için kilit konular olduğundan, bu anahtar faktörlerin birbirleriyle nasıl etkileşime girdiğini analiz etmek önemlidir. Özellikle örgüt kültürünün yenilik alanında uzun süredir önemli bir belirleyici olarak kabul gördüğünü ve bu nedenle inovasyonu daha yapılandırılmış ve sistematik bir şekilde besleyeceğinin daha iyi anlaşılması gerektiğini söylenebilir(Demirci, 2013). Örgüt kültürü, sürekli bir rekabet avantajı kaynağı olmakla birlikte, bazı araştırmalar bunun inovasyonla birlikte, kalite, örgütsel etkinlik ve etkililiğin de anahtar faktörü olarak değerlendirilebileceği gerçeğini ortaya koymaktadır (Sharifirad ve Ataei, 2012).

Örgüt kültürü ve örgütsel yenilik arasındaki ilişkiyi anlamak için, örgütsel değerlerin yenilik sürecini benzersiz yollarla ve yaklaşımlarla nasıl etkileyebileceğini göstermek için seçilen örgüt kuramlarını ve yenilik modellerini gözden geçirmek uygun olacaktır (Daher, 2016). Örgüt kültürü kavramı uzun zamandır örgütsel başarı için önemli bir faktör olarak kabul edilmiştir. Özellikle örgüt kültürünün organizasyonda yenilik yapma sürecinde önemli bir etkisi olduğu öne sürülmüştür. Çünkü bir inovasyon bireyler tarafından geliştirilir ve

yürütülürken, yeniliklerin içinde bulunduğu durum ise örgütler tarafından sağlanmaktadır (Hsing, 2011).

Örgütsel yenilik, örgüt kültürünün öğrenme ve değişimde oynadığı rol nedeniyle, ağırlıklı olarak bir kolaylaştırıcı olarak kültürün rolüne odaklanmaktadır (Bates ve Khasawneh, 2005). Jimenos-Zarco (2012), örgüt kültürü ile yenilikçilik ilişkisi alanında yaptığı çalışmada örgüt kültürünün girdilerinin ve çıktılarının yenilikçi olan ve yenilikçi olmayan örgütler arasındaki ayırt edilebilirliği sağladığını savunmaktadırlar. Bu ayırımın bir sonucu olarak sürdürülebilir yenilikler kritik önemde bir örgüt kültürü değişiminde gerekli kılınmaktadır(Altuntaş G, 2010).

5. ÖRGÜT KÜLTÜRÜ VE ÖRGÜTSEL İNOVASYON İLİŞKİSİ İLE İLGİLİ YAPILAN ARAŞTIRMALAR

Örgüt kültürü ve örgütsel inovasyon arasında pozitif bir ilişkinin var olduğu çeşitli araştırmalarda da öne sürülmektedir(Büschgens vd., 2013). Yenilik odaklı kültürü oluşturan pek çok kavramsal önerme bulunsa da, ampirik çalışmalar kültürel değerler ve örgütsel yenilik arasında pozitif ilişkiler göstermiştir (Bartel ve Garud, 2009). Yenilikte kültürün kilit rolü olduğu konusunda çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Bu bölümde sektör ayırımı yapılmaksızın bazı örnek çalışmalardan kısaca bahsedilecek ve araştırma bulguları ile literatür örneklendirilmeye çalışılacaktır. Bu araştırmalardaki temel amaç, örgüt üyeleri arasındaki yenilikçi davranışı teşvik edebilmesidir. Çünkü yenilik, örgütün temel bir değeri olarak kabul edilebilirse ona bağlılığı da artırabilir(Naranjo-Valencia vd., 2011). Sonuç olarak, ampirik çalışmalar incelenerek,

inovasyon yollarının anlaşılması daha da kolaylaştırılabilir ve diğer işletmeler için kıyaslama ve kendini yenileme olanakları sunabilir. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, bu araştırmaların büyük bir kısmı imalat firmaları üzerinde yoğunlaşmıştır. Bunun yanında pek çok çalışmada da, karşılaştırma yoluyla yüksek "katma değer" hizmetleri sağlayan hizmet firmalarında yeniliği destekleyen süreçleri ortaya çıkarmaktadır(Hogan ve Coote, 2014). Bu çalışmalardan bazıları aşağıda verilmiş olup, araştırmacılar kendi ilgi alanlarına uygun olan sektörlerle ilgili örgütsel inovasyon ve kültür çalışmalarını inceleyebilir.

Öğüt ve Aksay (2011) tarafından Konya ilinde faaliyet gösteren özel hastaneler üzerinde yapılan ve hastanelerde yenilikçilik kültürünün örgütsel yenilikçilik üzerine etkisini belirlemek üzere yapılan araştırmada, anket yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya özel hastanelerde çalışan 368 sağlık profesyoneli katılmış olup, araştırmada latentler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizi yapılmış; yenilikçilik kültürünün alt boyutları ile örgütsel yenilikçiliğin alt boyutları arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Yenilikçilik kültürünün örgütsel yenilikçilik üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan regresyon analiz sonuçlarına göre ise; yenilikçilik uygulamaları, yenilikçiliğe meyil ve değer odaklılık boyutlarının örgütsel yenilikçiliği pozitif yönlü etkilediği tespit edilmiştir. Bu bağlamda örgüt kültürünün inovasyonla bezendiği ve çalışanların yenilikçiliği içselleştirdiği ve yenilikçilik kültürünün hâkim olduğu hastanelerde, örgütsel yenilikçilik kapasitesi artmaktadır.

Koberg ve Chusmir (1987) üç örgüt kültür tipi ile yönetimsel yaratıcılık, motivasyon ve diğer ilgili değişkenler arasındaki ilişkiyi incelenmişlerdir. Yenilikçi, destekleyici ve bürokratik örgüt kültürü tipleri ile batı metropoliten alanındaki 165 yönetici (69 kadın, 96 erkek) ile yaptıkları araştırma sonucuna göre, yenilikçi kültürün, iş doyumuyla anlamlı ve pozitif yönde bir ilişkisi olduğunu ortaya koymuşlardır. Ayrıca örgütte risk alma, sonuç odaklılık, teşvik edicilik ve girişimcilik gibi unsurlar ile yeniliğin pozitif yönde ve anlamlı ilişkisinin olduğunu tespit etmişlerdir(Bartel ve Garud, 2009).

Russell'in (1990) çalışmasında, örgütsel yapı, çevresel belirsizlik ve yenilikle ilişkili değerler içeren entegre yenilik modelini test etmiştir. 245 işletmenin icra direktörlerinden oluşan katılımcılara, örgüt kültürünü ölçmek için yenilikle ilgili değerlerin ölçümü için 34 maddelik bir ölçek kullanılmıştır. Bu değerler inovasyonla ilgili davranışların sekiz boyutu (güçlendirme, dinamizm, uyarlanabilirlik, ekip çalışması, esneklik, risk alma ve katılımcı karar verme gibi) etrafında tasarlanmış, tüm bu alt bileşenlerin inovasyonu etkilediği tespit edilmiştir(Daher, 2016).

Kitchell (1995) iki yapıyı operasyonel hale getirmek için örgüt kültürü ve inovasyonun benimsenmesi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Makine ve metal endüstrisindeki 110 işletmeden elde edilen veriler, esnekliğin ve geleceğe yönelik kültürlerin örgütsel inovasyonun önemli göstergeleri olduğunu ortaya koymuştur(Daher, 2016).

Hurley ve Hult (1998), yenilikçi bir organizasyonla ilişkili bazı kültürel özelliklerin var olduğunu bulmuşlardır. Araştırmaları, pazar odaklılık, bireysel öğrenme ve gelişim vurgusu, statü farkı, katılımcı

karar verme, destek ve işbirliği, güç paylaşımı ve güçlendirme, kapsamlı iletişim, çatışma ve risk alma konusunda tolerans alma gibi konuların yenilikçi örgütlere atfedilen, önemli kültürel özellikler arasında olduğunu göstermiştir(Demirci, 2013).

Dellana ve Hauser (2000) dört tip örgüt kültürünün, kalite ve yenilikçiliğe stratejik yaklaşımın başarısı üzerindeki etkisini değerlendirmiştir. Anketler, Amerikan Kalite Derneği üyesi olan rastgele seçilen 1000 yöneticiye postalanmış, toplanan verilerle, adhokrasi ve girişimcilik kültürlerinin yenilikle önemli ölçüde olumlu bir ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır(Daher, 2016).

Chandler, Keller ve Lyons'un (2000) mevcut araştırması, küçük ve orta ölçekli işletmelerde yenilikçi bir kültürü destekleyen yapıları tanımlamaktır. Yenilikçi bir kültür ile ilişkili yapıları belirlemek için 23 küçük ve orta ölçekli imalat firmasında 429 çalışandan oluşan bir örneklem seçilmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre, destek ve ödüllendirme sisteminin yenilikçi bir kültürle istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Kültürleri yenilikçiliği destekleyen işletmeler, daha küçük olmaya, daha az sayıda resmi insan kaynakları uygulamasına ve daha az sayıda kaynaklara sahip olma eğiliminde olduğu bulunmuştur. Ayrıca yenilikçi bir kültür ile örgüt performansı arasında doğrudan bir ilişki olmadığı, bununla birlikte rekabet ortamı hızlı bir şekilde değiştiğinde, örgütün kazançlarının, yenilikçi bir kültürle güçlendirilebildiği tespit edilmiştir(Gaylon ve Lyon, 2000).

Gudmundson, Tower ve Hartman'ın (2003) ampirik araştırması, mülkiyet yapısı, müşteri türü, küçük işletmelerdeki örgüt kültürü ve yenilikçilik boyutları arasındaki ilişkilere odaklanmaktadır. Çalışma, örgüt kültürü, mülkiyet yapısı ve müşteri türünün yenilik için öngörülen değişkenler olduğunu ileri sürmektedir. 89 küçük işletmedeki 4264 kişiden toplanan anket verilerinin analizinde çoklu regresyon yöntemi kullanılmıştır. Sonuçlar inovasyonun hedeflenen işletmelerde uygulanmasının kültür ve sahiplik yönleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Örgütsel desteğin, uygulama için yenilik başlatmaktan daha önemli olduğu, ayrıca inovasyona yönelik kültürel desteğin firmanın mülkiyet türü ve mülkiyet yapısı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir(Gudmundson vd, 2003).

Jaskyte ve Dressler (2004) Alabama'daki kar amacı gütmeyen 20 örgütte, örgütsel kültür ile örgütsel yenilikçilik arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Kültürel fikir birliğinin ve örgütsel değerlerin örgütsel yenilikçiliğin önemli göstergeleri olacağı varsayılmıştır. Araştırmacılar bir organizasyonun yenilikçi olabilmesi için, çalışanların yeteneklerini ifade etmek için yeterli zaman verilmesi, risk alma, deneme ve fırsatlardan yararlanmak için belirli bir müddet verilmesi gerektiği sonucuna ulaşmışlardır. Diğer taraftan, uyum, istikrar, güvenlik ve çatışma eksikliği gibi değerlerin inovasyon sürecini desteklemediği ancak engellemediği de görülmüştür (Jaskyte ve Dressler, 2005).

Jimeno-Zarco (2012), örgüt kültürü ile yenilikçilik ilişkisi alanında yaptığı çalışmada örgüt kültürünün girdilerinin ve çıktılarının yenilikçi olan ve yenilikçi olmayan örgütler arasındaki ayırt edilebilirliği sağladığını savunmaktadırlar. Bu ayırımın bir sonucu

olarak sürdürülebilir yenilikler kritik önemde bir örgüt kültürü değişiminde gerekli kılınmaktadır(Altuntaş G, 2010).

İlk bölümde bahsedilen teorik altyapı ve biraz önce değinilen ampirik araştırmalar ve niceliksel çalışmalar, örgütsel kültürün örgütsel yenilikle ilişkili olduğu önermesini destekleyen güçlü argümanlar, sağlam yargı ve ampirik kanıtlar sağlamaktadır(Bartel ve Garud, 2009).

6. SONUÇ

İçinde bulunduğumuz yüzyıl herşeyin çok hızlı değiştiği bir yüzyıldır. Küreselleşen dünyada örgütler, küreselleşmenin getirmiş olduğu rekabet ortamında ayakta kalabilmek için değişime ve yeniliklerin getirmiş olduğu şartlara ayak uydurmak zorundadır. Artan dinamik ve rekabetçi pazarlarda yenilik, başarının ön şartı olup, ancak bu değişim ve yeniliklere ayak uydurabilen örgütler ayakta kalabilmektedir.

Örgütlerin çevresinde oluşan sürekli hareketlilik ve rekabetin başka bir boyut kazanması, örgütleri sürdürülebilir başarıyı sağlama da daha zorlu bir mücadelenin içine çekmiştir. Kurumsal başarının sürdürülebilmesinin son derece zor olduğu bu süreç, varlığını devam ettirebilme isteğinde olan örgütler için, yeni teknikler ve yöntemler kullanmayı, bu bağlamda yenileşim yani inovasyon yapmayı zorunlu kılmıştır.

Hızla yayılan bilimsel ve teknolojik gelişmeler ve oluşan küresel rekabet, tüm örgütleri derinden etkilemektedir. Bu süreçte örgütleri farklı, etkili ve verimli kılabilmenin yolu yeniliklere uymaktan geçmektedir. Yenilikçi kültürü benimseyen ve bunu kendi bünyelerine yerleştiren örgütler buldukları çevreye kolay uyum sağlamakta ve yaşanan gelişmelere anında cevap verebilmektedir. Bu anlamıyla inovasyon, örgütlerin başarısı ve devamı için yaşamsal bir öneme sahiptir.

Örgütsel başarı ve pazarda lider durumuna gelebilmek, müşteri isteklerine cevap verebilmek için örgütler tutarlı yenilikler ortaya koymalıdır. İnovasyon kavramının günümüzde giderek daha önemli

hale gelmesi hiç şüphesiz dış çevre koşullarının etkisi ile olmuştur. Örgütlerin, dış çevresinde mikro, mezo ve makro olarak yaşanan değişim ve yenileşim rüzgarına uyum sağlayabilmesi için öncelikle inovasyonu teşvik eden bir örgüt kültürüne sahip olmaları gerekmektedir.

Yoğunlaşan rekabet ortamında inovasyonun örgütlerin sürdürülebilirlik, karlılık ve büyüme hızları açısından değerlendirdiğinde yaşamsal bir olgu olduğu görülmektedir. İnovasyon yapmak, küresel olarak yaşanan bu hızlı gelişmelere mevcut koşullar altında iyi performans göstermek için mutlak bir zorunluluk haline gelmiştir. Örgütlerde bu değişim yaşanırken yenilikçilik üzerinde örgüt kültürünün etkisi, yapılan ampirik araştırmalar sonucunda kanıtlanmış ve çoğunlukla pozitif sonuçlar elde edilmiştir. Bu bağlamda değerlendirildiğinde rekabet altında faaliyet sürdüren ve yenilikçiliği amaçlayan örgütlerde örgüt kültürünün önemi daha da anlaşılmaktadır.

Örgütler hem sosyal, hem de fiziksel yapılardır ve bu nedenle örgütsel kültür anlayışı örgüt içinde, yenilik sürecini ve örgütün performansını artırmaya olanak tanımaktadır. Bu noktada örgütlerin inovasyon kavramını çalışma alanlarının bir temel unsuru haline getirmeleri hayati bir önem taşımaktadır. Başarılı birçok işletmenin stratejilerinin günümüzde inovasyon temelinde inşa edildiği görülmektedir. İnovasyonun, gelişmiş ekonomilerin temel dinamiğini oluşturmadaki rolünün de gün geçtikçe arttığı söylenebilir. Bu anlamda bütün örgütler yeniliğe dayalı ekonomik modelleri benimsemektedirler. Bunu sağlamanın yolu ise örgütü oluşturan paydaşların yenilikle ilgili

alınan kararları benimsemeleri ve bu konuda kendilerine düşen görevi en iyi şekilde yerine getirebilmeleridir.

Küresel dünyamızda yer alan örgütlerin yaşamlarını sürdürebilmesi için çevrelerindeki dinamizme uyum sağlamaları ve teknolojiye her an yaşanan yenilikleri kendi bünyelerine taşımaları artık zorunluluk halini almıştır. Güçlü bir örgüt yapısına sahip örgütler bu yenilikleri kolayca benimseyerek rekabet ortamındaki yerlerini sağlamlaştırmışlardır. Kuşkusuz bunu sağlayan unsurlardan biride örgüt kültürüdür.

Örgüt kültürü ve inovasyon arasındaki ilişki son zamanlarda yukarıda da kısaca değinilen birçok kapsamlı araştırmaya konu olmuştur. Bu araştırmaların sonuçları incelendiğinde ve değerlendirildiğinde ise örgüt kültürünün inovasyon üzerinde etkili olduğu ortaya çıkmakla birlikte; örgütlerin hangi tür inovasyonu nasıl yapması gerektiği, hangi inovasyon türlerine odaklanılması gerektiğini belirten birçok bulgu ortaya çıkmıştır.

Sonuç olarak, örgütsel inovasyon, mevcut ürünlerde, süreçlerde ya da sunulan hizmetlerde yapılan küçük değişikliklerden mükemmel performans sonuçlarına, piyasada yaşanan ilkler olarak çeşitli şekillerde karşımıza çıkmasını sağlamaktadır. Bugünün rekabet ortamında yenilik yapma kapasitesini artırmak isteyen örgütler, yenilik anlayışını geliştirip bunu örgüt elemanlarına aşılmalıdırlar.

Bu çalışmanın konunun paydaşları, öğrenciler ve akademisyenler açısından bir farkındalık oluşturabilmesi ve sektörel bazda yapılabilecek diğer çalışmalar ile desteklenmesi konunun daha iyi anlaşılabilmesi açısından önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

- Aksay K., Orhan F. (2013). Hastanelerde İnovasyon Sürecinin Risk Yönetimi Bağlamında Değerlendirilmesi: Bir Model Önerisi, Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi C:2 S:3 Yaz 2013 (10-23).
- Altuntaş G, D. D. (2010). Girişimcilik Yönetimi ve Örgütsel Performans. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 39(1), 345.
- Ax C., Greve J. (2016). Adoption of management accounting innovatios: Organizational culture compatibility and perceived outcomes. *Management Accounting Research*, 34, 59-74.
- Balay R., Kaya A., Cülha A. (2013). Örgüt Kültürü ve Örgütsel Sinizm İlişkisi. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 14(2), 124.
- Bartel C.A., Garud R. (2009). The role of narratives in sustaining organizational innovation. *Organization Science*, 20(1), 107.
- Bates R., Khasawneh, S. (2005). Organizational learning culture, learning transfer climate and perceived innovation in Jordanian organizations. *International Journal of Trainig and Development*, 96-98.
- Biswas, S. (2009). Organizational Culture, its definition and measurement:evidence from literature. *Management & Change*,, 13(1), 145.
- Büschgens T., A. B., David B.Balkin. (2013). Organizational Culture and Innovation: A Meta-Analytic Review. *J Prod Innov Manag*, 30(4), 763.

- Çakar N. D., Ertürk A. (2010). Comparing Innovation Capability of Small and Medium-Sized Enterprises: Examining the Effect of Organizational Culture and Empowerment. *Journal of Small Business Management*, 48(3), 327-328.
- Daher, N. (2016). The Relationships Between Organizational Culture and Organizational Innovation. *International Journal of Business and Public Administration*, 13(2), 1-5.
- Demirci, A. E. (2013). Strategic Representation of an Abstract Reality: Spraling Relations between Organizational Culture and Innovativeness. *Journal of Management and Strategy*, 4(39-41).
- Eren, E. (2012). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi* (Vol. 13). İSTANBUL: Beta Basım Yayım.
- Faber S. F., Geenhuizen M. v., G., Reuver M.d.(2017). ehealth adoption factors in medical hospitals. *international journal of medical informatics*, 100, 78.
- Gaylon N.Chandler, C. K., Douglas W.Lyon. (2000). Unraveling the determinants and consequences of an innovation-supportive organizational culture *entrepreneurship:Theory&Practice*25(1), 59.
- Gudmundson D., Tower C. B., Hartman E. A. (2003). Culture and ownership structure do matter. *Journal of Developmental Entrepreneur*8(1), 1.
- Soylu A., Göl, M. Ö. (2010). Yönetim İnovasyonu. *Sosyo Ekonomi*, 1, 116.

- Hsing-Er Lin, E. F. M. (2011). Investigating the Role of Leadership and Organizational Culture in Fostering Innovation Ambidexterity. *IEEE Transactions on Engineering Management*, 58(3), 499.
- Hogan S.J., Coote L. V. (2014). Organizational culture, innovation and performance: A test of Schein's model. *Journal of Business Research*, 67, 1609-1621.
- Jaskyte K., Dressler W. W. (2004). Studying Culture as an Integral Aggregate Variable: Organizational Culture and Innovation in a Group of Nonprofit Organizations. *Field Methods*, 16(272).
- Jaskyte K., Dressler W. W. (2005). Organizational Culture and Innovation in Nonprofit Human Service Organizations. *Administration in Social Work*, 29(2), 23-26.
- Khazanchi S., M. W. L., Kenneth K. Boyer. (2007). Innovation-supportive culture: The impact of organizational values on process innovation. *Journal of Operations Management*, 25, 871.
- Laforet, S. (2016). Effects of organisational culture on organisational innovation performance in family firms. *Journal of Small Business and Enterprise Development*, 23(2), 383.
- Leong J., C. A. (2012). Fostering innovation through cultural change. *Library Management*, 33(8/9), 490.
- Lin T.Y., L.-M. C., Min- Yen Chang and Chih-Ming Yeh. (2012). A study of the relationship between team innovation and organizational innovation in the high-tech industry. *Advances in Management & Applied Economics*, 2(2), 23-29.

- Mario J. Donate, F. G. (2010). The Effect of Organizational Culture on Knowledge Management Practices and Innovation. *Knowledge and Process Management*, 17(2), 85.
- Martin-Rios, C. (2016). Sensemaking of organizational innovation and change in public research organizations. *International Journal of Organizational Analysis*, 24(3), 519.
- Naranjo-Valencia J. C., Jimenez J. D., Vale-S. R. (2011). Innovation or Imitation? The role of organizational culture. *Management Decision*, 49(1), 55.
- Özkan Ö., Turunç Ö.(2015). Örgüt Kültürü ile Yenilikçilik ilişkisinde Rekabet Şiddetinin Düzenleyici Etkisi: Savunma Sanayinde Bir Uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(1), 339-357.
- Öğüt A., Aksay K., (2011). Yenilikçilik Kültürünün Örgütsel Yenilikçilik Üzerine Etkisi: Konya İlinde Faaliyet Gösteren Özel Hastanelerde Bir Uygulama, *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, Sayı 2. Konya
- Padilha C.K., Gomes. G. (2016). Innovation culture and performance in innovation of products and process: a study in companies of textile. *RAI Revista de Administração e Inovação*, 13, 289.
- Poskiene, A. (2006). Organizational Culture and Innovations. *Engineering Economics*, 1(45-47).
- Riivari E., Lamsa A.M. (2019). Organizational Ethical Virtues of Innovativeness. *Springer Journal of Business Ethics*, 155-1.
- Sarros J. C., B. K. C., Joseph C. Santora. (2008). Building a Climate for Innovation Through Transformational Leadership and

- Organizational Culture. *Journal of Leadership&Organizational Studies*, 15(2), 145-149.
- Schein, E. H. (1997). *Organizational and Leadership* (Vol. 2.B). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Singh, S. K. (2011). Organizational Innovation as Competitive Advantage during Global Recession. *The Indian Journal of Industrial Relations*, 46(4), 717-721.
- Skerlavaj M., Song, J. H., Lee Y. (2010). Organizational learning culture, innovative culture and innovations in South Korean firms. *Expert Systems with Applications*, 37, 6390-6393.
- Sharifirad M.,S., Ataei V.(2012). Organizational culture and innovation culture: exploring the relationships between constructs. *Leadership&Organization Development Journal*, 33(5), 494-498.
- Şimşek M.Ş., Akgemci T., Çelik A. (2003). *Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış* (Vol. 3). KONYA: Adım Matbaacılık.
- Raquel Sanz-Valle, J. C. N.-V., Daniel Jimenez and Laureano Perez-Caballero. (2011). Linking organizational learning with technical innovation and organizational culture. *Journal of Knowledge Management*, 15(6), 997.
- Satı, Z.E., Işık Ö. (2011). İnovasyon ve Stratejik Yönetim Sinerjisi: Stratejik İnovasyon. *CBÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(2), 538-555.
- Tesluk P. E., J. L. F., Klein S.R.(1997). Influences of Organizational Culture and Climate on Individual Creativity. *Journal of Creative Behavior*, 31(1), 27.

- Uzkurt, C. (2017). *Yenilik (İnovasyon) Yönetimi ve Yenilikçi Örgüt Kültürü*. İSTANBUL: Beta Basım A.Ş.
- Verdu A., Lirios. A.-S., Gomez-Gras J.M. (2017). Adaptive culture and product/service innovation outcomes. *European Management Journal*, 1-11.
- Yılmaz A., Eroğlu C. (2013). *Davranış Bilimleri ve Örgütsel Davranış* (Vol. 4). ANKARA: Detay Yayıncılık.
- Yiğit, S. (2014). Örgüt Kültürü ve İnovasyon İlişkisi Bağlamında "İnovasyon Kültürü". *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 16(27), 1-5.

BÖLÜM 12:
DEĞER BAZLI SAĞLIK HİZMETİ: KAVRAMSAL BİR
ÇERÇEVE

Doç. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK¹

Arş. Gör. Mehmet Akif ERİŞEN²

¹ Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, e-posta: yunuseozturk@gmail.com

² Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, e-posta: akiferisen@selcuk.edu.tr

1. GİRİŞ

Günümüzde değer bazlı sağlık hizmeti, dünyadaki birçok sağlık hizmeti reform hareketinin ilgi odağı haline gelmektedir. Yeni bir yaklaşım olması sebebiyle değer bazlı sağlık hizmeti uygulamalarının farklı yönleri iyi araştırılmamış ve değer bazlı sağlık hizmeti uygulamasının bir sonucu olarak sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi veya sağlık hizmeti maliyetlerinin azaltılması ile ilgili kanıtlar sınırlı düzeyde kalmıştır. Yeni bir yaklaşım olmasına ve sonuçlarına ilişkin sağlık alanında çok fazla somut veri olmamasına karşın değer bazlı sağlık hizmeti uygulamaları sağlık hizmetlerinin maliyetlerindeki artışları sınırlama konusunda, kullanım incelemeleri veya maliyet analizleri gibi geleneksel yaklaşımlara göre daha etkili ve sürdürülebilir bir yaklaşım olarak ön plana çıkmaktadır. Değer bazlı sağlık hizmeti uygulamalarının sağlık hizmeti maliyetlerindeki hızlı yükselişi durdurması ve herhangi bir hasta grubu için bakım döngüsü başına toplam maliyetlerin daha net belirlenmesini sağlayacağı düşünülmektedir.

Değere dayalı tıp olarak bilinen bu yaklaşım, kanıta dayalı tıbbın gelişimini izlemiş ve sunulan hizmet miktarına göre ödemelerin yapıldığı geleneksel modellerden ziyade hastalara verilen değere odaklanarak açık bir maliyet fayda analizi içerecek şekilde konseptini genişletmiştir. Bu yaklaşımda, tüm bakım döngüsü boyunca hasta için değer yaratılabilir ve değer yaratma konusunda hastanın beklenti ve ihtiyaçları dikkate alınmalıdır. Ayrıca değeri doğru ölçebilmek için hasta sonuçları uzunlamasına takip edilmelidir. Bu yaklaşımda önemli

olan bir diğer nokta, hastanın tedavisinde yer alan tüm disiplinlerin, nihai sonuç için eşit derecede sorumlu olmasıdır.

Bu çalışmanın amacı sağlık hizmetlerinin tüm paydaşlarına (hasta, hekim, tedarikçi, ödeyici vb.) olumlu yönde katkı sağlayabilecek yeni bir kavram olan değer bazlı sağlık hizmetlerinin kavramsal erevesi, taraflara sağladığı faydalar, temel unsurları, süreci ve önündeki engeller hakkında teorik bilgiler vermektir. Ayrıca değer bazlı sağlık hizmetleri ile ilgili olarak literatürün kısıtlı olması sebebiyle bu çalışma ile literatüre katkı sağlanması hedeflenmektedir.

2. Değer Bazlı Sağlık Hizmeti Kavramsal erevesi

Bu bölümde öncelikle değer kavramı açıklanmış daha sonra değer bazlı sağlık hizmeti kavramının önemi ve özelliklerine değinilmiştir.

2.1. Değer ve Değer Bazlı Sağlık Hizmeti Kavramı

Değer en basit haliyle, maruz kalınan maliyetlere göre hastalar için elde edilen sağlık ıktıları olarak tanımlanır. Değer, tüm sistem taraflarının çıkarlarını ortak bir noktada birleştirebilecek bir unsurdur. Değer bazlı sağlık hizmeti uygulaması, hizmet sağlayıcılarının, hastaların, ödeme yapanların, işverenlerin ve devlet politikalarının değeri nasıl en st düzeye çıkarabildiği konusunda genel prensipler sunarak, yalnızca hastalara fayda sağlamakla kalmamakta, aynı zamanda sağlık sistemini finansal olarak daha sürdürülebilir hale getirmektedir. Ayrıca değerin geliştirilmesi ve ön plana çıkması, maliyetlerin kişiden kişiye farklılık göstermesi veya hizmetlerin kısıtlanması gibi konuları engelleyecek bir unsurdur.

Herhangi bir sağlık hizmeti dağıtım sistemi için doğru amaç, hastalara verilen değer arttırmaktır. Yani sağlık hizmetleri için en önemli unsurlardan birisi, maliyetleri en aza indirmeye çalışmaktan vazgeçmemek için değer en st düzeye çıkarmaktır. Değerin artırılması, sadece verimliliği artırmayı değer, hasta sonuçlarını iyileştirmeyi de gerektirecektir. Sağlık hizmetindeki değer, harcanan para birimi başına elde edilen hasta sonuçları/ıktıları ile ölçülür. Sağlık sektöründe değerin, sağlanan hizmetin kalitesi, etkinliği, maliyeti ve güvenilirliğin bir fonksiyonu olduğu ifade edilmektedir. Diğer bir ifadeyle değer; tedavinin toplam maliyetine göre, hastalar için ulaşılabilinen en muhtemel sağlık kazanımı (sonlanım) anlamına gelir.

Değer = Hasta için önemli olan sağlık sonuçları (ıktı) / Sonuçları sunma maliyetleri (Maliyet)

Sonuçlar veya çıktılar, bir hastanın bakım döngüsü üzerindeki durumu için eksiksiz sağlık sonuçları kümesini ifade ederken maliyetler, bakım döngüsünde hastanın durumu için toplam bakım masraflarıdır. Tıbbi sonuçların ölçülmesi giderek artan bir ilgiyle karşılanırken, bu sonuçlara ulaşmak için gerekli olan maliyetlerin ölçülmesi daha az dikkat çekmiştir. Değer çerçevesinde, ilgili maliyet, ilgili komplikasyonların ve ortak komorbiditelerin tedavisi de dahil olmak üzere, belirli bir tıbbi durum için hastanın tam bakım döngüsünde kullanılan tüm kaynakların (klinik ve idari personel, ilaçlar ve diğer malzemeler, cihazlar, alan ve ekipman) toplam maliyetidir.

Değer bazlı sağlık hizmetlerinde sonuçların kalitesini korurken, aynı maliyetlerdeki sonuçları iyileştirerek veya hasta bakımındaki

toplam maliyetleri azaltarak hastalara sunulan sağlık hizmetinin değeri artırılmalıdır. Sağlık hizmetlerinde g¼çlü bir değer unsur, daha iyi sonuçların genellikle daha d¼ş¼k toplam bakım maliyetleri ile birlikte ele alınmasını ifade eder.

Değer doğru bir şekilde yönetmek için, hem sonuç hem de maliyet hasta düzeyinde ölçülmelidir. Ölçülen sonuçlar ve maliyetler, hastaya özel tıbbi durumun tüm bakım döngüsünü kapsamalıdır. Bu da genellikle, teşhisten tedaviye kadar devam eden yönetim için çoklu müdahaleler yapan çok sayıda uzmanı içeren bir ekibi kapsar. Tıbbi bir durum, en iyi şekilde koordineli bir şekilde ele alınan birbiriyle ilişkili hasta koşulları kümesidir ve yaygın olarak komplikasyonlar ve komorbiditeler içerecek şekilde tanımlanmalıdır. Örneğin, diyabetli bir hastayı tedavi etme maliyeti, sadece endokrinolojik bakım ile ilişkili maliyetleri değil, aynı zamanda vasküler hastalık, retinal hastalık ve böbrek hastalığı gibi ilgili durumların yönetim ve tedavi maliyetlerini de içermelidir. Değer yönetimde diğer bir önemli unsur ise hem ürünün hem de tedavinin seçimindeki uygunluktur. Bir tedavinin olması gerekenden daha az/daha fazla kullanılması, ya da uygun olmayan koşullarda kullanımı değer bozabilir.

Sağlık hizmetlerinde önemli olan sağlanan farklı hizmetlerin sayısı veya verilen hizmetlerin hacmi değil, elde edilen değerdir. Daha fazla bakım ve daha pahalı bakım, mutlaka daha iyi bir bakım anlamına gelmez. Diğer bir ifade ile değer; bir hastane, bir bakım yeri, bir uzmanlık, bir bölüm veya bir müdahale ile değil, hastanın tam sağlık bakımı için bir hastanın tıbbi durumunu önemseme ile oluşturulur. Maliyeti azaltmak için en güçlü yol, sonuçları iyileştirmektir.

Hasta perspektifinde, tedavinin amaç olmadığı açıktır. Tedavi daha ziyade, iyi sağlık sonuçlarının elde edilmesi ve sürdürülmesi için bir araçtır. Daha çok bakım ve daha iyi sağlık arasında bir seçim yapıldığında, hastanın tercihi açık bir şekilde daha iyi sağlık yönünde olacaktır. Özetle herhangi bir sağlık sisteminin amacı, mümkün olan en düşük maliyetle en fazla sayıda insan için en iyi sağlığı elde etmek veya korumak olmalıdır. Bu hedef, hastalar için önemli olan ve sistemdeki tüm aktörlerin çıkarlarını birleştiren hedefdir.

2.2. Değer Bazlı Sağlık Hizmetlerinin Önemi ve Özellikleri

Mevcut eğilimin ve yaklaşımların yüksek borçlanmalar karşısındaki yetersiz kalmasına karşılık olarak değere dayalı sigorta sistemini kavramsallaştıran ve uygulayan Mark Fendrick ve meslektaşları, klinik hizmetlerin değerine bağlı (faydalar ve maliyetler-sadece maliyetler değil) olarak ödeme oranlarının belirlenmesini destekleyen bu yaklaşımı önermişlerdir. Ayrıca değer bazlı sağlık hizmetinin uygulanmasının, çıkış noktasını sağlık hizmetlerinde kalite ve ekonomi sorunlarının nasıl çözüleceği konusundaki düşünceler oluşturmaktadır. Bu kavramın kurucuları, bunun odakta bir kayma gerektirdiğine, yani süreçlere odaklanmak yerine, maliyetle ilgili olarak hasta için mümkün olduğunca çok değer yaratmaya yönelik çabalar gerektirdiğine inanmaktadır.

Sağlık hizmeti sunucuları açısından öncelikli hedef hasta değerini en üst seviyede tutabilmek olmalıdır. Değer, sunulan hizmetin maliyeti (para birimi) başına elde edilen sağlık çıktılarını ifade eder. Hizmet sunucunun hizmet yelpazesi, büyüklüğü, itibarı ve rahat şekilde işletme artışı kazanıp kazanmadığı ikincil hedefler olarak ele alınmalıdır. Değer

temelli sağlık hizmeti, hizmet sağlayıcılara (hastaneler ve doktorlar dâhil olmak üzere) ödemelerin hastanın aldığı sağlık hizmetinin sonuçlarına göre yapıldığı bir sağlık hizmeti sunumu modelidir. Değere dayalı hizmet anlaşmaları altında, sağlayıcılar, hastaların sağlığını iyileştirmelerine, kronik hastalıkların etkilerini ve insidanslarını azaltmaya ve kanıta dayalı bir şekilde daha sağlıklı yaşamalarını sağlamaya yardım ettikleri için ödüllendirilir. Bu yaklaşım, hizmet sağlayıcıların sundukları sağlık hizmetleri miktarına göre ödenen hizmet başına ücret ya da bütçe yaklaşımından farklıdır. Değer bazlı sağlık hizmetinde “değer”, sağlık sonuçlarının çıktılarının sunulması maliyetine karşı ölçülmesinden elde edilir ve ödemeler de bu değere göre yapılır.

Değer bazlı hizmet modellerinin uygulamaya konulması, sağlık bakım uygulamalarında giderek daha fazla odaklanılan bir unsur haline gelmiştir. Değer odaklı programlar, bireylere ve toplumlara daha düşük maliyetle daha iyi bakım veren sağlık hizmeti sağlayıcılarını ödüllendirmek için tasarlanmıştır. Bu programlar altında, geri bildirimler, ölüm oranı, hasta yatış süresi ve ücretler gibi sonuçlar değer odaklı bakım ölçümleri haline gelmiştir. Genel amaç, yüksek kaliteli sağlık hizmeti geliştirmek, hastaların acılarını azaltmak, hasta güvenliğini arttırmak ve daha iyi bir maliyet etkinliği sağlamaktır. Değer bazlı sağlık hizmetlerinin, sağlık hizmeti maliyetlerinin hızla artmasını durdurması ve herhangi bir hasta grubu için bakım döngüsündeki toplam maliyetlerin daha iyi anlaşılmasını sağlaması beklenmektedir.

Sağlık hizmetlerinde maliyetleri düşürürken sonuçları iyileştirme potansiyeli, karşılaştığımız diğer alanlardan daha fazladır. Bu potansiyeli açığa çıkarmanın anahtarı, doğru bir maliyet ölçüm sistemini, sonuçların sistematik ölçümü ile birleştirmektir. Bu güçlü araçlarla sağlık hizmeti sağlayıcıları sağlık personelini, ekipmanı, tesisleri ve idari kaynakları çok daha verimli bir şekilde kullanabilir, sistem aracılığıyla hasta süreçlerini düzene sokabilir ve gereksiz süreçleri ortadan kaldırırken sonuçları iyileştiren tedavi yaklaşımlarını seçebilir.

Kurutkan ve Bayat'a (2015) göre değer bazlı sağlık hizmetleri sayesinde klinik hizmetlerinin kalitesini artırmak; performans standartlarını şeffaflaştırarak, sağlık hizmetlerini hastalar açısından kullanışlı hale getirmek; sağlık hizmetlerinde israfa neden olan veya değer katmayan kullanım hatalarına dikkat çekmek; hastayı sağlık hizmetlerinin merkezi konumuna getirmek; olumsuz durumların önüne geçerek, hasta güvenliğini ön plana çıkarmak; gereksiz maliyetlerden tasarruf etmek; sağlık alanında yeni dengesizliklere sebebiyet vermekten kaçınmak ve mevcut dengesizlikleri minimize etmek mümkün hale gelebilmektedir. Bu bağlamda değer bazlı sağlık hizmeti uygulamalarının sağlık sektörü açısından büyük önem taşıdığı söylenebilecektir.

3. Değer Bazlı Sağlık Hizmeti Sunumunun Taraflara Sağladığı Faydalar

Değere dayalı bir sağlık sisteminin faydaları hastalar başta olmak üzere sağlayıcılara, ödeme yapanlara, tedarikçilere ve topluma bir bütün olarak uzanır. Değer her zaman hasta merkezli olarak

tanımlanmalıdır. İyi çalışan bir sağlık sisteminde, hastalar açısından oluşturulan değer, sistem içerisindeki diğer aktörlere de dolaylı olarak değer sağlamaktadır. Değer arttıkça, sistemin ekonomik sürdürülebilirliği arttığı için hastaların yanı sıra ödeme kuruluşları, sunucular ve tedarikçiler de bu durumdan yararlanabilirler.

Değer bazlı sağlık hizmeti uygulamalarının sağlık hizmeti sunumundaki taraflara sağladığı faydalar özet halinde şekil 1’de gösterilmiştir.

Şekil-1: Değer Bazlı Sağlık Hizmetlerinin Taraflara Sağladığı Faydalar

Hastalar	Hizmet Sunucular	Ödeyiciler	Tedarikçiler	Toplum
<ul style="list-style-type: none">• Daha düşük maliyetler• Daha iyi sonuçlar	<ul style="list-style-type: none">• Daha yüksek hasta memnuniyet oranları• Daha verimli ve etkili hizmet sunumu	<ul style="list-style-type: none">• Daha güçlü maliyet kontrolü• Risklerin azaltılması	<ul style="list-style-type: none">• Fiyatların hasta çıktılarına göre ayarlanması / dengelenmesi	<ul style="list-style-type: none">• Sağlık harcamalarının azaltılması• Daha iyi toplum sağlığı

Kaynak: NEJM Catalyst, 2017

Değer bazlı sağlık hizmeti modelleri, hastaların hastalık ve yaralanmalardan daha çabuk kurtularak iyileşmesine yardımcı olmaya ve ilk etapta kronik hastalıkları önlemeye odaklanmaktadır. Sonuç olarak, hastalar daha az doktor ziyareti, tıbbi testler ve prosedürlerle karşı karşıya kalmaktadır ve hem kısa hem de uzun vadeli sağlığın iyileştirilmesi nedeniyle reçeteli ilaçlara daha az para harcamaktadırlar. Ayrıca bu uygulamalar sayesinde hastalar en uygun tedavileri seçmek için ortak karar alma sürecine girerler ve bu sayede hasta katılımı sağlanabilir. Özetle hastalar bu sistem sayesinde hem kendi sağlık

yönetimlerine müdahil olabilir hem de daha düşük maliyetle daha iyi sağlık çıktılarını elde edebilme imkanı bulurlar.

Hizmet sunucular verimlilik ve daha fazla hasta memnuniyeti elde ederler. Tedavilerin hastaların yaşam kalitesini nasıl etkilediğini öğrenmek için hastaların sonuç ölçümlerine ulaşır ve bu sayede ne kadar etkili, verimli, kaliteli ve değerli bir hizmet sunduklarını görebilirler. Sağlayıcıların yeni ve önlenebilecek hasta hizmetlerine daha fazla zaman ayırmaları gerekse de, kronik hastalık yönetimine daha az zaman harcayacaklardır. Bu doğrultuda hizmet sunucuları, yüksek maliyetli ve zaman gerektiren komplike hasta ve hastalıklardan ziyade daha düşük maliyetli ve daha olumlu sonuçlar alabilecekleri durumlarla ilgilenebileceklerdir.

Risk, daha büyük bir hasta popülasyonuna yayılarak azalır. Daha az hak talebinde bulunan daha sağlıklı bir nüfus, ödeyicilerin prim havuzları ve yatırımlarında daha az tahliyeye neden olmaktadır. Değer bazlı sistem aynı zamanda ödemeyi yapanların, hastanın tam bakım döngüsünü ya da bir yıl veya daha fazla süreyi kapsayan kronik koşullarını kapsayan ödemeleri paketleyerek verimliliği artırmasına olanak tanır. Bu bağlamda ödeyiciler sağlık hizmeti sunucularına en iyi sonuçlar ve maliyet oranıyla sözleşme yapar. Böylece ödeyiciler maliyetleri kontrol edebilecek ve kendi üzerinde oluşan risk miktarını da azaltmış olacaktır.

Tedarikçiler fiyatları hasta sonuçlarına göre dengeler. Diğer bir ifade ile tedarikçiler, ürün ve hizmetlerini pozitif hasta sonuçları ve düşük maliyetle aynı hizaya getirmekten faydalanırlar. Öyleki maliyetlerin düşmesi ve olumlu çıktıların artması neticesinde reçeteli

ilaçlara yapılan ulusal sağlık harcamalarının artmasıyla tedarikçiler açısından önemli satış teklifleri de oluşmaktadır. Birçok sağlık sektörü paydaşı da üreticilerin ilaç fiyatlarını, ilaçların hastalara sağladığı gerçek değerlerine göre belirlemesini, yani bireyselleştirilmiş tedavilerin büyümesinin kolaylaştırılmasını istemektedir.

İnsanların kronik hastalıkları ve masraflı yatışları ve tıbbi acil durumları yönetmelerine yardımcı olmak için daha az para harcanır. Bu gibi maliyeti yüksek vakalar azalacağı için bu alanlara yapılan harcamaların azalmasıyla genel sağlık harcamalarının da önemli ölçüde düşmesi sağlanmış olacaktır. Ayrıca kronik hastalıklar önemli ölçüde erken dönemde önlenebileceği için daha sağlıklı bir toplum oluşumu da sağlanabilecektir. Özetle değer bazlı sağlık hizmetleri ile genel sağlık harcamaları azaltılırken toplumun daha sağlıklı hale getirilmesi sağlanabilir.

4. Değer Bazlı Sağlık Hizmetlerinin Temel Unsurları

Bu bölümde değer bazlı sağlık hizmetlerinin ana bileşenlerine yer verilmiştir. Ana bileşenlerle ilgili olarak çeşitli sınıflandırmalar bulunmakla birlikte bu çalışmada ana bileşenler, uygun yönetim anlayışı ve yapı; sonuç ve maliyetlerin ölçülmesi; entegre, hasta odaklı ve hasta katılımı hizmet sunumu; sonuca dayalı ödeme olmak üzere dört başlık altında ele alınmıştır.

4.1. Uygun Yönetim Anlayışı ve Yapı

Sağlık hizmetlerine yeni bir bakış açısı getiren bu programların düzgün ve sistemli bir şekilde uygulanabilmesi için ülkelerin de değer temelli yaklaşımları destekleyen bir kurumsal ve politika yapıları

ekosistemine ihtiyaçları vardır. Hasta düzeyinde teşhis, tedavi, sonuç ve maliyetlerin izlenmesi için ortak standartların ve hasta verilerinin kullanımını düzenleyen ortak bir yasal çerçevenin varlığı ile değer bazlı sağlık hizmetlerinin oluşumu ve sunumu büyük ölçüde kolaylaştırılabilir ve desteklenebilir. Ayrıca değer bazlı sağlık hizmeti bileşenlerinin başarılı bir şekilde benimsenmesi, ülkelerin kılavuzları belirleyip gözden geçirebilecek, sağlık müdahalelerinin tıbbi, sosyal, ekonomik ve etik etkilerini inceleyebilecek (genellikle Sağlık Teknoloji Değerlendirmesi(STD) aracılığıyla) ve sağlıkla ilgili bilgi boşluklarına hitap eden araştırmalar için finansman sağlayabilecek yapılara sahip olmayı gerektirir. Bu sebeple değer bazlı sağlık hizmetinin uygulanabilmesi açısından yasal zemini oluşturacak olan uygun yönetim anlayışı ve yapı unsuru büyük öneme sahiptir.

4.2. Sonuç ve Maliyetlerin Ölçülmesi

Sonuçların ölçülmesi, hasta odaklı bakım uygulamalarının ve çıktılara dayalı ödeme sistemlerinin değer bazlı sağlık hizmeti ile uyumlaştırılmasının temelini oluşturmaktadır. Değer bazlı sağlık hizmetinin başarılı bir şekilde benimsenmesi için, maliyet-fayda analizlerinin yapılmasına ve hasta sonuçlarına ait verilerin elde edilmesine olanak sağlayan veri ve ölçümler önemlidir. Değere dayalı sağlık hizmeti, hizmet kalitesini artırma noktasında veri odaklı bir yaklaşım olarak tanımlanabilir. Hasta ve hastalık kayıtları bu noktada önemlidir, çünkü bu kayıtlar hasta sonuç verilerinin oluşturulması için gerekli altyapının kritik bir bölümünü oluştururlar. Diğer bir anlatımla, sunulan sağlık hizmetlerinin değerini belirleyebilme noktasında

sonuçların ölçülmesi büyük önem taşılamakta ve bu sonuçların ölçülmesinde de hasta kayıtları büyük rol oynamaktadır.

Sunulan tedavilerin maliyetleri hakkında veri toplama istek ve ihtiyaı yalnızca politika yapıcılar ve karar vericilerle sınırlı değildir. Günümüzde vatandaşlar sağlık tüketicileri haline geldiklerinden dolayı sağlık hizmetleri fiyatlandırmasında daha fazla şeffaflık beklemektedir. Burada dikkat edilmesi gereken husus maliyetlerin ölçülmesi hem sunulan sağlık hizmetinin değerini belirleme noktasında hem de sağlık hizmetinin tüm taraflarının bilgilendirilme beklentisini karşılama anlamında önemli bir husus haline gelmektedir. Tüm bunlardan hareketle değer bazlı sağlık hizmetlerinde değeri belirleyebilmek için öncelikle maliyetlerin ve sonuçların ölçülmesi gerekmektedir.

4.3. Entegre, Hasta Odaklı ve Hasta Katılımlı Hizmet Sunumu

Genel sağlık sonuçlarına odaklanmak için tıbbi uzmanlık çerçevesinde organize edilmiş entegre uygulamalara yönelerek hizmet bazlı ödeme sunumundan uzaklaşmak, verimliliği artırabilir, uygulamalardaki tekrarları azaltabilir, maliyetleri azaltabilir ve hastalara daha iyi hizmet sunulmasını sağlayabilir. Değer bazlı hizmet sunumu kapsamında, tüm süreçlerin entegre bir şekilde işlemesi sağlanarak bakım döngü süreleri kısaltılabilecek bu sayede verimlilik artırılarak maliyetler düşürülebilecek yani değerin artması sağlanabilecektir.

Bunun yanında sağlık hizmeti, yalnızca klinisyenler tarafından değil, hasta ve klinisyenin sürece ortak katılımı sayesinde üretilir. İlaç veya doktorun uyguladığı tedavi yöntemlerine hastanın uyumu, planlanmış randevu ve programlara uyum ve hastanın yaşam tarzında

değişiklik yapması gereken durumlar hastanın sürece katılımının değer üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu gösteren durumlardan bazılarıdır. Özetle önleyici bakım ve hastalık yönetiminde hasta katılımı önemli rol oynamaktadır. Hastalar kendi bakım ekibinin bir üyesi olarak tedavi sürecini kolaylaştırmalı ve hizmet sunucuları da hastanın sürece katılımını desteklemelidir.

4.4. Sonuca Dayalı Ödeme

Sağlık harcamaları sağlık sonuçlarının iyi bir göstergesi olsa da, dünyanın birçok yerinde, sağlık bakımı için harcanan para miktarı ile ülkenin genel sağlık sonuçları arasında bir boşluk vardır. Sağlık harcamalarının kendisi, etkin olmayan müdahaleleri teşvik eden hizmetlerin veya ödemelerin çoğaltılmasıyla verimsiz olabilir. Kısacası, yüksek harcamalar mutlaka iyi sağlığa eşit değildir. Yüksek harcamalar da evrensel sağlık hizmetlerini garanti etmez. Değere dayalı sağlık hizmetleri, yalnızca kapsamlı sonuç verilerinin toplanmasını değil aynı zamanda bu verilerin aktif olarak yayılmasını ve kullanılmasını gerektirir. Sağlık sistemindeki ödemelerin yeniden düzenlenmesi için sonuç verilerinin kullanılmasıyla paydaşların sağlık değerini optimize etmeye teşvik edilmeleri sağlanır. Bu tür ödeme yöntemleri uygulandığında sistemin kendisi, klinisyenlerin uygulama yöntemlerindeki, mükelleflerin geri ödeme yöntemlerindeki ve ilaç ve tıbbi cihaz tedarikçisinde ürün ve hizmet geliştirme ve sunma şeklindeki değişiklikleri yönlendirir. Özetle değer bazlı sağlık hizmetlerinin temelinde sağlık alanına yüksek harcamalar yaparak iyi sonuçlar elde etmeyi beklemek yerine, elde edilen sağlık sonuçlarına yani sunulan sağlık hizmeti sonucunda elde edilen değere göre ödeme

yapılması (iyi sonuçlara daha iyi ödemeler yapılması) esasına dayanmaktadır.

5. Değer Bazlı Sağlık Hizmeti Geliştirme Süreci

Sağlık hizmetlerinde hastalara değer kazandırmak esastır ve yüksek değerde sağlık hizmeti sunmak, başarının tanımı olarak nitelendirilebilir. Değer bazlı sağlık hizmetleri, belirli bir maliyet seviyesinde iyileştirilmiş sağlık sonuçları sunar. Ancak burada en önemli sorun, değeri önemli ölçüde iyileştirmek için sağlık hizmeti sunum sistemlerinin nasıl yeniden düzenleneceğidir.

Değer bazlı sağlık hizmetlerini geliştirme süreci temel olarak 5 aşamadan oluşmaktadır. Değere dayalı sağlık hizmetleri için öncelikle şeffaf ve yüksek kaliteli çıktı verilerine erişimin ve paylaşımın sağlanması gerekmektedir. İkinci aşama olarak hastalıklar, tanı-tedavi yöntem ve teknikleri gibi unsurların çeşitlilikleri analiz edilmelidir. Daha sonra her durum için mevcut olan en iyi uygulamaların tanımlanması işlemi gerçekleştirilmelidir. Dördüncü aşama olarak bu tanımlanan uygulamalar doğrultusunda davranışlar değiştirilir ve mevcuttaki değer katmayan uygulamalar rafa kaldırılmalıdır. Bu sayede de değer artırılması sağlanabilecektir. Ancak burada dikkat edilmesi gereken nokta süreç, değer artırılması ile son bulmamakta beşinci aşama olarak geri bildirim ve öğrenme sağlanmalıdır. Bu geri bildirim ve öğrenmeler sonunda yeniden yüksek kaliteli veri toplanması ve paylaşımı sağlanmalı, eksik veya yetersiz kalınan noktalar yeniden ele alınarak süreç sonsuz bir döngü haline getirilmelidir.

Şekil-2: Değerin Yükseltilmesi Süreci



Kaynak: Soderlund ve ark., 2012

Tüm bunların yanında sağlık hizmetlerindeki maliyetleri düşürmeye ve değeri artırmaya yönelik prensipleri göz önünde bulundurmak değer bazlı sağlık hizmetlerini geliştirme süreçlerini önemli ölçüde etkileyecektir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerindeki maliyetleri düşürme ve değeri artırmaya yönelik prensipler şu şekilde sıralanabilir:

- Değerin artmasına katkıda bulunmayan veya verimliliği düşüren işlem ve süreçler ortadan kaldırılmalıdır,
- Tekrara düşme ve hizmet bölünmesi gibi durumlar azaltılarak oradan kazanılan kaynaklar kalifiye işgücü, kaliteli fiziksel ortam, envanter ve ekipman kullanımına kaydırılmalıdır,
- Nitelik gerektirmeyen basit faaliyetler için hekim ve kalifiye personel kullanımı en aza indirilmelidir,

- Yüksek kaynak gerektiren işlemler yapılan tesislerde rutin ve basit hizmet sunumu azaltılmalıdır,
- Bakım döngü süreleri azaltılmalıdır,
- Klinik ekiplerde maliyet bilinci artırılmalıdır,
- Tüm süreçlerin tam kapasite ile işlemesi sağlanarak verimlilik ve etkililik artırılmalıdır.

6. Değer Bazlı Sağlık Hizmetlerinin Önündeki Engeller

Chernew ve arkadaşları (2007) değer bazlı sağlık hizmetlerinin ve ödeme sistemlerinin henüz tam olarak uygulanmadığını bunun da önünde çeşitli engeller olmasından kaynaklandığını ifade etmişlerdir. On başlık altında toplanan bu engeller kısaca şu şekilde açıklanabilir:

Artan kullanım maliyetleri ile ilgili endişeler: Değer bazlı sağlık hizmetleri ve ödeme sistemleri, kullanılmayan bazı yüksek maliyetli hizmetler için ödemelerin düşürülmesini içerir. Sağlık hizmetlerinin maliyetleri hızla yükselirken, ödeme miktarlarının düşmesi sebebiyle bu hizmetlerin kullanımının giderek artması ve ödemelerin azalması ihtimali hizmet sunucuları tarafında endişe oluşturmaktadır.

Veri sorunları: Genel anlamda hastaların geçmiş hastalık verilerinin (örneğin geçmiş kalp krizi ve sigara içme durumu) yokluğu ve yeni katılımcılar için veri eksikliği mevcuttur. Değer bazlı ödeme sistemleri belirli hasta gruplarında, bu veri sorunlarıyla başa çıkmak için maliyeti artıracabilecek alternatif işlemlere ihtiyaç duyacaktır.

Yetersiz araştırma: Değer bazlı sağlık hizmeti, yalnızca araştırmanın yüksek ve düşük değerli hizmetleri birbirinden ayırt etmesi durumunda başarılı olacaktır. Değer bazlı sağlık hizmetleri kapsamında hasta gruplarını hedef alan daha karmaşık sistemler, birçok hastalık alanında şimdi olduğundan daha detaylı kanıt ve araştırmalar gerektirecektir.

İnsan kaynakları endişeleri: Programın çalışanlara açıklanması, özellikle de programların hasta grubuna göre farklılaşması durumunda karmaşık olabilir. Çalışanların da zaman içinde değişebilecek olan programa uygunlukları konusunda bilgilendirilmeleri gerekir.

Eşitsizlik: Bu uygulama neticesinde bazı hastaların belirli hizmetler için diğer bazı hastalara göre daha az/daha fazla ödeme yapması çeşitli itirazlara neden olabilecektir.

Dolandırıcılık: Hastalar arasında farklılaşan değer bazlı sağlık hizmeti programları kaçınılmaz olarak, hangi hastaların daha düşük katkı payı için uygun olduğunu tanımlayan algoritmalar gerektirir. Bu durum, hasta veya sağlayıcıları azaltılmış katkı payına hak kazandıracak bilgileri yanlış raporlamaya teşvik edilebilecektir.

Yasal engeller: Yasal alt yapının değer bazlı sağlık hizmeti ile uyumlaştırılmamış olması sebebiyle yasal ve düzenleyici unsurlar bu programların uygulanmasını engelleyebilecektir.

Gizlilik endişeleri: Değer bazlı sağlık hizmetini çevreleyen veri ve iletişim faaliyetlerinin bu bilgilere duyarlı olması ve gizlilik düzenlemelerine uygun olması önemlidir. Aksi takdirde kişisel

verilerinin korunması ve hasta mahremiyeti ilkeleri göz ardı edilmiş olacaktır.

İstenmeyen teşvikler: Değer bazlı sağlık hizmeti ile tüm ürün ve hizmetler için ücretler azaltılırsa, daha verimli (maliyeti düşük) ürün veya hizmetleri kullanma eğilimi azalabilir. Örneğin, değer bazlı sağlık hizmeti kapsamında önemli marka adı ilaçlarının ücretlerinin düşürülmesi, jenerik ilaç kullanımını engelleyebilir/azaltabilir.

Ters seçim: Değer bazlı sağlık hizmeti uygulamaları hasta odaklı bir yaklaşım olduğundan veya hastaların kullandıkları hizmetleri hedef aldığından ve sonuç olarak belirli hastalıklara sahip hastaları desteklediğinden (maliyet açısından) dolayı, değer bazlı sağlık hizmeti uygulamaları orantısız sayıda kronik rahatsızlığı olan hasta çekebilir.

Tüm bu engellere rağmen, değer bazlı sağlık hizmeti programlarının başlangıçta tüm olası ayrıntıları ve karmaşıklık derecelerini içermesi beklenmez. Dolayısıyla ilk aşamada sistemin belli alanlarda veya belli bir hastalık grubu üzerinde biraz daha basitleştirilerek uygulamaya konulması birçok engelin aşılmasında etkili olacaktır. Ayrıca bu sistemin mevcut uygulamalara veya sistemlere kıyasla daha zor süreçlere sahip olmasına karşılık değer bazlı sağlık hizmeti uygulamalarının mevcut uygulamalara nazaran maliyet anlamında daha avantajlı olacağı düşünülmektedir.

7. SONUÇ

Günümüzde birçok ülkede sağlık hizmetlerinin değer etrafında yeniden düzenlenmesi anlamında uygun ortam henüz yoktur veya ilk aşamaları oluşturulmaktadır. Birçok durumda, girişimler bireysel düzeyde kalmakta ve nadiren koordineli bir değere dayalı sağlık stratejisi uygulanmaktadır. Sağlık bütçeleri giderek daha fazla baskı altında kaldıkça ve bakım daha hasta merkezli hale geldikçe, hükümetler, mükellefler ve sağlayıcılar odaklarını hacimden değere taşımak durumunda kalıyorlar.

Sağlık hizmeti için doğru amaç, hastaların sağlık sonuçlarının, harcanan paralara oranla kalitesi olan değeri arttırmaktır. Ancak yalnızca maliyetlerin en aza indirilmesi yanlış bir amaç olup verimsiz sonuçlara yol açacaktır. Ayrıca fayda sağlamayan ve gereksiz hizmetlerin ortadan kaldırılması da bu süreç için faydalıdır. Burada önemli olan elde edilecek olan değer; maliyet tasarrufu sağlayarak; maliyet kaymasına neden olarak, bakımı kısıtlayarak veya kaliteyi düşürerek değil, gerçek verimliliklerin artırılması yoluyla sağlanmalıdır.

Değerin ölçülmesi ve değer oluşturulması hastane, doktor veya işveren için değil hasta için olmalıdır. Değer bazlı sağlık hizmetlerinde sonuçlar, bazı durumlarda tedavi etmeme kararını gerektirebilecektir. Örneğin, eğer ameliyatın yapılmaması hasta için daha iyi olması durumunda, mükemmel bir kalça protezini ödemenin bir anlamı olmaz. Diğer bir anlatımla “uygulanacak tedavi hasta için değer yaratmayacaksa, o tedaviden vazgeçilmeli anlayışı” ön plana

çıkılmaktadır. Değer bazlı sağlık hizmetlerinde asıl amacın sunulan hizmet sonucunda hastaya değer katmak olduğu görülmektedir.

Değer bazlı sağlık hizmetlerini tam olarak uygulanabilmesi için belirli temel prensiplerin yerine getirilmesi gerekmektedir. Bu prensipler yukarıda da ifade edildiği gibi; uygun yönetim anlayışı ve yapının sağlanması, sonuç ve maliyetlerin ölçülmesi, entegre, hasta odaklı ve hasta katılımlı hizmet sunulması ve sonuca dayalı ödeme yapılması olarak sıralanabilecektir. Bu prensiplerle temel olarak değer bazlı sağlık hizmetleri için yasal altyapının ve yönetim anlayışının oturtulması gerektiği, hizmetlerin hasta merkezli, birbirleriyle entegre ve hasta katılımlı bir şekilde sunulması gerektiği, sunulan hizmet sonucunda elde edilen çıktılarının ve bunların maliyetlerinin ölçülerek değerinin hesaplanması gerektiği ve ödemelerin de ölçülen bu sonuçlar doğrultusunda yapılması gerektiği ifade edilmektedir.

Değer bazlı sağlık hizmetleri için çoğu ülkede henüz gerekli altyapıların oluşmamış olması ve bu konuda net sınırların tam olarak çizilmemiş olması sebebiyle bu yaklaşımın çeşitli engellerle karşılaşması muhtemeldir. Ancak bu engellerin çeşitli düzenlemelerle aşılabileceği düşünülmektedir. Gün geçtikçe hastanın sağlık hizmetlerinin merkezinde olduğu bir sisteme doğru ilerleyişin olması ve değer bazlı sağlık hizmetlerinin de hasta merkezli bir yaklaşım olduğu düşünülürse gelecekte özellikle gelişmiş ülkelerin bu yaklaşıma daha çok yöneleceği düşünülmektedir. Ayrıca, değer bazlı sağlık hizmetlerinin yalnızca hastalar açısından değil diğer paydaşlar açısından da teşvik edici ve fayda sağlayıcı yönlerinin olması sebebiyle bu sistemin paydaşlar tarafından daha kolay kabul edileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Anderson, A.E., Baathe, F., Wikström, E. ve Nilsson, K. (2015). Understanding value-based healthcare – an interview study with project team members at a Swedish university hospital. *Journal of Hospital Administration.*, 4(4):64-72.
- Bauer, G. (2018). Delivering value based care with e-health services. *Journal of Healthcare Management.*, 63(4):251-260.
- Chernew, M.E., Rosen, A.E. ve Fendrick A.M. (2007). Value Based Insurance Design. *Health Affairs.* 26(2): w195-203.
- Eldridge, G.N. ve Korda, H. (2011). Value-based purchasing: the evidence. *Am J Manag Care.*, 17(8): e310-313.
- Hennink, S.D. ve ark. (2013). Value based healthcare in lynch syndrome. *Familial Cancer.*, 12: 347-354
- Kaplan, R.S. ve Porter, M.E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harv Bus Rev.*, 89(9): 46-52, 4, 6-61.
- Keckley, P., Coughlin, S. ve Gupta, S. (2011). Value-Based Purchasing: A Strategic Overview for Health Care Industry Stakeholders. Stakeholders. Erişim Adresi: www.deloitte.com/assets/Dcom-UnitedStates/Local%20Assets/Documents/Health%20Reform%20Issues%20Briefs/US_CHS_ValueBasedPurchasing_031811.pdf. Deloitte, E.T.:04.11.2018.
- KPGM. (2016). Creating value based health-care organizations. What Works: As strong as the weakest link. Erişim Adresi: kpmg.com/whatworks E.T.: 05.11.2018.

- Kurutkan, M.N. ve Bayat, M. (2015). Değer bazlı satın alma ve geri ödeme sistemi açısından hastane kaynaklı durumlar. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2(3):155-164.
- Mckee, S.P. ve ark., (2018). Intracranial Meningioma Surgery: Value-Based Care Determinants in New York State, 1995-2015. World Neurosurgery. 118:e731-e744.
- Medtronic. (2016). Value based healthcare: a global assessment. The Economist Intelligence Unit. Eds: Shah Atefa.
- NEJM Catalyst. (2017) What is value based healthcare?, January 1, 2017. Erişim Adresi: <https://catalyst.nejm.org/what-is-value-based-healthcare/>, E.T.:05.12.2018.
- Porter, M. (2010). What is value in health care?. The New England Journal of Medicine., 363(26):2477-2481.
- Porter, M.E. ve Guth C. (2012). Redefining German Health Care: Moving to a value-based system. Springer-Heideberg Dordrecht: London, New York.
- Porter, M.E. ve Lee, T.H. (2013). The Strategy that Will Fix Health Care,” Harvard Business Review, 91(10):50-70.
- Porter, M.E. ve Teisberg, E.O. (2006). Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business School Punlishing: Boston.
- Soderlund, N., Kent, J., Lawyer, P. ve Larsson, S. (2012). Progress Toward Value Based Health Care: Lessons from 12 countries. The Boston Consulting Group.
- Şaylan, M. (2018). Değer bazlı sağlık hizmeti. Değer Bazlı Sağlık Hizmeti Paneli., Erişim Adresi:

<https://www.acibadem.edu.tr/deger-bazli-saglik-hizmeti> ,E.T.: 04.11.2018.

Tarım, M. (2017) Sağlık sektöründe değer temelli yönetim. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi., 43:74-75.

Value2health. (2018). <https://value2health.com/en/value-based-health-care/> E.T.:02.12.2018.

BÖLÜM 13:

SAĞLIK YÖNETİMİNDE REFORM VE SAĞLIĞIN YENİDEN YAPILANDIRILMASI

Dr. Mehmet Emin KURT¹

¹ Dr. Öğretim Görevlisi, Dicle Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü,
mekurt1@hotmail.com

1. GİRİŞ

İnsanlık tarihi boyunca sağlıkta ihtiyaç özellikle son yüzyılda artan insan nüfusuna oranla kendisini göstermiş olup ülkeler tarafından mevcut sağlık politikalarının elde ki “*kıt kaynaklar*” nedeni ile yeniden revize edilmesine neden olmuştur. Öyle ki fazlası ile belirgin hale gelen kıt kaynak anlayışı sağlığın bir “insan hakkı” olması durumunun ötesine geçerek onu “*kâr amaçlı*” bir eyleme dönüştürmüştür. Bu durum beraberinde insanların kendi sağlıkları için harcamaları gerekenler üzerinde katastrofik sonuçlara yol açmıştır. Sağlığın bazı ülkeler tarafından sadece özel sektöre devredilmesi, vatandaşların sağlığa ulaşımında ki en büyük engel olarak kendisini gösterirken bu durumun zıttı olarak vatandaşın sağlığını önceleyen ülke sağlık politikaları ise sağlık göstergelerinde ki kalıcı iyileşmeyi gözler önüne sermektedir.

Almanya, İngiltere gibi kamu hizmetine dayalı, vergi veya primlendirmeye esas teşkil eden sosyal tabanlı sağlık politika davranışları ile ABD ve Çin gibi çoğunluğu özel sektöre dayalı özel sigorta gelirli sağlık politika davranışları insanların sağlığı ulaşımında ya da sağlığı satın alma davranışlarında etkili farklı tip sağlık politikalarıdır. Bu farklı tip sağlık politika türleri başka dünya ülkelerinin de kendi sağlık reformlarının yönünün nereye evirileceği noktasında veriler sunmaktadır.

Ülkemiz sağlıkta reform hareketlerinden uzak kalmamış olup 1990’lı yılların başından itibaren bu konuyu sürekli gündemde tutmuştur. Politik ve ekonomik sorunlarla beraber reform girişimlerinde kısmen duraksamalar görülürken 2003 yılı itibari ile

sağlık sektörümüzde önemli değişikliklere gidilmiştir. Değişikliklerin hedefleri ise vatandaşın sağlık hizmetlerine etkin şekillerde erişimlerini sağlamak ve özellikle finansal açıdan katastrofik yıkımları ortadan kaldırmaktır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanında radikal değişikliklere gidilmiştir. Ülkemizde sağlık politikaları için 4 dönemden bahsetmemiz mümkündür. Bunlar;

1. Dönem: 1920 ile 1961 yılları arasını kapsayan ülkenin sağlık politika temellerinin atılıp geliştirilmeye çalışıldığı; Sağlık Bakanlığının kurulması, hizmeti veren örgütlerin geliştirilmeye çalışıldığı, doktor-hemşire ve ebelerin eğitime çalışıldığı, numune hastanelerinin inşa edilmeye başlandığı, sıtma-verem-kuduz-frenji gibi hastalıklarla mücadele için dikey örgütlenme modeline gidildiği, Umumi Hıfzıssıhha Kanununun çıkarıldığı, Milli Sağlık politikası çalışmasının yapıldığı ve sağlık hizmetlerinin en ücre köylere kadar genişletilip, Hıfzıssıhha Enstitüsünün kurulduğu dönemi kapsamaktadır (Aytekin, 2013).

2. Dönem: 1961 ile 1990 arasını kapsayan ve 1961 yılında yürürlüğe konan 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun” ile sağlık hizmetlerinin ülkenin tamamına yayılmasını sağlamaya çalışan dönemdir. Kanunun temel ilkesi, sağlık hizmetlerinin tüm topluma eşit olarak verilmesidir. Sistem, koruyucu hekimliği ön plana çıkarmakta ayrıca beraberinde tedavi edici hekimliği de sisteme entegre etmeyi ve hastaların en küçük sağlık biriminden en karmaşık yapıya doğru etkin sevk zincirine dayalı bir model olarak tasarlanmıştır. Gerçekte model, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) öncülüğünde 1960'lı yıllarda uygulama alanı bulan

“Temel Sağlık Hizmetleri” yaklaşımının bir uzantısıdır. 1965 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu’nun (SSK) kurulması ile birlikte diğer kamu kurum ve kuruluşları da bu yeni durumu izleyerek hizmet sunumlarında tüm ülkede karmaşık bir yapılanma meydana getirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında ise SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur gibi yöntemlerle finansmanda da benzer bir karmaşık yapı benimsenmiştir.

3. Dönem: 1990 ve sonrası yıllarını kapsayıp 2003 yılı sonrası gibi 4. Dönem diyebileceğimiz en radikal ve köklü değişiklikler içeren Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP) ortaya konulmasını içeren dönemi kapsamaktadır. Sosyalleştirme döneminin 1987 yılına kadar gelişme göstermemesini, hizmetlerin sunum ve finansmanında bağımsız birimlerin kurulması, hizmetlerde karmaşık örgütlenme modeline sahip olunması, hekimler için zorunlu hizmet, tam zamanlı çalışma ve genel sağlık sigortası kurulması önerilmesi gibi bazı düzenlemeler takip etmiştir. 1990 yılı ve sonrası için asıl dönüm noktası ise 1987 yılında ki 3359 sayılı ‘Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’ dur ki kanun ile beraber Türkiye’ nin sağlık politikalarına getirilen en önemli değişiklik olan “*sağlık işletmeleri*” kavramı olmuştur. Yani kamuya bağlı hastanelerin sağlık işletmelerine dönüşebileceği finansmandan-personel rejimine özerk işletmeler olabileceği ifade edilmiştir. Ayrıca 3. dönemin ve günümüze kadar devam eden tartışmaların başlangıcının 1989 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) için hazırlanan ‘Sağlık Sektörü Master Plan Etüt’ ü olduğu ve bu dokümanda öncelikle Türkiye’de sağlık sektörünün mevcut durumu en ince ayrıntısına kadar incelendiği ve sonrasında

sektör için geliştirilebilecek politika önerileri ele alınmıştır (Devlet Planlama Teşkilatı, 1989).

Bu önerilen politikanın ana temaları, sağlık hizmetlerin sunumunun finansmanından ayrılması, sağlık hizmetlerinde desantralizasyon (yerelleştirme) ve nüfusun tamamını kapsayacak bir genel sağlık sigortasıdır. 1990' lı yılların başında bir milli sağlık politikası oluşturulma çabası başlamış ve 2000 Yılında Herkese Sağlık hedefleri ile uyumlu 'Türk Milli Sağlık Politikası' dokümanı yayınlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 1990).

Dünyanın birçok ülkesinde yaşanan gelişmelere paralel olarak Türkiye'de de Dünya Bankasının yapısal uyum politikası çerçevesinde önerdiği politikalar benimsenmiştir. Bu dönemin belki de en büyük gelişmesi, 1993 yılında yayınlanan 'Ulusal Sağlık Politikası' dokümanıdır (Sağlık Bakanlığı, 1993). Bu dokümanda ve daha sonra geliştirilen politikalarda genel sağlık politikaları açısından aşağıdakiler benimsenmiştir:

- ✓ Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması.
- ✓ Aile hekimliği ile güçlendirilmiş bir birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesi.
- ✓ Nüfusun tamamını güvence altına alacak bir genel sağlık sigortası sisteminin kurulması.
- ✓ Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi.

Yukarı da sayılı olan aile hekimliği, genel sağlık sigortası ve hastanelerin özerkleşmesi gibi politik köklü kanun değişiklikleri 2003 yılına kadar geçen dönemde siyasi ve ekonomik istikrarsızlık nedeni ile onaylanıp uygulanması engellenmiştir. 2003 yılına kadar olan bu 3. dönemde daha çok yukarıdaki politik önerilerin uygulanabilirliklerinin

tartışılması ile Yeşil Kart uygulamasının başlanması, sağlık projeleri kapsamında ülkede kanıta dayalı politikalar geliştirmeye yardımcı araştırmaların yapılması “*Ulusal Sağlık Hesapları, Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik çalışması vb.*” ve ülke genelinde bu reformları önerecek ve uygulamaya sokacak kapasitelerin oluşturulmasına sahne olmuştur.

4. Dönem: 2003 yılı ve sonrası ise Türkiye sağlık politikasının üçüncü döneminde ki alınan politik kararların köklü ve radikal değişiklikler ile uygulamaya geçildiği dönemi temsil etmektedir. Hükümetin yayınladığı Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık sektöründe atılacak adımlar bir kez daha ortaya konmuştur. SDP başlığı ise sağlığın yeniden yapılandırılması başlığında ayrıca irdelenecektir. Ama öncelikle “*sağlıkta reform*” kelimesinden den ne anlaşılması gerektiği ve ülkemizde 1990’ lar la beraber dünya ülkelerine paralel biçimde gelişen sağlıkta reform girişimleri üzerinde durulacaktır.

2. SAĞLIK YÖNETİMİNDE REFORM

“Sağlık Sektöründe Reform” kavramı 1990’ların başından itibaren kendisini hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin sektörlerinin ana gündem maddesi olarak yerini almıştır. Ülkelerin kendi şartları itibari ile (finans, ödeme, örgütlenme, düzenleme, erişim vb.) farklılaşmalarına rağmen her ülkede ki reformlar benzer ilkeler etrafında uygulanagelmiştir. Sağlık reformlarının ana hedefleri vatandaşın genel sağlık statülerinin yükseltilmesi, vatandaşın sistemden beklentisini karşılamak, alınacak hizmetten

memnuniyetlerinin artırılması ve finansal açıdan riskin vatandaş lehine minimize edilmesini sağlamak olarak ifade edilebilir.

“Sağlık Yönetiminde Reform” kelime anlamı itibari ile; mevcut sağlık sisteminin performansını yükseltmek için yapılan anlamlı ve amaçlı değişikliklerdir. Reform, önceliklerin belirlenmesini, yeni politikaların geliştirilmesi ve akabinde mevcut sağlık sektörünün tamamında bu politikaların tamamının uygulanmasını kapsar. Sağlıkta reformların temel amaçları ise; uygulanacak politikaların sürdürülebilirliğinin olması, belirlenmiş amaçlara yönelik olması ve sistemin temellerini değiştirebilecek etkiye sahip olması gerekir (Berman, Bossert, 2002: 3).

Ülkelerin sağlık sektörlerinde reforma gitme ihtiyaçları sırası ile şu şekilde ele alınabilir (Roberts et. all, 2004: Chapter 1);

- 1-*Sağlık Sektörüne Dair Artan Maliyetler*; ülke nüfuslarının hızla yaşlanması, kronik hastalık yüklerinin artması, yaşam tarzındaki olumsuzlukların artması vb. şeklinde sayılabilir.
- 2-*Sağlık Sektörüne Dair Artan Beklentiler*; özellikle gelişmiş ülkelerde sağlığa dair ileri teknolojik hizmetlerin mevcudiyeti diğer ülkelerin vatandaşları tarafından bu teknolojiye ilişkin doğrudan taleplerini harekete geçirmekte ve buda reform ihtiyacını tetiklemektedir.
- 3-*Sağlık Sektörüne Dair Politik Baskılar*; Gelişmekte olan ülkelerde ki ekonomik krizler ülkelerin sağlığa ilişkin kapasitelerini sınırlandırmıştır. Ortaya çıkan ekonomik krizler IMF (International Monetary Fund) ve Dünya Bankası gibi

uluslararası kuruluşların bu ülkelerin sağlık politikaları üzerinde önemli roller ortaya koymasına yol açmıştır. Ayrıca pek çok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede devletin sağlık sektöründeki payını sorgulayan vatandaşların varlığı mevcut sağlık politikaları üzerinde baskı oluşturma gücüne sahip olmuştur.

Özetle sağlık sektörlerine ilişkin reformların temel nedenleri; ülkelerin sağlık harcamalarında ki hızlı artışlar ile sağlık hizmetlerine ilişkin ileri bilgi ve teknolojilerin artması gösterilebilirken bu iki hususa ek olarak yukarıda bahse konu olan uluslararası kuruluşların ülkelerin sağlık sektörlerinde ekonomik krizleri fırsat bilerek oluşturdukları değişim-dönüşüm ve baskılar şeklinde de sıralanabilir. Ayrıca ülkelerin mevcut sağlık sistemlerindeki farklılıklarına rağmen reformlarının ortak temaları farklı yazarlar tarafından şu şekilde ifade edilmektedir (Gonzales-Rosetti, Bossert, 2000:4-14; Harrison, Calltrop, 2000:219-240; Homedes, Ugalde, 2005:83-96; Lloyd, Sherlock, 2005:1893-1903);

- i. Sağlık hizmetlerinde sunum ve finansman unsurlarının birbirlerinden ayrılması,
- ii. Ülke sağlık sektöründe özel sektörün rolünün artması
- iii. Ülke sağlık sigortasına ilişkin kapsamın genişletilmesi
- iv. Sağlık sektörü için belirlenecek olan politika öncelikleri ile kaynak tahsisi süreçlerinde maliyet-etkililik analizlerinin yapılması
- v. Desantralizasyon (sağlıkta yönetim ve yetkilerin bir kısmının yerelleştirilmesi)
- vi. Sektörde rekabet imkanlarının artırılması

Sağlıkta reform adı altında tüm anlatılanlardan yola çıkılarak, ülkelerin reform gerekçeleri her ne olursa olsun bazı önceliklere dikkat etmeleri elzemdir. Bunlar;

- i. Reform planlanırken ülke yoksullarının sistem içinde hizmeti alabilmelerini sağlamak ve tüm vatandaşların hizmete hakkaniyete uygun erişiminin sağlanması gerekir.
- ii. Yıl sonu mali bütçelemelerde kurumlara kaynak tahsisleri yapılırken devletin sağlık harcamalarını iyileştirmek öncelikli hedeflerden olmalıdır.
- iii. Hizmet sunumunda ve finansmanında kamu sağlık hizmet sunma verimliliğini artırmak için rekabeti teşvik etmek gerekir.

Sağlık hizmetleri sunulur iken vatandaşların kabullerinden geçmeyen reform paketleri atıl duruma girmekte iken bu durumun ortaya çıkmaması için reformların en belirgin önceliğinin yoksulluk, kaynak tahsisinde sağlık sektörüne pozitif ayrımcılık ve sektörün verimliliği için rekabet ortamının oluşturulması unsurlarından geçmektedir.

3. SAĞLIĞIN YENİDEN YAPILANDIRILMASI; SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

3.1. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI' NIN GEÇMİŞİ VE TEMEL HEDEFLERİ

Geçmiş 2002 yılı Kasım ayında hükümet tarafından açıklanan acil eylem planı olarak hayata geçen ve 2003 yılında ise resmi olarak başlatılan “*Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)*” sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve sunulmasında önemli değişimler önermektedir.

Programın adı; cumhuriyet tarihi boyunca elde edilen tüm sağlık birikimlerini yani yukarıda sayılı 1.2. ve 3. dönemsel birikimler dikkate alınarak hazırlandığı ve buna yönelik hedefler konulduğu özellikle yukarıda değinildiği üzere dünya genelinde başlayan sağlıkta reform çalışmaları ile paralel şekilde ilerletilen sağlıkta dönemsel çalışmaların 3. sü nü temsil eden 1990 yılları ile ve dönem sonunda 2003 ile radikal köklü değişiklikler içeren ve Sağlık Bakanlığı tarafında *“Özlenen değişimi gerçekleştirmek için, mevcut yapıyı tahrip etmeden planlanan hedefe doğru dönüştürmek gerekir. Bu yüzden kamunun reform adı altında ümitsizliğe dönüşmüş olan arzularını yeniden alevlendirmek ve geniş katılımı tüm tarafların sahiplenebileceği ve aktif rol alacağı bir eylem dizisini kararlılıkla başlatıyor ve bunu 'Dönüşüm Programı ' olarak adlandırıyoruz.”* (Sağlık Bakanlığı, 2003) şeklinde ifade edilmiş yapılandırılmanın adıdır. Program toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerinin bireylerin tamamına eşit bir şekilde ulaşılabilir kılındığı nitelikli bir sağlık sistemi öngörmektedir. Bununla beraber belirlenen temeller üzerine inşa edilen sistemin ülkenin ekonomik gerçekleri göz önünde tutularak finansal sürdürülebilirliğinin sağlanması da gerekmektedir (Başol, Işık, 2015:4-5).

Yukarıda ifade edilen doğrultularda ülkemizin sağlık sektörü adına köklü yapılandırılma çalışmaları genel itibari ile mevcut sosyal güvenlik kurumunun tek çatı altına alınması, Genel Sağlık Sigortasının (GSS) kurulması, sağlık hizmet sunumu ile sunuma yönelik finansman başlıklarının birbirinden ayrılarak Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile Bütçe Uygulama Tebliği (BUT) ile

desteklenmesi, Sağlık Bakanlığının merkez ve taşra yapılarının yeniden yapılandırılması, merkez ve taşranın kendi kurumsal gücü ile yeniden yapılandırılma örgütlülüğü üzerinden denetim ve planlama faaliyetlerinin yürütülmesi, koruyucu (kişi ve topluma-çevreye yönelik uygulamalar) sağlık hizmetlerinin önceliklendirilmesi, taşra sağlık örgütlenmesinin desantrilize yani yerelleştirilme yoluna gidilmesi ve Aile Hekimliğinin uygulama-geliştirilme süreçlerinin hızlandırılması ve tüm yurda yayılmasının sağlanması gibi temel yapısal reformları içermektedir.

Reform çalışmaları dönemin Adalet ve Kalkınma Partisi hükümeti tarafından Kasım 2002 seçimlerinden hemen sonra yine aynı ay içerisinde açıklanan “*Acil Eylem Planı*” içerisinde DSÖ’ nün (Dünya Sağlık Örgütü) tüm gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için öncelikli hedef olarak belirtmiş olduğu “*Herkese Sağlık*” başlığı altında temel prensipleri ile belirlenmiş ve bu prensipler uygulanması için ayrıca bir takvime bağlanmıştır. Ve akabinde Sağlık Bakanlığı, 2003 yılında sağlık yönetiminde reform çalışması olarak ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’nı uygulamaya koymuştur (58. Hükümet Acil Eylem Planı, 2003).

16 Kasım 2002’ de açıklanan Acil Eylem planı kapsamında öngörülen temel hedefler şu şekilde belirtilmiştir (58. Hükümet Acil Eylem Planı, 2003):

- 1) Sağlık Bakanlığı'nın merkezi ve taşra yapılarının hem idari hem de fonksiyonel açılardan yeniden yapılandırılması; merkezi yapının etkin denetleyici kurum haline gelmesi, taşra yapısının ise yerelleştirilerek hizmetlerin daha etkin ve hızlı sunumlarının sağlanması.
- 2) Vatandaşların tamamının GSS kapsamına alınması
- 3) Sağlık ve sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altına alınması; çok başlılığın ortadan kaldırılarak hizmeti vatandaşların tamamına eşit bir şekilde sunulması yoluna gidilmesi.
- 4) Yüksek ölüm oranlarına sahip Anne-çocuk sağlığına önem verilmesi; ölüm oranlarının düşürülebilmesi için gerekli önlemlerin başlı başına bir sağlık bakanlığı politikası değişikliği olarak ele alınması.
- 5) Hastanelerin merkezden bağımsız mali-idari özerkliklerinin sağlanması; bütçeye olan yüklerinin azaltılması çalışmalarının başlatılması ancak bunun ilerleyen yıllarda yeterli başarıyı göstermediğinin belirlenmesi (Sayıştay Raporu, 2017).
- 6) Sağlık ocakları yerine Aile hekimliği uygulamasının benimsenmesi; vatandaşları tek bir hekime yönlendirme dolayısı ile takip edilebilirliğini artırarak mevcut koruyucu hizmet oranlarının artırılma yoluna gidilmesi.
- 7) Öncelikle Koruyucu hekimlik uygulamalarının yaygınlaştırılması; bağışıklama, hijyen eğitimleri, gebelik bakımı, aile planlaması, erken tanı vb. uygulamaların aile hekimliği uygulaması ile daha etkin hale getirilmesi.

- 8) Öncelikli olarak dezavantajlı bölgelerde ki sağlık personeli eksikliklerinin giderilmeye çalışılması; coğrafik anlamda ulaşılamayan bölgeler ile yetersiz personeli olan bölge ve illere 4/B kapsamında çakılı sağlık personeli temin yoluna gidilmesi.
- 9) Sağlıkta rekabet açısından özel sektörün ülke sağlığının gelişimi için yatırım yapmasının özendirilmesi; vatandaşın istediği şekillerde (kamu-özel) sağlık hizmeti almasının önünün açılması.
- 10) Tüm kamu kuruluşlarında tepe yönetimlerinden alt yönetimlere doğru yetki devrinin sağlanması; yönetimin tek elde toplanması yerine karar verebilmeyi geniş yelpazeye yaymak dolayısı ile alınan kararların isabet oranlarının artırılmasına gidilmesi.
- 11) Sağlık sektörü için e-dönüşüm projesinin aktive edilmesi; dijital değişim ve dönüşümün sağlanarak hızlı etkin sağlık hizmetlerinin sunumunun sağlanması.

Acil Eylem Planı hedefleri çerçevesinde 2003 Aralık ayında Sağlık Bakanlığı tarafından, ülke sağlık sisteminin yapılandırılması adı altında SDP kamuoyuna duyurulmuş; “Geçmişten günümüze kadar olan proje ve reform çalışmalarını değerlendirerek gelecekteki sağlık sistemini tasarlayacak ve bu sisteme geçiş için gerekli değişimleri yapmayı planlayacaktır denmiş ve ayrıca SDP’ nin; sağlık hizmetlerinin ülke çapında etkili, verimli ve hakkaniyete uygun şekilde organize edilmesi, finansmanın sağlanması ve sunulmasını hedeflemektedir” denmiştir (SB, 2008). Acil eylem planı maddelerinde görüldüğü üzere öncelikle ülke sağlık hizmetleri organizasyonunun yapılandırılması, finansal yapısının yeniden ele

alınmasını, hizmet sunum şekillerinde değişikliğe gidilmesi, sağlık insan iş gücü eksikliklerinin giderilmeye çalışılacağı, özel sektörün daha aktif şekillerde sektöre dâhil edileceği ve ülke sağlık göstergelerinin iyileştirileceği yönünde acil uygulama kararları söz konusudur. Kısacası bir ülkenin sağlık sektörünü değişim ve dönüşümden geçirebilmeniz için o ülke sağlık sektörünün “*örgütüne-sağlık insan iş gücüne-finansmanına*” müdahale etmeniz gerekir. Acil eylem planı da bu 3 unsuru temelinden değişime uğratabilecek hedefler barındırmaktadır.

Bununla beraber uluslararası kuruluşlar olan OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) ve Dünya Bankası (World Bank) Sağlıkta Dönüşüm Programının lkemizin sağlık sektörünün mevcut sorunlarının ele alınıp özölmesi adına tasarlandığını ifade etmiş olup bu sorunları aşağıdaki gibi ifade etmektedir (OECD ve World Bank, 2008:19-30).

- i. OECD’nin diğer üye ülkelerine ve orta gelirli ülkelerine kıyasla kötü sağlık gösterge sonuçları,
- ii. Sağlık hizmetlerine (Koruyucu, tedavi ve rehabilite edici) erişimlerinde hakkaniyetsizlikler,
- iii. Sağlık hizmetlerinin sunumuna ve finansal risklerine ilişkin verimsizliğe yol açan, finansal sürdürülebilirliği bulunmayan zayıf mali yapısı,
- iv. Mevcut sınırlı hizmet kalitesi ile hastalara düşük hizmet sunma durumu.

SDP öncesine kadar ülke sağlık göstergelerinde ki kötü sonuçlar, vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimlerindeki yetersiz durum, sağlığa ilişkin kaynak tahsisinden başlanarak ülke bütçesinin finansal yapısında ki istikrarsızlıkları ve düşük kaliteli hizmet sunum nedenleri gibi kötü tablolar yeni bir sağlık politika yapısını zorunlu kılmakta idi.

SDP kapsamında planlanan tüm yeniden yapılandırılma politikaları, tek kelime ile anlatılacak olur ise “*halkın sağlık düzeyini arttırmayı*” hedeflemektedir. Bu hedefe yönelik ise SDP’ nin öngördüğü amacın kendi içinde hizmeti sunan ile hizmeti alanı ayırma yoluna gidilerek yapılandırılmanın 8 ana tema etrafında gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Bunlar ise Sağlık Bakanlığı tarafından aşağıdaki şekilde maddeler haline getirilmiştir (SB, 2008):

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı
2. Herkesi tek çatı altında toplayan GSS
3. Yaygın erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - ✓ Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri,
 - ✓ Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - ✓ İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
 - ✓ Ulusal İlaç Kurumu,
 - ✓ Tıbbi Cihaz Kurumu,
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.

Maddelere bakılacak olur ise; sağlık bakanlığının daha aktif bir planlama ve denetleme organizasyonuna çevrileceği dolayısı ile verilecek tüm sağlık hizmet türleri ile bu hizmetlerin etkinliklerinin daha hızlı değerlendirilmesi yoluna gidilmesinin sağlanması ve dolayısı ile eksikliklerinin daha hızlı çözüme kavuşturulması hedefinin belirlenmesi, tüm vatandaşları parçalı ve çoklu yapıya sahip sosyal güvenlik yapılarından tek bir yapı çatısı altına alınacağı, desantrilize edilmiş sağlık yapıları ile, kademeli sevkin (aradan geçen 17 yıla rağmen henüz aktive edilmemiş durumda) oluşturulacağı ve böylelikle 2. ve 3. basamak sağlık tesislerinde gereksiz yığılmaların önleneceği, vatandaşın her an ulaşabileceği temel sağlık hizmetlerinin zenginleştirileceği, profesyonelleştirilmiş sağlık insan iş gücünün sağlanacağı, sistemi temelden destekleyecek temel sağlık hizmetleri ve eğitim bilim kurumlarının sisteme entegre edileceği, tüm sektörün kalite yönetim sistemi içerisinde geliştirileceği ve ilgili organizasyonların dünya standartları çerçevesinde akredite edileceği, iki yeni kurum ile akılcı ilaç kullanımı ve ülkenin tıbbi cihaz durumunun kontrol altına alınacağı ve günümüz dünyasında olmazsa olmaz olan dijital bilgi sistemlerinin sağlık sektörünün vazgeçilmezi haline getirileceği ana temalar halinde planlanmıştır.

Ancak özellikle GSS kapsamında etkin pirim ödemeleri için vatandaşlarının temel teminat paketi ile GSS içine dâhil edilme yoluna gidilmeye çalışılması belirlenen hedef iken 2017 verilerine göre %10' luk vatandaş diliminin prim borcu ödeme nedeni ile GSS kapsamına hala alınmamış olması daha etkin bir GSS politikasının gözden geçirilmesini elzem kılmaktadır (Sayıştay Raporu, 2017).

3.2. SDP' NİN ANA İLKELERİNE BAKIŞ VE KAPSADIĞI BOYUTLAR

Bununla beraber SDP' nin yapılandırılma ana teması üzerine bina edilen temel ilkeleri bakanlık tarafından maddelendirilmiştir (SB, 2003), başlıklar tek tek incelendiğinde şu sonuçlar çıkmaktadır:

1. **İnsan merkezlilik;** sistem planlanırken hizmeti talep eden vatandaşların talep ve ihtiyaçlarına göre beklentilerinin esas alınmasını ifade etmektedir. “*Ben yaptım oldu*” gibi tepeden inme yapılandırılmalar yerine vatandaşın talep ve ihtiyaçlarını odak noktası haline getirmiş bir yapılandırılma.
2. **Sürdürülebilirlik;** programın ülke kaynakları açısından yeterli olması ve kendi kendini sürdürülebilirliğini öngörmektedir.
3. **Sürekli kalite gelişimi;** sağlık sisteminin ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek devamlı olarak daha iyiye doğru yönelmesi amaçlanmaktadır. Dünyada ki gelişmiş ülke sağlık sektörlerinin tüm ilerlemeci yapılarının, unsurlarının, teknolojilerinin takip edilerek ülke kaynakları göz önünde tutularak sunulmaya çalışılması.
4. **Katılımcılık;** sağlık sisteminde ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınarak planlama ve uygulama safhalarında yapıcı bir anlayışla ortak zeminlerin oluşturulması amaçlanmaktadır. Tüm taraflardan kast edilenin; sivil toplum kuruluşları, vatandaşlar, özel sektör temsilcileri, akademik görüşler vb.
5. **Uzlaşmacılık;** sağlık sektöründe bulunan farklı çıkar guruplarının çatışmadan uzlaşmaya yönlendirilerek orta yarar sağlanması hedeflenmektedir.

6. **Gönüllülük;** sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin, hizmette arz ve talep eden, birey veya kurum ayrımı yapmaksızın belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir.
7. **Güçler ayrılığı;** sağlık hizmetini planlayan, denetleyen, finanse eden ve hizmet üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Böylece daha verimli ve kaliteli hizmete erişim sağlanabilecektir.
8. **Desantralizasyon;** idari ve mali açıdan özerkleştirilen kurumların yerinden yönetim ilkesine göre örgütlenmesi, alınacak kararların hızlı bir şekilde alınıp-yürütülmesi ilkesidir.
9. **Hizmette rekabet;** sağlık hizmeti sunumunun devletin tekelden çıkarıp, standartların belirlenmesi yoluyla farklı hizmet sunucularının bu alanda birbirleriyle rekabet içerisinde olmalarının sağlanmasıdır. Bir yandan özel bir yandan üniversite ve bir yandan kamu hastaneleri arasında ki rekabet ortamı artırılarak daha iyi hizmet sunmanın önü açılacaktır.

SDP, ülkenin sağlık sektörünün sorunlarını tüm boyutları ile ele alan ve bunu yapar iken ana-alt bileşenlerden oluşturulan 1990' lar dan bu yana geliştirilen ancak uygulama ortamı bulamayan radikal ve köklü değişiklikleri içeren yeniden yapılandırılmanın adıdır. Tüm ana ve alt bileşenler ele alındığında yapılandırılma temelde üç ana ayak üzerinde kurgulanmış ve uygulama yoluna gidilmiştir.

1. GSS Yapılandırılması: GSS, SDP' nin ilk ve en önemli ayaklarından biridir ki SDP için GSS' yi önemli kılan neden ise ülke

sosyal güvenlik yapısının çok parçalı yapı halinde bulunması idi. Program ile beraber farklı çalışma gruplarını kapsam altına alan Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve SSK (Sosyal Sigorta Kurumu) gibi sosyal güvenlik kurumlarının 2006 yılında tek sigorta kurumu şemsiyesi altına alındı. Özellikle SSK'ya bağlı hastanelerin Sağlık Bakanlığına devri gerçekleştirilerek SSK'lı hastaların tamamının tüm kamu sağlık kuruluşlarına eşit hakkaniyetli ulaşımı sağlanmıştır. Sağlık hizmetlerine erişim eşitliği kapsamında atılan adımların sağlık hizmetlerine olan talebi arttırması üzerine Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 'Performansa Dayalı Ödeme Sistemine' geçilmiştir. SDP kapsamında uygulanan tüm politikalarda, sağlık hizmet sunumunun arz ve talep yönlü olarak artışının sağlanması; sağlık harcamalarındaki artışı dengede tutmak ve sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların etkili kullanımını sağlamak için uygulamaya konulmuştur (Sülkü, 2011:28). Ancak yukarıda da belirttiğimiz 2017 Sayıştay raporuna göre vatandaşlarının %10' luk bir kesiminin hala GSS kapsamına alınmamış olması düşündürücüdür. Bu durumun ortadan kaldırılabilmesi için yerinde önlemlerin alınması zaruridir.

2. Aile Hekimliği Programı: Aile Hekimliğinin modeli, sağlık reformunun ikinci temel ayağını oluşturmaktadır. Modele göre; 1. basamak sağlık hizmetleri, topluma-çevreye ve kişiye yönelik olmak üzere ikiye ayrılmış olup, topluma-çevreye yönelik sunulacak koruyucu sağlık hizmetleri toplum sağlığı merkezleri tarafından sunulurken, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, aile hekimlikleri tarafından sunulacaktır (Ataay, 2008:174-176). Modele göre; aile hekimleri, GSS ile sözleşmeleri kapsamında muayenehane

sistemi şeklinde hizmet sunacaklardı ancak sistemin tam anlamı ile uygulamaya konulamamış olması nedeniyle aile hekimliği hizmetleri sağlık bakanlığı tarafından finanse edilmektedir. Bununla beraber aile hekimliğinin en önemli özelliğinin, 2. ve 3. basamaklarda ki hasta yığılmalarının önüne geçilebilmesi için sevk zincirinde zorunlu basamak olmasıdır ki sevk zincirinin henüz uygulanmamış olması hastanelerde ki yığılmaları ortaya çıkarmaktadır. Bu durumda beraberinde sağlık için cepten harcanan ile kamunun bütçeden harcadığı maliyetlere katastrofik sonuçlar getirmektedir.

3. Kamu Hastane Birlikleri Reformu (KBH): SDP' nin üçüncü temel ayağını ise, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile 02/11/2011 tarihli Resmî Gazete' de yayımlanan KHB reformu yer almaktadır. Reformun ana hedefi, Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak tedavi kurumlarının birlik çatısı altında özerk yapılara kavuşturularak yeniden örgütlenmesini sağlamaktır. Kararnamenin 30. maddesine göre; “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları ile il düzeyinde kamu hastane birlikleri kurularak işletilir. Hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabilir ve bir ilde birlik kapsamı dışında sağlık kurumu bırakılamaz. Birden fazla birlik kurulan illerdeki ve belli bölgedeki birliklerden biri koordinatör olarak görevlendirilir.” Madde ile birlikte, bakanlığa bağlı illerdeki ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları idari yönden tam özerk, mali yönden ise kısmi bir yapıya kavuşarak sağlık işletmesi modeline göre yeniden yapılandırılması sağlanmıştır. Böylece Sağlık Bakanlığı,

sağlık sektörü için denetim ve düzenlemeden sorumlu birim yapısına dönüştürülmüştür (Lamba vd., 2014:63-70).

Ancak daha sonra mevcut Kamu Hastaneler Kurumu 694 Sayılı KHK ile kapatılarak kurum Sağlık Bakanlığına bağlı bir genel müdürlüğe dönüştürülüp kurum ise il sağlık müdürüne bağlı bir başkanlık olarak devam etmektedir. Bu durum başlangıçta SDP' nin geleceği konusunda yönetim kadrolarının daha profesyonel yöneticiler (muhasabe, işletme, insan kaynakları, döner sermaye vb. kompleks bilgi sahibi olmayı gerektiren kişiler olması) eli ile yönetilmesini içermekte ve konusunda profesyonel sağlık yöneticiliğinin önünü açmayı kolaylaştırıcı iken gelinen süreçte reformun tersi istikamette sistemin yönetilmesini tekrardan alışlagelmiş hali ile hekimlik eğitimi almış kişilerin ellerine bırakılmasını öngörmüştür. Oysa ki hekimlik ve hemşirelik (yönetim hemşireliği bölümleri hariç) bölümlerinde yönetime dair eğitim modellerini içermemektedir.

3.3. SDP; HİBRİT BİR MODEL

SDP' nin yukarıda sayılan tüm planlama, hedef ve temalarına bakılarak aslında dünya ölçeğinde mevcut birden fazla sağlık reform modelinden yararlanılarak ve 1990' lı yıllarda ülkemizde ortaya konulmaya çalışılan reform önermeleri ile bir Türkiye sağlık reformu modelinin oluşturulduğu anlaşılmaktadır. Konunun başında ifade ettiğimiz gibi bu “hibrit” yapı kendisini Alman Bismarck, İngiliz Beveridge ve geniş uygulamalı Liberal sağlık reform modellerinin ulusal şartlarımıza uygun hale getirilerek tüm unsurları ile kendi

içinde birbirini destekleyen sistemin sürdürülebilirliğini sağlayan yeni bir Türkiye sağlık sistemini oluşturduğu ifade edebiliriz.

Sağlık Eski Bakanı Recep Akdağ gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok dünya ülkelerine geziler yapmış ve bu ülkelerdeki sağlık sistemlerinin yapısını oluşturan finansal, organizasyonel ve insan iş-gücü yapılarını ele almış ve sonuç olarak bu ülkelerden elde edilenlerin eldeki mevcut ülke şartlarına ve imkanlarına uyarlanması gerektiğini vurgulamıştır (Akdağ, 2015:3-8).

Yeni sağlık modeli olan SDP ele alındığında üç temel özelliğinin; tüm vatandaşların zorunlu olarak primlendirilmesi; genel vergilendirme ve özel sağlık sigortası şekillerinde yukarıda adı geçen modellerin özelliklerini kendi içinde barındırdığı ortaya koyulmaktadır (Demirci 2012:231-232). Beveridge sistemi; tüm vatandaşları kapsayan “sağlık sigortası”, Bismarck sistemi; sağlık hizmetlerinin finansmanında ana unsur “*prim ödemeleri*” ve Liberal sistemin getirdiği özellik olan “*özel sağlık sigortasının*” teşviki gibi konular SDP modelinin temel özelliklerinden olarak hibrit hale getirilerek uygulanmıştır. Bunların yanı sıra devletin özel sağlık hizmetlerinde güçlü denetleyici rolünü ortaya koyan ve kamu finansmanının devlet tarafından tek elden ortaya koyan Beveridge modeli, Liberal modeldeki gibi kamu harcamalarının kısıtlanmasını sağlayan Liberal model gibi unsurlar SDP’ nin özellikleri arasındadır (Yılmaz, 2018:194).

Sonuç olarak gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere ihraç edilen yeni bir hibrit sağlık reformu yapısı oluşturularak uygulamaya konulmuştur. Özellikle son yıllarda SDP modeli farklı ülkeler

tarafından (Bahreyn, Çad, Ürdün, Kırgızistan, İran vs.) örnek alınmakta ve DSÖ-Dünya Bankası gibi pekçok uluslararası kuruluş tarafından başarı hikâyesi olarak ifade edilmiş ve sistemde görülen iyileştirmeler sayesinde kendisinden övgü ile söz ettirmiştir (McCourtie, 2015; TRT Haber, 2015). Yani bu model direk ithal edilmeyen ama başarıları itibari ile sonraki yıllarda farklı ülkelere model teşkil ettirilecek şekilde ihraç edilen bir model halini almıştır.

3.4. SDP' NİN YILLAR İÇERİSİNDEKİ BAŞARILARI

Ülkelerde uygulana gelen sağlıkta reform programlarının sonuçları itibari ile kısaca 4 parametrede değerlendirilmektedir. Bunlar sırası ile aşağıdaki şekillerde ifade edilmektedir;

- 1- Ülke sağlık göstergelerinin karşılaştırılması.
- 2- Vatandaşların katastrofik harcamalara karşın finansal riskten korunması.
- 3- Sunulmakta olan sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyetin tespiti.
- 4- Mevcut sağlık reformunun sürdürülebilirliğinin sağlanması.

Bu başlıkların her biri kendi içinde onlarca veriyi barındırmakta iken biz aşağıdaki tabloda da görüleceği üzere SDP' nin sadece 2002-2017 yılları arasında ki karşılaştırmalı durumunu ortaya koymayı uygun bulduk. Bu tablo içinde ki veri analizi bize SDP' nin haklı uygulama başarısını ortaya koymaktadır. SDP öncesi ve sonrasına bakıldığında; doğumda beklenen yaşam suresinin arttığı, bebek ve beş yaş altı çocuk ölümleri ve anne ölümleri oranlarının azaldığı, sağlık

hizmetlerinden memnuniyetin arttığı ve vatandaşların sistem sayesinde finansal risklerden korunmalarının arttığı tespit edilmektedir.

Tablo 1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Yıllar İçindeki Göstergeleri

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ KARNESİ (2002-2017)		
Sağlık Göstergeleri	2002*	2017**
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (yıl)	72.5	78
Bebek Ölüm Hızı (bin canlı doğumda)	31.5	6.8
Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (bin canlı doğumda)	40	8.6
Anne Ölüm Oranı (yüz bin canlı doğumda)	64	14.6
Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%)	19.8	16.3
Katastrofik Sağlık Harcamaları (on binde)	81	31(2014)
Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı, (%)	39.5 (2003)	71.7
* 2002 Yılı TÜİK Nüfus Projeksiyonları, 2017 Yılı Sağlık Bakanlığı Bütçe Sunumu.		
**2017 Yılı Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı.		

Sağlıkta dönüşüm programının son ürünü olarak geçmiş alt yapısı 2005 yılına kadar giden ve pek çok şehirde hızla uygulana gelen kamu-özel ortaklıklı hastanelerinin adı olan “şehir hastaneleri” ayrıca üzerinde önemle durulması gereken, kendisinde pek çok avantaj ve dezavantajı barındıran tamamlayıcı reform basamaklarındandır. 2002 yılından bu yana uygulana gelen GSS, Aile Hekimliği ve en son olarak şehir hastaneleri ülke sağlık sektörümüzün ana arterlerini oluşturmaktadır. Bunlar içerisinde incelenmesi gereken

en önemli basamak ise hiç şüphesiz ülkenin finansal sürdürülebilirliğin devamlılığı için elzem görülen şehir hastaneleri başlığıdır.

İldeki mevcut 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerini temelden değiştiren sağlıkta dönüşüm programının yeni ürünü olan kamu hastaneleri, maliyetlerin yüksek olması nedeniyle ertelenmiş olan sağlık projelerinin ivedilikle hayata geçirilmesi amacıyla gündeme alınmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2018a). Bu durum bize gündeme alınan yeni yapılandırılma modelinin dikkatli ölçülerle (kamu-özel ortaklığının getirileri ve götürülerinin neler olduğunun tespitinin daha şeffaf şekillerde) ele alınmasını zorunlu kılmaktadır.

4. ŞEHİR HASTANELERİ; AVANTAJ VE DEZAVANTAJLARI

SDP kapsamında ilkleri Adana, Mersin, Yozgat ve Isparta illerinde olmak üzere sağlık bakanlığı yatırımlar genel müdürlüğüne göre 9' u açılmış-faaliyette bulunulan 13 ilde sözleşmeleri imzalanan ve inşaatlarına devam edilen ve ayrıca 8' inin ihale aşamasında olduğu, 2' sinin ihaleye hazırlık aşamasında olduğu, 1' inin ise planlama aşamasında olduğu; Türkiye'de ki devlet hastanelerinin “Entegre Sağlık Kampüsleri”, “Sağlık Kentleri”, “Bölge Hastaneleri” ya da daha yaygın olan adı ile “Şehir Hastaneleri” tek yapıda birleştirilerek “Kamu-Özel Ortaklığı” modeliyle finansmanının sağlanması, kurulması ve işletilmesi ile gündeme gelerek uygulanmaya konulmuştur (SB, 2019).

Şehir hastaneleri ile beraber kamu kurumları nispetinde olan devlet hastaneleri özel şirketlerle ortak hizmet vererek yarı özerk hale getirilecektir. Bu durumun bilinen en önemli dezavantajlı yanı ise, 2. ve 3. basamak açısından ülkede sunulan sağlık hizmetlerinin piyasa merkezli (sağlığın piyasa koşullarına terk edilmesi) hale getirilmesidir ki sonucunda kamu-özel ortaklığıyla yönetilen hastaneler daha çok kâr merkezli çalışmayı önceleyeceklerdir. Bu durumun aynı zamanda avantajlı yanı ise hastaneler tarafından daha çok hastaya hizmet sunma durumu ve bunun meydana gelmesi ya da getirilebilmesi için ise daha yüksek oranda hasta memnuniyetinin sağlanması dolayısı ile özel hastanelerle aralarında yüksek bir rekabet durumunun artacağı ve tüm hizmetlerin tamamen hasta odaklı hale getirilmesine çalışılacaktır. Yani yeni yapı aynı anda hem avantaj hem de dezavantajlı unsurları kendisinde barındırmaktadır.

Şehir hastaneleri uygulamasının geçmişi 2005 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na ek bir madde ile başlayan süreç kendisini 2013 tarihinden 6428 numaralı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'a göre yürütülmektedir. Şehir hastaneleri uygulaması yukarıda da ifade edildiği üzere kamu-özel ortaklığı biçiminde yapılandırılmış olup, hangi ilde şehir hastanesi yapılacağı kararı Yüksek Planlama Kurulu tarafından verilmektedir.

Şehir hastaneleri bir tür yaptır-kirala-devret modeli şeklinde, hazine arazilerinin bedelsiz olarak tahsis edilen, ihaleyi kazanan şirketler tarafından yapılır. Kanuna göre şehir hastanesinin yapımı

kendine özgü bir ihale usulü ile uygulanmakta yani Devlet İhale Kanunu ve Kamu İhale Kanunu hükümlerine göre uygulanmamaktadır. Şehir Hastanesinin yapımı tamamlandıktan sonra Sağlık Bakanlığı şirketten hastaneyi 30 yılı geçmeyecek şekilde kiralamaktadır ve bu süre içinde ise kira ve bakım parası ödenir. Kanun'a göre şirket tesisin ve tüm hizmet alanlarının (ticari hizmetlerden; kafe, otopark, restoran vb.) projelendirilmesi ve finansmanının sağlanmasından, yapımından, onarımından kısacası tüm hizmetlerin yerine getirilmesinden ve sayılı ticari hizmet alanlarının işletilmesinden tek sorumlu olacaktır. Kiralama süresinin sonunda ise hastane bakanlığa ilk gün ki gibi borçsuz ve kullanılabilir durumda devredilmesi gerekmektedir. Devletin şehir hastaneleri için ödeyeceği kira o hastanelerin döner sermayesinden ödenecektir (Göçmen, 2018; Türk Tabipler Birliği, 2018:1-4).

Sadeghi ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, kamu-özel ortaklığı ile sunulan sağlık hizmetlerinin sektörde sağlayacağı faydalar şu şekilde ifade edilmektedir (Sadeghi vd., 2016:1403):

- ✓ Hastanelerin inşa-işletilmesinin kolaylaştırılması
- ✓ Vatandaşların sunulan sağlık hizmetlerine eşit erişiminin sağlanması
- ✓ 2. ve 3. basamak hastaneler ile 1.basamak sağlık hizmetleri entegrasyonlarının sağlanması
- ✓ Düşük maliyetli yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sunumu ve bunlara erişiminin sağlanması
- ✓ Sunulan hizmetlerde ki bekleme sürelerinde azalma sağlanması
- ✓ Vatandaşı finansal risklerden koruması

- ✓ Hastane tıbbi ve tıbbi olmayan cihazlarının son teknoloji ile yenilenmesi
- ✓ Hastane girdi ve çıktı performans göstergelerinin iyileştirilmesi
- ✓ Hastaların tüm sağlık ihtiyaçlarının tek bir kampüste sunulması; zamandan ve mekândan tasarruf edilmesi

Türkiye’de faaliyette bulunan şehir hastanelerinden birkaçında gerçekleştirilen memnuniyet araştırmalarında; vatandaşlar şehir hastanesinden memnun olduklarını ifade etmiş olup bu memnuniyete götüren nedenlerin ise; hastanenin yeni, temiz, bakımlı, rahat kullanımlı, mevcut tıbbi-tıbbi olmayan araç-gereçlerin modern, hizmet sunan personellerin yaklaşımlarının ve personel yönlendirmelerinin iyi olduğunu değerlendirmişlerdir (Gökkaya vd., 2018:145, Çınar vd., 2017:299).

Şehir hastanelerinin yukarıda sayılı avantajları yanında, birçok konuda da dezavantajlarının olduğu eleştirileri farklı çalışmalarda tespit edilmiştir. Tespit edilen eleştirilerin odak noktalarını ise daha çok yeni açılmaya başlanan hastanelerin oluşturdukları belirsizlikler ve hastanelerin yapısal zeminlerini oluşturan politika belirleyicilerine yöneliktir. Sağlık kurumlarında kamu özel iş birliğinin temelde maliyet-etkinlik, kalite anlayışı, esnek yapısı ve karmaşıklığı olmak üzere bir takım temel sorunları meydana getireceği belirtilmektedir (Şantaş, 2019: 104-111). Özel sektörle ortaklık durumlarında ucuz bileşen kullanımı, bakım maliyetlerini, sıhhi tesisatlarını ve havalandırma filtrasyonu gibi kötü kalite sorunlarıyla karşılaşılma riskini barındırmaktadır. Ayrıca, bu tip ortaklı yapılar yıllar içerisinde yüksek maliyetler ürettiği için kuruluşların zamanın değişen yapısına

esnek bir şekilde adapte olabilmesinin de zor olacağı vurgulanmaktadır (McKee et. all, 2006: 891).

Şehir hastanelerine yönelik eleştirilerden bir diğ erinin de sağlık sektöründe kamu özel iş birliğ inin “*piyasa için tek elci bir alan*” ortaya çıkarabileceğ i ö ngörölmektedir (Karahanoğ ulları, 2012: 119-122).

Bir diğ er eleştiri konusunun şehir hastanelerinin doğ ası gereğ i amacının “*kâr hedeflemeye*” yönelik olduğ u ileri sürüldüğ ü, hastanelerin yatırım maliyetlerinin karşılanıp kâra geçmeleri için belirli doluluk oranlarına ihtiyaç duyulduğ u ve bu taahhütlerin verildiğ inin vurgulandığ ı ve dolayısı ile hastanelerin maximum seviyede çalışabilmeleri için hasta yoğunluğ unun artırılması ve yapılacak tıbbi iş lemlerin sayısının yüksek olması gerektiğ ine dikkat çekilmektedir. Buna paralel olarak bakanlığ ın 1. basamak sağlık hizmetleri kapsamında aile hekimliğ i ve toplum sağ lığ ı merkezleri ve aile planlaması merkezlerini geliştirmeye yönelik politikaları olduğ u dolayısı ile şehir hastaneleri için gerekli hasta yoğunluğ unun azalacağı bu durumunda ters iliş ki yarattığ ı dolayısı ile bunun bir paradoks oluşturduğ u ileri sürölmektedir (Cerrahoğ lu, 2016: 81-82).

Şehir hastanelerine yönelik sağlık yönetici görüşleri incelendiğ inde ise bu yeni yapıda kamunun rolünün daha fazla olması gerektiğ i ancak ilerleyen zamanlarda özel sektörün yapı içerisindeki rolünün bir adım ö teye taşınarak özelleştirmeyi beraberinde getirebileceğ i vurgulanmaktadır. Yine ayrıca sözleşme sürelerinin 30 yıl gibi bir süreyi kapsamaması, sözleşmelerin belirsizlikler içermesi şehir hastanelerine yönelik kamunun pek çok risklerle

karşılaşabilmesinin önünü açabileceği vurgulanmaktadır. Ayrıca, tıbbi hizmetler ile destek hizmetlerinin kamu ve özel arasında paylaşılmış olması yönetimde olası iletişim sorunlarını yol açacağı ifade edilmektedir (Ünal, 2017: 56).

Gökkaya ve arkadaşlarının bir şehir hastanesinde yaptıkları memnuniyet araştırmasında, hastaların şehir hastanesinden memnun olmadıkları konular şu şekilde sıralanmaktadır: Hastaneye ulaşımında karşılaşılan aksaklıklar, tıbbi sekreterlerin olmaması, sıra bekleme sürelerinin uzunluğu, cep telefonlarının çekmemesi, işlemlerin yavaş olması, asansörün ve tekerlekli sandalyelerin azlığı, hastane içinde ulaşım ile dışında özel araçlar için yaşanan otopark sorunları. Çınar ve arkadaşlarının yaptıkları bir diğer şehir hastanesi hizmet sunum memnuniyetine yönelik çalışmada da vatandaşların hasta sıra bekleme süreleri ile hastalarla ilgilenilmesi konusunda memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (Gökkaya vd., 2018: 145, Çınar vd., 2017: 29).

5. SONUÇ

Son 30 yıldır dünyanın ekonomik kaynaklarında ki azalmaya bağlı olarak gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin cevap bulmaya çalıştıkları asıl soru; kıt kaynaklar ile nasıl bir sağlık reformu ve yapılandırılmanın oluşturulacağıdır. Çünkü ülkelerin nüfus oranlarının artış eğiliminde olması, doğuştan beklenen yaşam sürelerinin artmaya başlaması, kronik hastalıkların yükünün artışı, ileri teknolojik seçeneklerin varlığı vb. nedenler; ülkelerin mevcut kıt kaynaklarını pek çok hizmette olduğu gibi ülkelerin gelişmişlik ve refah seviyesini gösteren en önemli parametrelerden olan sağlık başlığına ne kadar kaynağın ayrılacağı sorusunu her zaman gündemde tutmaya devam edecektir.

Cumhuriyet tarihinden bu yana sağlık reformlarına ilişkin kamu bazlı sağlık hizmetleri kazanımlarımızın zirve noktası olarak sayılabilecek yeni bir köklü-bütüncül ve kapsamlı sentez-hibrit reform paketi olan ve hala uygulanmaya devam edilen sağlıkta dönüşüm programı yapısında ki pek çok aksaklıklara rağmen göstergeleri bağlamında dünya ölçeğinde gözle görülür sağlık hizmetleri sunumuna imza atmış durumdadır. Bu yeni modeli henüz tamamlanmamış hali ile bir “Türkiye sağlık modeli” olarak adlandırılabiliriz ancak dönüşüm devam etmektedir.

Sağlık reformlarının ana müdahale noktasının örgüte, nitelikli sağlık insan iş gücüne ve finansmana şeklinde oluşturulurken ülkemizde 2003’ ten bu yana uygulana gelen SDP’ nin en belirgin özelliğinin ise özellikle DSÖ’ nün belirlemiş olduğu “herkese sağlık” perspektifinden sağlık hizmetlerinin vatandaşa ulaşılabilirliğinin sağlanması olmuştur. Ve yine gerek anne-bebek-5 yaş altı ölüm

oranları göstergelerinde gözle görülür ve kalıcı iyileşmeler yaşanmıştır.

Ancak örneğin profesyonel sağlık yöneticiliği için oluşturulan merkezi ve taşra örgütlenme zemini sistem öncesi haline dönüştürülerek “profesyonel sağlık yöneticiliği” başlığı atıl durumda bırakılmıştır. Ve yine basamaklar arası sevk zincirinin devreye sokulmamış olması aile hekimliklerini pasif duruma koyarken 2. ve 3. basamaklar da yığılmaları beraberinde getirmekte, cepten harcamalarda ve kamunun bütçeden sağlığa pay aktarımını katastrofik açıdan yükseltmektedir. Şehir hastanelerinin getirileri ile götürüleri arasında gerek hizmeti sunacaklar ile hizmeti alanlar arasında ve gerekse de çok uluslu şirketlerin “sağlıkta kar amaçlı!!” yatırımlarının kafa karışıklığına yol açtığı ifade edilebilir. Bu durumun vatandaşın cep harcamalarına yansıtılmaması, çalışanların iş ve çalışma güvenlik şartlarının kötüye dönüşü evirilmemesi gibi önlemler önceki yıllarda ki kazanımların devamının sağlanması ve dolayısı ile reform ile beraber elde edilen başarıların yok edilmemesini sağlayacaktır.

Programın devamı niteliğinde ülkenin son 10 yıla yakın bir zaman aralığında meydana getirilen kamu-özel ortaklıklı şehir hastaneleri kavramı ise sağlık hizmetlerinin mevcut kazanımlarının devamı niteliğinde oluşturulmuş olup içerisinde avantajları kadar dezavantajları da barındırmaktadır. Ülkenin mali kıt kaynaklarının sağlık hizmetlerine negatif etkilerini ortadan kaldırmak adına uygulamaya konulan şehir hastaneleri dikkatle ele alınması gereken aksi durumda ise sağlık hizmetlerine yönelik arzu edilmeyen reform türlerinden olan “özelleştirmenin” kapısını açabilme gücü ve kuvvetini kendisinde bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

- Akdağ, Recep (2015). Lessons from Health Transformation in Turkey: Leadership and Challenges. Commentary, Health Systems & Reform, 1(1):3-8.
- Ataay, Faruk. (2008). Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları. Amme İdaresi Dergisi, 41(3):169-184.
- Aytekin Hamdi (2013). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri (1920-1980), Toplum ve Hekim Dergisi, 28(3):181-191.
- Başol Emel ve Işık Abdulkadir (2015). Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme Ve Öneriler. IAAOJ, Social Science, 2(2):1-26.
- Berman Peter A., Bossert Thomas J. (2002). A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries; What Have We Learned? Health Policy And Planning, 17 (Suppl 1).
- Cerrahoğlu Ali (2016). Şehir Hastaneleri ve Birinci Basamak”, The Journal of Turkish Family Physician, 7(3):81-84.
- Çınar, Naif Fıratcan, Türkoğlu Çağdaş, Tütünsatar Alper (2017). Kamu-Özel Ortaklığı/İşbirliği Modeli ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hizmet Memnuniyetinin Ölçülmesi: Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) İçin Bir Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 29(4):215-232.
- Devlet Planlama Teşkilatı, (1989), Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü Mevcut Durum Raporu, Ankara.

- Göçmen Erkin (2018). Şehir Hastaneleri Kanunu Neler Getiriyor?
[https:// www. medikalakademi.com.tr/sehir-hastaneleri-kanunu-erkin-gocmen](https://www.medikalakademi.com.tr/sehir-hastaneleri-kanunu-erkin-gocmen). (Erişim Tarihi: 20. 05.2019)
- Gökkaya Durmuş, İzgüden Dilruba, Erdem Ramazan (2018). Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Isparta İli Örneği, *Vizyoner Dergisi* 9(20):136-148.
- González-Rossetti Alejandra, Bossert Thomas J. (2000). Guidelines for Enhancing the Political Feasibility of Health Reform in Latin America. (Erişim Tarihi: 14.05.2019)
- Harrison Michael, Calltorp Johan (2000). The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care, *Health Policy* 50(3):219-240.
- Homedes Nuria, Ugalde Antonio (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America, *Health Policy* 71(1):83-96.
- Karahanogulları Yiğit (2012). Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Mali Değerlendirmesi, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 67(2):95-125.
- Lamba Mustafa, Altan Yakup, Aktel Mehmet, Kerman Uysal (2014). Sağlık Bakanlığı'nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme. *Amme İdaresi Dergisi*, 47(1):53-78.
- Lloyd-Sherlock Peter (2005). Health sector reform in Argentina: a cautionary tale, *Social Science & Medicine* 60(8):1893-1903.

- McKee Martin, Edwards Nigel, Atun Rifat (2006). Public-Private Partnerships for Hospitals, Bulletin of the World Health Organization, 84(11):890-896.
- McCourtie Simon D. (2015). Lessons from Turkey How Bahrain is Looking to Improve its Healthcare. World Bank News. <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2015/02/17/lessons-from-turkey-how-bahrain-is-looking-to-improve-its-healthcare>. (Erişim Tarihi: 15.05.2019)
- OECD And World Bank (2008). OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf>, Sayfa;15-48. (Erişim Tarihi: 15.05.2019)
- Roberts March et. all (2004). Getting Helath Reform Right, Oxford University Press.
- Sadeghi Ahmad, Barati Omid, Bastani Peivand, Jafari Davood Danesh ve Etemadian Masoud (2016). Experiences of Selected Countries in the Use of Public-Private Partnership in Hospital Services Provision, J Pak Med Assoc. 66(11):1401-1406.
- Sağlık Bakanlığı, (1990), *Milli Sağlık Politikası*, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (1993), *Ulusal Sağlık Politikası*, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2003). Sağlıkta Dönüşüm Programı <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktdonusum.pdf>. (Erişim Tarihi: 16.05.2019)
- Sağlık Bakanlığı (2008). Baş Editör: Akdağ Recep, “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ağustos 2008, Ankara” <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/turkiyeSDP.pdf>. (Erişim Tarihi: 15.05.2019)

- Sağlık Bakanlığı (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ağustos 2008. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749, Ankara. (Erişim Tarihi: 15.05.2019)
- Sağlık Bakanlığı (2016). 2017 Yılı Bütçe Sunumu, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1337,sb-2017-yili-butce-sunumu-plan-butcepdf-1pdf.pdf?0>. (Erişim Tarihi: 23.05.2019)
- Sağlık Bakanlığı (2017). Sağlık İstatistikleri Yıllığı (<https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,49093/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-haber-bulteni.html>).(Erişim Tarihi: 16.05.2019)
- Sağlık Bakanlığı (2018a). Şehir Hastaneleri ve Koordinasyon Dairesi Başkanlığı sık sorulan sorular, https://www.khgm.saglik.gov.tr/DB/37/14488_sik-sorulan-sorular (Erişim Tarihi: 14.12.2018)
- Sağlık Bakanlığı (2019). Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Sözleşmesi İmzalanan Şehir Hastaneleri, <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>. (Erişim Tarihi: 28.05.2019)
- Sağlık Bakanlığı Sayıştay Denetim Raporu (2017). [https:// www.sayistay.gov.tr/tr /Upload/62643830/files/raporlar/kid/2017/Genel_B%C3%BCt%C3%A7e_Kapsam%C4%B1ndaki_%20Kamu_%C4%B0dareleri/SA%C4%9ELIK%20BAKANLI%C4%9EI.pdf](https://www.sayistay.gov.tr/tr/Upload/62643830/files/raporlar/kid/2017/Genel_B%C3%BCt%C3%A7e_Kapsam%C4%B1ndaki_%20Kamu_%C4%B0dareleri/SA%C4%9ELIK%20BAKANLI%C4%9EI.pdf). (Erişim Tarihi: 28.05.2019).
- Sülkü Seher Nur (2011). Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu,

Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın No:2011/414.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sayıştay Denetim Raporu (2017).<https://www.sayistay.gov.tr/tr/Upload/62643830/files/raporlar/kid/2017/SosyalG%C3%BCvenlikKurumlar%C4%B1/SOSYAL%20G%C3%9CvenL%C4%B0K%20KURUMU.pdf>.

Şantaş Gülcan, Şantaş Fatih (2019). Şehir Hastanelerine İlişkin Haberlerin Gazetelerde Yansıması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi, 22(1):104-111.

T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı (2003). <https://www.linux.org.tr/wp-content/uploads/2010/04/AcilEylemPlani.pdf>. (Erişim Tarihi: 15.05.2019).

TRT Haber (2015). Akdağ' dan 'Sağlık Sistemi' Danışmanlığı. <http://www.trthaber.com/haber/saglik/akdagdan-saglik-sistemi-danismanligi-194180>. (Erişim Tarihi:23.05.2019).

Türk Tabipler Birliği (2018), http://www.ttb.org.tr/kutuphane/s_hastane_br.pdf. (Erişim Tarihi: 23.05.2019).

Ünal Ali, Ünal Aslı Köse (2017). Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığına Yönelik Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri, Sağlık Akademisyenleri Dergisi 4(1):51-56.

Yılmaz Gözde (2018). Türkiye Sağlık Sisteminde Reformlar Ve Politika Transferi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 18(41):179-206.

BÖLÜM 14:
SAĞLIKTA BÖLGESEL EŞİTSİZLİKLER: TÜRKİYE
AÇISINDAN BİR DEĞERLENDİRME

Öğr. Gör. Sait SÖYLER¹
Öğr. Gör. Doğancan ÇAVMAK²

¹ Tarsus Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Mersin/Türkiye,
saitsoyler@tarsus.edu.tr

² Tarsus Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Mersin/Türkiye,
dogancavmak@tarsus.edu.tr

GİRİŞ

Dünyadaki tüm ülke sağlık sistemleri için üzerinde yoğun çabaların ve politikaların geliştirildiği alanların başında erişim konusu gelmektedir. Sağlık sistemlerinin temel amacı, ülke vatandaşlarının sağlık statülerini yüksek tutmak amacı taşıyan hizmetlerin toplum tarafından erişilebilir olacak bir şekilde organize edilmesidir. Toplumun farklı kesimlerinin herhangi bir sebeple sağlık hizmetlerine ulaşmada kabul edilemez bir sorun ve kısıtlama yaşaması durumunda, sağlıkta eşitsizlik kavramından bahsedilebilmektedir. Sağlıkta eşitsizliklere sebep olan faktörler kültürel, dini veya sınıf temelli olabileceği gibi, sağlık sisteminin bir ülke içerisindeki farklı bölgelere yönelik kaynak transferleri arasındaki farklılıklar da eşitsizliklere sebep olabilmektedir. Sağlık tesislerinin dağılımı, nüfus başına düşen sağlık insan kaynağı sayısı, nüfusun ekonomik ve fiziki olarak erişebileceği yerlerde yer alan sağlık tesisi sayısı, bölgelere göre eczane sayıları vb. gibi oranlar, ülkeler ve bir ülkenin bölgeleri arasındaki sağlık eşitsizliklerini gösteren temel göstergelerdir.

Sağlık statüsünü şekillendiren eşitsizlikler yalnızca sağlık hizmetlerine erişimle ilgili de değildir. Sağlık statüsü birçok faktör etrafında şekillenmektedir. Bir toplumun sosyal, kültürel, ekonomik ve çevresel faktörleri ile toplumu oluşturan bireylerin yaşam alışkanlıkları ve genetik faktörleri sağlık statüsünün önemli belirleyicileridir. Bölgeler arasındaki bu tür farklılıklar da sağlık statüsünün değişkenlik göstermesine sebep olmaktadır. Örneğin, ekonomik ve kültürel koşulların daha gelişmiş olduğu bölgelerde, yaşam süresi daha uzun olmakta, toplumun sağlık hizmetlerine erişimi

de daha kolay olmaktadır. Dolayısıyla, bir ülkenin en önemli gücü olan nüfusunun (insan kaynağının) sağlık statüsünün yüksek tutulması için, eşitsizliklerin üzerinde önemle durulması ve iyileştirici yöntemlerin geliştirilmesi önem arz etmektedir. Eşitsizliklerin ise geniş bir perspektifte ele alınması doğru sonuçlara ulaşabilmek için kritik bir husustur.

Bu bölüm, sağlıkta bölgesel eşitsizlikleri Türkiye açısından değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda ilk olarak, sağlık kavramının içeriği ve bir toplumun sağlık düzeyini şekillendiren faktörlerin üzerinde durulmuş, ikincil olarak Türkiye'nin sağlıkla ilgili göstergeleri OECD ülkeleri ile kıyaslanmış, üçüncü olarak Türkiye'nin bölgeleri arasındaki farklılıklar irdelenmiştir. Son olarak ise, Türkiye sağlık sistemi çerçevesinde, yapılabilecek iyileştirmeler konusu tartışılmıştır.

SAĞLIK KAVRAMI VE ÖNEMİ

Sağlık kavramı araştırmacıların üzerinde fikir birliğine varamadığı, uzun zamandır üzerinde tartışmaların yürütüldüğü bir kavramdır. Sağlık kavramının sosyolojik boyutu da olan bir kavram olması ve çok çeşitli faktörlerden etkilenmesi nedeniyle ortak bir paydada buluşulması mümkün olmamıştır. Bu tartışmalar neticesinde sağlık kavramını açıklamak üzere birçok tanım öne sürülmüş ve bu tanımlar sağlığın farklı yönlerine dikkat çekmiştir. Kimi tanımlarda sağlığın negatif yönüne dikkat çekilmekte, sağlık bir hastalık veya sakatlığın olmaması olarak ifade edilmekteyken, bazı tanımlarda ise

sağlığın pozitif tanımı, sağlıklı ve iyi durumda olma hali olarak tanımlanmaktadır.

Eski Yunan'da sağlık denge kavramı üzerinden tanımlanmaktaydı. Buna göre insan ile çevre ve ruh ve beden arasındaki denge ile hastalıkların doğal kaynakları, sağlık algısına ilişkin temel unsurları oluşturmaktaydı. Diğer taraftan eski Hint ve Çin geleneğinde de benzer unsurlar yer almaktaydı. M.Ö. 5. Yüzyıldaki “organların uyumlu çalışması” yaklaşımı; sağlığın fiziksel boyutuna dikkat çekmekte, bedenin fiziksel unsurlarını ve genel işlevselliğini vurgulamaktadır. Bu tanım bugün bile genel sağlık ve zindelik (wellness) için geçerli olmaktadır. Platon bedensel ve zihinsel sağlık ve toplum uyumunu, Aristo ise sosyal yönden sağlıklı bir yaşam ile etik ve ahlaki normları ilişkilendirmiştir. Demokritus sağlıklı olmayı davranışsal yönüyle ele almış, sağlıklı olmak için dua etmek yerine sağlıklı davranışları ön plana çıkarmıştır. Hipokrat da sağlığı çevresel faktörler ve yaşam tarzı ile açıklamış; genetik, diyet ve egzersize dayanan pozitif sağlık kavramını geliştirmiştir. Orta çağa gelindiğinde kilisenin insanların tedavisinde ve ilaçlara ilişkin bilgi açısından sağlık üzerinde güçlü bir etkisi olduğu görülmekteyken, Rönesans ile beraber antik çağ bilgileri yeniden ele alınmaya başlanmıştır. Endüstri devrimi ile beraber işgücü, verimlilik gibi unsurların ön plana çıkmasıyla, sağlık ekonomik açıdan da ele alınan bir kavram haline gelmiştir (Svalastog, 2017; 431-432).

Sağlık kavramı ile ilgili tartışmalar sürerken, bugün sağlığın en çok kabul gören tanımı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımdır. İkinci dünya savaşının ardından, 1948 yılında

yürürlüğe giren anayasasında DSÖ sağlığı “sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil; fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (WHO, 1948). Bu tanım çok çeşitli eleştirilere maruz kalsa da, sağlık kavramına bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşması nedeniyle önceleri geniş bir kabul görmüş, ancak değişen demografik yapı ve kronik hastalıklar neticesinde bu tanım da yeniden sorgulanır hale gelmiştir (Huber vd., 2011). Bugün DSÖ’ nün sağlık tanımı sorgulanırken sağlık kavramını yeniden tanımlamak için çabalar da sürmektedir (Card, 2017; Leonardi, 2018; Charlier vd., 2017).

Günümüzde sağlığın tanımlanmasına ilişkin üç boyut öne çıkmaktadır. Bunlardan ilki bir hastalık veya rahatsızlığın olmaması, ikincisi bireyin günlük yaşantının gerekliliklerine cevap verebilmesi, üçüncüsü ise kişinin hem iç dünyasında hem de kendisiyle çevresi arasında bir denge/uyum sağlayabilmesidir. Hastalık ve sakatlığın olmaması tanımı olduğu gibi kabul edilirse, bu durumda bir bireyin sağlıklı olup olmadığına sadece tıp karar verebilecektir. Dahası, bugün sağlıklı olarak nitelendirilen bireyler gelecekte yeni bir takım tıp yöntemlerinin geliştirilmesiyle beraber hasta/rahatsız veya sağlıklı olarak nitelendirilebilecektir. Öte yandan, söz konusu ikinci tanım olduğunda tanımla ilgili bir takım problemler ortaya çıkmaktadır. Örneğin bazı insanların biyolojik olarak bir hastalığın belirtisi olabilecek anormalliklere sahip olmalarına rağmen, bunu hissetmemeleri ve günlük yaşamın gerekliliklerine rahatlıkla cevap verebilecek durumda olmaları mümkündür. Bunun yanı sıra, biyolojik olarak herhangi bir probleme sahip olmayan ancak günlük yaşamının

gerekliliklerini yerine getiremeyen bireyler de vardır. Her iki durumda da bu kişilerin sağlıklı veya sağlıksız olarak değerlendirilmesi tartışmalıdır. Üçüncü tanım ise sağlığı bir denge/uyum olarak nitelendirmektedir. Burada bir hastalık/rahatsızlık/sakatlık olmasına rağmen bireylerin yaşamlarından maksimum derecede faydalanabilecekleri bir denge kurmaları ön plana çıkmakta ve bu bireyler hastalık veya sakatlığa rağmen iç dünyalarında ve dış çevreleriyle denge kurmaları derecesinde sağlıklı olarak tanımlanabilmektedir (Sartorius, 2006; 662-663).

Günümüzün toplum yapısı, demografik değişimler ve yaşlanan popülasyon, artan kronik ve dejeneratif hastalıklarla beraber sağlığın tanımının değişmesi de kaçınılmazdır. DSÖ sağlık tanımı, zamanına göre çığır açıcı ve sağlığı bütüncül bir bakış açısıyla ele almasıyla inovatif bir tanım olmakla beraber, değişen nüfus yapısı neticesinde ciddi eleştirilere maruz kalmış ve kalmaya da devam etmektedir. Günümüzde dünyanın birçok ülkesinde doğumda beklenen yaşam süresi artmış, bebek ve anne ölüm oranları azalmış, sağlığa erişim son derece artırılmış durumdadır. Ayrıca geçen yüzyıllarda dünyayı kasıp kavuran birçok bulaşıcı hastalığın tedavisi bulunmuştur. Modern dünyanın en büyük sağlık problemleri artık akut hastalıklar olmaktan çıkmış, yaşlılığa bağlı kronik ve dejeneratif hastalıklar bugünün ve büyük bir olasılıkla geleceğin en önemli sağlık sorunları halini almıştır. Bu nedenle, DSÖ tanımında bahsedilen “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil...” ifadesi günümüzde yavaş yavaş geçerliliğini kaybederken, “fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” ifadesi ise erişilmesi çok zor bir statüyü belirtmektedir

(Bircher ve Kuruvilla, 2014; Card, 2017). Dolayısıyla bir takım hastalıklara ve/veya sakatlıklara rağmen, yaşamdan maksimum fayda sağlama ifadesi güncel koşullara daha uygun bir sağlık tanımı olarak öne çıkmaktadır.

Sağlığın tanımlanması, bireylerin ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi açısından da önem arz etmektedir. Sağlık hizmetleri sağlık tanımında yer alan unsurları göz önüne alarak, sağlıklı olarak ifade edilen durumları sağlamak maksadıyla organize edilir. Örneğin DSÖ tanımı temel alındığında, bir bireyin sağlıklı olması için günlük faaliyetlerini veya sosyal yaşamını hiç etkilemese ve belirti vermese bile biyolojik olarak anormal bir durumun ortadan kaldırılması gerekmektedir. Bu durum, ileri teşhis yöntemlerinin kullanılması, genel durumu etkilemeyen bu anormalliğe yönelik ilaçlar üretilmesi ve aşırı medikalizasyon problemine yol açmaktadır (Card, 2017; 129). Bu nedenle sağlığa ilişkin tanımların akılcı, ulaşılabilir hedefler koyan ve güncel koşullara uygun olması gerekmektedir.

SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlığın genel ve geçerli bir tanımının yapılmasıyla ilgili olduğu gibi; sağlık durumunun iyi veya kötü olmasına etki eden faktörlerin ortaya konmasıyla ilgili de uzun süredir devam eden uğraşlar vardır (Healey, 2014; 244). Sağlığın belirleyicileri olarak ifade edilen bu faktörler de sağlık hizmetlerinin organizasyonunda önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle sağlığın belirleyicileri, sağlığın tanımı ile beraber önem arz eden unsurlardan biridir. Sağlığın belirleyicileri mikroorganizmalar gibi mikro faktörlerden sosyoekonomik çevre gibi

makro faktörlere kadar uzanan çeşitli düzeylerde faktörlerden oluşmaktadır (Mullner, 2009; 455). DSÖ sağlığın belirleyicilerini ekonomik ve fiziki çevre, bireysel özellikler ve davranışlar ile ekonomik ve sosyal statü, eğitim seviyesi, sağlık hizmetlerine erişim vb. unsurlar olarak ifade etmektedir (<https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>, Erişim Tarihi: 18.07.2019). Bu unsurları da içeren genel bir sınıflandırmaya göre ise sağlığın belirleyicileri dört ana faktörden oluşmaktadır; çevre, davranışsal belirleyiciler, kalıtım ve sağlık hizmetleri (Schults ve Johnson, 2003; 18).

Sağlık hizmetleri her ne kadar genel sağlık durumuna en az etki eden faktör olarak ifade edilse de (Schults ve Johnson, 2003; 20), ülkelerin sağlık hizmetlerinin organizasyonuna ilişkin çabaları ve bu alana ayırdıkları maddi kaynaklar göz önünde bulundurulduğunda sağlık hizmetlerinin aslında ifade edildiği kadar düşük bir önemi olmadığı görülmektedir. Öyle ki OECD üyesi ülkelerin kişi başı sağlık harcamaları ortalaması 2003 yılında 2211 dolar iken, 2018 yılına gelindiğinde bu rakam 3992 dolar düzeyindedir. Türkiye, OECD ortalamasının altında olsa da 2018 yılında 1227 dolar kişi başı sağlık harcaması gerçekleştirmiş, Gayrisafi Milli Hasıla (GMH)'sının %4,17'sini sağlık alanına ayırmıştır. OECD ortalaması ise 2018 yılında %8,79'dur (<https://data.oecd.org/health.htm>, Erişim tarihi: 18.07.2019).

Görüldüğü gibi ülkeler sağlık alanına büyük miktarlarda kaynak aktarmaktadırlar. Bununla beraber sağlık alanında direkt harcama kalemi olarak ön plana çıkmayan sağlık alanında çalışacak profesyonellerin yetiştirilmesi, üniversitelerde bu alanlara yönelik

kapasitenin oluşturulması, üniversite öğretim üyeleri ve elemanlarına ayrılan kaynaklar, sağlık tesislerinin kurulması ve bu alanlara gerekli altyapının sağlanması gibi harcamalar da mevcuttur. Bu harcama kalemlerinin sayısının artırılması mümkündür. Bu açıdan bakıldığında sağlık hizmetlerinin sağlık düzeyinin belirlenmesinde hiç de azımsanmayacak bir önemi olduğu yadsınamaz bir gerçektir.

Sağlık hizmetleri kapsamı içerisinde koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yanı sıra, sağlığın geliştirilmesi hizmetleri de yer almaktadır. Bu açıdan bakıldığında hastalıkların önlenmesi, ortaya çıkan hastalıkların yok edilmesi, hastalık/sakatlık sonrası genel çevreye adaptasyon gibi hizmetlerin yanı sıra sağlığın geliştirilmesi kapsamında sağlık eğitimini de kapsayan bir dizi eğitim ve farkındalık yaratma faaliyeti gerçekleştirilmektedir. Sağlığın geliştirilmesi genel olarak insanların kendi sağlık düzeylerinin ve sağlıklarının belirleyicileri üzerindeki kontrollerinin artırılması süreci olarak tanımlanmaktadır (Laverack 2014, 47). Bu nedenle sağlık hizmetlerinin sağlığın diğer belirleyicileri üzerinde de etkili olduğu ifade edilebilmektedir. Bu anlamda sağlık hizmetlerinin yönetim ve organizasyonu son derece geniş bir yelpazede önemli bir faaliyet alanı olarak ön plana çıkmaktadır.

DSÖ, amacı sağlığın geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve sürdürülmesi olan tüm faaliyetleri sağlık sistemi olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2000; 5). Ülkeler yüksek meblağlarda kaynak aktardıkları, toplum sağlığının yükseltilmesinde önemli bir rol oynayan sağlık hizmetlerinin kendi ekonomik ve toplumsal koşullarına en uygun şekilde organize edilmesini sağlamaya

çalışmaktadırlar. Böylece ülkelerin sağlık sistemleri oluşmaktadır. Ülkeler sağlık sistemlerini oluştururlarken ya kendi ülke gerçeklerinden yola çıkarak kendisine has sistem özellikleri geliştirmekte ya da başka bir ülkenin sağlık sistemini adapte etmektedirler.

Roemer (1993) geniş kabul gören ve sıklıkla atıfta bulunulan çalışmasında sağlık sistemlerini devletin sağlık sektörüne müdahalesine göre “serbest piyasa tipi” sağlık sistemlerinden “kolektivist tip” sağlık sistemlerine doğru; serbest piyasa tipi, refah yönelimli, kapsayıcı ve kolektivist olarak sınıflandırmıştır.

Devletin sağlık sektörüne müdahalesi sadece düzenleyici noktadan, tüm hizmet sunum ve finansmanını devletin yaptığı noktaya kadar geniş bir çerçevede yer almaktadır. Ancak hangi tür sağlık sistemine sahip olunursa olunsun, sağlık sistemlerinin temel amacı sağlık düzeyinin yükseltilmesidir.

Sağlık düzeyi ile ilgili olarak çok sayıda gösterge (indikatör) vardır. Bu göstergelerin bir kısmı sağlık alanına ayrılan maddi kaynaklarla ilgiliyken, bir kısmı sağlık insan gücüne ilişkindir. Diğer taraftan sağlık hizmetleri kapasitesine ilişkin göstergeler de vardır. Bu göstergeler, ülkelerin bir yıl içerisindeki durumunu ortaya koyabildiği gibi, dönemsel olarak veya zaman serisi şeklinde de değerlendirilebilmektedir. Bu anlamda, bu göstergeler bir ülkenin geçmişte hangi durumda olduğunu, zaman içerisinde nasıl bir yol aldığını ve bugünkü durumunu açıklarken, diğer ülkelerle karşılaştırma yapma imkanı da sunmaktadır. Bu açıdan sağlık göstergelerinin sürekli irdelenmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir.

TEMEL SAĞLIK GÖSTERGELERİ: OECD ÜLKELERİ VE TÜRKİYE

Sağlık göstergeleri yalnızca bir toplumun genel sağlık durumuna ilişkin bilgi sağlamamakta, ülkenin gelişmişliği ile ilgili de bilgi vermektedir. Aynı zamanda ülkenin sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik arasında da karşılıklı bir ilişki olduğu ifade edilmektedir. Ekonomik gelişmişlik arttıkça sağlığa ayrılan kaynaklar da artmakta, sağlığa ayrılan kaynaklar ise sağlık düzeyini artırmakta ve dolayısıyla sağlık göstergelerini de iyileştirmektedir. Bu noktada refah düzeyi yüksek olarak ifade edilen ülkelerde dahi, ekonomik açıdan nispeten düşük seviyede olan grupların sağlık düzeyinin de daha düşük olduğu görülmektedir (Ersöz, 2009; 1651; Wilkinson ve Marmot, 2003; 7).

Sağlık düzeyinin incelenebilmesi için bir takım kriterler/kıstaslara ihtiyaç vardır. Bu kriter/kıstaslar genel olarak sağlık göstergeleri olarak ifade edilmektedir. Bu göstergeler incelenen ülkeye ilişkin doğum, ölüm, beklenen yaşam süresi, hastalıklar, sağlık hizmetleri gibi çok geniş alanlarda bilgi sağlamaktadırlar. Bu göstergeler aracılığı ile ülkeler arası karşılaştırmalar yapılabildiği gibi bir ülke içerisinde bölgeler arası karşılaştırmaların yapılması da mümkündür (Altıntaş, 2012; 23-24).

Sağlığa ilişkin göstergeler temelde sağlık statüsü göstergeleri ve sağlığın belirleyicileriyle ilgili göstergeler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Sağlık statüsü göstergeleri arasında yaşam beklentisi, bebek ölüm oranı vb. göstergeler yer alırken, sağlığın belirleyicileri ile ilgili göstergeler ise beslenme, alkol ve sigara kullanımı, sağlık

hizmetlerine erişim gibi göstergeleri içermektedir (First Nations Centre, 2007; 2).

DSÖ, temel sağlık göstergelerine bir standart getirmek amacıyla sağlık göstergelerini “100 Temel Sağlık Göstergesi (100 Core Health Indicators)” adıyla bir araya getirmiştir. Burada yer alan göstergeler öncelikle dört ana başlığa, ardından her bir ana başlık altında yer alan toplam 24 alt başlığa ayrılmıştır. Her bir alt başlıkta da çok sayıda gösterge yer almakta, toplamda yüz adet sağlık göstergesi sunulmaktadır (World Health Organization, 2015; 18-19).

DSÖ tarafından standardize edilen sağlık göstergeleri bir ülkenin sağlık durumuna ilişkin çok kapsamlı bilgi sağlasa da bu çalışmada bütün sağlık göstergelerine yer verilmesi mümkün değildir. Bu nedenle burada, literatürde sıklıkla yer verilen sağlık göstergeleri açısından değerlendirmelerde bulunulacak, Türkiye'nin sağlık göstergeleri OECD ülkeleri ile karşılaştırılacaktır. Bu göstergeler; bütçeden sağlığa ayrılan pay, sağlık harcamaları, beklenen yaşam süreleri, doğum ve ölüme ilişkin göstergeler, hekim ve hemşire sayıları, hekime müracaat oranları, tıp ve hemşirelik mezun sayıları göstergeleridir. Sağlık göstergelerine ilişkin veriler OECD'den alınmıştır (<https://data.oecd.org/health.htm>, Erişim: 22.07.2019). İncelenen sağlık göstergeleri tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. OECD ülkeleri ve Türkiye açısından temel sağlık göstergeleri

Sağlık Göstergesi	Türkiye	OECD
Sağlığa Ayrılan Pay (%GMH)	4.2	8.8
Kişi Başına Sağlık Harcaması (Dolar)	1.227	3.992
Kişi Başına İlaç Harcaması (Dolar)*	170	527
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	78.1	80.72
Bebek Ölüm Oranı (1000 canlı doğumda)	9.2	3.7
Hekim Sayısı (1000 kişi başına)	1.9	3.39
Hemşire Sayısı (1000 kişi başına)	2.1	9.01
Kişi Başı Hekime Müracaat	8.9	6.9
Tıp Mezunları (100.000 kişi başına)	10.6	13.56
Hemşirelik Mezunları (100.000 kişi başına)	17	43

<https://data.oecd.org/health.htm>

*Türk Eczacıları Birliği'nin açıklamasına göre.

GMH'dan sağlık alanına ayrılan payın 2018 yılı OECD ortalaması %8.8 iken, bu oran Türkiye açısından %4.2'dir. Türkiye aynı zamanda bütçesinden sağlığa oransal olarak en az pay ayıran OECD ülkesi konumundadır. Bu oran ABD'de ise %16.9'dur. OECD ülkelerinin sağlık harcamaları incelendiğinde 2018 yılı kişi başına sağlık harcaması ortalamasının 3992 dolar olduğu görülmektedir. Türkiye ise 2018 yılında kişi başına 1227 dolar harcama yapmıştır ve ortalamanın hayli gerisindedir. En düşük kişi başı sağlık harcaması yapan ülke 1138 dolar ile Meksika'dır ve Türkiye Meksika'dan hemen sonra gelmektedir. Sağlık harcamalarının hem beklenen yaşam süresine hem de yaşam kalitesine etkisi olduğu ifade edilmektedir. Aynı zamanda ülkelerin gelişmişliğiyle de ilişkili olduğu ve gelişmiş

Ülkelerin sağlık harcamalarına ayırdıkları payın gelişmekte olan ülkelerden daha yüksek olduğu görülmektedir (Akar, 2014). Bu nedenle Türkiye'nin kişi başına düşen sağlık harcamalarını artırması ve en azından OECD ortalamasını yakalamasının önem arz ettiği ifade edilebilir.

İlaç harcamalarına ilişkin olarak 33 ülkeye ait güncel veriler yer almaktadır (2015-2018). Ancak Türkiye'nin ilaç harcamalarına ilişkin güncel veri OECD veri tabanında yer almamaktadır. Bu nedenle Türkiye 2016 yılı kişi başına ilaç harcamasına ilişkin veri "Türk Eczacıları Birliği"nin basın açıklamasında belirttiği rakam olan 170 dolar olarak kabul edilmiştir. Aynı yayında OECD lkeleri kişi başına ilaç harcaması ortalaması 527 dolar olarak ifade edilmiştir (Türk Eczacıları Birliği, 2017). Bu rakamlara bakıldığında Türkiye'nin ilaç harcamaları açısından da OECD ortalamasının hayli altında kaldığı görülmektedir. Yapılan bazı araştırmaların sonucunda beklenen yaşam süreleri ile ilaç harcamaları arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Frech ve Miller, 2004; Shaw vd., 2005; Frech ve Miller, 1999). Bu bağlamda Türkiye'nin ilaç harcamalarını artırması gerektiği ifade edilebilir. İlaçlar aynı zamanda yaşam kalitesinin artırılması açısından da önem arz etmektedir. Önceleri tedavisi mümkün görünmeyen hastalıkların yeni ilaçlar ile tedavi edilebilir hale gelmesi, yüksek fiyatlı cerrahi operasyonlar yerine nispeten daha ucuz ilaç tedavilerinin geliştirilmesi hem bireylerin konforunu artıracak, hem de diğer sağlık harcamalarının azaltılmasını olanaklı hale getirecektir. Öte yandan ilaçların hatalı kullanımı, gereksiz ilaç kullanımı gibi problemler insan sağlığı açısından tehdit oluşturmaktadır. Bu noktada

genel sağlık harcamaları ile ilaç harcamaları artırılırken ilaçların uygun olmayan kullanımının önlenmesi de gerekmektedir.

Doğumda beklenen yaşam süresi göstergesi incelendiğinde, Türkiye’de 2017 yılında doğumda beklenen yaşam süresi 78.1 yıl olarak hesaplanmıştır. 36 OECD ülkesinin ortalaması incelendiğinde 80.72 yıl olduğu görülmektedir. Türkiye OECD ülkeleri arasında doğumda beklenen yaşam süresinin düşük olduğu ülkeler arasında yer almaktadır. En düşük doğumda beklenen yaşam süresine sahip olan ülke 74.8 ile Letonya, en yüksek doğumda beklenen yaşam süresine sahip olan ülke ise 84.2 yıl ile Japonya’dır. Türkiye açısından doğumda beklenen yaşam süresiyle ilişkili olan faktörlerin irdelenerek bu alanlara yönelik iyileştirmeler yapılması önem arz etmektedir. Yirminci yüzyılın ortalarında 67 olan OECD ülkelerine ait yaşam beklentisi, son dönemde 80 yılın üzerine çıkmıştır. Bu artışın sebepleri değerlendirildiğinde sosyoekonomik koşulların iyileşmesi, risk faktörlerinin azaltılması, sağlık teknolojilerinin gelişmesi gibi faktörlere ek olarak çok sayıda faktör ele alınabilmektedir. Bazı araştırmacılar sağlık hizmetlerinin yaşam beklentisine katkısının çevresel faktörlere göre düşük olduğunu ifade etseler de (Lichtenberg vd., 2014), örneğin Tüylüoğlu ve Tekin (2009) gibi araştırmacılar, doğumda beklenen yaşam süresi ile sağlık harcamalarının ilişkili olduğunu ifade etmektedir. Bu nedenle doğumda beklenen yaşam süresi göstergesi ile ilişkili diğer göstergelerin iyileştirilmesi, doğumda beklenen yaşam süresinin artırılmasını olanaklı kılacaktır.

Bebek ölüm oranları her 1000 canlı doğumda bir yaşımdan önce ölen bebeklerin oranını ifade etmektedir

(<https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm#indicator-chart>, Erişim: 22.07.2019). 2017 yılında Türkiye’de bebek ölüm oranı bin canlı doğumda 9.2 olarak gerçekleşmiştir. OECD ülkelerinin bebek ölüm oranları ortalaması ise 2017 yılında 3,7 düzeyindedir. Dolayısıyla Türkiye’nin bebek ölümlerini de azaltması ve sağlık göstergelerini bu yönde iyileştirmesi gerekmektedir.

Türkiye’de 2017 yılında 1000 kişiye düşen hekim sayısı 1.9’dur. OECD veri tabanında 31 OECD ülkesinin güncel verisi yer almaktadır (2017-2018) ve buna göre OECD ortalaması 3.39 hekim olarak öne çıkmaktadır. Türkiye OECD ülkeleri arasında 1000 kişiye düşen hekim sayısı göstergesinde en sonda yer almaktadır. En yüksek hekim sayısı 1000 kişiye 5.2 hekim ile Avusturya’ya aittir. Benzer şekilde 1000 kişiye düşen hemşire sayısında da Türkiye OECD ortalamasının gerisinde kalmakta ve OECD ülkeleri arasında en alt sırada yer almaktadır. Bu durum Türkiye açısından sağlık hizmetlerine erişime ilişkin soruları beraberinde getirmektedir. Türkiye’nin hekim ve hemşire sayısını artırması ve gelişmiş ülkeler seviyesine çıkarması gerekmektedir.

Hekime müracaat göstergesi incelendiğinde Türkiye’nin bir yıllık periyotta kişi başı hekime başvuru sayısının 8.9 olduğu görülmektedir. OECD ülkeleri ortalaması ise 6.9’dur. Her ne kadar hekime ulaşım açısından olumlu bir gösterge olarak görünse de, az sayıda hekime yapılan çok sayıda müracaatın, hastaya ayrılan zamanı kısıtlayacağı da göz ardı edilmemelidir. Türkiye’de hekime müracaat artırılırken hekim sayısının da en azından OECD ortalaması seviyesine çıkarılması önem arz etmektedir. Son 15 yıllık sürede

Türkiye açısından hekime müracaatların önemli derecede artmış olduğu ifade edilebilir. Bu durumun çeşitli sebepleri arasında genel sağlık sigortası uygulaması ve sigortalıların kapsamının genişlemesi gösterilebilir. Ayrıca aile hekimliği uygulaması ile beraber hekime erişimde kolaylıklar sağlanmıştır. Diğer taraftan, hekim sayısının nispeten az olması sağlık kurumlarında oluşan kuyrukların eritilememesine, hasta ile hekimin görüşmesinin birkaç dakika ile sınırlanmasına sebep olabilmektedir. Bu durumda da hekimler hastaların şikâyetlerini yeterince dinleyememekte, hastalar kendilerini ifade edebilecek zamanı bulamamaktadırlar. Bu nedenle hekimler klasik tanıları ve reçeteleri ile tedavi yoluna gitmektedir (Cirhinlioğlu, 2012).

Hekim ve hemşire sayısının artırılmasında önem arz eden göstergelerin başında bir yıl içerisinde 100.000 kişiye düşen tıp ve hemşirelik mezunlarının sayısı gelmektedir. Türkiye 2017 yılında yüz bin kişi başına 10.6 tıp mezunu vermiştir. OECD ortalaması ise 13.56'dır. 1000 kişi başına düşen hekim sayısı da düşük olduğundan dolayı Türkiye'nin her iki göstergeye ilişkin sayılarını artırması gerekmektedir. Zira belirli bir sayıya ulaşmış olan ülkelerde tıp mezunlarının artırılması gerekmemekte, ancak hekim sayısı düşük olan ülkelerde mezunların sayısının artırılması gerekmektedir. Söz konusu hemşirelik mezunları olduğunda, Türkiye'de 2017 yılında 100.000 kişi başına 17 hemşirelik mezunu verilmişken, OECD ortalaması 43 olarak gerçekleşmiştir. 1000 kişi başına düşen hemşire sayısında da OECD ortalamasının altında kalan Türkiye açısından hemşirelik mezunu sayısının artırılması da önemlidir. Burada

unutulmaması gereken nokta, mezun sayılarını artırırken niteliksel olarak bir düşüşün yaşanmaması gerekliliğidir. Zira yeterli becerilere sahip olmadan sağlık sektörüne atılan hekim ve hemşireler daha büyük sağlık sorunlarına yol açabilmektedirler.

Türkiye temel sağlık göstergeleri açısından diğer OECD ülkelerinin gerisinde görünmektedir. Bu durum Türkiye açısından bazı olumsuzluklara işaret etse de, Türkiye kendi içerisinde değerlendirildiğinde sağlık alanında büyük gelişmeler göstermiş olan bir ülkedir. Birinci dünya savaşının ardından kazanılan bağımsızlık savaşı sonrası ülkenin durumu göz önünde bulundurulduğunda, bir yüzyıldan kısa bir süre içerisinde gelinen bugünkü nokta büyük bir başarı hikayesi olabilecek niteliktedir. Öyle ki 1925 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan raporda, Türk Sağlık Sistemi ile ilgili öncelikli konulardan bazıları şu şekilde ifade edilmiştir (Mollahaliloğlu vd 2007, 249-250);

- Sağlık örgütlenmesi ağının geliştirilmesi
- Sağlık personeli yetiştirilmesi
- Çeşitli sağlık kurumlarının açılması
- Sıtma, kuduz, frengi gibi hastalıklarla mücadele edilmesi
- Sağlık sistemine ilişkin kanunlar çıkarılması

Görüldüğü gibi cumhuriyetin ilk yıllarında öncelikle bir sağlık sisteminin oluşturulması, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve sağlık personeli yetiştirilmesi hedeflenmişken, bir yüzyıldan kısa bir sürede bugünkü konuma gelinmiştir. Türkiye açısından farklı dönemlerde farklı sağlık politikaları izlenmiş, son olarak 2003 yılından itibaren

Sağlıkta Dönüşüm Programı devreye sokulmuştur (Lamba vd 2014, 54). Dönüşüm programı ile beraber Türk sağlık Sistemi'ne ilişkin çok sayıda reform gerçekleştirilmiş ve sağlık sistemi bugünkü konumuna gelmiştir (Akdağ, 2012).

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE GÖSTERGELERİ AÇISINDAN BÖLGESEL FARKLILIKLAR

Türkiye 769.604 km² yüzölçümüne sahip, 2019 yılı itibarı ile 82.4 milyon nüfuslu, aynı yıl nüfus artış hızı 1,27 olan ve nüfusunun %67.9'u 15-64 yaş arasında olan (2018 yılı) bölgenin önemli ülkelerinden bir tanesidir (<http://www.tuik.gov.tr>, Erişim: 26.07.2019).

Türkiye klasik ifadeyle, konumu itibarı ile Asya ile Avrupa arasında bir köprü görevi üstlenmektedir. Aynı zamanda Akdeniz, Ege ve Karadeniz'de uzun bir kıyı şeridine sahip, İstanbul ve Çanakkale boğazları ile dünya deniz ulaşımı açısından da son derece önemli bir ülke konumundadır. Türkiye'nin coğrafi konumu uluslararası politika açısından bir takım avantajlar sağlarken, bir takım dezavantajları da beraberinde getirmektedir. Örneğin son yıllarda küresel çapta bir krize sebep olan ve henüz çözüme kavuşmamış olan Suriye iç savaşının patlak vermesiyle beraber çok sayıda mülteciye ev sahipliği yapmıştır. Suriyeli mültecilerin sayısı milyonlarla ifade edilirken, binlerce Suriyeli bebek de Türkiye'de dünyaya gelmiştir. Bu durum özellikle mültecilerin yoğun olarak yaşadıkları bölgelerdeki kültürel yapıyı ve sağlık durumunu etkilemektedir. Bu bölgelerde uzmanlaşmış sağlık personellerine ihtiyaç artarken, savaşın içinden çıkmış bireylerin

yaşadıkları travmatik durumların üstesinden gelenebilmesi için özellikli sağlık personellerine da ihtiyaç duyulmaktadır. Bu anlamda sadece hekim ve hemşire değil, psikolog, sosyal çalışmacı, ergoterapist gibi farklı uzmanlıklara sahip profesyonellerin de sürece dahil edilmesi gerekmektedir. Bu profesyonellerin mümkünse mültecilerin konuştukları dillerde profesyonel çalışma yetkinliğine sahip olması önem arz etmektedir. Öte yandan Türkiye coğrafi olarak geniş bir alana yayılmış, farklı bölgelerinde farklı coğrafi özelliklerin görüldüğü bir ülkedir. İklim özellikleri, kültürel alışkanlıklar, beslenme, sağlığa verilen anlamlar, çevresel etkiler gibi özellikler bölgelere göre farklılıklar göstermektedir. Bununla beraber yaşam koşulları, kentleşme düzeyi, eğitim, istihdam imkanları gibi farklılıklar da oluşmaktadır. Bu doğrultuda, genel anlamda sağlık politikaları oluşturulurken, yerel düzeyde farklı bölgelerin farklı ihtiyaçları da göz önünde bulundurulmalıdır. Bunun gerçekleştirilebilmesi için bölgelerin demografik yapıları, iklim özellikleri, çevresel etkiler, eğitim durumu, sağlık göstergeleri, sağlık insan kaynağı gibi unsurların irdelenmesi, bölgeler arası eşitsizlik/dengesizliklerin anlaşılması önem arz etmektedir.

Bölgeler arasındaki eşitsizlikler olarak ifade edilen bir takım unsurlar çoğunlukla ekonomik kalkınmışlıkla ilgili olmaktadır. Literatürde yer alan birçok çalışma da bu durumu destekler niteliktedir ve eşitsizlik sermaye ve emek gibi kavramların farklı bölgelerde yoğunlaşması ile açıklanmaktadır (Gediz Oral ve Uğur, 2013: 144). Diğer taraftan bölgeler arasında görülen eşitsizliklerin farklı sebepleri de vardır. Bunların başında doğal/coğrafi sebepler gelmektedir.

Örneğin Türkiye coğrafi olarak 7 bölgeye ayrılmıştır (istatistiki bölge birimleri sınıflamasına göre 12) ve her bir bölgede farklı doğal/coğrafi özellikler izlenebilmektedir (Gediz Oral ve Uğur, 2013: 144). Bununla beraber, tarihsel, iktisadi ve sosyo-kültürel nedenlerden de bahsedilmektedir (Yılmaz, 2001).

Bölgeler arasındaki eşitsizliklerin sebeplerinin irdelenmesi, bu eşitsizliklere karşı alınacak önlemlerin tespit edilmesi açısından önemlidir. Ancak burada sebeplerin irdelenmesinden ziyade bu eşitsizliklerin mevcut durumunun ortaya konması amaçlanmıştır. Bu kapsamda Türkiye'nin genel bir çerçevesi çizilmiş ve sağlığa ilişkin göstergeler de bölgesel olarak incelenmiştir. Bu göstergeler temel olarak "Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2017" baz alınarak irdelenmiştir. Yıllık'ın araştırma amacıyla uygun düşen verilerine yer verilmiştir.

Türkiye nüfusu 1990 yılında 56.5 milyondan 2017 yılına gelindiğinde 80 milyonun üzerinde çıkmıştır, bugün ise 82 milyonun üzerindedir. Bu süreçte kırsal nüfus oranı %48.7'den %11.8'e düşmüş, kentsel nüfus oranı ise %51,3'ten %88.2'ye çıkmıştır. Bu anlamda ülkenin büyük bir çoğunluğunun kentlerde yaşadığı ifade edilebilir. Dolayısıyla kentleşmeye bağlı sağlık sorunlarının yaygınlaşacağı ve önem arz eden sağlık problemleri arasına gireceği ifade edilebilir. 0-14 yaş arası nüfus oranı azalırken, 65 yaş üstü nüfus oranının arttığı görülmektedir. Bu durum nüfus piramitlerine de yansımakta, Türkiye nüfus piramidi yavaş yavaş çanı andırır bir görüntüye bürünmektedir. Bu durum neticesinde genç bağımlılık oranı azalırken, yaşlı bağımlılık oranını artmaktadır. Kentleşme ile beraber yaşlanan nüfusa bağlı olarak da bir takım sağlık problemleri yaşanmaktadır. Bu problemlerin

başında kronik ve dejeneratif hastalıklar gelmektedir. Dolayısıyla Türkiye açısından bu tür sağlık problemlerinin de yaygınlık kazanacağı ifade edilebilmektedir (Hayran, 2016). Yıllık nüfus artış hızı da 1990-2017 periyodunda binde 21,7'den binde 12,4'e düşmüştür. Toplam yaş bağımlılık oranının en yüksek olduğu bölgeler (İBBS-1 sınıflamasına göre); Güneydoğu Anadolu, Kuzeydoğu Anadolu ve Ortadoğu Anadolu bölgeleridir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017).

Aşağıdaki tabloda bazı temel sağlık göstergeleri açısından Türkiye geneli ve İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflamasına göre bölgelerin mevcut durumu özetlenmiştir.

Tablo 2. İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflamasına göre temel sağlık göstergeleri, Türkiye, 2017

	Bebek Ölüm Hızı (1000 canlı doğumda)	Perinatal Ölüm Hızı (1000 canlı doğumda)	Neonatal Ölüm Hızı (1000 canlı doğumda)	Post-Neonatal Ölüm Hızı (1000 canlı doğumda)	5 Yaş Altı Ölüm Hızı (1000 canlı doğumda)	Anne Ölüm Oranı (100.000 canlı doğumda)
İstanbul	7,4	10,6	4,7	2,6	8,8	10,8
Batı Marmara	7,6	9,9	4,7	2,9	8,7	7,4
Ege	7,6	10,2	5,1	2,5	9,1	12,9
Doğu Marmara	7,1	9,3	4,8	2,3	8,4	10,6
Batı Anadolu	7,7	9,9	5,1	2,6	9,5	7
Akdeniz	8,8	10,4	5,7	3,2	10,9	13,3
Orta Anadolu	8,3	11	5,6	2,7	10,3	13,7
Batı Karadeniz	7,3	10,5	4,9	2,4	8,9	15,2
Doğu Karadeniz	9	10,3	5,8	3,2	10,8	25,6
Kuzeydoğu Anadolu	11,6	12,6	6,8	4,8	13,8	24,5
Ortadoğu Anadolu	11,9	12,5	7,2	4,7	14,1	19,9
Güneydoğu Anadolu	12,9	13,4	8,1	4,8	15,3	22,1
Türkiye Geneli	9,1	11	5,8	3,3	10,9	14,6

Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017

2017 yılı Türkiye geneli bebek ölüm hızı 9.1'dir. Bebek ölüm hızının en yüksek olduğu bölgeler sırasıyla Güneydoğu Anadolu (12.9), Ortadoğu Anadolu (11.9) ve Kuzeydoğu Anadolu (11.6) bölgeleridir. En düşük bebek ölüm hızı ise 7.1 ile Doğu Marmara, 7.3 ile Batı Karadeniz ve 7.4 ile İstanbul bölgelerindedir. Perinatal, Neonatal, Post-Neonatal ve 5 yaş altı ölüm hızları açısından da

Kuzeydoğu, Güneydoğu ve Ortadoğu Anadolu bölgeleri en yüksek hızlara sahiptir. Anne ölüm oranları açısından 2017 yılı Türkiye geneli 100.000 canlı doğumda 14.6 iken, Doğu Karadeniz, Kuzeydoğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu ve Batı Karadeniz Türkiye ortalamasının üzerinde anne ölüm oranına sahiptir. En düşük oranlar ise Batı Anadolu, Batı Marmara ve Doğu Marmara bölgelerindedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017).

Aşılama ile ilgili Türkiye geneli ve bölgelerin istatistikleri aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Tablo 3. Bölgelere göre aşılama oranları Türkiye, 2017

	Beşli Karma 3.Doç (%)	HBV-3 (%)	KKK (%)
İstanbul	98	98	96
Batı Marmara	98	98	99
Ege	98	98	98
Doğu Marmara	96	96	97
Batı Anadolu	97	97	97
Akdeniz	98	98	97
Orta Anadolu	97	97	95
Batı Karadeniz	96	96	95
Doğu Karadeniz	97	97	95
Kuzeydoğu Anadolu	92	92	89
Ortadoğu Anadolu	92	92	91
Güneydoğu Anadolu	94	94	95
Türkiye Geneli	96	96	96

Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017

Türkiye genelinde 2002 yılında %78 olan beşli karma aşı üçüncü doç aşılama hızı 2017 yılına gelindiğinde %96 seviyesine çıkmıştır. 2017 itibarı ile aşılama hızı en yüksek bölgeler sırası ile Akdeniz, Ege ve İstanbul bölgeleridir. En düşük olan bölgeler ise sırasıyla Ortadoğu Anadolu (%92), Kuzeydoğu Anadolu (%92) ve Güneydoğu Anadolu (%94) bölgeleridir. HBV-3 açısından yine benzer bir durum söz konusudur. Akdeniz, Ege ve İstanbul bölgeleri

başı çekerken, Orta, Kuzey ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri en düşük aşılama hızına sahiptir. KKK aşılama hızı bakımından başı çeken bölgeler Batı Marmara, Ege ve Doğu Marmara'dır. En düşük hıza sahip bölgeler Kuzey ve Ortadoğu Anadolu ile Doğu Karadeniz bölgeleridir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017).

Türkiye ve bölgeleri açısından doğumlara ilişkin istatistikler aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Tablo 4. Bölgelere göre doğum istatistikleri, Türkiye, 2017

	Sağlık Kurumunda Gerçekleşen (%)	Sezaryen (%)	Primer Sezaryen (%)
İstanbul	98	57	29,3
Batı Marmara	96	53	28,9
Ege	99	61	31,7
Doğu Marmara	99	57	28,5
Batı Anadolu	99	52	27,3
Akdeniz	100	64	28,9
Orta Anadolu	99	52	22,7
Batı Karadeniz	99	59	30,2
Doğu Karadeniz	96	60	28,6
Kuzeydoğu Anadolu	92	34	16,1
Ortadoğu Anadolu	95	38	18
Güneydoğu Anadolu	97	42	17,4
Türkiye Geneli	98	53	25,7

Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017

Tüm doğumlar içerisinde sağlık kurumlarında gerçekleşen doğumların oranı 2017 yılında Türkiye genelinde %98'dir. Bu gösterge açısından en yüksek orana sahip olan bölgeler Akdeniz, Batı Anadolu ve Ege bölgeleridir. En düşük oranlar sırasıyla Kuzey ve Ortadoğu Anadolu ile Batı Marmara'da gerçekleşmiştir. Sezaryen doğumlarının oranı ise Türkiye genelinde %53'tür. En yüksek oranlar

sırasıyla Akdeniz, Ege ve Doğu Karadeniz’de gerçekleşirken, en düşük oranlar Kuzey, Orta ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde gerçekleşmiştir. Primer sezaryen bir kadının kaçınıcı doğumu olursa olsun ilk defa sezaryen doğum yapmasını ifade eden bir göstergedir. Bu açıdan toplam sezaryenlere benzer bir dağılım olduğu göze çarpmaktadır. Zira primer sezaryenlerin yüksek olması toplam sezaryen göstergesinde de artışlara sebep olmaktadır. Bazı ülkelerde sezaryen ile gerçekleştirilen doğumları takip eden doğumların normal doğum ile gerçekleştirilmesi mümkün iken, Türkiye’de sezaryen doğumdan sonraki doğumların da sezaryen yöntemiyle gerçekleştirilmesi gerektiği ifade edilmekte, sonraki doğumlar da aynı yöntemle gerçekleştirilmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017). Sezaryen doğumların Türkiye’de diğer OECD ülkelerinden nispeten yüksek olduğu bilinmektedir. Bu durum her ne kadar istenen bir durum olmasa da, gerektiğinde hem bebeğin hem de annenin hayatını kurtarabilecek bir yöntemdir. Doğu bölgelerinde sezaryen oranlarının düşük olması ilk bakışta olumlu bir durum olarak görülebilir, öte yandan sağlık kurumlarında gerçekleşen doğum oranlarının da bu bölgelerde düşük olması, bebek ölüm hızlarının ve anne ölüm oranlarının yüksek olması sağlık hizmetlerine erişimle ilgili bir takım sıkıntılara veya kültürel olarak doğumların evde yapılması gerektiği inancına işaret ediyor olabilir. Bu noktada sezaryen oranlarının düşük olması ancak düşük anne ve bebek ölüm oranları ile beraber anlam kazanabilecek bir gösterge olmaktadır. Gebe, bebek ve çocuk tam izlem oranlarında da en düşük orana sahip bölgeler sırasıyla Güney, Orta ve Kuzeydoğu Anadolu bölgeleridir. Bütün bu göstergeler, doğu

bölgelerinde sağlık statüsünün düşük olmasını açıklar niteliktedir. Bununla beraber altta yatan sosyo-kültürel faktörler ile sağlık hizmetlerine ilişkin altyapının yeterli olup olmadığı da irdelenmelidir.

Türkiye’de 2017 yılı itibarı ile 1518 hastane vardır. Bunlardan 879 tanesi Sağlık Bakanlığı hastanesi, 68 tanesi üniversite hastanesi, 571 tanesi özel hastanedir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane yatak sayısı 135.339, üniversite hastaneleri yatak sayısı 41.324 ve özel hastane yatak sayısı 49.200’dür. Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane yataklarının %60.3’ü, üniversite hastane yataklarının %63.8’i, özel hastane yataklarının %95.1’i nitelikli yataklardan oluşmaktadır. Bu rakamların 2002 yılında sırasıyla %6.4, %24.6 ve %19.1 olduğu düşünüldüğünde nitelikli yatak sayısında oransal olarak büyük bir artış yaşandığı görülmektedir. Bu durum; küreselleşme ile beraber ulaşım ve iletişim olanaklarının son derece artmış olması, günümüzün yoğun rekabet ortamında tercih edilebilirliğin artırılmak istenmesi gibi nedenlerle beraber daha anlamlı bir gösterge haline gelmektedir. Tüm hastanelerden 1.404 tanesi genel hastanedir. 2017 yılı 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı Türkiye genelinde 27,9 iken, en düşük sayı sırasıyla Güneydoğu Anadolu, Doğu Marmara ve İstanbul bölgelerinde, en yüksek sayı ise sırasıyla Batı Anadolu, Doğu Karadeniz ve Batı Karadeniz bölgelerindedir. 10.000 kişiye düşen yoğun bakım yatak sayısı Türkiye genelinde 2017 yılında 4,5 iken en yüksek sayı Akdeniz, Güneydoğu Anadolu ve Batı Anadolu bölgelerinde, en düşük sayı ise sırasıyla Kuzeydoğu Anadolu, Doğu Marmara ve Doğu Karadeniz bölgelerindedir. Ayrıca 2017 yılı itibarı ile Türkiye’de 32 bin 69 yataksız sağlık kuruluşu da faaliyet

göstermektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017). Nitelikli yatak sayısının doğu bölgelerinde yoğun bakım yatak sayısı ile beraber Türkiye ortalamasının üzerinde olması da göz önünde bulundurulduğunda bu bölgelerdeki hastalık tiplerinin diğer bölgelerden farklılaşabileceği görülmektedir. Bu nedenle eldeki verilerin daha sağlıklı yorumlanabilmesi için sağlık problemlerinin bölgesel dağılımı da ayrıca irdelenmelidir.

Türkiye geneli ve bölgelerine ilişkin tıbbi cihaz istatistikleri aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Tablo 5. Bölgelere göre tıbbi cihaz istatistikleri, Türkiye, 2017

	Hemodiyaliz	MR	BT	Ultrason	Doppler Ultrason	EKO	Mamografi
İstanbul	181,3	12,4	16	85,6	75,7	33,5	14,5
Batı Marmara	224,3	10,8	16	59,1	58,8	24	12,8
Ege	253,2	11	13,9	76	56,6	24,8	12,2
Doğu Marmara	216,5	9,5	12	50	55,2	28,2	10,4
Batı Anadolu	225,4	13	17	76,9	79,8	33,7	13,3
Akdeniz	222,1	12,6	16,6	69,2	58,1	29,3	12,7
Orta Anadolu	262	9,3	12,3	68,6	68,6	26,4	10,6
Batı Karadeniz	285,7	9	14,2	56,4	47,2	26,9	10,1
Doğu Karadeniz	262,8	10,6	14,4	71,8	66,1	32,7	12,5
Kuzeydoğu Anadolu	158,6	11,4	16,5	63,5	61,7	27,4	9,6
Ortadoğu Anadolu	155,9	8,6	13,5	57,1	45,1	22,6	8,3
Güneydoğu Anadolu	124,4	8,7	12,2	65,1	38,1	20,2	7,6
Türkiye Geneli	209,9	10,9	14,7	69,7	60,5	28,1	11,7

Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017

2017 yılında 1 milyon kişiye düşen fiilen kullanılan hemodiyaliz cihazı sayısı Türkiye ortalaması 209.9'dur. Burada Güney, Orta ve Kuzeydoğu Anadolu bölgeleri ile İstanbul bölgesi ortalamanın altında kalmaktadır. 1 milyon kişiye düşen MR cihazı sayısında ise Türkiye ortalaması 10.9'dur. Burada en düşük rakamlar Orta ve Güneydoğu Anadolu ile Batı Karadeniz bölgelerine aitken, en yüksek rakamlar Batı Anadolu, Akdeniz ve İstanbul bölgelerindedir. 1 milyon kişiye düşen BT cihazı sayısı Türkiye genelinde 14.7'dir. En düşük cihaz sayıları sırasıyla Doğu Marmara, Güneydoğu Anadolu ve Orta Anadolu'da; en yüksek cihaz sayıları ise sırasıyla Batı Anadolu, Akdeniz ve Kuzeydoğu Anadolu'da yer almaktadır. 1 milyon kişiye düşen ultrason cihazı sayısı Türkiye genelinde 69.7'dir. Burada İstanbul, Batı Anadolu, Ege ve Doğu Karadeniz dışındaki tüm bölgeler ortalamanın altında kalmaktadır. Doppler ultrason cihazı açısından ise Batı Anadolu, İstanbul, Orta Anadolu, Doğu Karadeniz ve Kuzeydoğu Anadolu dışındaki bölgeler ortalamanın altındadır. 1 milyon kişiye düşen EKO cihazı sayısı Türkiye genelinde 28.1 iken, en düşük sayı Güneydoğu Anadolu bölgesindedir. Son olarak 1 milyon kişiye düşen Mamografi cihazı sayısı Türkiye genelinde 11.7'dir ve Güney, Orta ve Kuzeydoğu Anadolu bölgeleri en düşük rakamlara sahiptir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017).

Türkiye geneli ve bölgeleri açısından hekime başvuru ile ilgili istatistikler aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Tablo 6. Bölgelere göre hekime müracaat oranları, Türkiye, 2017

	Toplam Hekime Müracaat	1.Basamak	2 ve 3. Basamak	Diş Hekimine Müracaat
İstanbul	8,3	2,5	5,9	0,48
Batı Marmara	9,7	3,7	6	0,65
Ege	9,8	3,5	6,3	0,65
Doğu Marmara	9,3	3,4	5,9	0,68
Batı Anadolu	9	2,7	6,3	0,76
Akdeniz	9,3	3,5	5,9	0,53
Orta Anadolu	8,6	2,9	5,8	0,72
Batı Karadeniz	9,5	3,1	6,4	0,79
Doğu Karadeniz	9,6	3,1	6,5	0,64
Kuzeydoğu Anadolu	7,8	2,1	5,8	0,72
Ortadoğu Anadolu	7,7	2	5,6	0,56
Güneydoğu Anadolu	7,9	2,3	5,6	0,54
Türkiye Geneli	8,9	2,9	6	0,61

Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017

Toplam hekime müracaat sayısı 2002 yılında 208 milyon 966 bin 049 iken, 2017 yılına gelindiğine bu sayı 718 milyon 924 bin 809'a çıkmış, kişi başı yıllık hekime müracaat sayısı ise 3.1'den 8.9'a yükselmiştir. Bu bağlamda hizmete erişim ve hekime müracaatla ilgili gelişmeler kaydedildiği ifade edilebilmektedir. Ancak öte yandan, hekimlerin iş yükleri de değerlendirildiğinde bu rakamların daha çok şey ifade edeceği açıktır. Bölgesel olarak hekime başvuruların en yüksek olduğu bölgeler sırasıyla Ege, Batı Marmara ve Doğu Karadeniz; en düşük olduğu bölgeler ise sırasıyla Orta, Kuzey ve Güneydoğu Anadolu bölgeleridir. İstanbul ve Orta Anadolu'nun ortalamanın altında kaldığı da dikkat çekmektedir. Yine 2017 yılında hekime başvuruların %33'ü 1. Basamakta gerçekleşirken, %67'si 2 ve

3. Basamakta gerçekleşmiştir. Bu anlamda 2002 yılı ile belirgin bir farkın oluşmadığı ifade edilebilir. Kişi başı diş hekimine müracaat ortalaması Türkiye genelinde 0.61'dir. Burada sırasıyla İstanbul, Akdeniz, Güney ve Ortadoğu Anadolu bölgeleri ortalamanın altında kalmaktadır. Batı Karadeniz, Batı Anadolu ve Orta Anadolu en yüksek olduğu bölgelerdir.

Sağlıkta insan kaynakları göz önünde bulundurulduğunda da bölgeler arasındaki bir dengesizlikten bahsedilebilmektedir. Aşağıdaki tablolar, genel çerçevenin anlaşılabilmesi açısından önem arz etmektedir (Tablolar TUİK verileri kullanılarak araştırmacı tarafından hesaplanmıştır).

Tablo 7. Hekim sayısı ve istatistikleri, Türkiye, 2017*

	Nüfus	Uzman Hekim	Nüfus/ Uzman	Pratisyen Hekim	Nüfus/ Pratisyen	Asistan Hekim	Nüfus/ Asistan	Toplam Hekim	Nüfus/ Toplam
İstanbul	15.029.231	18252	823,43	6502	2311,48	5942	2529,32	30696	489,62
Batı Marmara	3.503.609	2957	1184,85	2084	1681,19	595	5888,41	5636	621,65
Ege	10.383.963	11867	875,03	6082	1707,33	3307	3139,99	21256	488,52
Doğu Marmara	7.824.597	7102	1101,75	4222	1853,29	1899	4120,37	13223	591,74
Batı Anadolu	7.871.847	12282	640,93	3865	2036,70	5323	1478,83	21470	366,64
Akdeniz	10.303.984	9355	1101,44	5924	1739,36	2289	4501,52	17568	586,52
Orta Anadolu	3.977.447	3218	1236,00	2460	1616,85	1140	3488,98	6818	583,37
Batı Karadeniz	4.574.182	3759	1216,86	3007	1521,18	888	5151,10	7654	597,62
Doğu Karadeniz	2.633.417	2237	1177,21	1880	1400,75	647	4070,19	4764	552,77
Kuzeydoğu Anadolu	2.188.214	1543	1418,16	1443	1516,43	531	4120,9	3517	622,18
Ortadoğu Anadolu	3.854.869	2824	1365,04	2371	1625,84	853	4519,18	6048	637,38
Güneydoğu Anadolu	8.665.165	5555	1559,89	4809	1801,86	983	8815,02	11347	763,65

* TÜİK verileri kullanılarak araştırmacı tarafından hesaplanmıştır

Tablo 8. Hemşire ve diğer sağlık personeli sayısı ve istatistikleri, Türkiye, 2017*

	Nüfus	Diş Hekimi	Nüfus/ Diş Hekimi	Eczacı	Nüfus/ Eczacı	Hemşire	Nüfus/ Hemşire	Ebe	Nüfus/ Ebe
İstanbul	15029231	7627	1970,53	5406	2780,102	27421	548,09	6011	2500,28
Batı Marmara	3503609	1067	3283,607	1317	2660,295	6906	507,32	3146	1113,67
Ege	10383963	3815	2721,878	4572	2271,208	21804	476,24	8306	1250,17
Doğu Marmara	7824597	2451	3192,41	2341	3342,416	15630	500,61	5034	1554,35
Batı Anadolu	7871847	4365	1803,401	3245	2425,839	19142	411,23	4863	1618,72
Akdeniz	10303984	3220	3199,995	4187	2460,947	20435	504,23	7878	1307,94
Orta Anadolu	3977447	982	4050,353	1390	2861,473	8699	457,23	3211	1238,69
Batı Karadeniz	4574182	1259	3633,187	1650	2772,232	11044	414,17	3769	1213,63
Doğu Karadeniz	2633417	648	4063,915	976	2698,173	7056	373,21	2370	1111,14
Kuzeydoğu Anadolu	2188214	398	5498,025	505	4333,097	4561	479,76	1567	1396,43
Ortadoğu Anadolu	3854869	660	5840,711	852	4524,494	8143	473,39	2974	1296,19
Güneydoğu Anadolu	8665165	1397	6202,695	2071	4184,049	15301	566,31	4612	1878,83

*TÜİK verileri kullanılarak araştırmacı tarafından hesaplanmıştır

İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflamasına göre en yüksek nüfusa sahip olan bölge 15 milyon 20 bin 231 ile İstanbul bölgesi, en düşük nüfusa sahip olan bölge ise 2 milyon 188 bin 214 kişi ile Kuzeydoğu Anadolu bölgesidir. Uzman hekim sayılarına bakıldığında İstanbul bölgesi başı çekmekte, Kuzeydoğu Anadolu yine son sırada yer almaktadır. Daha belirleyici olarak bir uzman hekime düşen nüfus incelendiğinde Batı Anadolu bölgesinde bir uzman hekime 640 kişi düşerken, Güneydoğu Anadolu bölgesinde bir uzman hekime 1559 kişi düştüğü görülmektedir. Aynı şekilde Orta ve Kuzeydoğu Anadolu bölgelerinde de uzman hekim başına düşen nüfus diğer bölgelerden yüksektir. Bu durumda uzman hekim başına düşen nüfus açısından bölgeler arasında bir dengesizlik olduğu açıkça görülmektedir. Uzman hekime erişim noktasında doğu bölgelerinin dezavantajlı durumda olduğu ifade edilebilir. Bir pratisyen hekime düşen nüfus verisi incelendiğinde İstanbul bölgesinde hekim başına 6 bin 502 kişi düştüğü görülmektedir. Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde ise 1.443 kişi düşmektedir. Bu açıdan bakıldığında aile hekimlerinin dağılımı açısından da bir dengesizlik göze çarpmakta, uzman hekime erişimi düşük olan bölgelerde aile hekimine erişim nispeten kolay olmaktadır. Diğer taraftan, uzman hekime erişimi daha yüksek bölgelerde aile hekimine erişimin düşük olduğu görülmektedir. Bu durumun sebepleri arasında lisans mezunu pratisyen hekimlerin mecburi hizmet yükümlülüklerinin yer aldığı söylenebilir. Öte yandan asistan hekime ilişkin olarak, hekim başına düşen nüfus verisi uzman hekim verisine benzer dağılımlar göstermekte, özellikle Güneydoğu Anadolu bölgesinde bir asistan hekime 8 binden fazla nüfus düşmektedir.

Toplam hekim sayısı verisi incelendiğinde Batı Anadolu’da hekim başına en az, Güneydoğu Anadolu’da en fazla nüfusun düştüğü görülmektedir. Bu durumda hekime erişim ile ilgili bir takım problemlerin yaşanabileceği göz ardı edilmemelidir. Zira hekime müracaat açısından da Ortadoğu Anadolu ile Güneydoğu Anadolu’nun en düşük başvuru sayılarına sahip olduğu görülmektedir.

Diş hekimi sayısı en çok İstanbul, en az ise Kuzeydoğu Anadolu bölgesindedir. Nüfus açısından değerlendirildiğinde diş hekimi başına düşen nüfusun en az olduğu bölgeler Batı Anadolu ve İstanbul bölgeleridir. En yüksek olduğu bölgeler ise Güney, Orta ve Kuzeydoğu Anadolu bölgeleri olarak ön plana çıkmaktadır. Aynı şekilde eczacı başına düşen nüfus sayısında da doğu ile batı bölgeleri arasında bir dengesizlik olduğu açıkça görülmektedir. Hemşire başına düşen nüfus açısından ise doğu ile batı bölgeleri arasında daha dengeli bir dağılım olduğu görülmektedir. Benzer şekilde ebe başına düşen nüfus sayısı da İstanbul bölgesi dışında dengeli bir dağılım göstermektedir.

SAĞLIK GÖSTERGELERİ AÇISINDAN TÜRK SAĞLIK SİSTEMİNE İLİŞKİN ÖNERİLER

Türkiye, son yılları sürekli savaşlar ve sıkıntılar içerisinde geçmiş bir İmparatorluk olan Osmanlı İmparatorluğu’nun mirasını devralmıştır. İmparatorluk savaşlardan önce kapitülasyonlar ve diğer imtiyazlar ile ekonomik olarak çökertilmiş, askeri açıdan zayıf bırakılmış ve son döneminde “hasta adam” olarak tanımlanmaya başlanmıştır (Brennan, 2014). Hasta adam olarak ifade edilen İmparatorluk nihayetinde birinci dünya savaşı sonunda parçalanmış ve

işgal edilmiştir. Dolayısıyla ekonomik ve askeri açıdan zayıf düşmüş olan bir ülke son aşamada fiili olarak da teslim olmuştur. Birinci dünya savaşının ardından verilen kurtuluş/bağımsızlık mücadelesi kazanılmış ve bugünkü Türkiye Cumhuriyeti kurulmuştur. Türkiye Cumhuriyeti'nin 1923 yılında resmen kurulmasından bugüne henüz tam bir asır dahi geçmemiştir. Bu çerçevede yukarıda da bahsedildiği gibi bitap düşmüş bir İmparatorluk'tan bugünkü Türkiye Cumhuriyeti'ne erişilmesi her ne kadar bazı göstergeler açısından zayıf kalınmış olursa olsun büyük çabalar sonucunda elde edilmiştir. Bu noktada ülkenin sağlık açısından geldiği nokta da dikkat çekicidir. Öncelikle cumhuriyetin ilk yıllarında bir sağlık sisteminin varlığından söz etmek mümkün değildir. Sağlık hizmetleri merkezde bazı sağlık kurumları tarafından bu kurumlara erişebilenlere/erişim izni olanlara sunulmaktadır. Taşrada ise kurumsallaşmış bir yapıdan söz etmek mümkün değildir. Ayrıca son yıllardaki savaşlarda sadece sağlık çalışanları değil, sağlık alanında eğitim alan öğrencileri bile şehit düşmüş bir ülke durumundadır. Örgütlü bir sağlık kurumu ağı veya sistemli bir şekilde örgütlenmiş sağlık kurumları da bulunmamaktadır. Savaş ve savaş sonrası dönemde yoksulluk had safhaya ulaşmış ve buna bağlı sağlık sorunları ile bulaşıcı hastalık salgınları yaşanmıştır. Sağlık personeli sayısının yetersiz olması gibi, sağlık personeli yetiştirecek okullar da sınırlı sayıdadır. Bu koşullar altında sıfırdan bir sağlık sistemi kurulmuş, hukuki düzenlemeler yapılmış, örgütlü bir sağlık ağının kurulması için çabalar gösterilmiş, sağlık personeli yetiştirmek üzere okullar açılmıştır. Sağlık sisteminin oluşturulmasının ardından sistemin iktisadi yönleri tartışılmış, 60

darbesinin ardından sosyalizasyon, 80 darbesinin ardından ise sağlık sistemine ilişkin liberal politikalar izlenmiştir. Temel sağlık sorunlarının üstesinden gelindiği ancak sistemsel problemlerin had safhada olduğu, sistemin sıklıkla aksadığı bir dönemde ise Sağlıkta Dönüşüm Programı ile beraber sağlık sistemi bütüncül olarak ele alınmıştır. Bu kapsamda sağlık ağı yeniden örgütlenmiş, yerel ve merkezi sağlık otoriteleri düzenlenmiş, sistemin sadece sunum değil finansman ayağı da ele alınmıştır. Bununla beraber çağdaş sağlık kurumlarının oluşturulması ve artık müşteri/hasta memnuniyetinin ön plana çıkarılması da Sağlıkta Dönüşüm ile tartışılır hale gelmiştir.

Bugün gelinen noktada cumhuriyetin kuruluşundan bugüne ulaşan zaman diliminde sağlık alanında çok sayıda devrim yapıldığı aşıkardır. Bu devrimlerin son halkası ise Sağlıkta Dönüşüm Programıdır. Her ne kadar yoğun eleştirilere maruz kalsa da çoğu araştırmacı tarafından bütüncül bakış açısı ve kanıta dayalı değerlendirmeleri nedeniyle dönüşüm olumlu olarak ifade edilmektedir. Sağlık göstergeleri açısından da ülkenin kuruluşundan bugünkü konumuna gelmesi çığır açıcıdır. Öte yandan birçok sağlık göstergesinde de gelişmiş ülkelerin gerisinde kaldığı yadsınamaz bir gerçektir. Bu nedenle sağlık göstergelerinin gelişmiş ülkeler düzeyine çıkarılmasında atılan olumlu adımların sürdürülebilirliğinin sağlanması ve hatalı adımların telafi edilmesi gerekmektedir.

Türkiye son yıllarda demografik açıdan bir takım değişimler yaşamaktadır. Nüfus yapısı değişmekte, yaşlı nüfus günden güne artmakta, doğum oranlarının azalmasıyla beraber yaşlı bağımlı nüfusu gün geçtikçe artmaktadır. Öte yandan 1950’li yıllarda köylerden

kentlere çok hızlı ve düzensiz bir göç yaşanmış, gecekondulaşmanın önüne geçilememiştir. Bununla beraber kentleşme oranı da artmıştır. Kentleşme oranının artması, hızlı sanayileşme hamleleri, hammadde ihtiyacı gibi nedenlerle çevresel değişimler de kaçınılmaz hale gelmiştir. Buna paralel olarak dünya 1980'lerden itibaren hızlı bir liberalleşme dönemine girmiş, küreselleşme hızlanmış ve uluslararası rekabet şiddetlenmiştir. Bütün bu gelişmeler toplumsal yapıda bir takım değişikliklere yol açarken, sağlık koşulları da değişmeye başlamıştır. Sağlığın belirleyicileri olarak ifade edilen unsurlar bu değişimlerden direkt olarak etkilenmektedir. Yaşanan göçler ve sanayileşme çevresel unsurları etkilerken, toplum yapısındaki değişim davranışlara yansımış, gelişen teknoloji, kentleşme ve iktisadi sistemlerdeki değişimler sağlık hizmetlerini farklı yönleriyle etkilemiştir.

Türkiye açısından yakın zamanda gerçekleşen göçler beraberinde çarpık kentleşmeyi de getirmiştir. Gecekondulaşmanın önüne geçilememiş, göçmen topluluklar henüz altyapısı olmayan, uygun atık kanalları veya temiz su imkanları dahi olmayan bölgelerde yaşamaya başlamışlardır. Bu gibi fiziki problemlerin yanı sıra kent yaşamına adaptasyon ile ilgili sosyal problemler de baş göstermeye başlamıştır. Öte yandan bazı ailelerde ailenin geçimini sağlayan kişi tek başına kentlere çalışmak üzere göç etmiş ve bu nedenle aile yapısı da bu durumdan olumsuz etkilenmiştir. Kentlere hızlı göçler nedeniyle kentlerin konut kapasitesi hızlı aşılıp ve önceleri yaşanan konut sıkıntısı ve gecekondulaşma, uygun olmayan konut yapımı ve doğanın tahrip edilmesi pahasına yeni yerleşimler oluşturulması sonucunu

doğurmuştur. Buna rağmen yaşanan konut sıkıntısı kiralık konut fiyatlarının artmasına sebep olmuş, göç eden insanlar açısından bu defa da yoksulluğun kentsel biçimi ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla kentleşme önceleri temel hijyen ve su gibi ihtiyaçların karşılanamamasına neden olmuş, bu anlamda toplum sağlığı olumsuz yönde etkilenmiş ve bu durumdan kaynaklanan sağlık problemleri ön plana çıkmıştır. Öte yandan kentleşme ile beraber dünyada ve Türkiye’ de bir takım çevre problemleri de yaşanmaktadır. Bu problemlerin başında hava kirliliği, çöp ve atıkların imhası, içme suyu sağlanması, gürültü kirliliği gibi problemler gelmektedir. Bununla beraber gecekondulaşan bölgelerde sağlık hizmetlerine erişimle ilgili ciddi sıkıntılar baş göstermiştir. Kentlere göç eden insanların yoksullukla mücadele etmesi ve adaptasyon sıkıntıları bu bölgelerde suç oranlarını artırmakta ve sağlık durumunu hem fiziksel hem de psikolojik olarak etkilemektedir.

Türkiye açısından ele alınması gereken diğer bir problem ise yaşlanan nüfustur. Bu durum yaşlı bağımlılık oranını artırması, sağlığa yüklenen anlamların değişmesi ve kronik ve dejeneratif hastalıkların ön plana çıkması gibi sorunlara sebep olmaktadır. Bununla beraber sosyal güvenlikle ilgili tehditler de kaçınılmaz hale gelmektedir. Ayrıca yaşlılıkla beraber sağlık harcamalarının artması da kaçınılmaz olmaktadır. Bununla beraber yaşlı bakımı ve geriatric uzmanlıklar sağlık alanında önemli profesyonel çalışma sahaları olmaktadır. Bu noktada yaşlı bakım merkezleri ile aktif yaşlanma merkezlerinin finansmanı problemi de ön plana çıkmaktadır ve belki de bu alanlar ilerleyen yıllarda sosyal güvenlik kapsamının önemli unsurlarından

olacaktır. Zira geçmişte özellikle kırsal bölgelerde çocukların sosyal güvenlik kaynağı olarak görülmesi ve yaşlı bakımı ile bizzat ilgilenmeleri bugünün kent yaşamında imkansız hale gelmektedir. Kaldı ki yaşlı bakımının evlerde profesyonel olmayan kişilerce gerçekleştirilmesi de sağlık açısından olumsuz durumların yaşanmasına sebep olabilmektedir. Bu anlamda sağlık sektöründe yeni sahaların oluşması kaçınılmazdır ve bu alanların finansmanı ile ilgili yöntemlerin geliştirilmesi gerekmektedir.

Sağlık alanını etkileme özelliği gösteren unsurlarda yaşanan değişimlerle beraber sağlık sektörünün de bu değişimlere adapte olması gerekmektedir. Bu unsurlar anlatım kolaylığı açısından tek tek ele alınmasına rağmen birbirinden tamamen bağımsız olarak düşünülemeyecek unsurlardır. Sağlık statüsüne etki eden unsurlar sağlığın belirleyicileri adı altında irdelenirken bu unsurların birbirleri ile olan karşılıklı ilişkisi de göz ardı edilmemelidir. Örneğin kentleşme gibi bir değişim bireylerin davranışlarında bir takım değişiklikler yaratabileceği gibi, sağlık hizmetlerinin sunumu üzerinde de etkili olmaktadır. Kentlerde görülen çevre kirliliği problemleri bireylerin bu problemlere karşı önlemler almasını gerekli kılmakta, bu durumda kentliler açısından sağlık eğitiminin farklı bir yönüne odaklanması gerekmektedir. Benzer şekilde yaşlılıkla ilgili olarak bireyler özellikle yaşlılığa özgü sağlık problemleri ile ilgili belirli bir bilinç düzeyine erişmeli, bunun yanında aktif yaşlanma ve anti aging olarak ifade edilen uygulamaların önemini kavramalı ve gerektiğinde bu uygulamalara ilişkin bilgilere erişim sağlayabilmelidir. Bu yönüyle bakıldığında sağlık hizmetlerinin de değişen koşullara uygun şekilde

yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Sağlık alanına ayrılan kaynaklar yaşanan değişimlere uygun olarak dağıtılmalı, yeni alanlara yönelik profesyonel sağlık çalışanlarının yetiştirilmesi açısından eğitim kurumları ile koordinasyon sağlanmalıdır.

Bu çalışmada Türkiye'nin temel sağlık göstergeleri öncelikle diğer OECD ülkeleri ile karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Buna göre Türkiye birçok OECD ülkesinden daha zayıf sağlık göstergelerine sahiptir ve çoğu göstergede OECD ortalamasının gerisinde kalmaktadır. Öte yandan Türkiye içerisinde İBBS-1 olarak ifade edilen bölgeler arasında sağlık göstergelerine ilişkin bir takım dengesizlikler olduğu görülmektedir. Bütün göstergeler açısından olmasa da çoğu göstergede doğu bölgelerinin daha zayıf olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla Türkiye genelinin sağlık göstergelerinde iyileştirmeler yapılabilmesi için öncelikle sağlık göstergeleri açısından zayıf durumda olan doğu bölgelerinin temel sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi gerekmektedir. Bu bölgelerde öncelikle dikkat çeken ve zayıf olduğu tespit edilen sağlık göstergeleri genel olarak ana ve bebek ölüm oran/hızları, aşılama oranları, sağlık kurumlarında gerçekleştirilen doğumlar, sağlık kurumu sayısı, tıbbi cihaz ve nitelikli sağlık personeli sayıları ile hekime müracaat oranlarıdır. Bu göstergelerde iyileştirme yapılabilmesi için öncelikle fiziksel altyapı ve sağlık çalışanları ile ilgili eksikliklerin giderilmesi gerekmektedir. Bu eksikliklerin giderilmesinin ardından sağlık göstergelerinin zayıf olmasına neden olabilecek çevresel koşullar ile yaşam biçimi ve kültürel unsurların irdelenmesi gerekmektedir. Bu anlamda bu bölgelerde yaşayan bireylere yönelik öncelikle birinci basamak

koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve erişimin yaygınlaştırılması gerekmektedir. Bu anlamda temel hijyen eğitimi, aile planlaması, gebe-yaşlı takibi ile kronik hastalıkların izlenmesi önem arz etmektedir. Bununla beraber aşılamaya ilişkin kùltürel bariyerlerin kaldırılması gerekmektedir. Sağlık kurumlarına ve hekime müracaat oranlarının artırılması, bu konudaki engellerin kaldırılması ve bireylerin bilinçlendirilmesi ile mümkün hale gelmektedir. Bu noktada özellikle sağlık kurumlarında gerçekteşirilen doğum oranlarının batı bölgeleri seviyesine çıkarılması gerekmektedir.

Bebek ölümleri ile ilgili bir çalışmada bir yıl içerisinde ölen, ailesi ve doğum öncesi kayıtlarına erişilebilen 444 bebek üzerinde gerçekteşirilen bir araştırma sonuçlarına göre bebek ölümleri üzerinde; annenin 18 yaş altı ve 35 yaş üstü olması, düşük doğum ağırlığı, gebelikte ev ziyareti yapılmaması, annenin dört ve üzeri gebelik geçmişinin olması, akraba evliliği ve gebelik aralığının iki yıldan az olması gibi unsurların etkili olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada bebek ölümlerinin azaltılması için gebelikte izlemlerin nitel ve nicel olarak geliştirilmesi ve akraba evlilikleri ile aşırı doğurganlığın azaltılması gerektiği ifade edilmektedir (Bodur vd., 2009). Bir başka çalışmada yenidoğan ölümlerinin azaltılmasında yenidoğana yönelik müdahalelerin artırılmasına ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir. Bu bağlamda yaşamın ilk haftasında sağlık personeli ziyaretlerinin gerçekteşirilmesi; anne sütünün öneminin açıklanması ve teşvik edilmesi, bebek bakımına ilişkin temel unsurların aktarılması, ciddi sağlık problemlerinin belirtilerinin değerlendirilmesi, aşılamanın teşviki ve takvime uygun

gerçekleştirilmesinin sağlanması vb. konularda önem arz etmektedir. Aynı çalışmada anne ölümlerinin en önemli nedenlerinin şiddetli kanama, yüksek kan basıncı, enfeksiyon ve doğum komplikasyonları ile güvensiz düşük olduğu ifade edilmiş, anne ölümlerinin azaltılması için aile planlaması hizmetleri, doğum öncesi ve sonrası bakıma dikkat edilmesi gerektiği, doğumların sağlık kuruluşlarında ve profesyonel sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmesi gerektiği ifade edilmektedir (Sungur ve Çöl, 2016). Benzer bir çalışmada ise ileri yaştaki gebeliklerin anne ölümlerini artırdığı belirtilmekte, bu gruplarda erken risk tespitinin yapılması ve tüm gebelerin eğitim düzeyinin artırılmasının anne ölüm oranlarını azaltmada önemli olduğu vurgulanmıştır (Şencan vd., 2016). Türkiye’de gerçekleşen anne ölümlerinin yarısından fazlasının önlenabilir olduğu (Dinç vd., 2015) düşünüldüğünde alınacak önlemlerin fayda sağlayacağı yadsınamaz bir gerçektir. Anne ölüm oranının eğitim, cinsiyet eşitliği, beslenme ve yoksullukla önemli derecede ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Kocabacak, 2014). Bu nedenle eğitim seviyesinin artırılması, cinsiyet eşitliği ile ilgili göstergelerin düzeltilmesi, sağlık eğitimi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve yoksulluğun önlenmesinin anne ölüm oranlarını azaltacağı söylenebilir. Bir başka çalışmada yaşlara göre ölüm oranları ile okur-yazarlık, işsizlik ve kişi başına düşen gayrisafi yurtiçi hasıla arasında ilişkiler olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla eğitim ve ekonomik durumun geliştirilmesinin yaşa bağlı ölümlerin azaltılmasını sağlayabileceği ifade edilmektedir (Lorcu ve Acar Bolat, 2009). Bir başka çalışmada sağlık kurumlarında gerçekleşen doğum

oranları, antenatal bakım ve birinci basamakta hekime müracaat sayısı ile bebek ölüm hızı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir (Barlas vd., 2014). Dolayısıyla sağlık kurumunda gerçekleştirilen doğum oranları, antenatal bakım ve birinci basamakta hekime müracaat oranlarının artırılmasının bebek ölüm hızını düşüreceği ifade edilebilmektedir.

Aşılama oranları incelendiğinde tüm aşılama türlerinde Türkiye genelinde yüksek bir oran elde edilmiş gibi görünse de doğu bölgelerinde aşılama oranları Türkiye genelinin altında kalmaktadır. Bu durumda öncelikle aşya erişim problemleri, sağlık kuruluşuna erişim ve aşlamaya ilişkin kültürel bariyerler veya inançlar ön plana çıkmaktadır. Ancak özellikle aile hekimliği uygulaması ile beraber en azından birinci basamak sağlık hizmetlerine ve aşya ulaşım ile ilgili sıkıntılar ortadan kaldırılmıştır. Bu durumda aşlamaya ilişkin gerçeği yansıtmayan inançların düzeltilmesi gerekmektedir. Bu amaçla sağlık eğitiminin örgün eğitimin ayrılmaz bir parçası haline getirilmesi, bununla beraber birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sağlık eğitimi hizmetlerinin de yaygınlaştırılması önem arz etmektedir. Öte yandan sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmeyen doğumlar nedeniyle yenidoğanların kayıt dışı kalması ve bu nedenle aşılamanın gerçekleştirilememesi de mümkündür. Bu gibi unsurların değerlendirilerek önlemler alınması gerekmektedir. Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen doğumların artması ile beraber doğumların sağlık profesyonellerince yapılması doğum esnasında yaşanabilecek olumsuzlukların üstesinden gelinebilmesi için önem arz etmektedir. Bu anlamda doğu bölgelerinde sağlık tesislerinin sayıca

artırılması ve bölgenin sağlık problemlerine hakim sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesi bir öneri olarak ifade edilebilir. Bununla beraber sağlık kurumuna başvuru ile ilgili olarak altyapının tamamlanmasının ardından bu konudaki ön yargıların giderilmesi gerekmektedir. Böylece hekime müracaat oranları da artırılabilir. Buna paralel olarak bölgedeki tıbbi cihazların artırılması da mümkün hale gelecektir.

Doğu bölgelerinde ön plana çıkan diğer bir problem ise nitelikli sağlık çalışanlarına özellikle uzman hekime erişim problemidir. Bu problemin üstesinden gelinebilmesi için uzman hekimlerin bu bölgelerde çalışmasını teşvik edici maddi ve manevi aksiyonların alınması gerekmektedir. Bu bağlamda gelir imkanlarının artırılması, uzmanlık sonrası kariyer imkanlarının geliştirilmesi, bu bölgelerdeki üniversitelere bağlı tıp fakültelerinin kurulması uzman hekim ihtiyacını gidermeye yönelik adımlar olarak öne çıkmaktadır.

Doğu bölgelerinde sağlık hizmetlerine ilişkin bakış ve önyargılar ile kültürel öğelerin öne çıkardığı bir takım uygun olmayan yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi geniş çaplı ve multidisipliner bir çalışmayı gerekli kılmaktadır. Bu anlamda sağlık yöneticileriyle beraber; hekim ve hemşireler, sosyal çalışmacılar, psikologlar ve sosyologların işbirliği ile yürütülecek çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu kapsamda bir araştırma bu çalışmanın amacını da sınırlarını da aşmaktadır. Bu nedenle bu çalışma bölgeler arasındaki farklılıklar ile ilgili gerçeklerin ortaya konması ve bazı önerilerin sunulması ile sınırlı kalmaktadır.

KAYNAKÇA

- Akar, S. (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(1), 311-322.
- Akdağ, R. (2012). “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)”, Sağlık Bakanlığı: Ankara. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/453>
- Altıntaş, T. (2012). Türkiye ve Avrupa Birliği’ne Üye Ülkelerin Sağlık Göstergeleri Açısından Çok Değişkenli İstatistik Yöntemlerle Karşılaştırılması. T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Doktora Tezi.
- Barlas, E., Şantaş, F., & Ahmet, K. A. R. (2014). Türkiye’de Bölgesel Bebek Ölüm Hızlarının Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Karşılaştırmalı Analizi. *Uluslararası Avrasya Ekonomileri Konferansı*, 1-10.
- Bircher, J., & Kuruvilla, S. (2014). Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: new opportunities for health care and public health. *Journal of public health policy*, 35(3), 363-386.
- Bodur, S., Durduran, Y., Küçükkendirci, H., & Doğan, C. (2009). Bebek ölümlerinin prenatal-natal sağlık hizmet kullanımı ve demografik özelliklerle ilişkisi: vaka-kontrol çalışması. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(4), 288-93.

- Brennan, K. (2014). *The First World War and the End of the Ottoman Order*. Simon and Schuster.
- Card, A. J. (2017). Moving beyond the WHO definition of health: A new perspective for an aging world and the emerging era of value - based care. *World Medical & Health Policy*, 9(1), 127-137.
- Charlier, P., Coppens, Y., Malaurie, J., Brun, L., Kepanga, M., Hoang-Opermann, V., ... & Deo, S. (2017). A new definition of health? An open letter of autochthonous peoples and medical anthropologists to the WHO. *European journal of internal medicine*, 37, 33-37.
- Cirhinlioğlu, Z. (2012). *Sağlık sosyolojisi*. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Dinç, H., Yazıcı, S., Yılmaz, T., Günaydın, S. (2015). Gebe Eğitimi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1 (1), 68-76.
- Ersöz, F. (2009). OECD'ye Üye Ülkelerin Seçilmiş Sağlık Göstergelerinin Kümeleme ve Ayırma Analizi ile Karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(6), 1650-1659.
- Frech, H.E., Miller R.D. (2004). The effects of pharmaceutical consumption and obesity on the quality of life in the OECD countries, *Pharmacoeconomics* 22(2), 25-36.
- Frech, H.E., Miller, R.D. (1999). *The Productivity of Health Care and Pharmaceuticals: An International Comparison*. Washington DC: AEI Press.

- Gediz Oral, B., Uğur, A. (2013). Türkiye’de bölgesel eşitsizlikleri gidermek için devlet yardımları (teşvikler): 2012 teşvik sisteminin bölgesel teşvikler açısından getirdiği yenilikler. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 21; 140-168.
- Hayran, O. (2016), *Kanıtı Dayalı İnsan Odaklı Sağlık Yönetimi*, İstanbul: Yüce Yayım.
- Healey, B.J. (2014). “Public Health Services”, Healey ve Evans (Editörler) *Introduction to Health Care Services: Foundations and Challenges*, Bernard J. Healey ve Tina Marie Evans). San Francisco: John Wiley & Sons.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Schnabel, P. (2011). How should we define health?. *Bmj*, 343, d4163.
- Kocabacak, S. (2014). Kadın yoksulluğu ve kadın sağlığı üzerine yansımaları. *Sosyal Güvence*, (6), 135-161.
- Lamba, M., Altan, Y., Aktel, M., Kerman, U. (2014). “Sağlık Bakanlığı’nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme”, *Amme İdaresi Dergisi*, 47(1): 53-78.
- Laverack, G. (2014). “A-Z of Health Promotion”, Beijing: Palgrave McMillan.
- Leonardi, F. (2018). The definition of health: towards new perspectives. *International Journal of Health Services*, 48(4), 735-748.
- Lichtenberg, F. R., Tatar, M., Çalışkan, Z. (2014). The effect of pharmaceutical innovation on longevity, hospitalization and

- medical expenditure in Turkey, 1999–2010. *Health policy*, 117(3), 361-373
- Lorcu, F., Bolat, B. A. (2009). Yaşlara göre ölüm oranları ile sosyo-ekonomik göstergeler arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 38(2), 124-133.
- Mollahaliloğlu, S., Hülür, Ü., Yardım, N., Özbay, H., Çaylan, A.K., Ünüvar, N., Aydın, S. (2007). “Türkiye’de Sağlığa Bakış”. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara: Bölük Ofset
- Mullner, R. M. (2009). “Encyclopedia of Health Services Research”, Chicago: SAGE Publications.
- Roemer, M. ı. (1993). National Health Systems throughout the World, *Annual Review of Public Health*, 14(1), 335-353.
- Sartorius, N. (2006). The meanings of health and its promotion. *Croatian medical journal*, 47(4), 662.
- Schultz, R., Johnson, A.C. (2003). “Management of Hospitals and Health Services: Strategic Issues and Performance”, 3. Baskı, Washington DC: Beard Books
- Shaw, J. W; Horrace, W. C. ; Vogel, R. J. (2005). The determinants of life expectancy: an Analysis of the OECD health data. *Southern Economic Journal*. 71(4), 768-783.
- Sungur, İ., Çöl, M. (2006). Mortalite ile ilgili Önemli Ölçütlerin Dünyadaki ve Türkiye'deki Durumu. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 69(1), 1-6.
- Svalastog, A. L., Donev, D., Kristoffersen, N. J., & Gajović, S. (2017). Concepts and definitions of health and health-related

values in the knowledge landscapes of the digital society. Croatian medical journal, 58(6), 431-435.

Şencan, İ., Üstün, Y. E., Sanisoğlu, S., Özcan, A., Karaahmetoğlu, S., Keskin, H. L., ... & Keskinçilic, B. (2016). 2014 Yılı Türkiye Ulusal Anne Ölümlerinin Demografik Verilere Göre Değerlendirilmesi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 13(2).

Türk Eczacıları Birliği, (2017). <https://www.teb.org.tr/news/7481/BASINA%C3%87IKLAMASI2016%EF%BF%BD%EF%BF%BDDA-SA%C4%9ELIK-%C4%B0LA%C3%87-VE-ECZACILIK-ALANINDA-NELER-OLDU>

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (2018), Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2017, Ankara.

Tüylüoğlu, Ş., Tekin, M. (2009). Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri. Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13(1), 1-31.

WHO, (1948). <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>, Erişim tarihi: 17.07.2019,10:44

WHO, (2000). The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization.

Wilkinson, R. G., Marmot, M. (Eds.). (2003). Social determinants of health: the solid facts. World Health Organization.

Yılmaz, Ö. (2001) “Bölgesel Eşitsizlik Türkiye Örneği”, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 15(1-2): 1-19.

<http://www.tuik.gov.tr>

<https://data.oecd.org/health.htm>

<https://data.oecd.org/health.htm>

<https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

BÖLÜM 15:
SAĞLIK HİZMETLERİNDE MOBBİNG VE İŞ GÜCÜ
VERİMLİLİĞİ

Dr. İbrahim BOZKURT¹

¹ Dr. Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, ibrahim2773@hotmail.com

1. GİRİŞ

Örgütlerde gerilim ve çatışmaya yol açan birçok psikolojik etkenlerin bir araya gelmesiyle ortaya çıkan, başta çalışanlar üzerinde sonrasında örgütün tamamı üzerinde olumsuz etkilere yol açabilecek olan mobbingi, Leymann “psikolojik bir terör” olarak adlandırmaktadır. İnsanların birbirlerine rahatsız edici, ahlak dışı ve sistematik olarak söz ve davranışlarla psikolojik şiddet uyguladıkları bir süreç olan mobbing sonuçları itibariyle kişilerde psikolojik, sosyal ve sağlık sorunları yaratan en sonunda da intihara kadar götürebilen bir terör eylemi olarak kabul edilebilir.

Mobbing, çalışma yaşamının var oluşundan bu yana yaşanan, ancak insanın yaratılışı gereği açığa vurmaktan kaçındığı, adeta bilinmezden gelen karmaşık, çok boyutlu ve çok disiplinli bir kavramdır (Tınaz, 2006).

Çağımızın en önemli hastalığı olarak bilinen psikolojik bunalım ve stresin iş yaşamındaki sebeplerinden biri olan mobbing, insana zarar verdiği gibi, kurumun veya örgütün, etkinliğini ve verimliliğini azaltarak işleyişini sekteye uğratabilir. Yapılan araştırmalar iş yerinde psikolojik şiddetin, fiziksel şiddetten daha tehlikeli hale geldiğini ve çalışanlar bakımından işyerinde önemli bir meslek, sağlık ve güvenlik sorunu oluşturduğunu ortaya çıkarmıştır (Taş ve Korkmaz, 2014)

Bu çalışmada hem özel hem de kamuya ait kuruluşlarda süregelen mobbing gerçeği ve sonuçları ile çalışanların iş gücü verimliliği arasındaki ilişki ve konunun sağlık hizmetleri açısından değerlendirilmesi yapılmaktadır.

2. MOBBİNG KAVRAMI

Latince’de “mobile vulgus” sözcüğünden türemiştir. İngilizce’de “mob” bir yerde toplanmak, saldırmak ve rahatsız etmek anlamına gelmektedir. Mobbing’e karşılık olarak Türkçe’de duygusal linç, psikolojik terör, psikolojik taciz, duygusal taciz, duygusal saldırı, yıldırma vb. kavramlarla ifade edilmektedir (Çobanoğlu, 2005).

Türk Dil Kurumu tarafından kavramın Türkçe karşılığı olarak “Bezdiri” kelimesi belirlenmiş ve “İş yerlerinde, okullarda vb. topluluklar içinde belirli bir kişiyi hedef alıp, çalışmalarını sistemli bir biçimde engelleyip huzursuz olmasına yol açarak yıldırma, dışlama, gözden düşürme” olarak ifade edilmiştir (TBMM, 2011).

Mobbing en basit ifadeyle duygusal bir saldırı ve taciz türüdür. Saldırıda bulunanın, saldırıya maruz kalan kişiye, sistemli ve etkili bir yıpratma teşebbüsüdür ve çalışma ortamında saldırgan, gergin bir ortam yaratarak hedef seçilen bireyin işten atılmasına kadar gidebilir (Alparslan ve Tunç, 2010).

Birey üzerinde zararlı etkiler oluşturan, sosyal ilişkilerinde problem yaşatan, psikolojik problemlere neden olan düşmanca davranışlar olarak da tanımlanmaktadır. Ayrıca mağdura kendi çıkarları doğrultusunda işkence, kışkırtma, ısrarcı olma, baskı kurma, korkutma ve düşmanlık gösterme gibi davranışları içinde barındıran örgütsel bir olgudur (Soares, 2004).

Heinz Leymann ise ”Bir veya birkaç kişi tarafından diğer bir kişiye yönelik olarak, düşmanca ve ahlak dışı yöntemlerle sistematik bir biçimde uygulanan psikolojik bir terördür.” (Erdoğan 2009) şeklinde ifade etmektedir.

Literatürde yapılan diğer tanımlar doğrultusunda mobbingi; basit veya ani bir olaydan ziyade bireye yönelik olarak, planlanmış (Browne, 2008), çoğu kişi tarafından fark edilmeyen, artarak devam eden ve uzun zaman alan (Einarsen, 2000), kötü niyetli, küçük düşürücü ya da yıkıcı olarak sürekli ya da tekrarlayan (Yeşildal, 2005), psikolojik ve bedensel bazı sorunlara yol açabilecek davranışlar sergileyerek ve bireyin toplumsal itibarını zedeleyerek, saldırgan bir ortam oluşturup bireyi işten çıkarmaya zorlama (Kaya, 2010) şeklinde de tanımlanabilir.

Yukarıda verilen tanımlara ek olarak; “psychological harassment” (psikolojik taciz), “bullying at workplace ” (işyerinde zorbalık), “work or employee abuse” (iş ya da işgören tacizi), “emotional abuse” (duygusal suistimal), “victimisation ” (kurban etme), “intimidation ” (gözdağı verme), “horizontal violence ” (yatay şiddet), “psychological terror ” (psikolojik terör), “psychological violence ” (psikolojik şiddet), “psychoterror at workplace” (işyerinde psikolojik terör), ve “psychological abuse” (psikolojik suistimal) (Karcıoğlu ve Çelik, 2012) gibi bazı benzer kavramlar da yazında kullanılmaktadır.

Lewis (1996)'ya göre mobbing kavramına yakın anlamlı diğer bir kelime de “bullying” dir. Kişi ya da grup tarafından, kendilerinden daha zayıf kişi veya kişilere sürekli olarak yapılan psikolojik veya fiziksel baskı anlamına gelmektedir. Norveç'te 1983 yılında üç gencin intiharı üzerine, Milli Eğitim Bakanlığı tarafından araştırma yapmak üzere görevlendirilen Prof.Dr. Dan Olweus, okullardaki yıldırma ve

mağdurların hallerini göstermek amacıyla “Bullying” terimini yıldırma davranışları için kullanmıştır (Yavuz, 2007).

Avrupa ve ABD’de okullarda ki yıldırma hareketlerine “bullying”, işyerlerindeki ise mobbing kavramı kullanılmıştır (Turan, 2006).

Mobbingin varlığına dair yazında birçok çalışmayı görmek mümkündür. Birkaç örneği incelemek gerekirse; İngiltere’de çalışanların %54’ü, Almanya’da çalışanların %11’i mobbing mağduru olarak bildirilmiştir. Uluslararası Çalışma Örgütü Raporu’na göre bazı meslek gruplarında çalışanların %95’i bu saldırıya maruz kalmaktadır (16. UİYK).

Chappel ve Di Martino’nun 1998’de yayınladıkları ILO raporuna göre, 1996 yılında Avrupa Birliği’nin 15 üye ülkesinde gerçekleştirilen 15800 görüşmenin sonuçları önceki yıl içinde çalışanların; % 4’ünün (6 milyon çalışan) fiziksel şiddete, % 2’sinin (3 milyon çalışan) cinsel tacize ve % 8’inin (12 milyona çalışan) mobbinge maruz kaldığını göstermektedir. İngiltere’de yaptıkları bir araştırmanın sonuçlarına göre ise çalışanların %53’ü mobbinge maruz kalmış ve %78’i de bu olaylara tanıklık etmiştir (Altuntaş 2010).

Mikkelsen vd. (2002) yaptıkları çalışmada katılımcıların %27’sinin psikolojik sorunlar yaşadığı ve %10’nun ise psikosomatik sorunlar yaşadığını belirtmiştir. İsveç ve Almanya’da yüz binlerce mobbing mağdurunun erken emekli oldukları veya psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi edildikleri kayıtlarda yer almaktadır.

Leymann ve Becker birlikte kurmuş oldukları mobbing kliniğinde 1700'ün üzerinde mobbing mağdurunu tedavi etmiştir (Davenport vd, 2003).

İsveç'te yapılan istatistiksel bir araştırmanın bulgularına göre ise bir yıl içinde gerçekleşen intiharların %10- %15'inin nedeni mobbingdir (Tınaz, 2006).

Almanya, Avusturya ve İngiltere'de yapılan çalışmalarda, bir üstü tarafından şiddete maruz kalma oranının %70 ile %80 arasında olduğu belirtilmiştir (Kök, 2006).

Kavramın yeni olmasına rağmen özellikle yakın zamanlarda birçok çalışma yapılmıştır. Yukarıda verilen örnekleri çoğaltmak mümkündür. Yapılan çalışmalarda mobbing davranışlarına maruz kalma oranlarının yüksekliği dikkat çekmektedir.

2.1. Mobbingin Tarihçesi

Mobbing kavramı 19. yüzyılda ilk kez biyologlar tarafından kuşların yuvalarını korumak için toplu halde yaptıkları davranışları tasvir etmek için kullanılmıştır. 1960'larda, Konrad Lorenz tarafından kuşların kendilerinden daha güçlü yalnız bir hayvana karşı toplu şekilde saldırması; kuluçkadan çıkan yavru kuşların aralarında en zayıf yavruyu engelleyerek, daha da güçsüz bir hale gelmesini sağlayıp en sonunda öldürerek onu ortadan kaldırmalarını tanımlamak için kullanmıştır (Tınaz, 2006).

Heinemann 1972 yılında benzer yaş ve güçteki çocukların oluşturduğu gruplanmalarla, zayıf ve güçsüz bir çocuğa zarar verici

davranışlarda bulunmalarını mobbing kavramı ile tanımlamıştır (Çukur, 2012).

Andrea Adams 1988 yılında mobbing kavramını ilk kez medyada duyuran kişi olmuş ve çalışmalarını 1992’de “Bullying at Work: How to Confront and Overcome” adlı kitapta yayınlamıştır (Koç ve Urasoğlu, 2009).

1996’da İngiliz yazar Field, “Bully in Sight” adlı eserinde mobbingi “bir kişinin kurbanın kendine güvenine ve öz saygısına sürekli ve acımasız biçimde saldırması” olarak tanımlamıştır (Çobanoğlu, 2005).

Türk tarihi açısından mobbing davranışlarının etkisini belirtmek amacıyla, Kanuni Sultan Süleyman döneminde Hüsrev Paşa’nın intihar etmesine mobbing davranışlarının neden olduğu belirtilmiştir (Baykal, 2005). Ülkemizde konu ile ilgili olarak, 2003 yılında Davenport, Schwartz ve Elliot’un “Mobbing: Emotional Abuse in the American Workplace” adlı kitabı, “Mobbing İşyerinde Duygusal Taciz” adı altında Osman Cem ÖnerToy’un yapmış olduğu çeviri kitabı bir ilk niteliğindedir.

Şaban Çobanoğlu tarafından 2005 yılında “Mobbing – İşyerinde Duygusal Saldırı ve Mücadele Yöntemleri” adlı kitap ve takiben 2006 yılında da Pınar Tınaz’ın “İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing)” isimli kitabı yayınlanmıştır (Eser, 2014).

2.2. Mobbingin Türleri

İşyerlerinde üst kademedan alt kademeye veya alt kademedan üst kademeye doğru ya da eşit düzeyde bulunan çalışanlar arasında gerçekleşen mobbing davranışları (Solmuş, 2005) 2 başlık altında incelenmektedir.

2.2.1. Dikey Mobbing

Üstlerden astlara ya da astlardan üstlere doğru olabileceği gibi karşılıklı olarak da oluşabilen psikolojik baskı ya da taciz çeşididir. Amir konumunda bulunan kişi tarafından direkt olarak astına uyguladığı saldırgan davranışlardır. Otoriter olabileceği gibi, eşit davranışlar sergileyen bir üst tarafından da mobbing davranışları uygulanması olasıdır. Amir, astını üçüncü şahısların içinde azarlıyor, aşağılıyor veya personeller arası ayırım yapıyorsa mobbingin varlığından söz etmek mümkündür (Işık, 2007). Ayrıca astların üstleri üzerindeki bireysel veya grup halinde uyguladıkları psikolojik taciz davranışları da (MBR, 2013) bir dikey mobbing türüdür.

2.2.2. Yatay Mobbing

Çalışma ortamında aynı statüye sahip ve işin sürekliliği için birbirleri ile ilişki içinde olan bireyler arasında oluşmaktadır. Yatay şiddet uygulayan kişi, oluşan mobbing ortamı sorgulandığı zaman bireye karşı şiddet niyetinin olmadığı bireyi uyarmak için, yanlış yapmasını engellemek için, iyilik olsun diye yaptığını söylemektedir (Mavi, 2015). Çalışma ortamında kıskançlık, rekabet, istemezlik gibi sebeplerden dolayı mağdur olanlar, eşit statüdekilerin yanında üstler tarafından uygulanan şiddetle de mücadele etmek zorunda kalabilirler.

Bu durumda izole olmaları çabuklaşır ve işyerine yabancılaşma duygusu hakim olmaya başlar (Işık 2007).

2.3. Mobbing Süreci

Mobbingin oluşması bir süreç olarak kabul edilirse, bu sürecin sahip olduğu beş temel özellik bulunmaktadır. Bunlar (Einarsen, 2000);

- ✓ Belli bir zaman periyodunda ve düşmanca davranışların düzenli olarak uygulanması
- ✓ Mağdur ile uygulayan arasında güç eşitsizliği
- ✓ İki kişi arasında, tek kişi ile grup arasında veya gruplar tarafından kişilere uygulama
- ✓ Düşmanca davranışların belli bir stratejiyle bilerek istenerek uygulanması
- ✓ Fiziksel saldırının olmaması şeklinde sıralanmaktadır.

Ayrıca bir süreç olarak mobbing 5 aşamadan oluşmaktadır.

Bunlar;

Anlaşmazlık (Çatışma): Henüz mobbing özelliği kazanmayan, fakat kısa sürede mobbing davranışına dönüşebilecek durum, mağdura herhangi bir psikolojik veya fiziksel rahatsızlık vermemektedir (Kılıç, 2013).

Saldırgan eylem: Mobbing içeren davranışlar zamanla kişiyi grup içinde yalnız bırakarak, cezalandırmaya yönelik olarak saldırgan eylemler ve psikolojik saldırıların başlaması, mobbing dinamiklerinin harekete geçtiğinin göstermektedir (Görgülü, 2013). Mobbinge

uğrayan birey her zaman farkına varamaz ve saldırganın sinsi davranışlarına maruz kalabilir.

Yönetiminin devreye girmesi: Mobbing davranışları gizli değildir ve açıkça işlenmeye başlar. Mağdur, yaşadıklarını resmi ya da gayri resmi olarak yöneticilere bildirir (Aydın, 2008)

Yanlış yakıştırmalarla veya tanılarla damgalama: Bu aşamada mağdur kişiliği nedeniyle suçlanır ve paranoya, manik depresyon, karakter bozukluğu gibi yanlış teşhisler konabilir. Bu da bireyin yasal haklarını aramasını engelleyebilir (Kuşseven, 2016).

İşine son verme: Bu son aşamada duygusal saldırılarla psikolojisi bozulan birey yönetim tarafından da desteklenmediği için sağlık sorunları artar ve işe gelemez duruma gelirse, istenmeyen çalışan durumuna düşer. Psikolojik şiddet sonucu işyerinde beklenen performansı gösteremeyen, çalışan ya çok basit işlerde çalıştırılır veya izole edilerek çalışmaya devam eder ya da işten çıkarılır (Doğan, 2009).

2.4. Mobbing Davranışlarının Temel Yapılarına Göre Sınıflandırılması

Mobbing kavramı ile ilgili olarak literatürde yapılan tanımlamalara göre dikkat çeken birkaç ortak nokta bulunmaktadır. Bunlar;

- a) Davranışta bulunan kişinin niyetinden ziyade oluşturduğu etkiler,
- b) Olumsuzluğa yol açıp açmadığı veya zarar verip vermediği,

c) Davranışa devam edilmesi konusunda ısrarcı olunmasıdır (Çobanoğlu, 2005).

Bir davranışın mobbing olduğunun kabul edilebilmesi için devamlı ve benzer biçimde olması gerekmektedir (İlgöz, 2016).

İşyerlerinde mobbing olarak sayılabilecek bazı davranışları görmek mümkündür. Bunlar; dedikodu, alay, dalga geçme, çalışanın tecrit edilmesi, önemli bilgilerin saklanması, idari ve operasyonel önlemler, aşırı iş yükü, çalışana gereksiz ve anlamsız görevlerin verilmesi veya çalışanın yetenek ve becerilerine uygun olmayan yeni görevlerin atanması, aşırı eleştiri ve cinsel taciz (Divincová and Siváková, 2014) şeklinde sıralanabilir.

Leymann davranışın temel yapısına göre; mobbing davranışlarını 5 ana grup altında 45 farklı davranış özelliği şeklinde sıralamıştır (Davenport vd., 2003);

1. Kendini gösterme ve iletişimi engelleme: Mobbing uygulayan amirin astının kendini ifade etme ve kendini gösterme olanaklarının sınırlanmasıdır. Kişinin sürekli sözünün kesilmesi, yüzüne bağırılması veya azarlanması, sürekli ve başarısızlıklarının abartılması vb.
2. Sosyal ilişkilerden yalıtma: Mobbing davranışlarına maruz kalan çevresi tarafından yalnız bırakılması, diyalogun kesilmesi veya yokmuş gibi davranma vb.
3. Saygınlığına saldırıda bulunma: Arkadan kötü konuşma, dedikodu yapma, alaya alma ve cinsellik içerikli dokundurmalar yapılması vb.

4. Yaşam kalitesine ve mesleki duruma saldırıda bulunma: Yetenek ve beceri gerektirmeyen sıradan işler verilmesi veya verilen işlerin geri alınması, verilen işlerin sürekli değiştirilmesi vb.
5. Doğrudan sağlığa saldırıda bulunma: Çok fazla bedensel güç gerektiren işler yüklenmesi ve yapılması için zorlama, fiziksel şiddet tehditleri yapılması ve cinsel tacize uğraması vb.

Leymann'a göre bireye yapılan olumsuz tutum ve davranışların "haftada en az bir kez gerçekleşmesi", "en az 6 ay süregelmesi", "belirli bir hedefe yönelik olması" ve "mobbing davranışına maruz kalan mağdurun durumla baş etmekte zorlanıyor olması" gerekmektedir (Solmuş, 2005).

2.5. Mobbingin Nedenleri

Mobbing'in en önemli nedenleri arasında rekabet, küreselleşme ve rekabet koşullarının değişmesi olarak gösterilebilir. Bu değişim ve gelişmeler hem organizasyonlar hem de bireyler için eskisine nazaran çok daha fazla miktarda talep ve buna karşılık kar amacını doğurmuştur. Aşırı rekabetçi ortamlar, daha hızlı çalışma temposu, artan stres ile birlikte iş ilişkilerinin ve işyerinde bir yarışma ruhunun oluşması, örgüt kültürü ve değer yargılarındaki değişim ile neredeyse "Başarıya giden her yolun mubah olduğu" anlayışının yaygınlaşması psikolojik şiddeti besleyecek bir ortamın oluşmasına yol açmıştır (Özçer 2007).

Mobbing'e neden olarak kişilerin işyerindeki statüleri ve pozisyonları, kıskançlık ve saldırganlık, kendilerine olan güvensizlik de gösterilebilir (Bjorkqvist vd. 2004).

Zapf (1999) tarafından yapılan bir çalışmada Mobbing davranışlarının nedenini olarak 23 madde sıralanmıştır. Bunlar arasından en önemli nedenler düşmanlık dolu kişilerin diğerlerini etkilemesi, örgüt iklimi, yüksek oranda iş stresi, çözülemeyen çatışmalar, örgütsel sorunlar, diğer çalışanlara göre daha yüksek performans gösterme, önemli bir pozisyonda olma, özel hayat, dini inanç, cinsiyet ve dış görüntü sayılabilir.

2.6. Mobbingin Sonuçları

Mobbing, çalışanların ve örgütlerin sağlık, refah ve gelişiminin önünde büyük bir engel oluşturmaktadır. Örgütlere ve çalışanlara zaman kaybı, performansın azalması, işin niteliği ve niceliğinde düşüş, çalışanların işi bırakması ve yerine gelen çalışanların eğitimi ve adaptasyon maliyetleri, sigorta masraflarının artması, sağlık maliyetlerinde artış ve hastalık izinlerinde artma, işe gelmeme, örgütte verimliliğin azalması, örgütün imajının ve çalışanlar arasındaki ilişkilerin bozulması gibi birçok zararlı etkisinden bahsedilebilir (Ergun ve Mercan, 2009).

Mobbingin olduğu yerde çalışanları motive eden, güven sağlayan, örgütsel bağlanmaya ve iş tatminine katkı sağlayıcı tüm faktörler ortadan kalkmakta ve bunun yerini tatminsizlik, örgütsel çatışma, işgören devir hızında artma, verimsizlik ve etkinsizlik almaktadır (Tutar, 2004: 7).

Mobbing türünden davranışlar bireyler ve yakın çevresi, çalışma ortamı, örgütler, toplum ve ülke çapında sağlık, sosyal, psikolojik ve ekonomik birçok sonuçlar doğurur.

2.6.1. Bireyler Üzerine Psikolojik ve Bedensel Etkileri

İşyerinde mobbing sürecinde, kişilerde; konsantrasyon bozukluğu, üzüntü duyma, ağlama ve uyku bozukluğu gibi semptomlar gözlemlenebilir. Süreç uzadıkça duygusal ve fiziksel zararlar artar, yüksek tansiyon, kalıcı uyku bozuklukları, depresyon, işyerine gelmede isteksizlik ya da sık sık rapor kullanma gibi davranışlar baş göstermeye başlar. Bu sürecin son düzeyine doğru, bireyler çalışamaz duruma gelirler (Yüçetürk, 2005).

Mikkelsen vd. (2002) tarafından yapılan araştırmada, katılımcıların %27'si psikolojik sorunlar yaşadığını ve %10 ise psikosomatik sorunlar yaşadığını ifade etmiştir.

Alman Federal Çalışma Bakanlığı verilerine göre ise intiharların yüzde 10'u iş yerinde psikolojik taciz nedeniyle gerçekleşmektedir (Geleri 2014).

2.6.2. Bireylerin Ailesi ve Yakın Çevresine Etkileri

İş yerinde karşılaşmış olduğu psikolojik baskı ve saldırılara maruz kalan birey aile bireyleri ve akraba çevresinden konuyu ve içine düştüğü durumu ya gizleyecek bu durum onu daha çok yalnızlığa ve çaresizliğe itecek, onlara karşı davranışları değişecek ya da durumu paylaşacak ve bu paylaşım sonucunda onlar da psikolojik olarak olumsuz yönde etkilenmeye başlayacaklardır.

2.6.3. Bireylerin Ekonomik Durumlarına Etkisi

Ekonomik açıdan, hem ruhsal hem de devamında bedensel sağlığın artarak kaybedilmesi ve yeniden düzeltilebilmesi amacıyla doktorlara, ilaçlara ve hastanelere ödenen parasal giderler dikkate

alınmalıdır. En son etki olarak işten ayrılmak zorunda kalınması veya işten çıkarılma sonucunda ise düzenli bir gelirin kaybedilmesi söz konusu olacaktır.

İngiltere’de yapılan bir araştırmada, işyerinde mobbing davranışlarına maruz kalanların bireylerin %26’sının işten ayrıldığı, %34’ünün ise işten ayrılmayı düşündüğü tespit edilmiştir (Rayner, 2000)

2.6.4. Bireylerin Sosyal Durumlarına Etkisi

Sosyal açıdan mobbingin en önemli etkilerinden biri bireyin sosyal imajının zedelenmesidir; bireyi konuşma ve davranışlarındaki sinirlilik halinden sıkılan iş arkadaşları veya özel arkadaşları, yavaş yavaş ondan uzaklaşmaya başlarlar (Lewis, 2006)

Mobbing sosyal yaşamın ahengine zarar vermekte ve sosyal desteğin yok olmasına neden olmaktadır. Sonuçta iş stresi yaşanması ve buna bağlı ortaya çıkan sorunların da artmasına yol açmaktadır.

Paksoy (2007) mobbing davranışlarına maruz kalan bireylerin duruma karşı tepkilerini etkilenme derecesine göre kademeli olarak şu şekilde açıklıyor;

- İlk Etkilenme Düzeyi: Ağlama, zamanla uyku bozuklukları, alınganlık ve konsantrasyon düşüklüğü görülebilir. Duruma direnmeye çalışır, erken dönemlerde kaçış yolları arar ya da işyerinde farklı bir yerde rehabilite edilir.
- İkinci Düzey: Duruma karşı direnç tamamen yok olur, kaçamaz, geçici ya da uzun süreli zihinsel/bedensel rahatsızlıklar oluşabilir ve işe geri dönmeme olasılığı artar. Tansiyon

yükselmesi, kalıcı uyku bozuklukları, mide ve bağırsak sorunları yaşayabilir, aşırı kilo alma veya kaybetme ve depresyona girme halleri görülür. Alkol veya ilaç kullanımında artış, sık sık izin alma, yeni ve hiç yoktan korkular yaşar. Tıbbi yardıma başlanması gereken bir durumdur.

- Üçüncü Düzey: Fiziksel ve ruhsal zararlar sonucu rehabilite edilme durumu ortadan kalkar. Şiddetli depresyon, panik ataklar, kalp krizleri, ciddi hastalıkların oluşmasıyla, kazalar, intihar girişimleri ve insanlara karşı şiddete başvurma durumları sonucunda tıbbi ve psikolojik müdahale zorunlu hale gelir.

2.6.5. Bireyin Çalışma Çevresine Etkileri

Bireylerin çalışma ortamları birçok farklı sektörde, farklı büyüklüklerde ve farklı üretim modellerini içeren faaliyetlerden oluşabilir. Bu bağlamda mobbing uygulamalarının sonuçları da farklılık gösterecektir.

İşyerlerinde mobbing uygulayanlar ve maruz kalan birey/bireyleri performans ve verimlilikleri ile iş için ayrılan zamanlarda önemli kayıplar olmasının yanında diğer olası etkiler şunlardır;

- İşyerinin genel verimliliği olumsuz etkilenir.
- Çalışma ilişkileri ve barışı bozulur, çalışan ve yönetici arasında uyumsuzluklar başlar.
- Devamsızlıklarda, izinlerde ve sağlık raporlarında artış görülür.
- Örgütsel bağlılığın azalmasına/yok olmasına yol açar.
- Yeterlilik ve tecrübe sahibi çalışanların kaybedilmesine yol açar.

- İşgücü devrini yükseltir.
- Konunun işyeri dışına taşınması halinde kurumun saygınlığı ve marka değeri zarar görmesi olarak sayılabilir (ÇSGB, 2013).

2.6.6. Ülke Ekonomisine Etkileri

Mobbing davranışlarının sonuçlarına göre gerek bireysel gerekse işyeri, toplum ve ülke üzerinde etkilere yol açan bazı maliyetler ortaya çıkmaktadır. Bunlar; hastalık izinlerinin artması, uzman personellerin işten ayrılmaları, yeni personel alım maliyetleri, yeni alınanların eğitim ve oryantasyon maliyetleri, çalışanların performansının düşmesi, çalışma ve çıktı kalitesinde düşüş, ekstra tazminatlar, işsizlik maliyetleri, avukatlık ve/veya mahkeme masrafları, erken emeklilik ödemeleri, ayaktan tedavi, fiziksel ve psikolojik terapi masrafları, doktor ve hastane masrafları, kaza ve sigorta primleri, işsizlik ve sigorta masrafları, düşük kapasite ile çalışma sonucu oluşan vergi kayıpları, malulen emeklilik taleplerinin artması, yeni iş arama, farklı bir ikamete taşınma, ailenin gelir kaybı, ayrılma ve/veya boşanma masrafları, iş gücü devir hızının artması, verimin düşmesi, personel yönetim maliyetlerinin artması şeklinde sıralanabilir (Tınaz, 2006).

İşyerlerinde psikolojik tacizin orta ve uzun vadede topluma ve ekonomiye zarar verdiği yapılan çeşitli araştırmalarda ortaya konmuştur.

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)'nün 2000 yılının Ekim ayında yayımladığı rapora göre, Almanya'da her yıl psikolojik sağlık

problemleri nedeniyle alınan izinler 2.2 milyon dolar maliyete neden olmaktadır.

Almanya’da yapılan bir araştırmaya göre, 1.5 milyon çalışan işyerinde psikolojik tacize maruz kalmaktadır. İşyerinde yaşanan psikolojik taciz ekonomik bakımdan yaklaşık olarak 13 milyar Euroluk zarara sebebiyet vermektedir.

Birleşik Krallık Sağlık ve Güvenlik Bakanlığı’nın yayınladığı bir rapora göre iş yerinde psikolojik taciz gibi işyeri sorunlarının neden olduğu iş stresinin ülke ekonomisine yıllık maliyeti yaklaşık 4 milyar sterlindir (ÇSGB, 2013).

Almanya alışma Bakanlığı’nın yaptığı bir araştırmaya göre ise, Almanya’da işyerinde psikolojik taciz vakalarının Avrupa lkelerinin çoğuna göre daha yaygın olduğu, psikolojik tacizin yol açtığı işgücü kaybı ve artan tedavi giderlerinin Almanya’ya maliyetinin ise 100 milyon Sterlin civarında olduğu belirlenmiştir (Dunn, 2003).

M. H. Harrison (2002) tarafından ABD’de 9.000 kamu çalışanı üzerine yapılan bir araştırmada, çalışanların %57’sinin, iki yıllık period içinde mobbing davranışlarına maruz kaldıkları, bunun kayıp zaman ve verimlilik açısından 180 milyon dolara mal olduğu ortaya çıkmıştır.

Rodgers ve Gago (2006) tarafından yapılan araştırmada, Mobbing’in her yıl örgütlerde milyarlarca dolar kayıplara neden olduğu ifade edilmiştir.

Birçok bilim insanının yapmış olduğu araştırmalarında gösterdiği gibi, iş doyumunu ve işe bağlılıkta azalma, personel devir oranında artış (zer 2007) mutsuz bir çalışma ortamında verimliliğin

düşmesi ve diğer tüm etkileriyle ekonomi üzerine negatif etkileri açıkça görülebilmektedir.

3. VERİMLİLİK KAVRAMI

Bilim dünyasında “prodüktivite” kavramı 16. yüzyılda George Bauer tarafından ilk kez kullanılmıştır. 1556’da yayımlanan *De re Metallica* adlı kitap “prodüktivite” sözcüğünü günümüzde kullanılan anlamına en yakın anlamda kullanan ilk kaynaktır (Özdemir, 2008).

EPA (European Productivity Agency) “verimliliği; her bir üretim ögesinin etkili kullanım derecesidir” şeklinde tanımlamıştır (Baş, 1990).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından 2 Ekim 2000 tarihinde düzenlenen forumda verimlilik; “kullanıcıların talep ettiği ürün/hizmetlerin, hangi etkenlerle üretildiğini tanımlamaktadır” şeklinde ifade edilmiştir (Özkoç, 2005).

Verimlilik kavramı hem “rasyonellik (akla uygunluk)” hem de “prodüktivite (belirli araçlarla en yüksek sonucu veya belirli bir sonucu en az araç kullanarak elde etmektir)” anlamlarında da kullanılmaktadır (Gülcü, 2004).

Verimlilikte insan; bireysel özellikleri, sosyal yapısı, yetenek ve donanımları ile girdiyi oluşturur, insanların memnuniyeti ve mutluluğu da çıktıları oluşturur (Toprak, 2003).

Çalışanın verimlilik düzeyini maksimize etmek için en başta memnuniyet sağlayacak ücretle ekonomik beklentilerin karşılanması gerekir. Ayrıca çalışma ortamı ve işyerinin fiziksel şartlarının da

düzeltilmesi gerekmektedir. Bu arada sosyo-psikolojik beklentilerin de unutulmaması gerekmektedir (Sabuncuoğlu, 2005).

3.1. Verimliliği Etkileyen Faktörler

Verimlilik aynı çıktıyı daha az maliyetle üretmek şeklinde tanımlanabileceği gibi aynı girdi maliyeti ile daha fazla ürün elde etmek şeklinde de tanımlanabilir (Lenger, 1997).

3.1.1. Ekonomik Faktörler

İş yerlerinde çalışanlardan beklenen davranış ve sonuçları gerçekleştirmeleri durumunda ekonomik yönden ekstra ödüller verilmesi motive edici bir etkiye sahip olur. Ücret çalışan için önemli bir tatmin aracıdır. Alınan ücretin çalışanın beklentileri doğrultusunda, ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde ve adil olarak belirlendiği algısı kişilerin memnuniyetini etkileyen etmenlerdir. Yapılan işle alınan ücret oranlandığında beklentiye cevap veriyorsa tatmin duygusu yüksek olmaktadır.

Verimliliği etkileyen ekonomik faktörler olarak;

Ücret artışı: Çalışanlar yaptıkları iş karşılığında almış oldukları ücretlerinin gerek makro ekonomik şartlar ve gerekse bireysel ihtiyaçlarda oluşan değişimlere cevap verebilmesi için uygun hale getirilmesi yani belirli oranlarda ve zamanlarda artış yapılması beklentisi içinde olurlar. Bu beklenti doğrultusunda yapılan artışların da tatmin edici düzeyde olması çalışanın daha fazla motive olmasını, bağlılığını ve aidiyet duygusunu arttıracakđı ve dolayısıyla verimliliği arttıracakđı için çok önemlidir.

Primli ücret: Çalışanların almış oldukları sabit ücretlere ek çalışma düzeylerinde iyileşme veya artış göstermeleri için zaman veya üretim miktarına göre ekstra ücretler ödenmesi çok çalışmalarını sağlayabilir. Fakat bunun yanında daha fazla prim elde etmek için daha fazla çalışma kaliteyi düşürebilir, iş kazalarına neden olabilir ve fiziksel olarak daha fazla yıpranmalara neden olabilir. (Yumuşak, 2008).

Kâra katılma: İşletmelerin faaliyetleri sonucunda elde edilen gelirlere çalışanlara belirli yüzdelerde kar payı verilmesi, onların iş ve iş yerini benimsemeleri, kabullenmeleri açısından oldukça önemlidir. Benimseme, kabullenme algısı ve elde edilen her getiriden kendine de pay çıkarma duygusu olumlu bir motivasyon sağlayacak ve dolayısıyla verimliliğin de artmasına neden olacaktır.

Ekonomik ödül: Çalışanların işletme içerisinde gerek bireysel yetenekleri gerekse çalışma performansları ile diğer çalışanlardan ayrı olarak artı değerler oluşturmaları sonucunda ekstra maddi ödüller verilmesi kişinin verimliliği üzerinde olumlu etkiler sağlayacaktır.

Sosyal güvenlik ve emeklilik: Çalışanların iş yerlerinde yaptıkları işler sonucunda oluşabilecek olumsuzluklara karşı sosyal güvencelerle korunması, özellikle sağlıkla ilgili sorunların giderilmesi hususunda kendini garantiye hissetmesi ve belirli bir çalışma süresinden sonra beklentileri doğrultusunda verilecek bir ücretle emekli olacağı beklentisi çalışmada olumlu etkiler yaratacak ve çalışan motive olarak verimliliğini arttırabilecektir.

3.1.2. Fiziki Faktörler

İş ortamında çalışanların günlük olarak karşılaştıkları işle ilgili tüm olgular (makine, teçhizat, eşyalar vs.) insanların uyumluluğu açısından önemlidir. Eğer fiziki ortam uygun şartlarda değilse hem çalışanın işe uyumu ve konsantrasyonu kesintiye uğrayacak hem de çalışan kendini ortamda karşılaşacağı olumsuzluklarla mutsuz hissedecek ve dolayısıyla psikolojik açıdan tatmin olmayacağından verimliliğinde düşüş olabilecektir.

Çalışma ortamını etkileyen fiziksel faktörlerden bazıları şunlardır;

Gürültü: Her çalışma ortamında iş yerinin özelliklerine göre çeşitli seslerin oluşması mümkündür. Ancak her ses insanları olumsuz şekilde etkilemez ya da gürültü olarak nitelendirilemez. Çünkü gürültü insanlar üzerinde olumsuz etkiler oluşturan bir ses karmaşası ya da ses düzeyidir. Bu bağlamda gürültü kişiler üzerinde hem fiziksel hem psikolojik mahiyette etkiye sahiptir ve işe yoğunlaşmayı azaltır, dikkat dağınıklığına sebep olur ve sonuçta işte aksamalara, iş kazalarına sebep olabileceğinden verimliliğin düşmesine yol açabilir.

Titreşim: Çalışanların iş yerinde özellikle yakın çevresinde her ne sebeple olursa olsun oluşan titreşim kısa bir süre içinde fiziksel ve psikolojik olarak etkiler ve olumsuz sonuçlar doğurur. Bunlar iskelet, dolaşım ve sindirim sisteminde oluşabilir, ileri sağlık sorunlarına yol açabilir. Sonuçta dikkat dağınıklığı, iş sürelerinin uzaması ve çıktının hatalı veya standartlara uygun olmayacak şekilde elde edilmesi verimlilik düzeyinde düşüşe neden olacaktır (İncir, 2008).

Aydınlatma: İş yerinde yeterli aydınlatma, görme işlevinin gerçekleşmesi için ana unsurdur. Görmenin yeterli düzeyde sağlanması, iş kazalarının azalması, iş süresinin kısaltılması, hatalı çıktı sayısının düşmesine olumlu yönde etki edecektir (İncir, 2008).

Hava koşulları: İnsan vücudu biyolojik olarak dış ortamdaki değişikliklere adapte olmak için çeşitli savunma sistemleri geliştirerek adaptasyonunu sağlar. Hava koşulları da bu değişikliklerden biridir. Aşırı sıcak veya aşırı soğuk, çok çabuk değişen hava koşulları çalışanlar üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir, bu da verimliliğin düşmesine neden olur.

3.1.3. Psiko-sosyal faktörler

İnsanlar sadece maddi bir varlık değil aynı zamanda sosyal ve psikolojik ihtiyaçları ve beklentileri olan bir varlıktır. Günümüzde insanlar için, insan yerine konulmak, fikirlerine, inançlarına ve kişiliğine saygı duyulmak ve işinde ilerlemek, kendini gerçekleştirmek önemli bir motivasyon kaynağıdır.. İnsanlar ekonomik ihtiyaçlarını karşılamak yanında sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının da karşılanması durumunda motivasyonları yükselecek, işlerine daha fazla kendilerini vereceklerdir. Böylece çalışanın verimliliği de artacaktır. Psiko-sosyal etkiler içinde sayılabilecek bazı etkenler şunlardır;

İletişim: Toplumsal yaşam gereği insanlar arasında var olan iletişim düzeni bireyler, gruplar ve örgütler arası ilişkileri oluşturur (Sabuncuoğlu ve Tüz, 1995). Bu ilişkiler karşılıklı olarak bilgi alış verişinde yanında duygu ve düşüncelerin aktarımını da içinde barındırır. Bu aktarımların yapılması sözlü ya da bedensel iletişim yoluyla ya da

ikisi bir arada yapılabilir. İletişim eksikliğinde karşılıklı anlayış geliştirememeye, iş yerlerinde yapılacak işler veya görevler hakkında yanlış ya da eksik bilgi aktarımı, üstün astı astında üstü tam olarak anlayamaması örgüt içi iletişimde hata ve belirsizliklerin ortaya çıkmasına neden olur. Bu da çalışanların stres, iş tatminsizliği, örgüte karşı güvensizlik, düşük düzeyde örgütsel bağlılık, verimlilikte düşüş, devamsızlık ve işten ayrılma eğilimlerinde artışa yol açmaktadır (Tor, 2011).

İş rotasyonu: Çalışanların iş yerinde belirli bir plan doğrultusunda tüm alanlarda belirli sürelerle görev alması ve tüm işler hakkında bilgi sahibi olması esasına dayanır. Böylece çalışanlar iş ortamındaki her işin niteliği ve gereklerini öğrenerek, yapmış olduğu işin değeri ve özellikleri konusunda bir yargıya varabilir. (Tor, 2011).

Ayrıca yöneticiler de rotasyonla çalışanların hangi işlerde daha yetenekli ve verimli olduklarını görerek örgütsel düzeyde verimliliği maksimize etmek planlar ve uygulamalar geliştirebileceklerdir.

Çalışan eğitimi: İş yerlerinde çalışanların iş başarımını arttırmak için yapılan iş ile ilgili güncel gelişmelerin, teknolojik değişimlerin, yeni yöntemlerin ve uygulamaların çalışanlar tarafından takip edilmesi ya da öğrenilmesi gerekir. Elbette burada şirket yöneticileri aktif rol oynamakta ve çalışanların eğitiminin ekstra bir maliyet olarak görmeden planlı ve programlı bir şekilde rutin olarak eğitim verilmesini sağlamaları gerekmektedir. Alınacak bu eğitimler çalışanların işlerini iyi ve hatasız yapmalarına yardımcı olacaktır. İşin yavaşlaması, hatalı üretim, iş kazaları azalacak, makine, bilgisayar, vs. işin gereği olarak kullanılan teknolojik ürünler daha verimli şekilde

kullanılacaktır. Bütün bu etkiler göz önüne alındığında şirketin verimliliğinin artması kaçınılmaz olacaktır.

Motivasyon: Motivasyon kişilerin çalışma yaşamında başarıyı yakalamaları için destekleyici ve performanslarını etkileyici bir güçtür. Ayrıca motivasyon“bireylerin, belirli bir amacı gerçekleştirmek üzere kendi arzu ve istekleri ile davranmaları” şeklinde de tanımlanabilir (Özdemir ve Muradova, 2008).

İşyeri ve yapılan iş hakkında çalışanların memnuniyet düzeyi ne kadar yüksek olursa o kadar daha verimli çalışırlar. Bu durum göz önüne alınarak çalışanın maddi ihtiyaçları yanında sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının da beklentilerine cevap verecek şekilde karşılanmasına dikkat edilmelidir. Motivasyon ve verimlilik arasında olumlu ve aynı yönlü bir ilişki vardır (Yumuşak, 2008).

4. MOBBİNG VE VERİMLİLİK İLİŞKİSİ

Literatürde mobbingin verimlilik üzerinde negatif bir etkiye sahip olduğu yargısı mevcuttur. Ancak direkt olarak iş gücü verimliliğine etkisi ile ilgili araştırmalara pek rastlanmamıştır. Bu durumda verimliliği etkileyen faktörler üzerinden dolaylı olarak ilişki kurmak mümkün olmaktadır.

Bu bağlamda;

- ✓ Çalışan verimliliğinde motivasyon anahtar kavram olarak kabul edilmiştir (Tatlises, 1994; Öztürk, 2010).
- ✓ Çalışandan maksimum düzeyde verimlilik alabilmek için öncelikle onun ekonomik beklentilerini karşılamak, tatmin edici ücret vermek gerekmektedir. Diğer yandan, çalışma ortamı ve

fiziksel koşullarının iyileştirmek ve ayrıca çalışanın sosyopsikolojik beklentilerini karşılamak, işgücünün fikri gücünü ve gönül gücünü arttırmaya yönelik bir faktördür (Sabuncuoğlu, 2005).

- ✓ Verimliliği arttırmak için kullanılacak temel yaklaşımlar, yöntem ve teknikler arasında; ücret ve maaşlar, eğitim ve öğretim, sosyal güvenlik, emeklilik ve sağlık planları, ödüller, teşvik planları, katılım ya da birlikte karar verme, sözleşme görüşmeleri, değişime karşı tutum, yüksek verimlilik için güdüleme, kariyer planlama, işe devam, devir ve iş güvenliği sayılabilir.
- ✓ İş doyumunu yöneticiler için çalışanların işlerine karşı tutumlarının performans ve verimlilik üzerindeki etkisi açısından önemlidir.
- ✓ Sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının işgücü verimliliğini ve dolayısıyla işletmenin karlılığını artırma potansiyeline sahip olduğu çeşitli uygulamalarla ve yapılan araştırma bulguları ile de doğrulanmıştır (HBÖP, 2011).

Kocaoğlu (2007)'na göre mobbing kişilerin iş verimliliğini azaltmakta, işe odaklanmayı güçleştirmekte ve kişilerin motivasyonlarını olumsuz olarak etkilemektedir.

Meral (2010)'e göre, mobbing dünyada herhangi bir iş kolunda görülebilen, kurbanını fiziksel ve ruhsal olarak olumsuz yönde etkileyen ve verimlilikte düşüşe ve işten ayrılma neden olmaktadır.

Vveinhardt vd. (2018)'e göre ise mobbing iş performansını kötüleştirme, verimliliği düşürme ve şirket çalışanlarının personel

devir hızını artırma yoluyla iş gücü verimliliğini olumsuz şekilde etkilemektedir.

Mobbing ve verimlilik ilişkisine dair yazında yer alan birkaç çalışmayı inceleyecek olursak;

İşyerindeki saldırgan davranışlar ile verimliliğin ilişkisine dair (Fritscher-Porter, 2003; Gabriel, 1998; Hornstein, 2003; Johnson & Indvik, 2001; McCune, 2000; Zauderer, 2002; (Pearson vd., 2000) yapılan çalışmalarda; işe gelmeme, örgütsel bağlılıkta düşüş, işyerinde aktif olarak bulunmaya rağmen verimlilikte düşme, iletişim problemleri ve üstlerle paylaşım konusunda azalama gibi hususlar birer belirti olarak ifade edilmektedir (Hutton & Gates, 2008).

Michael H. H.'un A.B.D.'de 9.000 kamu çalışanı üzerinde yaptığı incelemede, kadın çalışanların %42'sinin, erkek çalışanların ise % 15'inin son iki yılda zorbalığa uğradığı, bunun kayıp zaman ve verimlilik açısından 180 milyon dolara mal olduğu belirtilmektedir (Tutar, 2004).

5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MOBBİNG VE VERİMLİLİK

Sağlık hizmetleri; hastalıkların iyileştirilmesi ve sağlığın korunması maksadıyla (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012), tüketimi tesadüfi, ertelenemez ve önceden denenemeyen, boyutu ve kapsamı hekim tarafından belirlenen, ikamesi ve garantisi olmayan (Tengilimoğlu, 2011), belirli sağlık kurum ve kuruluşlarında, farklı tip sağlık personellerinden faydalanılarak, toplumun ihtiyaç ve isteklerine göre kişilerin ve toplumun koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık bakımı ve sağlığın geliştirilmesine yönelik faaliyetlerin yerine

getirilmesini sağlayan, ülke genelinde örgütlenmiş kalıcı bir sistem olarak tanımlanmaktadır (ıraklı ve Sayım, 2009).

Sağlık hizmetlerinde; özellikle hastanelerde çok fazla miktarda meslek grubu birlikte hizmet vermektedir. Birbirinden çok farklı medikal hizmetlerin beraberinde otelcilik hizmetleri, teknik hizmetler, otomasyon, öğrenim, inceleme, danışmanlık/yönlendirme, transport ve diğer bir takım işlevler sınırlı bir meknda bir arada icra edilmektedir. Yapılan işler kompleks ve değişkendir. Verilen hizmetlerin sayısı artıkça, karmaşıklık seviyesi de artmaktadır. Yüksek seviyede uzmanlaşma söz konusudur. Sağlık kurumlarında fonksiyonel bağımlılık çok yüksektir. Değişik meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde koordinasyon gerekmektedir. Görev alan insan kaynaklarının büyük lde uzman kimselerden oluşması, bu kimselerin alanlarındaki bilgi ve tecrübelerinden kaynaklanan bir güce sahip olmalarını da beraberinde getirmektedir (Kavuncubaşı, 2000).

Sayılan tüm bu özellikler ile her düzeyden sağlık hizmetinin bir arada sunulduğu bilhassa hastaneler; yoğun, stresli ve zor çalışma şartlarına sahip, nöbet tutulan ve olanaksızlıklar ve yetersiz ücretin var olduğu örgütlerdir. Hastanelerde matriks organizasyon yapısı gereği de işlevsel bağımlılık çok fazla olduğu için, çalışanlar arasında iletişim sorunu sık karşılaşılan bir durumdur. İletişim eksikliği de beraberinde yanlış anlaşılmaları ve sorunları getirmektedir (Yiğitbaş ve Devenci, 2011).

Akademik kariyer ve yükselme sırasında yapılan adaletsizlikler, özellikle ebe, hemşire, sağlık memuru ve diğer sağlık personellerinin erken yaşlarda çalışma hayatına başlamaları ve saldırı veya tacize

karşı kendilerini koruyamamaları, idareye yakınlık ve yöneticiye kişisel yaklaşım nedeniyle ayrımcılık yapılması gibi sebepler mobbingi tetikleyen etkenlerdir (Çobanoğlu, 2005).

Ayrıca sağlık sektöründe mobbingi tetikleyen etkenlerden bazıları şu şekilde de sıralanabilir (Görgülü, 2013):

- ✓ Hasta sayısının yüksek olması nedeniyle çalışma temposu yoğundur.
- ✓ Akademik kariyer ve yükselme sırasında kayırmacılık mevcuttur.
- ✓ Yoğun çalışma şartları ve nöbetler nedeniyle aile hayatını devam ettirmek zorlaşmaktadır.
- ✓ Hasta yoğunluğu nedeniyle mesleğin gerekleri tam olarak yerine getirilememektedir.

Mobbing, sağlık sektöründe bulunan tüm meslek grupları ve çalışma ortamını etkilemektedir. Saldırılarına en fazla maruz kalanlar ambulans görevlileri, hemşireler ve doktorlardır. Popülasyonun yoğun olduğu veya suç oranının yüksek olduğu yerlerde bulunan büyük hastaneler ile تنها yerlerdeki sağlık kuruluşları özellikle risk altındadır (Newsletter, 2002).

Bireylerde, bilhassa sağlık çalışanlarının işyerlerinde yaşadıkları mobbing, depresif semptomların ortaya çıkmasında etkili olmaktadır. Bu durum bireylerin yaşam kalitesini negatif yönde etkiler. Bireysel ve sağlık sektörü açısından değerlendirildiğinde, çalışma performans düşüklüğü, isteksizlik gibi sonuçlar yaşanmaktadır (Yavuzer ve Çivilidağ, 2014).

Çalışanların işyerinde karşı karşıya kaldıkları mobbing davranışları bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilemekte ve örgüt verimliliği ve etkinliğini düşürmektedir (Çarıkçı ve Yavuz, 2009).

Çalışan kişilerin sevgi ve saygı ortamından yoksun, emeğinin karşılığını alamadığı bir yerde huzurlu ve verimli bir iş hayatı olacağı düşünülemez (Özgüven, 2003).

Bu bağlamda verimlilik, bireylerin huzurlu, refah ve daha konforlu bir yaşam seviyesine ulaştırmak için bir araçtır. Verimlilik üretim süreçlerine pozitif değer katar. Verimlilik sosyo-ekonomik sorunlarımızın teşhisini, çözümünü ve uygulamasını mümkün kılmaktadır. Dolayısıyla verimlilik sadece üretim değil bir yaşam tarzı olarak algılanması gerekmektedir (Demirci, 2005).

Sağlık kurumları yetkililerinin mobbing konusunda özellikle yardımcı personellere daha dikkatli davranması ve çalışanların kurum içerisinde kendilerini rahatça ifade edebilecekleri ve düşüncelerine ön yargısız yaklaşılacak bir ortamın yaratılması kurum verimliliği açısından olumlu etkiler oluşturacaktır (Yılmaz ve Doğan, 2017).

Hastanelerde iş gücü verimliliğini etkileyen faktörler olarak; yeni teknolojilerin kullanımı, insan kaynakları yönetimi (Öztürk, 2010) ekonomik faktörler, fiziki faktörler, psiko-sosyal faktörler (Yumuşak, 2008) gibi birçok kişisel ve örgütsel faktörler saymak mümkündür.

Zapf'ın yaptığı bir araştırmaya göre, mobbinge en çok hastanede çalışanlar, sonrasında ise polisler ve öğretmenler maruz kalmaktadır (Tengilimoğlu, 2015).

Araştırmalar, mobbingin sıklıkla yaşandığı sektörlerin başında sağlık sektörü olduğu ve sağlık çalışanlarının şiddete uğrama riskinin diğer hizmet sektöründe çalışanlara göre 16 kat daha fazla olduğunu göstermektedir (TBMM, 2011).Ayrıca sağlık çalışanlarının % 50'den fazlasının mobbing tarzı olaylara maruz kaldığı bildirilmektedir (Dilman, 2007).

Hubert ve Veldhoven (2001) yaptıkları çalışmada eğitim hizmetlerinde, kamu yönetiminde ve sağlık hizmetlerinde (%51) diğerlerine göre mobbing davranışının daha fazla görüldüğünü ortaya koymuşlardır.

Sağlık alışanları içerisinde ise hemşirelik mesleğinde diğer mesleklere göre daha fazla mobbing davranışlarının yaşandığı yapılan birçok çalışma ile tespit edilmiştir (Khorsid ve Akın, 2006).

Özdevecioğlu'nun 2003 yılında Kayseri'de hemşireler üzerine yaptığı araştırma sonuçlarına göre %89,5 hemşirenin mobbing mağduru olduğunu göstermiştir.

Sağlık sektöründe mobbinge ilişkin Güney Afrika'da yapılan bir çalışma, bir fiziksel şiddetten ve hizmetlerin niteliğinin düşmesinden sonra, genel bir mutsuzluk duygusu olduğunu göstermektedir. Mobbing gerilime ve hastalara daha az bakım göstermeye neden olarak hasta-bakıcı ilişkisine zarar vermektedir (Paksoy, 2007).

Yıldırım ve Yıldırım tarafından 2006 yılında yapılan araştırmaya katılan hemşirelerin % 86.5'i son 12 ayda işyerinde mobbing davranışıyla karşı karşıya kaldığı, özel hastanelerde çalışanların kamu hastanelerinde çalışanlara göre daha fazla mobbinge

maruz kaldıkları ayrıca katılımcıların % 10'unun bazen intiharı düşündüğünü ifade etmiştir.

Yavuz ve Çarıkçı tarafından 2007 yılında 215 sağlık çalışanı ile yaptıkları çalışmada, mobbing (psikolojik şiddet) algılarının, değişkenler karşısında değişim gösterip göstermediğini incelemiş, bulgulara göre çalışanlarının, ankette yer alan davranışlara maruz kalmadıkları gözlenmiştir.

Solakoğlu (2007)'nin yaptığı araştırma sonucunda Eskişehir'de bulunan bir kamu hastanesinde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının % 38,6 oranında mobbing mağduru olduğu bulunmuştur.

Yıldırım (2009)'ın yaptığı çalışmada, 286 hemşirenin katıldığı mobbingin hemşirelik hizmetlerine etkisini tespit etmek amacıyla yapılan araştırmada katılan hemşirelerin % 21'i mobbing davranışlarına maruz kaldığı tespit edilmiştir.

Güven vd. tarafından 2012 yılında ebe ve hemşirelerin mobbinge uğrama durumlarının belirlenmesi amacıyla 142 katılımcı üzerinde yapılan araştırmada katılanların %12.7'sinin son altı ay içerisinde haftada en az mobbing davranışlarından birine ya da bir kaçına maruz kaldıkları, mobbing faktör boyutlarından itibaren saldırıların diğer boyutlara göre yüksek olduğu ve % 41.5'i başka bir kurumda çalışmak istedikleri saptanmıştır.

6. SONUÇ

Hizmet sektörü içerisinde, karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık hizmetleri sektörünün; farklı hiyerarşik yapısı, çalışan profili, hizmet türleri, 7/24 hizmet esası, yoğun teknolojik ve uzmanlık gerektiren özellikleri ile mobbing olaylarının sıklıkla yaşandığı bir alan olduğu yazında yer alan birçok çalışmadan anlaşılmaktadır.

Ayrıca yazında yer alan çalışmalar doğrultusunda, insanlar üzerinde sadece psikolojik olarak değil fizyolojik, ekonomik ve toplumsal olarak da birçok olumsuz etkilere yol açan mobbing davranışlarının göz ardı edilmemesi veya görmezlikten gelinmemesi gerekmektedir. Bu maksatla sağlık çalışanlarına; şiddetin önlenmesi, stres ve öfke yönetimi, sorun ve çatışma çözme becerileri kazandırılmalı, yasal tedbirler alınmalıdır. İşyerlerinde gerek yönetim, gerekse çalışanlar bakımından alınacak tedbirler ve yapılacak düzenlemeler için, bu sorunun farkındalığının sağlanması oldukça önemlidir (Çöl, 2008).

Girdisi insan ve hizmet araç-gereçleri çıktısı ise sağlığına kavuşan veya iyileşen insanlardan oluşan sağlık hizmetleri sektöründe işgücü verimliliği büyük bir öneme sahiptir. Bir hastanın sağlığına kavuşmasının sadece bireysel değil hem sağlık kuruluşu hem de toplumsal açıdan da büyük bir kazanım olduğu unutulmamalıdır. Hem bir insan hem de bir çalışan olarak sağlık profesyonellerinin maruz kaldığı mobbing davranışlarının kişide oluşturduğu stres, konsantrasyon bozukluğu, üzüntü, duygusal ve fiziksel problemler, kalıcı uyku bozuklukları, depresyon, işe gitmede isteksizlik (Yüçetürk, 2005) vb. birçok etkinin iş performansını dolayısıyla verimliliği

olumsuz yönde etkilemesi beklenmelidir. Yazında sağlık hizmetlerinde mobbing davranışlarının iş gücü verimliliğine etkisine dair çok fazla çalışmaya rastlanmamış olmasından dolayı, konu ile ilgili nicel araştırmaların yapılarak, mobbing davranışları ve verimlilik kavramı arasındaki ilişkinin incelenmesinin literatüre katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

KAYNAKÇA

- Altuntaş C. Mobbing kavramı ve örnekleri üzerine uygulamalı bir çalışma Journal of Yasar University 2010 18(5) 2995-3015
- Aydın, İ.S., (2008). İşyerinde Yıldıрма (Mobbing) Algısına İlişkin Bir Alan Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Baş, M.İ. ve A. Artar: İşletmelerde Verimlilik Denetimi :Ölçme Ve Değerlendirme Modelleri Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları,435 Ankara, 1990 s.34
- Baykal, A. N. Yutucu Rekabet Kanuni Devrindeki Mobbing'den Günümüze. Sistem Yayıncılık, İstanbul 2005
- BjorkqvistK., Osterman K., Hjelt-Back M.; Aggression Among University Employees, Aggressive Behavior 1994:20
- Browne M.N., Smith M.A. "Mobbing In The Workplace: The Latest Illustration Of Pervasive Individualism In American Law", Employee Rights And Employment Policy Journal, [Vol. 12:131-161] 2008
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma Genel Müdürlüğü İşyerlerinde Psikolojik Taciz (Mobbing) Bilgilendirme Rehberi Özel Matbaası Mayıs 2013, Ankara
- Çarıkçı, İ , Yavuz, H . (2009). Çalışanlarda Mobbing (Psikolojik Şiddet) Algısı: Sağlık Sektörü Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , (10) , 47-62 .
- Çıraklı, Z., ve Sayım, F. (2009). Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinin Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik

- Analizi Göstergelerinin İncelenmesi. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt, 2*, 347-355.
- Çobanoğlu Ş. Mobbing-İşyerinde Duygusal Saldırı ve Mücadele Yöntemleri. İstanbul: Timaş Psikoloji Dizisi; 2005. (3, 10, 11).
- Çöl, S. (2008). "İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma." *Çalışma ve Toplum*. 4. s.107-134.
- Davenport, N, Schwartz, R. D. and Eliot, G. P. (2003), Mobbing: İşyerinde Duygusal Taciz, İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Demir Y, Çavuş M. Mobbing'in Kişisel ve Örgütsel Etkileri Üzerine Bir araştırma. Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi 2009; 2(1),13-2.
- Demirci, F. S. (2005). Verimlilik bilinci ve Kültürünün İşlevselliği, Değişime Katkısı. *Verimlilik Dergisi*. 2005/3
- Divincová, A., Siváková, B. (2014). Mobbing at Workplace and its Impact on Employee Performance, *Human Resources Management and Ergonomics*, 8(2),20-34.
- Doğan, M.A., (2009). İlk Öğretim Okullarında Öğretmenlere Uygulanan Psikolojik şiddetin (Mobbing) İş Doyumuna Etkisi: Ankara İli Sincan Ölçesi Örneği, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Einarsen, S. "Harassment and Bullying at Work: A Review of the Scandinavian Approach" , *Agression and Violant Behaviour*, 5(4): 379-401. 2000
- Erdoğan G. "Mobbing (İşyerinde Psikolojik Taciz) TBB Dergisi, Sayı 83, 2009

- Ergun Ö.D. ve Mercan, N. (2009). *Yönetmel ve Örgütsel Açıdan Psikolojik Terör*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Gülcü A.: Özel Hastanelerin 1998-1999 Yıllarına Ait Veri Zarflama Analizi Yöntemiyle Görece Verimlilik Analizi, Verimlilik Dergisi, Milli Produktivite Merkezi Yayımı, 2004/3
- Güven Ş.D., Özcan A. ve , Kartal B Nevşehir İl Merkezinde Kamuya Bağlı Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Ebe ve Hemşirelerde Mobbing Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt:1 Sayı:3 Aralık 2012
- Görgülü, N., (2013). Mobbing'in (Bezdiri) Sağlık Çalışanları Üzerine Etkileri, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Hayat Boyu Öğrenme Programı "İşverenler İçin İş Sağlığı-Güvenliği ve Verimlilik" ,2011
- Hubert A., Veldhoven M. (2001). Risk sectors for undesirable behavior and mobbing. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), pp. 415-424
- Hutton, S. & Gates, D. (2008). Workplace incivility and productivity losses among direct care staff. *AAOHN Journal*, 56(4), 168-175.
- Işık, E. İşletmelerde Mobbing Uygulamaları İle İş Stresi İlişisine Yönelik Bir Araştırma, Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, S.B.E İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul-2007.
- İlgöz, S. (2016). Kadın ve Mobbing, EMO Kadın Bülteni, Sayı 4,31-34.

- İncir, G. “Ergonomi, Çalışma Ortamı ve Fiziksel Çevre”, MPM Yayınları: 701, Ankara 2008
- Karcıoğlu F. ve Çelik Ü.H. Mobbing (Yıldırma) ve Örgütsel Bağlılığa Etkisi Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 26, Sayı: 1, s.60 2012
- Kavuncubaşı Ş. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara: Siyasal Kitabevi, 1.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S.. (2012), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 3. Baskı. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kayam M. Mobbing ve Mobbingle Kurumsal Mücadele Uzman Bakış s.171 20 Ağustos 2010
- Khorsid L, Akın E. Hemşirelikte Meslektaş Şiddeti. Hastane Yönetimi 2006; Temmuz-Ağustos-Eylül:14-18. (3, 7,11-17).
- Kılıç, N., (2013). Sağlık Çalışanlarında Mobbing Algısı ve İş Doyumunun Belirlenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Kocaoğlu, M. (2007). *Mobbing (işyerinde psikolojik taciz, yıldırma) Uygulamaları ve Motivasyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma*. İstanbul: Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, s.26.
- Koç, M. ve Urasoğlu B.H. “Ortaöğretim Öğretmenlerinde Mobbing: Cinsiyet, Yaş ve Lise Türü Değişkenleri Açısından İncelenmesi”, International Online Journal of Educational Sciences, 1(1), s.64-80 2009

- Kök B.S. “İş Yaşamında Psiko-şiddet Sarmalı Olarak Yıldırma Olgusu Ve Nedenleri”, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2006, Sayı 13, s 434-448
- Kuşseven, A., (2016). Örgütsel Adalet Bağlamında Mobbing Olgusunun İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Lewis, D. “Voices in The Social Work Environment And Health Outcomes”. Europe Journal of Work Organizational Psychol, No: 5, 1996,s. 215.
- Lewis M.A.; Nurse Bullying: Organizational Considerations in the Maintenance and Perpetration of Health Care Bullying Cultures, Journal of Nursing Management Ocak 2006: 14: 1
- Lenger, A. “Verimlilik Kavramında Sorunsaldan Çıkış Veya Yeni Bir Kargaşaya Doğru İlk Adım Denemesi”, Verimlilik Dergisi, Sayı:1997/4, MPM Yayınları, Ankara 1997
- Mavi, N., (2015). Sağlık Yönetimi Açısından Çalışma Hayatında Mobbing, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Meral, G. (2010). *Her Yönü ile İşyerinde Psikolojik Mücadele ve Taciz Mobbing* (1. baskı).Ankara, Barış Kitapevi.
- Mikkelsen E. G., Einarsen S.; Relationships Between Exposure to Bullying at Work and Psychological and Psychosomatic Health Complaints:The Role of State Negative Affectivity and Generalized Self-Efficacy, Scandinavian Journal of Psychology Aralık 2002: 43: 5

- Mobbing Bilgilendirme Rehberi “İşyerlerinde Psikolojik Taciz” Özel Matbaası Mayıs 2013, Ankara
- Özçer S.; İşyerinde Psikolojik Siddet (Mobbing), TİSK İşveren Dergisi Mayıs 2007
- Özgüven, İ. E. (2003). *Endüstri Psikolojisi*. Ankara: Pdrem Yayınları.
- Özdemir, S ve Muradova, T., “Örgütlerde Motivasyon ve Verimlilik İlişkisi”, Journal of Qafqaz University No:24.2008
- Özdevecioğlu, M. (2003). “Organizasyonlarda Saldırgan Davranışlar ve Bireyler Üzerindeki Etkilerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma”. *Uludağ Üniversitesi İİBF Dergisi*, Cilt XXII, Sayı 1. 121-150.
- Özkoç, Ö., 2005, “Hastanelerde İşgücü Verimliliğine Etki Eden Faktörler ve Çalışanların İşgücü Verimliliği Konusunda Tutumlarını Ölçmeye Yönelik Özel Bir Hastanede Yapılan Araştırma”, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Paksoy, H.M., “Üniversitelerde Akademik Personelin İş Memnuniyeti: Harran Üniversitesi Örneği”, Selçuk Üniversitesi Karaman İ.İ.B.F. Dergisi Sayı:12.2007
- Paksoy N., İşyerinde Psikolojik Taciz – Yıldırma (Mobbing) Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi 2007, Dns: Doc. Dr. İsmail Bakan

- Pearson, C.M., Andersson, L.M. & Porath, C.L. (2000). Assessing and attacking workplace incivility. *Organizational Dynamics*, 29(2): 123-137.
- Rodgers W., Gago S.; Improving Social Corporate Responsibility: the Case of Bullying Behavior, Universidad Carlos III De Madrid Working Paper Haziran 2006: 13
- Sabuncuoğlu, Z. ve Tüz, M., “Örgütsel Psikoloji”, 1. Baskı, Ezgi Kitabevi, Bursa 1995
- Sabuncuoğlu Z.: İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamalı, Alfa Aktüel Basım Yay, Dağ. Ltd. Şti., 2. Baskı, Bursa, 2005
- Solakoğlu, İ. (2007). *İşletmelerde Mobbing'in Örgütsel Stresle İlişkisi ve Bir Sağlık Kuruluşunda Uygulama*. Yüksek lisans tezi. Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya.
- Solmuş, T. İş Yaşamında Travmalar: Cinsel Taciz ve Duygusal Zorbalık/Taciz Mobbing, İş, Güç, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, C.7, S.2, Haziran– 2005,
- Taş İ. Korkmaz H., Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, Yıl: 2, Sayı: 2/1, Haziran 2014, s. 29-55
- Tbmm Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing) ve Çözüm Önerileri Komisyon Raporu Nisan 2011
- Tengilimoğlu, D. (2011), Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Tengilimoğlu, D. (2015). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Yayıncılık, Ankara.

- Tınaz P.; İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing), Beta Basım Yayın
Dağıtım A.Ş. Mart 2006
- Tınaz, P. İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing), Çalışma ve Toplum,
Cilt No:4 - 2006
- Toprak M.A.: “Verimliliğe Yeni Bir Yaklaşım,” Verimlilik Dergisi
Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, s:2003/2
- Tor S.S. “Örgütlerde İş Tatminini Etkileyen Faktörler ve Verimlilik
Karaman Gıda Sektöründe Bir Uygulama” Karamanoğlu
Mehmet Bey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek
Lisans Tezi Karaman-2011
- Turan F. İşyerlerinde Psikolojik Yıldırma Olgusu ve Konuya İlişkin
Bir Araştırma İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
İşletme Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2006
- Tutar, H. (2004). İşyerinde Psikolojik Şiddet, Platin Yayınları,
Ankara.
- Vveinhardt, J. ,Fominiene, B. V. , ve Ufartiene, J. , L. (2018). Bull-
ying and Harassment as Antisocial Behaviours: Socio- Eco-
nomic Aspects of Their Impact Assessment. *Inzinerine Eko-
nomika- Engineering Economics*. 29 (5). 548- 558
- Yavuz H. Çalışanlarda Mobbing (psikolojik şiddet) Algısını Etkileyen
Faktörler: SDÜ Tıp Fakültesi Üzerine Bir Araştırma. Süleyman
Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim
Dalı Yüksek Lisans Tezi. İsparta- 2007
- Yavuzer, Y. ve Çivilidağ, A. (2014). Mediator role of depression on
the relationship between mobbing and life satisfaction of health

professionals. The journal of psychiatry and neurological sciences. 27. 115-125.

Yeşildal N.; Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve Şiddetin Değerlendirilmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni Temmuz 2005, 4: 5

Yıldırım A., Yıldırım D.; Mobbing In The Workplace By Peers And Managers: Mobbing Experienced By Nurses Working In The Healthcare Facilities In Turkey And Its Effects On Nurses, Journal of Clinical Nursing 2006, 15

Yiğitbaş, Ç., Deveci, S. E. (2011). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Mobbing, TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 42, 23-28.

Yılmaz, M , Doğan, S . (2017). Sağlık Kurumlarında Örgütsel Adalet Algısının Mobbing Davranışları Üzerine Etkisi: Bolu’da Bir Uygulama. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi , 7 (1) , 67-94 .

Yumuşak S. İşgören Verimliliğini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2008; 13 [3]: 241 – 251.,

Yücutürk E. “Türkiye’de İş Yaşam Kalitesini ve Verimliliği Azaltan Gizli Bir Sendrom: Yıldırma (Mobbing)”, İktisat İşletme ve Finans Dergisi Cilt:20, Sayı:231 2005

Zapf D.; Organisational, Work Group Related And Personal Causes of Mobbing/Bullying at work, International Journal of Manpower 1999, 20)

İnternet Kaynakları

Dunn,S. “What’s Going On With Mobbing, Bullying and Work Harassment Internationally” 10 Haziran 2003 <http://www.workplacebullying.org/press/webpronews.html> (Erişim Tarihi:12.12.2014).

Eser, O. Mobbing Kavramının Türkçe Serüveni http://turkoloji.cu.edu.tr/YENI%20TURK%20DILI/oktay_eser_mobbing_kavrami.pdf (Erişim:10.12.2014)

Geleri M.F. İş ve Sosyal Güvenlik Uzmanı <http://www.smmokulu.com/Yazdir-41574.html> (Erişim Tarihi 12.12.2014)

Harrison M.H., “Workplace Bullying’s High Cost: \$180 Million in Lost Time, Productivity”, Orlando Business Journal, 2002, <http://orlando.bizjournals.com/orlando/stories/2002/03/18/focus1.html> (Erişim Tarihi: 12.12.2014).

Hemşirelerin Yaşadığı Mobbing <http://www.mobbing.org.tr/tr/> Erişim Tarihi 10.12.2014 <http://www.peryonkongre.com/peryon/basin/bulten/16.Ulusal%20C4%B0nsan%20Y%C3%B6netimi%20Kongresi-Mobbing-13.10.2008.pdf> Erişim Tarihi:10.12.2014

Öztürk N.Ş, ve Akbulut Y.Hemşirelerin İş gücü Verimliliğini Etkileyen Örgütsel Faktörler Konusundaki Tutumlarının Belirlenmesi 2010 <http://www.saglikcalisanisagligi.org/dosyalar/hemsireisgucu.pdf> Erişim Tarihi 10.12.2014

Rayner C., Bullying At Work: Workplace Bullying Survey of Unison Police Support Staff Members, Staffordshire University Business School, 2000, s.13, ceis.org.tr/dergi/2012mart/makale3.pdf (Erişim Tarihi: 13.12.2014).

BÖLÜM 16:

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI

Dr. Öğr. Üyesi Pınar YALÇIN BALÇIK¹

¹ Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, pyalcin@hacettepe.edu.tr

1. GİRİŞ

Hastalıkların neden olduğu maddi yıkıcı etkilerden kişileri koruyacak finansman mekanizmaları temelde vergiler, cepten ödemeler, sosyal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası olarak gruplandırılabilir. Özel sağlık sigortası, sigortalıların sağlık hizmeti kullanımından kaynaklanan mali zararlarını geri ödemek için tasarlanmış geleneksel bir tazminat sigortası şeklindedir. Özel sağlık sigortaları bireyler tarafından veya işverenler tarafından satın alınabilmektedir. Bu alternatifler farklı alt pazarları oluşturmaktadır. Özel sağlık sigortasının temelini oluşturan ilke, riskin sigortalılar arasında dağıtılmasıdır. İstatistikçiler ve aktüerler tarafından hastalık, yaş, meslek gibi özelliklerine göre hesaplanan katkı payını ödeyen sigortalı, belirsizliklere karşı kendini güvence altına almaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kendine has özelliklerinden olan belirsizlik yani sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç duyulacağına bilinmemesi ve ihtiyaç halinde kullanılan sağlık hizmeti için yapılacak ödemenin bireyin ödeme kapasitesini aşma olasılığı, kişileri sağlık hizmeti gereksinimlerini güvence altına almaya yöneltmektedir. Bu durum, özel sağlık sigortasının temel gerekçesini oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra, kamu sigortalarına kıyasla özel sağlık sigortası ile daha kolay ve kaliteli sağlık hizmeti alınabileceği algısı bu sigorta türüne olan eğilimi artırmaktadır.

Kitabın bu bölümünde öncelikle özel sağlık sigortası genel olarak anlatılmakta, ardından kaynakların etkili kullanılabilmesi ve maliyetlerin kontrol altında tutulabilmesi için gerekli olan düzenlemelerden bahsedilmektedir. Daha sonra özel sağlık

sigortasının avantajlarından ve sorunlarında bahsedilmektedir. Reform tartışmalarında tekrarlanan sağlık politikası hedefleri üzerinde durularak özel sağlık sigortasının performansı, finansman ve ulaşımdaki eşitlik açısından, makroekonomik açıdan, tahsis, teknik ve yönetsel verimlilik açılarından incelenmektedir. Son olarak, Türkiye ve seçilen ülkelerinde özel sağlık sigortasının işleyişinden bahsedilmektedir.

2. Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası, sigorta süresi boyunca yaralanma veya hastalanma durumlarında, sigortalıların tedavi giderlerinin poliçede belirtilen hükümlere göre karşılandığı bir sigorta türü olarak tanımlanabilmektedir. Sigortanın temel amacı, sigortalıyı olası risklere karşı güvence altına almaktır. Sigorta yapan kuruluşlar, bireylerin ve grupların taşıdığı riskleri tüm sigortalılara yayarak yani riski paylaştırarak, sigortalıları olası zararlardan korumaktadır.

Özel sağlık sigortasının, devletin sağlamış olduğu sosyal güvenlik sisteminden temel farkı, özel sağlık sigortası yaptırmak isteyen kişilerin sigortalanmadan önce sigorta şirketlerinin hazırladığı başvuru formunu doldurmasına dayanmaktadır. Birey, başvuru formunda geçmişteki ve mevcut sağlık sorunları ile ilgili yazılı bir sağlık beyanında bulunmakta ve beyan ettiği önemli hastalıklar poliçede kapsam dışı bırakılmakta yani bu hastalıklara ait giderler ödenmemektedir. Oysa sosyal güvenlik sisteminde, kısa bir süre prim ödeyen kişilerin hemen hemen istisnasız tüm hastalıklarına ilişkin

giderleri sigorta başlangıç tarihinden önce olup olmadığına bakılmaksızın devlet tarafından karşılanmaktadır.

Özel sağlık sigortası, kamu sağlık sigortası ile olan ilişkisine göre ikame, ilave, tamamlayıcı olarak gruplandırılabilir. İkame edici sağlık sigortası kamu sağlık sigortasının dışında kalan ya da kamu ve özel arasında tercih yapma imkanı olan yüksek gelirli kişileri kapsamaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası ise kamu sigortası tarafından belirli bir bölümü kapsanan ya da hiç kapsamayan hizmetleri içermektedir. İlave edici sağlık sigortası ise, sunulan sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırmakta ve daha fazla hizmet sunucusu alternatifini sunmaktadır. Bireyler kamu sağlık sigortalarının ihtiyaçlarını karşılamada yeterli olmadığını düşünüyorlarsa, ikame edici, ilave edici ya da tamamlayıcı sağlık sigortası satın alabilmektedir.

Toplumun politik amaçlarının gerçekleştirilebilmesi için özel sağlık sigortası ile ilgili yeterli yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Aslında düzenlemeler olsa da, ülke örnekleri özel sağlık sigortasının sağlık bakımının finansmanı için tek başına etkili ve eşit bir yol olmadığını göstermektedir. Özel sağlık sigortası pazarlarının, verimliliğini etkileyen unsurlar şöyle özetlenebilmektedir:

- Bireyler, sağlıkları ile ilgili sigortacıardan saklayabilecekleri bilgilere sahip olabilmektedir (Ters seçim).
- Kişinin kötü bir sağlık statüsüne sahip olma durumu, önceden hastalığın kendinde mevcut olması, kalıtsal ya da kronik hastalıklar ve yaşlılık kişiyi sigorta edilemez hale getirmektedir.

- Sigortacının, kişinin şimdiki ve gelecekteki sağlık statüsü konusunda bilgi eksikliği vardır. Bu da risk odaklı prim hesaplamayı zorlaştırmaktadır.
- Kişi sigortalanınca, risk alıcı davranışlar sergileyebilir ya da sağlık hizmetine olan ihtiyacını etkileyebilir. Buna ahlaki tehlike denilmektedir.
- Bazı hastalıkların bulaşıcı olmasından dolayı hasta olma olasılığı başkasının hasta olma olasılığından bağımsız değildir.

Kaynakların etkili kullanılması sağlamak ve maliyetleri kontrol etmek için özel sağlık sigortası pazarının düzenlenmesi gerekmektedir. Ama özel sağlık sigortası pazarı yeteri kadar düzenlenememektedir. Özel sağlık sigorta pazarının başarısızlık sebepleri Amerika Birleşik Devletleri özelinde şöyle açıklanmaktadır:

- Maliyete Duyarsız Talep: Hizmet sunan ve kullananın maliyete duyarsız olması ve sigortanın pasif olarak alınan hizmeti ödemesi.
- Kar Amaçlı Yanlı Risk Seçimi: Sigortacılar ürün farklılaştırma ile karı arttırabilmekte ve yüksek gelir grubuna yönelebilmektedir.
- Fiyat Rekabetini Azaltmak için Pazar Bölümlendirmesi: Pazar bölümlenmesi, karşılaştırmayı güçleştirmekte ve fiyata göre sigorta seçimini zorlaştırmaktadır.
- Çıktının maliyetle ilişkisi konusunda bilgi eksikliği bulunmaktadır.
- Küçük gruptaki kişiler için seçim şansı azdır. Bu durumda sağlık planları konusunda daha az tercihe sahip olmaktadır.

- Ters Oranlı Kamu Sübvansiyonu: Sigortalı ne kadar zengin ise, sübvansiyon o kadar büyük olmaktadır. Aslında amaç fakir kişilerin sağlık hizmeti kullanımına destek olmaktır.

Özel sağlık sigortası pazarının bu tip özellikleri birçok ülkede olabilir ve dikkatlice düzenlenmesi gerekmektedir. Bu sorunların düzenlenmesi için yapılması önerilenler şöyledir:

- Ulusal Ulaşım: Zorunlu işveren katkısı, devlet sübvansiyonu ve bireysel kaynakların birleşimi ile finanse edilen, minimum fayda paketine herkesin ulaşımı ulusal düzenlemelerle garanti edilmelidir.
- Hizmet Paketi Seçimi: Küçük işverenler adına sağlık sigortası kooperatifi gibi toplu ödeme birlikleri kurulmalı ve işverenlerin riski azaltılmalıdır.
- Ulusal Düzenlemeler: Pazarın verimli çalışması, performansının standartlaşması için standart belirleme kurulları oluşturulmalıdır.

2.1. Özel Sağlık Sigortasının Potansiyel Avantajları ve Sorunları

Özel sağlık sigortasının performansı, nasıl dizayn edildiğine, yasal düzenlemelere ve kamu sektörü ile olan etkileşimine göre değişmektedir. İyi düzenlenmiş özel sağlık sigortası, gelişmekte olan ülkelerde erişimi ve eşitliği geliştirmede olumlu rol oynayabilmektedir. Sağlık hizmetlerine cepten yapılan harcamalar, gelişmekte olan ülkelerde yaygın bir sağlık finansmanı biçimidir ve hanehalkları için önemli bir mali yük teşkil etmektedir. Özel sağlık sigorta sektörünün genişlemesi, cepten yapılan sağlık harcamalarını

azaltarak finansal korumaya erişimi kolaylaştırabilmektedir. Bunun yanı sıra, gelişmekte olan ülkelerde kayıt dışı ekonomi, vergi tahsilatını zorlaştırmaktadır. Bu durum, ülkelerin sağlık için geniş bir finansal koruma sağlamak için yeterli vergi geliri elde etmesini veya sosyal sigorta sisteminin finansmanını olumsuz etkilemektedir. Gelişmekte olan ülkelerde özel sağlık sigortası tarafından kapsam altında olma, uygun şekilde düzenlendiğinde, kamu tarafından finanse edilen kapsama alanı yeterince genişleyene kadar risk havuzuna destek olabilmektedir. Ayrıca politika yapıcıların sınırlı kamu kaynaklarını en ihtiyacı olan gruplarda yönlendirmesine olanak tanımaktadır.

Özel sağlık sigortasının uygulamada yararları şöyle özetlenebilmektedir:

- Zengin kişilerin bireysel finansman ile sağlık hizmeti alması, devletin sınırlı olan kamu kaynakları ihtiyacı olan kişilere sağlık hizmeti sunmak için kullanmasını sağlamaktadır.
- Alt yapı için ek kaynak sağlayarak, hem fakirlerin hem de zenginlerin daha iyi hizmet almasını sağlamaktadır.
- Hastaların seçimini artırmaktadır.

Özel sağlık sigortalarının uygulamada potansiyel sorunları da bulunmaktadır. Bu sorunlar fayda paketinin belirlenmesi ve primlerin belirlenmesi başlıkları altında genel olarak incelenecektir.

Fayda Paketinin Belirlenmesi

Sağlık sigorta pazarında, kişiler sigorta şirketlerinin fayda paketlerini karşılaştırmaktadır. Eğer fayda paketleri iyi

düzenlenmemiş ise, müşteri seçimine dayalı olan rekabet avantajı azalmaktadır.

Birçok ülkede kişiler özel sigorta için ödeme yaparken, hangi sağlık bakım hizmetlerinden yararlanacağını bilmemektedir. Bu belirsizliğin azaltılması için düzenleyiciler fayda paketlerinin neleri içerdiğinin belirlenmesini istemektedir. Böylece hasta farklı sigortaların sunduğu hizmetleri karşılaştırabilmektedir.

Prim Belirleme

Primler risk odaklı, toplum odaklı ya da grup odaklı belirlenmektedir. Risk odaklı primler kişinin gelecekte hasta olma riskine göre, toplum odaklı primler belirlenen nüfusun ortalama hasta olma riskine göre, grup odaklı primler ise belli bir firmada çalışanların ortalama hasta olma riskine göre belirlenmektedir. Sağlık bakımına ihtiyacı olduğunu düşünen kişiler, sağlık sigortasına ödeme yapma konusunda daha isteklidirler. Sağlık sigortaları da daha çok risk odaklı prim belirlemeyi tercih etmekte ve hizmet kullanımında yüksek riske sahip kişilere yüksek prim yüklemektedirler. Sonuç olarak, özel sağlık sigortası, az hizmet kullanan sağlıklı bireylere ve gençlere ayrıcalık tanımaktadır. Finansal riski yaymak amacı ile sigorta şirketleri özel sağlık sigortasını gruplara pazarlamaktadır. Sağlık sigortası satın alma bu nedenle daha pahalı olmakta ve düşük gelirli, hasta olma riski yüksek kişiler özel sağlık sigortası için ödeme yapmakta zorlanmaktadırlar. Her ne kadar devletler fakir kişilerin özel sigorta satın almasını desteklese de, uygulamada zorluklar yaşanmaktadır.

Yaşlı kişilerin daha çok sağlık hizmetine ihtiyacı olacağı için, özel sigortalar emeklilikten sonra sadece çok yüksek primlerle kapsama yapmaktadır. Emekliler, güney Afrika ve Şili’de özel sektörden kamu sektörüne çekilmektedir. Eğer devlet, sigorta şirketine hasta ve yaşlı kişileri kapsama konusunda zorlama yapar ise şirket pazarı terk edebilmektedir.

Toplum odaklı risk belirleme, hakkaniyet ve dayanışma ilkeleri çerçevesinde gelişmektedir. Özel sigortanın gönüllü olarak satın alındığı durumlarda sağlıklı kişiler, sistemden ayrılmak isteyebilmekte, bu da toplum odaklı primlerin daha da yükselmesine yol açabilmektedir.

Gerekli düzenlemeler olmaz ise risk seçimi, pahalı hastalara yönelme ve fakir grubun hariç tutulması gibi durumlar olabilir ki bunlar sosyal amaçlarla uyumlu değildir.

Meksika’da ve Şili’de kamu sektörünün verimliliğini arttırmak için, zengin kişilerin sosyal sigorta sisteminden çıkması ve özel sigortaya geçmesi önerilmiştir. Ama bu öneri sosyal sigorta içindeki zengin ve sağlıklı kişilerden oluşan iyi riskin, özel sigortaya geçmesi ile kötü risklerin sosyal sigorta sisteminde kalması maliyetleri arttıracığından reddedilmiştir.

Amerika’da birçok sigorta grup odaklıdır ve işveren alımlarının özel sigortalıların %90’ını kapsamaları planlanmaktadır. Birçok işveren tarafından yapılan grup odaklı sigorta sistemi bireysel ödemeye dayalı sistemden daha avantajlıdır. Sigortası olmayan kişiler düşük gelirli çalışanlar ya da küçük firmalarda çalışanlardır. Küçük firmaların

ortalama primleri, büyük firmaların ortalama primlerin %10 daha çoktur ve yüksek katkı ile daha az fayda sağlamaktadır.

3. Özel Sağlık Sigortası Performansı

Kitabın bu bölümünde dünyadaki reform tartışmalarında yinelenen sağlık politikası hedefleri üzerinde durulmaktadır. Özel sağlık sigortası, finansman ve ulaşımdaki eşitlik açısından, makroekonomik açıdan, tahsis, teknik ve yönetsel verimlilik açılarından incelenmektedir.

Finansman ve Ulaşımında Eşitlik

Wagstaff ve arkadaşları (1999) ve van Doorslaer ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan çalışmalar, ABD’de ve İsviçre’de, özel sağlık sigortalarının sağlık finansmanının gerilemesinde rolü olduğunu ifade etmektedir. Bununla karşın, Almanya’da ve Hollanda’da ise çoğunlukla varlıklı kişiler özel sağlık sigortası satın almakta bu da finansman sisteminin gelişmesine katkı sağlamaktadır. Aynı etki ama biraz daha azı İngiltere ve Portekiz’de de bulunmaktadır. Özel sağlık sigortasının eşitliğe etkileri konusunda sonuca varabilmek için maliyet ve faydanın dağılımını inceleyen bir değerlendirme yapmak gerekmektedir. Özel sağlık sigortası ödeme gücüne ve istekliliğe göre hizmete erişim sağlamakta ve hasta, fakir ve yaşlıları göz ardı etmektedir. Kişiler arasında yapılan bu ayırım da sağlık hizmetine erişimdeki eşitsizliği artırmaktadır. Sağlık hizmetlerine eşit erişim, sigortacıların risk seçmeleri ile birlikte zayıflamaktadır. Kamu sistemine yaşlıları, fakirleri bıraktığı için özel sağlık sigortasının dayanışmayı da tehdit ettiği düşünülmektedir.

Makroekonomik Verimlilik

Makroekonomik verimlilik ile sağlık harcamalarının diğer kamu ve özel harcamalar arasında nasıl bir yer tuttuğu ve uluslararası rekabeti ve maliyetleri nasıl etkilediği anlatılmaktadır. Sağlık bakımı için yapılan kamu harcamalarının, özel harcamaları azalttığı düşünölmektedir ama bunun temel bir kanıtı bulunmamaktadır. ABD ekonomistlerine göre özel sağlık sigorta maliyetleri, ortalama maliyetleri arttırmamakta ama harcama kompozisyonunu değiştirmektedir. Sağlık bakım harcamalarında makroekonomik maliyet kontrolü isteği, dünya çapında Maliye Bakanlığı tarafından yapılmaktadır. Harcama kontrolü, pazar rekabeti ve sınırlandırılmış nakit bütçe ile sağlanabilmektedir.

Özel sağlık sigortası, çeşitli gelir kaynaklarından biridir. Tam bir kanıtı olmasa da amaç maliyetleri düşörmek ise sadece vergi ile finansman yapılan sistemin, iki ayrı kaynak ile finansman yapılan sistemden makroekonomik maliyet kontrolü açısından daha üstün olduğu ifade edilmektedir.

Tahsis Verimliliği

İdeal dünyada, pazarın kaynakları optimal olarak paylaşması beklenmektedir. Uygulamada, özel sigorta sektöründe (kamu sektöründe olduğu gibi) kaynak paylaşım süreci açık değildir. Ne kamuda, ne de özelde tüm sağlık bakım talebinin finansmanı sadece kullanıcılar tarafından yapılmamaktadır. Bu nedenle çok önemli bir politika sorunu, bakıma erişimin nasıl sağlanacağı ya da sağlık kaynaklarını verimli bir şekilde tahsis etmek için önceliklerin nasıl

belirleneceğidir. Hem kamuda, hem de özelde sağlık bakımına ulaşımın hangi kriter tarafından belirlendiği önemlidir. Özel sektörde isteklilik ve ödeme yeterliliği dışında başka kriter bulunmamaktadır.

Eğer kullanıcıların tercihleri fayda paketinin içeriğini belirleyecek olsa idi, sistem klinik olarak etkili ama verimsiz olacaktır. Eğer özel sektör geri ödemelerini artıracak olsa, verimsiz ama klinik olarak etkili hizmet sunulacaktır.

Birçok ülkede özel sigortalar, kamu sistemi ile ya rekabet etmektedir ya da tamamlayıcı niteliktedir. Özel sağlık sigortaları, özel oda gibi maliyetleri karşılarken, kamu sağlık sigortaları karşılamamaktadır.

Teknik Verimlilik

Teknik verimliliğin sağlanması, tümü doğrudan fon kaynağı ile ilgili olmayan birkaç faktöre bağlıdır. Ancak, satın alımların yapısı, teknik verimliliğin sağlanması üzerinde önemli etkiye sahiptir. Ağırlıklı olarak özel sigorta şirketlerine yapılan gönüllü katkılarla finanse edilen bir sistem, parçalanmış bir finansman havuzuna ve satın alma işlevine sahiptir. Kamu tarafından finanse edilen sistemlerin çoğunda mevcut olan tekeli satın alma, birden fazla özel sigorta şirketi olması durumunda mevcut değildir. Bu durumda sigortacılar, fiyat belirleyen konumunda olmak yerine, belirlenen fiyatı uygulayan pozisyonunda olma eğilimindedir. Sigortacı ve hizmet sunucu arasında sözleşmelerin yapılması 1990'lı yılların başlarından itibaren özel sigorta şirketlerini güçlendirmiş, daha iyi sözleşmelerin yapılmasını sağlamıştır. Bununla birlikte, bireysel sigorta şirketleri

oldukça aktif alıcılar olarak işlev görseler bile, özel sigorta piyasasının niteliği, bu satın alma gücünü sağlık sistemi düzeyinde parçalara ayırmaktadır. Anti-tröst yasağı, sigortacıların satın alma potansiyelini geliştirmenin önündeki bir engeldir. Prensip olarak, fiyat, miktar ve kalite bakımından hizmet sunumunu etkilemek için güçlerini ayrı ayrı veya işbirliği içinde kullanan sigortacılar tekelci pazar güçlerine dayalı olarak değerlendirilebilmektedir.

Yönetmelik Verimlilik

Tekelci sistemlere göre rekabet halinde olan sigorta şirketlerinin olduğu sistemlerde işlem maliyeti; pazarlama, promosyon gibi maliyetlerin paylaşılmasından dolayı yüksektir. Buna ek olarak, özel sigorta şirketi eğer kar amaçlı kurulmuş ise hissedarlara kazanç payı dağıtmak için daha çok gelir elde etmesi gerekmektedir.

4. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda 1990 yılından itibaren özel sektörün hız kazandığı görülmektedir. Çalışanları için özel sağlık sigortası satın alan işletmelerin artışı, özel sağlık sigorta sektörünün büyümesinde etkili olmuştur. Özel sağlık sigortalı sayısında son on yılda yaklaşık üç katlık bir artış dikkat çekmektedir. Türkiye’de özel sağlık sigortasının işleyişini Türk Ticaret Kanunu, Borçlar Kanunu, Sigortacılık Kanunu Özel Sağlık Sigortası Yönetmeliği belirlemektedir

Türkiye’de serbest tarife sistemi geçerlidir ve sigortanın başlama tarihindeki tarife uygulanmakta olup teminatlar ve fiyatlar

serbest piyasa koşullarında belirlenmektedir. Uygulamaların genel çerçevesi olan hastalık sigortası genel şartları devlet tarafından çizilmiştir. Özel sigorta şirketleri bu şartlara eklemeler yaparak istedikleri sağlık hizmeti teminatını müşterilerine sunabilmektedirler.

Özel sağlık sigortası sözleşmeleri, sigorta şirketlerinin üretim sınıflamasına ve sigorta ettirenin tüzel veya gerçek kişi olma durumuna göre bireysel ve kurumsal olarak iki grupta ele alınmaktadır:

Bireysel (Ferdî) Sağlık Sigortaları: Sigorta satın alma kararını bireyin kendisinin verdiği, sigorta primini satın alan bireyin kendisinin ödediği, tek başına veya aile bireylerinin de katılabildiği küçük ölçekli sigorta poliçeleridir. Bireysel sigortalarda standart sigorta ürünleri ve bunların prim tarifeleri uygulanmaktadır. Bireysel sigortalarda verilen teminatların kapsamı, istisnaları ve uygulama esasları sigorta şirketi tarafından belirlenmekte ve bireysel tüketicilerin tercihine sunulmaktadır.

Kurumsal (Grup) Sağlık Sigortaları: İşverenin çalışanlarını veya çalışanları ile birlikte onların aile bireylerini özel sigortaladığı, sigorta priminin kurum tarafından ödendiği, işyerindeki çalışanların kendiliğinden dâhil olduğu sigorta sözleşmeleridir. Bu sözleşmelerde işveren, sigorta ettiren konumundadır. Teminatların çeşidi ve kapsamı, işveren tarafından talep edilmektedir. Sigortaya giriş, bireysel poliçelere göre daha kolaydır. Kurumdaki sigortalanan kişi sayısının çokluğu ve sigorta priminin büyüklüğü, sigorta şirketleri arasındaki rekabeti arttıran bir unsur olarak görülmektedir. Türkiye’de sigortalı sayısı ve prim üretimi büyüklüğü açısından bakıldığında kurumsal

sigortaların bireysel sigortalara göre daha yaygın olduğu gör÷lmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde de çoğunluk kurumsal sigorta kapsamındadır. Fransa'da da sigortalıların üçte ikisi işverence yüklenen kurumsal sigorta ile teminat altındadır.

Türkiye'de sigorta şirketlerinin sigorta ürünleri benzer özellikler taşımaktadır. Genel olarak teminatlar kapsamlarına göre üç ana gruba ayrılmaktadır. Bunlar, yatarak tedavi, ayakta tedavi ve bu teminatlara ilave olarak alınabilen ek teminatlar grubudur. Özel sağlık sigortaları ayakta tedavi giderleri olarak muayene, ilaç, fizik tedavi gibi giderleri kapsam altına alırken, yatarak tedavi giderleri olarak ameliyat, doğum, tanı, ilaç gibi giderler kapsamaktadır. Ambulans hizmetleri, evde bakım, diyaliz gibi hizmetler poliçenin dikkat çekici hale getirilmesi için kullanılan ek teminatlar arasında değerlendirilmektedir. Doğum teminatından faydalanmak için genellikle bir yıl bekleme süresi bulunmaktadır.

Özel sağlık sigorta şirketleri sağlık hizmeti veren kuruluşlarla anlaşma yapmakta ve sigortalı bireylerin, sağlık hizmetini anlaşmalı kurumlardan almasını istemektedir. Sigorta şirketi ile sağlık kurumu arasında yapılan anlaşmanın maliyetleri düşürme yönünde etkisi bulunmaktadır.

Özel sağlık sigorta şirketleri, sigorta sözleşmesi yapmak isteyen kişi için çoğunlukla risk analizi yapmaktadır. Risk analiz sınırları, sigorta şirketleri tarafından belirlenmektedir. Ancak kişinin yaş, hastalık, meslek gibi özellikleri risk analizini etkilemektedir. Risk analizi değerlendirmelerine göre sigorta şirketleri teminat limitlerini

saptamaktadır. Özel sağlık sigortası sunucularının birbirlerinden farklı teminat ve farklı prim seçenekleri sunmasının sebebi budur.

Özel sağlık sigortasında, sigortalı kendi karşılaşıacağı riskleri güvence altına almak için prim ödemekte, bakmakla yükümlü olduğu aile fertlerinin karşılaşıacağı riskler poliçeye dahil edilmemektedir. Özel sağlık sigortasının sağladığı imkanlardan faydalanmak isteyen aile bireyleri içinde ayrıca prim ödenmesi gerekmektedir.

Türkiye’de özel sağlık sigortasından yararlanmak isteyenler için en önemli sorunun; çifte prim ödeme durumu olduğu düşünülmektedir. Şöyle ki, uygulanmakta olan sosyal sigorta sisteminde geliri olan herkes genel sağlık sigorta sistemine zorunlu olarak girmekte ve prim ödemektedir. Özel sağlık sigortası aracılığı ile hizmet almayı seçtiği zaman, sosyal sigorta sisteminden ayrılma söz konusu olmadığından sisteme prim ödemeye devam etmektedir. Böyle bir durumda sigortalı, sosyal sağlık sigortasından faydalanmamakta, ancak prim ödemeye devam etmektedir. Çifte prim ödeme durumu, özel sağlık sigortası satın almanın maliyetini yükseltmekte ve dolayısı ile kişilerin özel sağlık sigortası sistemine katılması önünde engel oluşturmaktadır.

Yapılan bazı çalışmalar, genel sağlık sigortasının yürürlükte olduğu ülkelerde zamanla kapsam altına alınan risk alanlarının daraltılarak ilave teminat satın alma ihtiyacının doğduğunu belirtmektedir. Genel sağlık sigortası Türkiye’de yakın tarihte uygulanmaya başladığı için zaman içerisinde kapsamında olabilecek daralmaların kişileri özel sağlık sigortasına yöneltebileceği düşünülmektedir.

Türkiye’de sağlık sigortacılığının gelişimine bakıldığında 20-30 yıllık bir geçmişe dayandığı görülmektedir. Özel sağlık sigortacılığı sektöründe son yıllarda görülen önemli gelişmelerden biri tamamlayıcı sağlık sigortasına olan talebin artış göstermesidir. 2016 yılında 404.975 tamamlayıcı sağlık sigortalısı varken, 2017 yılı sonunda 676.124 kişinin tamamlayıcı sağlık sigortası olduğu raporlarda görülmektedir. Prim üretimi 2017 yılı için tamamlayıcı sağlık branşında 206.109.545 TL’den 493.315.618 TL’ye yükselmiştir.

Tablo 1’de 2013-2018 yılları için sağlık branşında alınan prim, ödenen hasar, teknik kar ve hasar-prim oranları gösterilmektedir. Tabloda da görüldüğü gibi 2018 yılında net kazanılan prim tutarı %22,7 artarak 5.052.439.229 TL’ye ulaşmıştır. Teknik kar ise %97,4 artarak 700.835.513 TL’ye ulaşmıştır. 2018 yılındaki net hasar prim oranı %78,6 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 1. Sağlık Branşında Alınan Prim, Ödenen Hasar, Kar, ve Hasar-Prim Oranı

Dönem	Net Yazılan Prim (TL)	Artış (%)	Net Kazanılmış Prim (TL)	Artış (%)	Net Gerçekleşen Hasar (TL)	Artış (%)	Teknik Kâr (TL)	Artış (%)	Net Hasar Prim Oranı (%)
2013	2.285.974.614	9,6	2.188.823.308	10,7	1.681.530.198	15,9	88.112.130	-48,3	76,8
2014	2.705.473.695	18,4	2.490.766.952	13,8	1.968.156.456	17,0	94.873.134	7,7	79,0
2015	3.166.401.520	17,0	2.975.574.466	19,5	2.324.820.498	18,1	147.560.164	55,5	78,1
2016	3.782.793.107	19,5	3.485.743.300	17,1	2.759.278.758	18,7	81.336.994	-44,9	79,2
2017	4.474.232.798	18,3	4.116.690.369	18,1	3.234.350.731	17,2	355.105.916	336,6	78,6
2018	5.597.955.608	25,1	5.052.439.229	22,7	3.968.742.940	22,7	700.835.513	97,4	78,6

5. Özel Sağlık Sigortası Ülke Örnekleri

Özel sağlık sigortasını, seçilen ülkeler bazında incelemenin, ülkelerin tecrübelerinden yararlanmanın konunun anlaşılması için faydalı olacağı düşünülmektedir. Özel sigortanın rolü, ülkenin zenginliğine ve kurumsal gelişimine bağlı olarak değişmektedir. Ülkelerde özel sağlık sigortasının yapısı, sosyal sigortanın kapsamının genişliğinden, kapsamın derinliğinden, kapsanan nüfus oranından ve tüketici memnuniyetinden etkilenmektedir.

OECD ülkeleri geneli için değerlendirme yapılacak olursa, toplam sağlık finansmanının yalnızca küçük bir kısmı özel sağlık sigortasına dayansa da, bazı OECD ülkelerinde sağlık finansmanında özel sağlık sigortası önemli bir rol oynamaktadır. OECD ülkelerinin üçte birinde nüfusun en az %30 özel sağlık sigortasına sahiptir. Özel sağlık sigortaları, OECD ülkelerinin bazılarında belirli nüfus grupları için temel finansmandır, bazı ülkelerde ise kamu sigorta sistemini destekleyici bir role sahiptir. Özel sağlık sigortasının OECD ülkelerindeki durumundan aşağıda kısaca bahsedilecektir.

ABD ve İsviçre’de, özel sağlık sigortası birinci basamak sağlık hizmetlerinde bile kullanılmakta yani finansmanda yüksek oranda özel sigortalar kullanılmaktadır. ABD’de, genel sağlık harcamalarının %40’ı özel sigorta kapsamındadır ve nüfusun %74’ünden fazlası, kamu programlarının yerine ya da tamamlayıcısı olarak özel bir sigortaya kaydolmaktadır. Amerika’da özel sağlık sigortası Medicare (yaşlılar için), Medicaid (fakirler için) ve Veterans (askeriye mensupları için) gibi devlet programları tarafından kapsanmayan kişiler için tek güvence sistemidir. ABD’de sigorta grup odaklı olarak yapılmakta ve

uygun sigortanın seçimini işveren yapmaktadır. Yani, çalışan sigortası ile ilgili çok az ya da hiç tercih hakkına sahip değildir. İsviçre’de ise sağlık sigortası satın alma, 1996 yılına kadar gönüllü ve bireysel bir harekettir. Primler, bireysel riske oranlı belirlenmektedir. Bunun yanı sıra, İsviçre zengin bir ülke olduğu için primler göreceli olarak düşüktür. Nüfusun %98’i sigortalıdır. Ancak maliyetlerin kontrol edilmesine ve dayanışmanın desteklenmesine duyulan ihtiyaç 1996 yılında politikada değişiklik yapılmasına neden olmuştur. 1996’da bütün İsviçre halkı için zorunlu sağlık sigortası sistemi kurulmuştur. Sigorta şirketlerinin yaptıkları zorunlu sağlık sigortasından kar elde etmeleri engellenmiş ve primler, toplum odaklı hesaplanmıştır.

Almanya’da ve Hollanda’da zenginler, bağımsız çalışanlar ve çoğu memur, sosyal sağlık sigortasının dışında tutulmaktadır. Özel sağlık sigortası yaptırap yaptırmama kişilerin kendi inisiyatiflerine bırakılmıştır. Almanya’da, 7 milyon kişi tamamen özel sağlık sigortasına sahipken, nüfusun %20’si gönüllü olarak sigorta yaptırmaktadır.

OECD ülkelerinin çoğunda, özel sağlık sigortası, kamu sağlık sigortasını tamamlayıcı özellik göstermekte, kamu finansmanı tarafından kapsama alınmayan hizmetleri kapsam altına almakta ve katkı paylarının ödenmesi konusunda destek sağlamaktadır. Bu nedenle Fransa, Kanada, Japonya, Avusturya ve Danimarka’da nüfusun çoğunluğu tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmaktadır.

İrlanda ve Avustralya’da, kamu düzeninden vazgeçmek mümkündür. Her iki ülkede de, iyi düzenlenmiş özel sağlık sigortasına nüfusun büyük bir kısmı erişebilmektedir. Nüfuslarının %40’ı özel

hastanelerden hizmet almayı sağlayan özel sağlık sigortasına sahiptir. Avustralya'da 1970'lerde, genel kamu sağlık sigortasından önce, nüfusun %80'inin özel sağlık sigortası bulunmaktadır. Vergi ile finansmana dayalı genel sağlık sigortası 1975'de başlamıştır. 1984'de Medicare kurulmasından itibaren özel sigortaya sahip olanların oranı %50'den, %30'a düşmüştür. Medicare kapsamında herkes kamu hastanelerindeki sağlık bakımına ücretsiz ulaşabildiği için, özel sağlık sigortasına olan talep azalmaktadır. Primlerdeki artışlar ve cepten yapılan ödemeler de özel sağlık sigortasına ödeme yapmayı engelleyici faktörleri oluşturmuştur.

Çok büyük bir kamu finansmanına sahip olan ve İngiltere, İsveç, Norveç, Finlandiya ve Portekiz gibi ülkelerde, özel sağlık sigortası, nüfusun yaklaşık %10'undan daha azını kapsamakta ve temel olarak özel hizmet sağlayıcılara erişim temin eden küçük bir piyasayı temsil etmektedir.

Sağlıkta dönüşüm halinde olan ülkelerle ilgili olarak, Polonya'da sağlık hizmetleri son zamanlarda özelleştirilmesine rağmen, sağlık sigortası piyasaları sınırlı kalmaktadır. Son olarak, Meksika, Türkiye, Kore ve hatta Yunanistan gibi orta gelirli ülkelerde, özel sağlık sigortası nüfusun yaklaşık %5'ini kapsamaktadır.

Avrupa Birliği'ndeki her ülke özel sağlık sigortalarının kamu tarafından finanse edilen sağlık sigortası ile birlikte çalışmasına izin vermektedir. Ancak özel sağlık sigortasının sağlık sistemi içinde oynadığı rol, pazarın büyüklüğü ve işleyişi açısından ülkeler arasında muazzam bir çeşitlilik göstermektedir. Avrupa Birliği ülkelerinde

hiçbir zaman ana teminat kaynağı olmayan özel sağlık sigortasını, kamu sağlık sigortasından bağımsız olarak düşünmek zordur.

OECD dışındaki bazı ülkelerde özel sağlık sigortasının durumu şöyle özetlenebilmektedir. Orta Doğu ve Kuzey Afrika'daki ülkelerin çoğunda özel sağlık sigortası nispeten yeni bir fenomendir. Sadece Fas, Lübnan ve Suudi Arabistan özel sağlık sigorta sektörüne sahiptir. Bölgedeki sigorta piyasaları genellikle kurumsal hesap verebilirlikten ve politik düzenlemelerden yoksundur.

Özel sağlık sigortası, diğer sigorta türleri gibi, Sahra Altı Afrika'da da yaygın değildir. Özel sigortanın sağlık sisteminin temel dayanaklarından biri olduğu Güney Afrika dışında, özel sağlık sigortası bu bölgede sınırlı kapsama ve finansal koruma sunmakta olan toplum temelli küçük programlardır.

Bölgenin geniş nüfusu ve ekonomik potansiyeli göz önüne alındığında, özel sağlık sigortası, Doğu Asya ve Pasifik'te dar bir pazardır. Ekonomik büyüme, artan sağlık hizmetleri maliyetleri ve Şiddetli SARS gibi son salgınlar özel sağlık sigortasına talebi artırmaktadır.

Birçok ülke, özel sigortasının piyasada yayınlaşmasının, sağlık sisteminin her problemini (sağlık hizmetleri maliyetleri istenilen düzeyde düşmemekte, bakım kalitesi istenilen düzeyde artmamakta ve kapsanan nüfusun yüzdesi artmamakta) çözmediğini fark etmiştir. Ayrıca, birçok ülke sağlık sektöründe, finansal korumaya eşit erişim konusunda bozulmalar yaşamıştır. Bu sorunlar özel sağlık sigortasının mevcut yapılara etkili bir şekilde entegre edilmemesinden ve yasal düzenleme eksikliğinden ortaya çıkmaktadır. Özel sağlık sigortasının

olduğu bütün ülkelerde tüketiciler ve hizmet sunanlar, fayda paketinin açık olarak belirlenmesi gerektiği ve hasta güvenliğinin arttırılması için hizmet sunucularının daha iyi düzenlenmesi gerektiğini savunmaktadır.

5. SONUÇ

Finansman mekanizmasının seçimi sosyal değerleri ve politik amaçları yansıtmaktadır. Bu seçim karar vericilerin sağlık bakımında kamu ve özel sektörün eksikliklerinin üstesinden gelme yöntemine göre değişmektedir.

Özel sağlık sigortası, kamu sistemlerini çeşitli şekillerde etkileyen ve bunlarla etkileşime giren karmaşık bir finansman mekanizmasıdır. Ülke sağlık sistemi içinde özel sağlık sigortasının mevcut ve potansiyel rolü değerlendirirken, politika yapıcılarının kamu ve özel kapsama arasında ortaya çıkan karmaşık etkileşimleri ve farklı kamu-özel karışımlarının sağlık sistemine etkilerini dikkate almaları gerekmektedir.

Özel sağlık sigorta sistemini eleştirenler, özel sigortanın kıt kaynakları yoksul kesimin dışındakilere yönlendireceğini, sağlık maliyetlerini artırdığını ve ters seçime imkan sağladığını ifade etmektedirler. Özel sağlık sigortasına yöneltilen eleştirilerin başında eşitlik hususu gelmektedir. Özel sağlık sigortaları genellikle genç ve sağlıklı olan iyi riskleri kapsam altına almak istemektedir. Bireysel hatta grup odaklı primler, yaşlılar ve kronik hastalığı olanlar gibi risk grubundakiler için çok yüksek olduğundan, özel sağlık sigortası finansal eşitliği ve sağlık bakımına ulaşımındaki eşitliği zayıflatmaktadır. Bu görüşlere göre, özel sağlık sigortası, sağlığı korumanın sosyal yönünü büyük ölçüde ihmal etmektedir. Buna karşılık, özel sağlık sigortası savunucuları, özel sigortanın, finansal boşluğu dolduran bir köprü olduğunu, kişilerin kamu hizmetini

kullandıklarında karşılaştıkları bekleme listelerini, düşük kaliteli bakımı ve illegal ödemeleri ortadan kaldırdığını ifade etmektedir.

Özel sağlık sigortası pazarında yeterli yasal düzenlemelerin olmaması piyasa başarısızlıklarına neden olabilmektedir. Piyasa başarısızlıkları, yüksek riskli ve düşük gelirli kişilerin hizmetlere ulaşmasını engelleyebilmekte, sağlık sigortası firmalarının düşük riskli kişiler üzerinden yüksek karlar elde etmesine neden olmaktadır.

Polonya, Macaristan, Türkiye gibi sağlıkta dönüşüm sürecinde olan ülkelerde daha iyi hizmet ve ürünlere olan talep artmaktadır, ancak özel sağlık sigortasının kapsamında olan nüfus halen azdır. Özel sağlık sigorta sektörü Türkiye’de gelişme sürecindedir. Özel sağlık sigorta sektörünün gelişmesinin ülke sağlık turizmine de önemli ölçüde katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Büyüyen sigorta şirketleri çevre ülkelerde sigorta şirketi kuracak, Türkiye’deki hastanelere hasta transferi sağlayacak ve böylelikle sağlık turizmine katkı sağlayacaktır.

Günümüzde özel sağlık sigortası, düşük ve orta gelirli ülkelerin sağlık bakım sistemlerinde giderek önem kazanmaktadır. Yeni tıbbi teknolojiler ve tedaviler, yeni beklentiler yaratmaktadır. Bu bakımdan, yüksek kaliteli hizmet satın alma arzusunun ve kişiye özel tedavilerin yaygınlaşmasının özel sağlık sigortasına olan talebi artıracığı düşünülmektedir. Ancak sosyal refahın sağlanması için özel sağlık sigortalarının temel finansman mekanizması olarak değil, sosyal sağlık sigortası ile birlikte uygulanması gerektiği unutulmamalıdır.

KAYNAKÇA

- Arık, Ö. (2010). “Avrupa Birliği’ne Giriş Sürecinde Türkiye’de Özel Sağlık Sigortalarının Durumu ve Avrupa Birliği’ndeki Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları ile Karşılaştırma”, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Adana.
- Colombo, F., Tapay N. (2004). Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems, OECD Health Working Papers No.15.
- Çelikay, F., Gümüş. E. (2013). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı”, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11(1): 177-216.
- Dalgın, N. (2005). Sosyal Güvenliğe Katkısı Bağlamında Karşılıklı Sigortalar, Sigorta Araştırmaları Dergisi, 1: 45-59.
- Dalkılıç, N. (2012). “Türkiye’de Hayat Dışı Sigortacılık Sektöründe Etkinlik Analizi”, Muhasebe ve Finansman Dergisi, 55: 71-90.
- Drechsler, D., Jütting, J. (2007). “The Role of Private Health Insurance in Developing Countries”, Journal of Health Politics, Policy and Law, 32(3): 497-534.
- Ekener, H. (1995). Sigortacılıkta Tıp, Generali Sigorta A.Ş. Yayınları, Yayın No:2 İstanbul.
- Foubister, T., Thomson, S., Mossialos, E., McGuire, A. (2006). Private Medical Insurance in the United Kingdom. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO: Denmark.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., Oğur, R. (2010). “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”, Dirim Tıp Gazetesi, 85(2): 86-99.

- Kender, R. (1985). Türkiye’de Hususi Sigorta Hukuku: Sigorta Müessesesi – Sigorta Mukavelesi, Filiz Kitabevi, 3. Baskı, İstanbul.
- Maynard A., Dixon A. (2002). “Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience”, (Ed. Mossialos, E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J.) Funding Health Care: Options for Europe, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Pres, USA.
- Mossialos, E., Thomson, S., (2004). Voluntary Health Insurance: In the European Union, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO: Belgium.
- OECD. (2015). Summary on Private Health Insurance in OECD Countries, OECD Publishing, Paris, 2015.
- Orhaner, E. (2018). Türkiye’de Sağlık Sigortası, Siyasal Yayınevi, 2. Baskı, Ankara.
- Önder, ME., Ersoy, E., Karacaoğlu, K. (2016). “Sağlıkta Yeni Bir Finansman Yöntemi olan Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Hakkında Hastaların Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma”, Uluslararası İş, Ekonomi ve Yönetim Perspektifleri Dergisi, 1(1): 23-36.
- Özer, Ö., Gözlü, M., Karsavuran, S., Gözlü, K. (2014). “Türkiye Sağlık Finansmanında Yeni Bir Alternatif: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, Akademik Bakış Dergisi, 42.
- Resmi Gazete. (2006) 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Sayı: 26200.

- Sekhri, N., Savedoff, W. (2005). "Private Health Insurance: Implications for Developing Countries". *Bulletin of the World Health Organization*, 83(2): 127-134.
- Seyfullahoğulları, A., Başoğlu, B. (2015). "Türkiye'de Özel Sağlık Sigortaları Kapsamında Prim Üretimi ve Gerçekleşen Hasar Analizi", *İstanbul Journal of Social Sciences*, 22: 15-27.
- van Doorslaer, E., Wagstaff, A., van der Burg, H., Christiansen, T., Citoni, G., Di Biase, R., ... & John, J. (1999). "The Redistributive Effect of Health Care Finance in Twelve OECD Countries". *Journal of Health Economics*, 18(3): 291-313.
- Tapan, B., Alıcı, S., Yıldırım, N., Gayef, A. (2015). "Özel Sağlık Sigorta Şirketlerinin Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği için Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Gerekliliği Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi", *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi*, 1(2): 55-86.
- Tunc, O., Kıyak, M. (2015). "Türkiye ve Avrupa'da Özel Sağlık Sigortaları", *Journal of Economics, Finance and Accounting*, 2(3):409-425.
- Türkiye Sigorta Birliği. (2017). 2017 Sektör Raporu, <https://www.tsb.org.tr/Document/Yayinlar/TSB%202017%20SEKT/60/>, Erişim Tarihi: 09.08.2019.
- Türkiye Sigorta Birliği. (2018). Sağlık Analizleri. <https://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909>, Erişim Tarihi: 18.07.2019.

- Wagstaff, A., van Doorslaer, E., van der Burg, H., Calonge, S., Christiansen, T., Citoni, G., ... & Johnson, P. (1999). Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons. *Journal Of Health Economics*, 18(3): 263-290.
- Yücel, E., Önal, Y.B. (2015). “Özel Hastanelerde Finansal Sıkıntı ve Yeniden Yapılandırma Adana İlinde Bir Uygulama”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(2): 88-123.

BÖLÜM 17:

ÇOCUK HEMŞİRELİĞİNDE HATALI UYGULAMALAR

Öğr. Gör. Didem POLAT KÜLCÜ¹

¹ Toros Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü, didem.polat@toros.edu.tr

GİRİŞ

Hata kelimesinin, Türkçe karşılığı yanlış, yanlışlık ya da yanlış anlamalarına gelmektedir. Ayrıca istemeyerek ve bilmeyerek kasıt olmadan yapılan kusur olarak da tanımlanmaktadır. Malpraktis hatalı uygulama anlamında kullanılan Latince kökenli bir kelime olup “Male” ve “Praxis” kelimelerinden türemiştir. Medikal malpraktis ise insan sağlığı için kullanılan bir terimdir ve Türkçe karşılığı tıbbi uygulama hataları şeklinde tanımlanmaktadır (Yıldırım, 2012). Sağlık bakımı oldukça karmaşıktır ve bakım sırasında tıbbi hatalar meydana gelebilmektedir. Bu hatalarla birlikte tedavide gecikme, yaralanma, sakatlık veya ölüm gibi durumlar yaşanabilmektedir (Özata 2010). Tıbbi hata ve malpraktis kavramları birbirinin yerine kullanılmakta ise de malpraktis tıbbi hatanın bir alt kümesidir. Tıbbi hata kavramı daha kapsamlı bir kavram olmakla beraber sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirilen her hata tıbbi hatadır fakat bir tıbbi hatanın malpraktis olabilmesi için hastanın sağlığında ciddi bir durumun (ölüm, yaralanma vb.) ortaya çıkması gerekir (Çakmak, Konca ve Teleş, 2018). Hasta güvenliği için risk oluşturan tıbbi hataların en aza indirilmesi hataya sebep olan durumların bilinmesi ile mümkün olabilmektedir (Farquhar, Collins-Sharp, Clancy, 2007; Tighe, Woloshynowych, Brown, Wears, Vincent, 2006; Aytekin, Çelebioğlu, 2014).

Tıbbi Hata Kavramı

Sağlık alanında, sağlık personelinin kasıt, kusur veya ihmal sonucunda standart uygulamayı yapmaması; bilgi veya beceri yetersizliği ile yanlış ya da eksik teşhiste bulunması; yanlış tedavi

uygulanması veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan, hastada zarar meydana getiren eylemleri tıbbi hata (hatalı uygulama malpraktis) olarak belirtilmiştir. Bir başka tanımda ise bilgi ve deneyim eksikliği, ilgisizlik veya kullanılan teknolojiye bağlı olarak ortaya çıkan sorunlar nedeni ile hastanın daha uzun süre hastanede kalması, sağlığının bozulması, hastanın zarar görmesi veya ölümüyle sonuçlanan uygulamalar hatalı uygulama-tıbbi hata olarak değerlendirilmektedir (Çelebioğlu, 2014).

Tıbbi hataların tarihçesine bakıldığında ilk olarak Hammurabi Kanunlarında kayıtlara girdiği görülmektedir. Hammurabi 1754 yılında kanununda “ameliyatta hastanın ölümüne neden olan ve hastanın gözünü kör eden doktorun parmakları kesilsin” sözüyle tıbbi hata sonucunda ağır cezaların uygulanacağını belirtmiştir (Sonny, 2009). Kayıtlara geçen ilk tıbbi hata olgusu İngiltere’de 1374 yılında görülmüştür. Davada eli yaralanmış bir kadın cerrah tarafından ameliyat edilen elinde deformitenin düzelmemesi gerekçesi ile mahkemeye başvurmuş ancak başvuru hatası nedeniyle dava reddedilmiştir. Daha sonra 1794 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde ilk tıbbi hata davası rapor edilmiştir. Ameliyat sırasında karısını kaybeden adam, ameliyatı yapan cerrahın ameliyatı ustaca yapmaması ve verdiği sözü tutmaması gerekçesiyle karısının öldüğünü iddia ederek dava açmış ve davayı kazanmıştır (Mohr, 2000).

1794’ten 1961 yılına kadar kayıtlı sadece 27 Tıbbi uygulama hatası davası bulunmaktadır. Bu süre zarfında hakimler doktorları yaptıkları işlerden daha fazla sorumlu tutmaya başlamışlardır. Tıbbi uygulama hatası içeriği de değişmeye başlamıştır. Tüm bu değişimlerin

sonucu olarak, tıbbi uygulama hatası sayısı artmıştır. Bu artış öylesine etkili olmuştur ki bazı doktorlar bu korku nedeni ile ameliyatlarına ara vermişlerdir (Özkaya, 2013).

Dünya’da ve Türkiye’de Tıbbi Hata

Her yıl milyonlarca insan tıbbi hatalardan olumsuz etkilenebilmektedir. Almanya’da her yıl 100.000 tıbbi hatanın meydana geldiği ve bu hatalar sonucunda 25.000 kişinin öldüğü belirtilmiştir (Madegowda, Hill, Anderson, 2007). Uluslararası Tıp Enstitüsünün yayımladığı bir rapora bakıldığında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde 1999 yılında her yıl 44.000-98.000 kişinin tıbbi hatalara bağlı olarak yaşamını kaybettiği görülmektedirken son yıllarda her yıl 251.000 kişinin tıbbi hatadan etkilendiği görülmektedir. 2014 yılında ABD ‘de tıbbi hataların tüm ölümlerin %9,5’ini oluşturduğu, kalp hastalıkları ve kanserlerden sonra önde gelen üçüncü ölüm nedeni olduğu görülmektedir (Anderson, Abrahamson, 2017).

Vries ve ark.’nın (2008) yaptıkları literatür incelemesinde; hastanede tıbbi hata nedeni ile 10 hastadan birinde istenmeyen olay meydana gelmekte, olayların %7,4’ünde ölüm meydana gelmektedir. Hataların %39,6’sının operasyona bağlı, %15,1’inin ilaç hataları olduğu bildirilmiştir. Bu durumların %61’inin insan faktörü ile önlenilebileceği belirtilmektedir (Vries, Ramrattan, Smorenburg, 2008).

Türkiye’de ise 2002-2006 yılları arasında çocuk kliniklerinde yapılan tıbbi uygulama hatalarına bakılmış, 1458 vaka saptanmış ve bu vakaların %57,9’u ölümle sonuçlanmıştır (Özkaya, 2013). Yüksek Sağlık Şurası’nda (YSS) 2002-2008 yılları arasında değerlendirilen 219

olgu dosyasında tıbbi uygulama hatası iddiasının % 21'inin hemşirelerden kaynaklandığı belirtilmektedir (Elbüken, 2010).

Türkiye ulusal güvenlik raporlama sistemi üzerinden 2016-2017 yılları arasında tıbbi hataların değerlendirilmesini içeren bir çalışmaya göre, bildirim en çok yapılmış hata türünün laboratuvar hataları olduğu saptanmıştır. Bunu sırasıyla cerrahi hatalar, ilaç hataları ve hasta güvenliği hataları izlemektedir. Cerrahi hataları en çok hekimlerin (cerrahi branşlar), laboratuvar hataları, ilaç hataları ve hasta güvenliği hatalarını ise daha çok hemşirelerin yaptığı belirlenmiştir (Çakmak, Konca, Teleş, 2018).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), hasta güvenliğini sağlamada profesyonel hemşirelerin istihdam edilmesi, çalışma şartlarının iyileştirilmesi, enfeksiyonun önlenmesi, güvenli ilaç kullanımı, cihaz kalibrasyonu ve güvenliği, güvenli bakım ortamının oluşturulmasının gerekliliğini belirtmiştir. ICN çevre güvenliği açısından, riskli alanlarda kapsamlı önlemlerin alınması, hasta güvenliğine odaklanmış bilimsel bilginin ve altyapının oluşturulmasının gerekliliğini savunmaktadır (International Council of Nursing,2019).

Tıbbi Hataların Nedenleri

Tıbbi hataların genel olarak insan faktörlü, kurumsal faktörler ve teknik faktörlerden kaynaklandığı görülmektedir. İnsan faktörü; yorgunluk, yetersiz iletişim, dikkat eksikliği, ihmal, eğitim yetersizliği, bilgi ve beceri yetersizliği, yanlış karar, tecrübesizlik/meslekte acemilik, iş stresinin fazla olması, tükenmişlik, tedbirsizlik, duyarsızlık,

emir ve yönetmeliklere uymama, yeterli özeni göstermeme, mesleğin sevilmemesi vb. olarak belirtilmektedir. Kurumsal faktörler; olumsuz fiziksel koşullar, personelin yanlış istihdamı, personel yetersizliği, liderlik ve geribildirim konularında yetersizlik, politika ve prosedürlerin yetersiz olması, hizmet içi eğitimlerin yetersiz olması vb. olarak belirtilmektedir. Teknik faktörler ise; yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, kullanılan aletlerdeki bozukluklar vb. olarak ifade edilmektedir. (Saygın, Keklik, 2014; Karataş, Yakıncı, 2010; Işık, Akbolat, Çetin, Çimen, 2012; Anderson, Townsend, 2010).

Hemşirelerin tıbbi hata yapmasına neden olan faktörler ise daha çok; aşırı iş yükü, olumsuz çalışma koşulları, iş stresinin fazla olması, vardiya ya da nöbet sistemiyle çalışma, tükenmişlik, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, iletişim eksikliği, çalışma saatlerinin fazla olması, hizmet içi eğitimlerin yetersiz olması vb. olarak belirtilmektedir.

Çocuk Kliniklerinde Hatalı Uygulamalar

Çocuklar, fizyolojik ve gelişimsel özellikleri nedeniyle tıbbi hatalar açısından çok daha riskli bir gruptur. Diğer taraftan çocuklar, özellikle küçük çocuklar ve sözel iletişim kuramayanlar, sağlık gereksinimlerinin karşılanması için bir yetişkine bağımlıdır. Bu farklılıklar, ilaç hatalarının çocuklarda yetişkinlere göre üç kat daha fazla oranda olmasına neden olmaktadır. Pediatrik hasta güvenliğinin dinamik ve kompleks bir konu olmasında çocukların fizyolojik ve gelişimsel özellikleri de etkilidir. Pediatrik grupla çalışan hemşirelerin bu durumu da göz ardı etmemesi gerekir. Çocuk kliniklerinde tıbbi hata

oranlarının yetişkin kliniklerine oranla üç kat daha fazla olduğu görülmektedir. Yapılan bir araştırmada ilaç hata oranının yetişkin kliniklerinde binde 5,7 çocuk kliniklerinde binde 14,8 olduğu belirtilmiştir (Özkan, 2010; Stratton, Blegen, Pepper, 2004).

Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Hemşirelik uygulamalarında ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, düşmeler, yetersiz hasta izlemi, iletişim sorunları ve malzeme kullanımına bağlı hatalarla daha sık karşılaşılmaktadır.

İlaç Hataları

İlaç hataları tıbbi hatalar içinde önemli bir yer tutmaktadır. İngiltere’de 5437999 olay bildiriminin incelendiği çalışma sonucunda, ilaçla ilgili olayların %9,6 ile ikinci sırada olduğu belirtilmiştir (Cousins, Gerrett, Warner, 2012). İspanya’da yoğun bakım ünitelerinde yapılmış gözlemsel bir çalışmada da hastaların %58’inin bir ya da daha fazla oranda ilaç hatasına maruz kaldığı tespit edilmiştir (Merino vd., 2013). Yetişkinlere kıyasla çocuklarda ilaç hatalarının görülme sıklığı daha yüksektir. Çocukların gelişimsel özellikleri, yaşı, kilosu, vücut yüzeyi, organ gelişimlerinin farklı olması, yaşı küçük olan çocukların ilaçların yan etkilerini dillendirememeleri gibi pek çok nedenle çocuklarda ilaç hatalarının görülmesi artar. Bu nedenle çocuk hastalarda ilaç uygulamaları da yetişkine göre önemli farklılıklar gösterir. Yetişkin hastalarda ilaç dozları genellikle standart şekilde verilirken, çocuklarda kiloya ya da vücut yüzey alanına (metrekareye) göre hesaplanmaktadır. Çocukların yaşa göre bilişsel gelişimleri de

farklılık göstermektedir. Bu durum ilaç yan etkilerinin belirlenmesini güçleştirmektedir (Törüner-Kılıçarslan, Erdemir, 2010).

Yapılan çalışmalarda hastanın birden fazla ilacının olmasının ve beş yaşın altında olmasının ilaç uygulama hatası riskiyle ilişkili olduğunu göstermektedir (Lemer, Bates, Yoon, 2009). Ross ve ark.'nın çalışmasında pediatrik ilaç hatalarının çoğunun yenidoğan yoğun bakımında gerçekleştiğini ve bu hataların %60'ının hemşireler tarafından yapıldığını belirtmiştir. Lan ve ark.'nın çalışmasına göre pediatrik ilaç hatalarının daha çok (%51,4) gündüz saatlerinde distraksiyon ve kesinti nedeniyle meydana geldiğini göstermektedir. Hemşirelerin pediatrik doz hesaplamalarında hatalara yatkın olduklarının ve %61 oranında doz hatası yaptıklarını bildirmişlerdir (Lan vd., 2014).

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde ilaç hatalar risk profili ve analizinin yapıldığı bir çalışma sonuçlarına göre reçete edilme ve transkripsiyon en sık görülen hatalar olmakla birlikte bunu uygulama hataları izlemektedir. Gestasyon yaşı azaldıkça, doğum kilosu, hastanede kalış süresi ve bakımın karmaşıklığı arttıkça ilaç hatalarının arttığı belirtilmiştir. Uygulama hatalarının nedenleri olarak da hemşirelerinin sayısının yetersizliği, iş yükünün fazla olması gösterilmektedir (Meneza, Habib, Mohamed, 2018).

Hemşirenin neden olduğu ilaç uygulama hataları daha çok; yasal olmayan istem ya da doktor istem olmadan ilacın verilmesi, ilacın okunuş ve görünüş benzerliği sonucunda yanlış ilacın verilmesi, ilaç dozunun yanlış hesaplanması ya da yanlış dozda ilaç verilmesi, ilaç kutusu veya paketi üzerindeki bilgilere dikkat etmeme ve ilaç

uygulamasının unutulması şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Aygin, Cengiz, 2011).

İlaç hatalarının önlenmesi için reçeteleme ve uygulama anlamında önlemler alınmalıdır. Reçeteleme hatalarının önlenmesi için ilaç istemlerindeki yazım ve okuma hatalarını engelleyecek, otomatik olarak doz hesaplamalarını yapabilecek, kısaltma kullanılmayan bilgisayar sistemi üzerinden yazılması önerilmektedir. Aynı zamanda doktor isteminin klinik eczacılar tarafından kontrol edilmesi, acil durumlar dışında sözel istem verilmemesi, ilaç istemlerinin nasıl yapılacağına dair protokollerin bulunması ve bu konuda doktorların bilgilendirilmesi gerekmektedir. Uygulama hatalarının en aza indirilebilmesi için ise ilaç hazırlama ortamlarının sessiz olması, ilaçların sekiz doğru kuralına dikkat edilerek uygulanması, yapılan ilaç hatalarına yönelik hemşirelere eğitimler düzenlenmesi, öğrenci hemşirelere gözetmen eşliğinde uygulama yaptırılması sayılabilir (Gök, Yıldırım-Sarı, 2016).

Hastane Enfeksiyonları

Hastane enfeksiyonları, hasta hastaneye kabul edildikten 48 ila 72 saat sonra gelişen veya hastanın taburculuğunu takiben 10 gün içinde ortaya çıkabilen enfeksiyonlardır. Temel enfeksiyon kontrol kurallarına uyulduğu takdirde önlenmesi mümkün olan bir tıbbi hata olarak kabul edilmektedir. Hastane enfeksiyonları bakım kalitesini de gösteren önemli ölçütlerden biridir. Hastane enfeksiyonları hastanın iyileşme sürecini olumsuz şekilde etkilemekte ve buna bağlı olarak sağlık personellerinin bu konudaki başarı oranlarını düşürmektedir. Aynı

zamanda hastaya yapılan tıbbi ve tedavi giderleri oldukça artmaktadır. Tüm bunların yanında hastane enfeksiyonları, hastanın tedavi edilebilecek hastalığının belki de ölüme sonuçlanmasına yol açabilecektir.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre hastane enfeksiyonları gelişmiş ülkelerde%3,5-12 arasında değişirken, gelişmekte olan ülkelerde%5,7-19,1 arasında değişmektedir. Düşük gelirli ülkelerde genel enfeksiyon sıklığı yüksek gelirli ülkelere göre üç kat daha yüksektir. Yenidoğanlarda bu sıklık 3-20 kat daha yüksektir. Daha çok yoğun bakım ünitelerinde, yanık ünitelerinde, yenidoğan ünitelerinde ve organ nakli hastalarında görülmektedir. Yoğun Bakımda Genişletilmiş Enfeksiyon Prevalansı çalışmasına göre, YBÜ içindeki enfekte hastaların oranı genellikle% 51 kadar yüksektir (Khan, Baig, Mehboob, 2017; WHO, 2016).

Sağlık hizmeti sunanlar enfeksiyon kaynağının oluşmasında ilk sırada yer almaktadır. Sağlık hizmeti sunanların içerisinde de hasta ile daha fazla temasta bulunan ve bakımdan direkt sorumlu olan hemşireler diğer sağlık personellerine göre enfeksiyonların oluşması, yayılması ve önlenmesinde önemli bir role sahiptirler. Sağlık çalışanlarının uygulamalarda hijyene dikkat etmemesi, elleri ya da eşyaları ile bir hastadan başka bir hastaya taşıdıkları bakteriler hastane enfeksiyonlarının en önemli kaynaklarıdır. Bunlarla birlikte hemşire başına düşen hasta sayısının artması ile hemşirelerin mesleki uygulamalarına özen gösterememeleri, el yıkama davranışlarının zayıf olması gibi durumlar da hastane enfeksiyonlarına neden olabilmektedir (Özçetin vd., 2009).

Düşmeler

En sık karşılaşılan tıbbi hatalardan biri de hasta düşmeleridir. Hastaların düşme sonucu yaralanması, hastanede çalışan hemşirelerin de sık karşılaştığı şikâyet ve dava nedenlerinden biridir. Düşmeler sonucunda yumuşak doku yaralanması, sütür gerektirmeyen yaralanmalardan kalça, pelvis, radius kırığı, sütür gerektiren yaralanma, intra serebral hematoma gibi ciddi yaralanmalara ve hatta ölüme kadar varan durumlarla sonuçlanabildiği görülmektedir. Düşmeler ve ilişkili yaralanmalar hemşirelik bakım kalitesinin bir göstergesi olup, sağlık bakım hizmeti için önemli bir risk oluşturmaktadır. Hastanelerde güvenli ortamın sağlanması, ikincil yaralanmalar, ek tedavi ve maliyetin önlenmesi için hemşirelerin profesyonelce davranmaları gerekmektedir (Caymaz, 2015).

Düşmenin nedenlerinin araştırıldığı bir araştırma sonucunda 5 yaş altı 60 yaş üstü olma, hemşire ile hasta arasındaki sözlü iletişimin eksik olması, hemşirelik planında düşmelere yönelik koruyucu bakım eksikliği, sağlık personellerinin düşme riski teşkil eden yataklar için gözleminin iyi olmaması, hastanın yatak başında zil olmaması, az sayıda personel olması, vardiya değişimine yakın saatlerde daha çok yaşanmasını belirtilmiştir (Cardoso, Teixeira, Helena, Cassiani, 2014).

Çocuk kliniklerinde 10 yaşın altındaki çocuklarda düşme nedenleri arasında çevresel nedenler önemli bir yer tutmaktadır. Çocuğun yatağından düşmesi, parmaklıkların kaldırılmamış olması ve refakatsiz bırakılması bu faktörlerden bazılarıdır (Hendrich, 2006).

Yetersiz Hasta İzlemi

Gelişmiş birçok ülkede tıbbi hatalarla ilgili davaların en çok rastlanılan nedenlerinden biri yetersiz hasta izlemleridir. Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, izlem sıklığının net olarak belirtilmemesi, izlemlerin gerektiği gibi yapılmaması gibi durumlar hastaların gerektiği gibi izlenememesine, hastada meydana gelen değişiklikler fark edilememesine ve hastanın zarar görmesine neden olabilmektedir. Bu tür olumsuz sonuçların ortaya çıkmaması için hemşirelerin çok dikkatli, bilinçli olmaları gerekir (Safran, 2004).

İletişim Sorunları

Tıbbi hataların meydana gelmesinde en etkili faktörlerden biri de sağlık ekibi üyeleri arasında yeterli iletişimin sağlanamamasıdır. Özellikle hastanelerde hastaların tedavi ve bakımı ile ilgili ekip içi ve ekipler arasında yazılı, sözlü ya da elektronik ortamda iletişim kurularak tedavi ve bakım için gerekli veriler toplanmalıdır. Verilerin eksik kaydedilmesi, yanlış kaydedilmesi, kaydedilmemesi, zamanında kaydedilmemesi, nöbet teslimlerinde ya da hasta nakillerinde sözlü olarak yanlış aktarılması, hekim istemlerinin yeterince açık olmaması, yazıların okunaksız olması, hasta / yakınlarının dinlenmemesi, hastanede kullanılan kısaltmalarda ortak dil kullanılmaması vb. nedenler diğer ekip üyelerinin hatalı kararlar almalarına ve hatalı uygulamalar yapmalarına yol açmaktadır (İşçi, 2015).

İletişim ile ilgili tıbbi hataların genel olarak telefonla, sözel ya da yazılı olarak verilen hasta istemlerinden kaynaklandığı belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin de hastanedeki tıbbi hataların

çoğunun iletişim eksikliğinden kaynaklandığını ve kendilerinin de iletişim eksikliğine bağlı olarak tıbbi hata yaptıklarını belirttikleri ortaya çıkmıştır (Gökdoğan, Yorgun, 2010). Yücesan ve Ayaz-Alkaya'nın yaptıkları bir çalışmada, bireylerin %46,7'si kendilerinin veya bir yakınlarının tıbbi hataya maruz kaldıklarını ve bu hataların %69,3'ünün hasta ve sağlık personelleri arasındaki iletişim eksikliğinden kaynaklandığını belirtmişlerdir (Yücesan, Ayaz-Alkaya, 2017).

Hemşire ve hastalar arasındaki iletişim problemlerinin önündeki engellerin hemşireler ve hastalar açısından değerlendirildiği bir çalışmada hemşirelerin bakış açısından engeller dil, din ve kültürel farklılıklar, çok çalışmak, zaman yetersizliği, hastanın hemşirenin görevleri konusunda bilinçsizliği, hastanın ağrı ve anksiyetesi olarak değerlendirilmiştir (Norouzinia, Aghabarari, Shiri, Karimi, Samami, 2016).

Malzeme Kullanımına Bağlı Hatalar

Sağlık kuruluşlarında, hasta tanı, tedavi ve bakım işlemlerinde kullanılan malzeme, araç- gereç, cihaz vb. nin gerektiği gibi kullanılmaması, yanlış kullanılması, uygun olmayan ya da bozuk malzemelerin kullanılması, kullanıcıların bilgi ve deneyim eksikliği, tıbbi cihaz seçimlerinin ve bakım/kalibrasyonlarının yetersiz olması gibi durumlar yanlış teşhis, yanık, enfeksiyon gibi tıbbi hatalara neden olabilmektedir. Bu malzemelerin kullanımında sağlık ekibi üyeleri çok dikkatli ve uyanık olmalıdır.

Tıbbi Hataların Önlenmesi

Tıbbi hataları önlemede en önemli faktör hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesidir. Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürü geliştirilerek tıbbi hatalar ortaya çıkmadan ya da hastaya zarar vermeden önce tespit edilebilir ve hastanın zarar görmesi engellenebilir. Hasta güvenliğinin savunulması ve istenmeyen hatalı tıbbi uygulamaların rapor edilmesi hemşirenin görevleri arasında yer almaktadır.

Tıbbi hataların önlenmesinde;

- Hemşireler, yaptıkları bütün uygulamaların nedenini ve etkisini bilmelidir.
- Bir hemşire resmi olmayan bir hekim istemini uygulamamalıdır.
- Yeni mezun bir hemşireye yetkisi dışında bir görev ya da sorumluluk verilmemelidir.
- Ekip anlayışı ile çalışma benimsenmeli ve etkin iletişim kurulmalıdır.
- Bakım standartlarının geliştirilmesi sağlanmalıdır. Hemşirelerin politika ve prosedürleri bilmesi önemlidir.
- Kanıta dayalı çalışmalar kullanılarak çalışma standartları belirlenmelidir.
- Daima ilk olarak hasta hakları ve refahı sağlanmalıdır.
- Hemşireler bireysel yetkinlikleri alanında çalışmalıdır.
- Bütün hemşirelik kararlarının temelini; biyolojik, psikolojik ve sosyal bilimlerle birleştirilmiş yasa ve resmi ilkelere yer alması yararlı olmaktadır.

- Değişen ve gelişen teknolojik çağa uyum sağlamak için mesleki bilgi ve beceriler geliştirilmelidir.
- Hemşirelik Kanunu'nda ve Hemşirelik Yönetmeliği'nde yer alan hemşirelerin görev tanımları tam olarak bilinmelidir ve yasa ve yönetmeliklere uygun olarak bakım ve tedavi girişimleri yapılmalıdır.
- Hemşirelerin hasta bakımının güvenliği ve kalitesinin değerlendirilmesinde aktif rol alması gerekmektedir.
- Çalışılan kliniğe/servise özgü ilaçların iyi bilinmesi gerekmekte ve hastalara, uygulanan ilaçlar hakkında gerekli açıklamalar yapılmalıdır.
- Hastalara farklı bir ilaç verilmeden önce hastanın alerjisinin olup olmadığı, mevcut ve eşlik eden hastalıklarının hangi ilaçları kullanmaya sakınca oluşturduğu bilinmelidir.
- Hastalar ve yakınları olası riskler konusunda bilgilendirilmelidir.
- İlaç uygulamalarında; doğru hasta, doğru ilaç, doğru yol, doğru zaman, doğru etki, doğru doz, doğru ilaç formu ve doğru kayıt ilkelerine dikkat edilmelidir.
- Tıbbi hata raporlama stratejileri geliştirilmelidir.
- Kayıtlar düzenli ve tam olarak tutulmalıdır.
- Hastaların bakımı ve tedavisi düzenli olarak kontrol edilmelidir (Canatan, Erdoğan, Yılmaz, 2015).

KAYNAKLAR

- Yıldırım, Ö. (2012). Tıbbi Uygulama Hatalarına Yol Açan Süreçler. *Turkish Journal Ophthalmology*, 42; Özel Sayı, s:16. DO I: 10.4274/tjo.42.s16
- Özata, M. Altınkan, H. (2010). Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya Örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 8 (2) :100 -11.
- Çakmak, C. Konca, M. Teleş, M. (2018). Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) Üzerinden Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(3): 423-448
- Farquhar, M. Collins-Sharp, BA. Clancy, CM. Patient safety in nursing practice. *AORN Journal* 2007; 86(3): 455-7.
- Tighe, C. Woloshynowych, M. Brown, R. Wears, B. Vincent, C. (2006). Incident reporting in one UK accident and emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 14(1): 27-37.
- Aytekin, A. Çelebioğlu, A. (2014). Çocuk kliniklerinde hasta güvenirliliği. *E-Sağlık*. 1(2): 65-72.
- Çelebioğlu, A. (2014). Çocuk hemşireliğinde malpraktis-hatalı uygulamalar. *E-Sağlık*. 1(1): 39-43.
- Sonny, B. (2009). An Introduction to Medical Malpractice in the United States. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 467: 339-347.

- Mohr, JC. (2000). American Medical Malpractice Litigation in Historical Perspective. *JAMA*. 283(13):1731-1737. DOI: 10.1001/jama.283.13.1731
- Özkaya, N. (2013). 2002-2006 Yılları arasında Adli Tıp Kurumu 3.İhtisas Kurulunca Görüş Bildirilen Pediatrik Malpraktis İddialarının İncelenmesi ve Tıbbi Hataların Tespiti. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Madegowda, B. Hill, PD. Anderson, MA. (2007). Medication errors in a rural hospital. *Medsurg Nursing*; 16(3):18-25.
- Anderson, JG. Abrahamson, K. (2017). Your Health Care May Kill You: Medical Errors. Building Capacity for Health Informatics in the Future. 234: 13-17. DOI: 10.3233/978-1-61499-742-9-13
- Vries, EN. Ramrattan, MA. Smorenburg, SM. Gouma, DJ. Boormeester, MA. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*. 17:216-223.
- Elbüken, B. (2010). Sağlık Profesyonellerine Yönelik Tıbbi Uygulama Hata İddiası ile Yüksek Sağlık Şurasına Gönderilen Olguların İrdelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- Çakmak, C. Konca, M. Teleş, M. (2018). Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) Üzerinden Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 21(3): 423-448.

- International Council of Nursing: Patient Safety.
<https://www.icn.ch/nursing-policy/icn-strategic-priorities/patient-safety>. Erişim Tarihi: (23.07.2019)
- Saygın, T. Keklik, B. (2014). Tıbbi hata nedenleri üzerine bir araştırma: Isparta ili örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 17: 99-118.
- Karataş, M. Yakıncı, C. (2010). Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 17 (3): 233-6.
- Işık, O. Akbolat, M. Çetin, M. Çimen, M. (2012). Hemşirelerin bakış açısıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi. *Taf Preventive Medicine Bulletin*. 11: 421-30.
- Anderson, P. Townsend, T. (2010). Medication errors: Don't let them happen to you Mistakes can occur in any setting, at any step of the drug administration continuum. Here's how to prevent them. *American Nurse Today*. 5:23-8.
- Özkan, S. (2010). Pediatrik İlaç Hazırlama ve Uygulamada Yapılan Hataların Önlenmesine Yönelik Hemşirelik Stratejinin Geliştirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Stratton, KM. Blegen, MA. Pepper, G. Vaughn, T. (2004). Reporting of medication errors by pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing*. 19 (6): 385-389.
- Cousins, DH. Gerrett, D. Warner, B. (2012). A review of medication incidents reported to the National Reporting and Learning System in England and Wales over 6 years. *British Journal of Clinical Pharmacol*. 74(4):597-604.

- Merino, P. Martin, MC. Alonso, A. Gutierrez, I. Alvarez, J. Becerril, F. (2013). Medication errors in Spanish intensive care units. *Medicana Intensiva*. 37(6):391-399.
- Törüner-Kılıçarslan, E. Erdemir, F. (2010). Pediatrik hastalarda ilaç uygulama hatalarının önlenmesi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 63-71.
- Lemer, C. Bates, DW. Yoon, C. (2009). The role of advice in medication administration errors in the pediatric ambulatory setting. *Journal of Patient Safety*. 5(3):168-75.
- Lan, YH. Wang, KW. Yu, S. Chen, IJ. Wu, HF. Tang, FI. (2014). Medication errors in pediatric nursing: Assessment of nurses' knowledge and analysis of the consequences of errors. *Nurse Education Today*. 34: 821–828.
- Meneza, SAH. Habib, ASA. Mohamed, RAE. (2018). Analysis and Identifying Risk Profile for Medication Errors in the Neonatal Intensive Care Units. *EC Paediatrics*. 7(7): 669-684.
- Aygin, D. Cengiz, H. (2011). İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 45(3).
- Gök, D. Yıldırım-Sarı, H. (2016). Pediatrie ilaç hataları ve hata bildirimini. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*. 6(3):165-173.
- Khan, HA. Baig, FK. Mehboob, R. (2017). Nosocomial infections: Epidemiology, prevention, control and surveillance. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*. 7(5).
- World Health Organization. The burden of health care-associated infection worldwide (2016)

https://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/en/ Erişim Tarihi: 24.07.2019

Özçetin, M. Saz, EP. Karapınar, B. Özen, S. Aydemir, Ş. Vardar, F. (2009). Hastane enfeksiyonları; sıklığı ve risk faktörleri. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*. 3: 49- 53.

Caymaz, M. (2015). Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2(4).

Cardoso, T. Teixeira, A. Helena, S. Cassiani, B. (2014). Root cause analysis of falling accidents and medication errors in hospital. *Acta Paulista de Enfermagem*. 27(2):100-7.

Hendrich, A. (2006). Inpatient Falls: Lessons From The Field. *Patient Safety and Quality Healthcare*. 3: 26.

Safran, N. (2004). Hemşirelik ve Ebelikte Malpraktis. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

İşçi, N. (2015). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Düzeyinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Üzerine Etkisi. Atatürk üniversitesi. Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

Gökdoğan, F. Yorgun, S. (2010). Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 13: 53-59.

Yücesan, A. Ayaz-Alkaya, S. (2017). Bireylerin Tıbbi Hatalarla İlgili Görüş ve Deneyimleri. *Dicle Tıp Dergisi*. 44 (1) : 25-34.

- Norouzinia, R. Aghabarari, M. Shiri, M. Karimi, M. Samami, E. (2016).
Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients.
Global Journal of Health Science. 8(6).
- Canatan, H. Erdoğan, A. Yılmaz, S. (2015). Hastanelerde yapılan tıbbi hataların türleri ve nedenleri üzerine bir araştırma: İstanbul ilinde özel bir hastane ile ilgili anket çalışması ve konuya ilişkin çözüm önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2: 82-9.

BÖLÜM 18:
MÜZİKOTERAPİ VE OBSTETRİ
Eylem TOKER¹

¹ Dr.Öğr.Üyesi Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Bölümü, Kahramanmaraş e-mail:tokereylem@gmail.com

GİRİŞ

“Müzik Terapisi” müzikal seslerin ve melodilerin fizyolojik ve psikolojik etkilerini çeşitli ruhsal bozukluklara göre ayarlamak suretiyle, düzenli bir yöntem altında yapılan bir tedavi şeklidir.

Müzik, aslı Yunanca olan “musica” sözcüğünden türetilmiştir ve dünyanın her yerinde aynı anlamı taşımaktadır. Batıda “müzikterapi” veya “müzikoterapi” olarak adlandırılan tedavi şekli ise, insandaki işitme melekelerini geliştiren, bunları kullanan ve kişinin tedavi edilmesine neden olan bir yöntemdir.

I. Müzikoterapinin Tarihçesi

Müzik, özellikle duyguları yoğunlaştıran bir özelliğe sahip olduğundan, pek çok medeniyetlerde eski çağlardan beri hastalıkların tedavisinde oldukça yaygın bir yöntem olarak kullanılmıştır.

Bireylerin yaşantılarında ve tedavi süreçlerinde büyük önem taşıyan müzikle tedavinin geçmişi, Afrika, Amerika, Asya, Avrupa ve birçok Eski Türk medeniyetlerine ve Osmanlı'ya kadar uzanmaktadır.

Türklerde müzik, Türk tarihi kadar eskiye gitmekte olup en az 6000 yıldan beri devam eden bir tarihten bahsedilmektedir. Türklerde müzik ve müzikle tedavi tarih sırasına göre;

1. Orta Asya Türk Kültüründe Müzikle Tedavi

2. İslam Medeniyetinde Müzikle Tedavi

3. Selçuklu ve Osmanlılarda Müzikle Tedavi olmak üzere üç başlık altında incelenebilmektedir.

Asya kökenli Türk musikisinin önemli özelliği, beş sesli sisteme sahip olmasıdır. Bu beş seslilik, halen Avrupa’da birçok yerde tedavi için kullanılmaktadır.

İslam medeniyetinde, Er-Razi, Farabi, İbn-i Sina gibi Türk-İslam hekimleri, psikosomatik hastalıkların tedavisinde; ilaç, meşguliyet ve müzikle tedavi yöntemlerini kullanmışlardır. Bu yöntemler, gerek Selçuklu gerekse Osmanlı hekimleri tarafından uygulanarak 18. yy’a kadar geliştirilmiştir. Bununla beraber Farabi yazmış olduğu “Musiki-ul-kebir” adlı eserinde; müziği açıklamış, müzik aletleri hakkında bilgi vermiş, Türk müziği makamlarının ruha olan etkileri sınıflandırılmış, müziğin insan ruhuna ve bedenine etkilerini incelemiş, makamların zamana göre psikolojik etkilerini göstermiştir. Müzikle tedavi konusundaki tarihi bilgiler Türk hekimlerinin musikiye ve müzik ile tedaviye ne kadar değer verdiklerini ortaya koymaktadır. Ancak günümüz Türk hekimlerinin bundan yeteri kadar faydalanmadığını, bugün Avrupa’nın hayran olup hastanelerinde kullandığı Türk müziği ve tedavi anlayışını bizim çok daha ileri seviyede kullanabilmemiz gerektiğini ifade etmektedir.

II. Günümüzde Müzik Terapisi

Batıda ilk olarak II. Dünya savaşı ile müzikle tedavi bir uzmanlık dalı olarak kabul edildi ve 1960’lı yıllarda bu konuda eğitilmiş kişilerin yetiştirilmesine başlandı. 1950 yılında Amerika’da müzik terapistleri profesyonel bir organizasyon yapısıyla Ulusal Müzik Terapi Birliği’ni (UMTB) oluşturmuştur. Ardından 1998 yılında UMTB ve diğer terapi birlikleri birleşerek bugünkü “Amerikan Müzik Terapi Birliği”

organizasyonunu oluşturmuştur (Altan 2011). Ancak müzikle tedavinin bir alternatif tedavi yöntemi mi yoksa bir rehabilitasyon yöntemi mi olduğu konusunda tartışmalar bilim dünyasında devam etmiştir. “Amerikan Müzik Terapi Birliği” ilk olarak 1980 yılında daha sonra 1997 yılında müzikle tedaviyi; “İhtiyaç duyan bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel ihtiyaçlarını karşılamada müziği ve müzik aktivitelerini kullanan bir uzmanlık dalı” olarak yeniden tanımlamıştır. Böylece müzikoterapinin geleneksel tıba uygun bilimsel bir tedavi yöntemi olduğu kabul edilmiştir.

Nitekim günümüzde geleneksel tıbbi tedavilere ek olarak tamamlayıcı veya alternatif terapi adı altında çeşitli tedavi seçenekleri birçok hastalığın tedavisinde halk tarafından kullanılmaktadır. Amerikan Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (The National Center for Complementary and Alternative Medicine) bu terapileri dört ana kategoride sınıflamıştır: 1) Bütüncül medikal sistemler, 2) Beden-Ruh ve Zihin Müdahaleleri (Mind-Body Medicine), 3) Biyolojik temelli pratikler, 4) Manüplatif ve beden temelli pratikler ve enerji tıbbı.

Bu bağlamda Müzik terapisi, meditasyon ve yoga, Beden-Ruh ve Zihin Müdahaleleri (Mind-Body Medicine) kategorisi içerisinde yer almaktadır.

III. Müzik Terapisinin Etkileri

Bugün, müziğin insanlar üzerinde psikolojik ve fizyolojik olarak etkide bulunduğu dünyanın birçok yerinde yapılan bilimsel deneylerle kanıtlanmıştır. Müzik yaydığı titreşimlerle, limbik sistemin çeşitli

bölgelerindeki emosyonel merkez üzerine etki ederek bir cevaba yol açmakta ve endorfin gibi biyokimyasal mediyatörler müziğin algılanmasında rol oynamaktadır.

Müziğin; ses perdesi, ses şiddeti, ses rengi, ses aralığı ve ritim süresi olmak üzere beş elementi bulunmaktadır. Müziğin karakteri ve etkisi, müziğin bu beş unsuru arasındaki niteliksel ilişkilerinden ve kültürel etkilerinden gelmektedir. Ses perdesi zaman birimi başına düşen titreşim oranı olup; hızlı titreşimler uyarıcı, yavaş titreşimler ise gevşeticidir. Ses şiddeti, volümün ve titreşim büyüklüğünün bir yansıması olup, değişik ses şiddetleri değişik etkiler yaratır. Ses aralığı nota ve melodi arasındaki aralıktır. Öte yandan müzik terapisinde en önemli unsur ise ritimdir. Sonuç olarak, süre ve ritim sesin uzunluğuna yansımakta ve belli zaman periyodunda seslerin nasıl yer alacağını belirlemektedir. Memnuniyet verici müzik bireysel ve kültürel özelliklerden de etkilenmektedir. Bu nedenle araştırmalarda bireyin kültürüne ve müzikal tercihine uygun bir müzik kullanılmalıdır.

Sözsüz bir araç olan müzik, ilk olarak korteksin işitme bölümünde limbik sistem ve corpus callosum'daki hemisferik alana etki ederek emosyonel (duygusal) yanıtlar oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra müzikal titreşimler, otonomik, immün, endokrin ve nöropeptid sistemi uyarabilmekte, böylece müziğin beynin her iki yarımküresinde uyumu sağladığı düşünülmektedir. Bu nedenle kulağa bir müzik sesi geldiğinde, müziğin ritmine göre rahatlama ya da ajitasyon gibi güçlü bir etki ortaya çıkmaktadır.

Bu bağlamda müzikal duygulanımların ve ritimlerin fizyolojik aktiviteleri etkilediğini gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Bu

çalışmalar incelendiğinde; elektroensefalogram, kan basıncı, kalp atım hızı, solunum gibi parametrelerin değerlendirildiği ve kan basıncı ve nabız üzerine düşürücü etkisi olduğu çalışmalarda görülmektedir.

Bedenin müziğe verdiği fiziksel cevapları inceleyen bilim adamları, müziğin bazı mekanizmaları harekete geçirdiğini, müziğe verilen bedensel cevabın, kişiden kişiye değiştiğini, bununla birlikte farklı müzik türlerine farklı cevapların oluşabileceğini de tespit etmişlerdir.

Bunun yanı sıra müziğin oluşturduğu fiziksel tepki; çevresel faktörler, kişinin duygu durumu, zaman, mekan gibi kavramlardan etkilenir ve bunlara bağlı olarak değişiklik gösterir. Ayrıca müzik dakikalar içinde değişebilen kompleks bir uyarıdır ve kişiden kişiye farklı algılanır.

IV. Müzik Terapisinde Kullanılan Müzik Türleri ve Özellikleri

Müzikoterapi sırasında kullanılmakta olan pentatonik müzik, bir gam içinde beş sesin kullanılması ile oluşan bir müzik formudur. Beş sesli müzik anlamına da gelen pentatonik müziğin Orta Asya’da ortaya çıktığı, hastalıkları tedavi edici olarak kullanıldığı ve kişiye “kendine güven ve kararlılık” hissi verdiği belirtilmektedir. Bu müzik formu zamanla değişerek Klasik Müzik olarak bilinen temporary müziğe dönüşmüştür ve dünyada evrensel müzik halini almıştır.

Federico ve Whitwell (2001) müzikoterapi ve gebelik konulu çalışmasında, gebelikte Barok ve Klasik müziğin uygun, rock, opera ve caz müziği kullanımının ise uygun olmadığını bildirmişlerdir. Yararlı olduğu en çok bilenen Barok ve Klasik müzik türlerinin, bebeklerdeki

cevabının pozitif olduğu, lullaby müziği olarak da bilinen ninni müziğinin özellikle anne karnında iken dinletilmeye başlandığında doğum sonrası bebekte etkili olduğu bildirilmiştir. Öte yandan, rock müziğinin fetüsü ajite ettiği bu nedenle rock müziği gibi tüm yüksek sesli müzikler için bu durumun geçerli olduğu, bazı istisnaları olsa da caz müziğinde de ritmik değişmelere (kaymalara) bağlı nedenlerden, operada ise çok dramatik olması nedeni ile fetüste memnuniyet yerine iritasyona sebep olduğu, dolayısı ile ebeveynleri mutlu etse de fetüs için uygun olmadığı bildirilmiştir. Yine bu çalışmada fetüs için en yararlı müzik şeklinin canlı müzik olduğu ve birinci olarak annenin, ikincil olarak babanın sesinin geldiği belirtilmektedir.

Bu doğrultuda müzikoterapi uygulanan çalışmalarda kullanılan ve terapötik etkileri görülen müzik türleri; pentatotik asıllı, improvize ve sezgi imkanı yüksek, bünyesindeki koma seslerin çokluğu sebebiyle çok yönlü bir ifade gücüne sahip olan klasik Türk müziği, ney müziği ve yine pentatonik müziğin zamanla değişimi olan klasik müziktir

Müzikoterapi kullanılarak yapılan bazı çalışmalar ve bu çalışmaların özellikleri ile elde edilen sonuçlar Tablo 1’de gösterilmiştir.

V. Müzik Terapisi ve Klasik Türk Müziği

Literatüre göre müzikoterapide kullanılan müziğin düşük bir temposu, düzenli bir ritmi, rahatlatıcı bir düzeni bulunması gerekmektedir. Bu bağlamda rahatlatıcı özelliğe sahip olan klasik Türk müziği Pentotonik asıllı (üç adet tam ve iki adet 1,5 sestem olmak üzere beş ses) olup improvize (doğaçlama) ve sezgi imkanı yüksek ve

bünyesindeki koma seslerin çokluğu nedeniyle çok yönlü bir ifade gücüne sahiptir. Ayrıca yapılan çalışmalarda dinletilen müziğin süresinin beş dakika ile dört saat arasında olduğu, en sık kullanılan ortalama sürenin ise 15-30 dk olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte bireylerin müzik anlayışları yaşamış oldukları toplumun sosyal ve kültürel yapısına ve almış oldukları eğitime bağlı olarak çeşitlilik göstermekte olup birey kendi kültürünün müziğinden daha çok etkilenmektedir. Çünkü kendi kültürünün müziği ile daha sağlıklı bir iletişim kurabilmektedir (Gencel 2006). Öte yandan müzikoterapide, ülkelerin milli otantik müziklerinin daha etkili olduğu, hastalığın çeşidine göre değişik makam ve enstrümanların fayda sağladığı hususu da dikkat çekmektedir.

Klasik Türk Müziği ile nöroloji, kardiyoloji, onkoloji, geriatri ve immünoloji gibi çeşitli alanlarda tedavi çalışmaları yapmakta olan Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu (TÜMATA) grubu rahatlatıcı özelliğe sahip olan klasik Türk müziğinin; makamlarını, etkili olduğu organları, zamanla bağlantısını, hastalıklar ve durumlar üzerine tedavi edici etkilerini düzenlemiş ve tedaviye destek amacıyla kullanılmasını sağlamıştır. Bu doğrultuda Türk müziğinin makamları, zamanla bağlantısı, etkili olduğu organlar ve tedavi edici etkileri TÜMATA tarafından açıklanmıştır (Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu <http://tumata.com>).

VI. Müzik Terapisinin Uygulanma Yöntemleri

Günümüzde müzikle tıp biliminde kullanılan müzikle tedavi türleri hastalıkların çeşitlerine göre farklılıklar göstermektedir. Genel olarak müzikterapi yöntemleri Aktif Müzikoterapi ve Pasif Müzikoterapi olmak üzere iki grupta sınıflandırılabilir.

VII. Müzikoterapinin Obstetride Kullanılabileceği Alanlar

Müzik sağlığı korumak ve sağlığı yeniden oluşturmak için güçlü bir araç olup; bireyin ruh halini değiştirerek rahatlama sağlamakta kullanılabilir. Aynı zamanda tamamlayıcı olarak kullanılan müziğin noninvazif oluşu, hiçbir yan etkisinin olmaması, farmakolojik ajanlara bağlı istenmeyen yan etkisinin olmayışı bir avantajdır.

Müzikle tedavi özellikle fizik tedavi ve rehabilitasyon, kardiyak işlemler, tıbbi ve cerrahi işlemler, obstetri, onkoloji tedavisine bağlı gelişen ağrı yönetiminde, uykusuzluk sorunu yaşayan hastalarda, anksiyete ve stresin giderilmesinde ve hipertansiyon gibi birçok sağlık uygulamasında destekleyici bir tedavi yöntemi olarak kullanılabilir.

Bununla beraber ülkemizde müzikoterapinin, indüksiyon alan gebelerde doğum ağrısı, fibromyalji hastalarında yorgunluk ve uyku kalitesi, koroner anjiyografi hastalarında anksiyete, huzurevinde kalan yaşlı hastalarda uyku kalitesi, preeklampsili gebelerde, hipertansiyon ve anksiyete üzerine etkinliğine ilişkin yapılmış tez çalışmaları mevcuttur. Müzikoterapinin obstetride sıklıkla kullanılabileceği alanlar, dört kategori başlığı altında toplanabilir:

1. Müzikoterapi ve anksiyete

İnsan beyninde gündelik yaşamımız esnasında 4-20 frekans arasında titreşimli beta dalgaları, çevremizi bilinçli olarak algılayıp huzur içinde olduğumuzda ise 8-13 frekans arasında titreşimli alpha dalgaları üretilmektedir. Yoğun yaratıcılık durumunda, meditasyon halinde ya da uykuda iken 4-7 frekans arasında titreşimli theta dalgaları üretilmektedir. Dolayısı ile beyin dalgaları yavaşladıkça huzur duygusu artmaktadır. Öte yandan tıpkı beyin gibi insanın kalp atışları da ses ve müziğe son derece duyarlıdır. Müzik veya ses frekansının temposu ve volümü, kalp atışlarının değişmesine neden olmakta; müziğin temposu arttıkça, kalp atışları da hızlanmakta, yavaşladıkça nefes alışları gibi kalp atışları da yavaşlamaktadır. Beyin dalgaları müzik ile hızlandırılıp, yavaşlatılarak, kas gerilimi ve hareketlerini koordine etmeye yardımcı olarak anksiyolitik etki yapmaktadır.

Müziğin anksiyetenin giderilmesinde tamamlayıcı veya alternatif tedavi olarak kullanıldığı ve anksiyete üzerine faydalı olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır.

Bu çalışmalar arasında; cerrahi girişimler, kemoterapi, radyoterapi, anjiyografiye, endoskopi, diş unitesindeki hastalarda, fizik muayene gibi işlemlere maruz kalan hastalara, yaşlılarda görülen anksiyetenin giderilmesinde ve yatak istirahati alan gebelerde, preeklampsili gebelerde, sezaryen olan kadınlarda müzikoterapi anksiyetenin giderilmesi amacı ile kullanılmıştır.

2. Müzikoterapi ve gebelik

Günümüzde müzik terapisinin, normal fizyolojik gebeliklerde görülen anksiyetenin giderilmesinde, yatak istirahati alan riskli

gebelerde, preeklampsili gebelerde, transvajinal ultrasonografi çekilen gebelerde, travaydaki gebelerde, Non Stress Test uygulanan gebelerde, sezaryen olan gebelerde görülen anksiyetenin giderilmesinde kullanıldığı ve etkili olduğu görülmüştür.

Bu doğrultuda müziğin yüksek riskli gebeliklerde (hipertansiyonlu ve preeklampsili gebelerde) tansiyonu düşürücü etkisinin de olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.

Ülkemizde obstetri ile ilgili olarak gebeler üzerinde hemşireler tarafından yapılan ilk çalışma 1999 yılında Prof. Dr. Nuran Kömürcü tarafından gerçekleştirilmiştir. Öte yandan ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda preeklampsili gebelere müzikoterapi uygulanarak tansiyonu düşürmede etkili olduğu, memnuniyeti arttırdığı sonucu görülürken, indüksiyon uygulanan primipar gebelere müzikoterapinin uygulandığı ve doğum ağrısını azaltmada, doğum süresini kısaltmada etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Yine literatürde doğumda müzikoterapinin; annede endorfin salınımı artışına, dikkatin ağrıdan uzaklaşmasına, ağrıya duyarlılığının azalmasına ve duyu durumu kontrolüne; dolayısı ile annenin cesaret kazanmasına, güven duymasına, anksiyete ve korkunun azalmasına, ağrı ile baş etmesine yardımcı olduğu ve anne bebek ilişkisini desteklediğini gösteren çalışmalar yer almaktadır. Müziğin ağrıyı azaltmadaki etkisi; kapı kontrol teorisi, annenin dikkatini başka yöne çekme ile rahatlama sağladığı ve özellikle hipnozla birlikte kullanımı durumunda doğum ağrısında oldukça etkili olacağı belirtilmektedir.

Sıklıkla tamamlayıcı tedavilerden biri olarak algılanan müzik terapisi vb. bağımsız ebelik ve hemşirelik girişimleri, hastaların fiziksel,

duygusal ve ruhsal gereksinmelerinin karşılanmasına yardım etmek için kullanılmaktadır. Son yıllarda yapılan kanıta dayalı çalışmalar doğrultusunda hastanelerde müzik tedavisinin kullanımı artmış ve müzik tedavisi en iyi uygulama bilgi formu içerisinde yer almıştır. Bu nedenle hastaların fiziksel, duygusal ve ruhsal belirtilerinin azaltılmasının desteklenmesi kadar, iyileşme ve iyileştirme sürecinde gerekli olan enerjinin korunması için bağımsız terapötik (ülkemizde kullanılması sınırlı) ebelik ve hemşirelik girişimlerinden biri olan müzik terapisini ebelik ve hemşirelik uygulamalarına katmak gerekmektedir. Özellikle gebelerin ve annelerin anksiyetesini azaltmada, doğum ve doğum sonu ağrıyı gidermede ve neonatal stresi azaltmada kullanılan müzik terapisini kadın-doğum hemşiresi pratikte uygulamalıdır.

3. Müzikoterapi ve anne-bebek iletişimi

İntrauterin dönemden itibaren kurulmaya başlayan insan-müzik ilişkisi, doğumdan sonra giderek çeşitlenip zenginleşir, güçlenip gelişir ve insanın yaşamı boyunca sürer.

İnsanın müziğe ilk ulaşması intrauterin dönemde fetüsün duyu yeteneğinin gelişmesi ile başlar. İntrauterin dönemde işitme duyusu 20-22. haftalarında gelişmekte olup bu süreçte fetüs değişik frekans, yoğunluk ve süredeki sesleri ayırt edebilme yeteneğine sahiptir. Bu bağlamda fetüs, in utero bazı sesleri 24-26. hafta gibi erken bir dönemde duyabilmekte, son trimesterde ise özellikle dış ortamdaki sesleri ve çalınan müziği daha fazla duyup algılayabilmektedir.

Henüz anne karnındayken, annenin kalp atışları fetüs için bir müzik niteliği taşımaktadır. Fetüs, çevresinde işittiği bu seslere çeşitli

şekillerde yanıt verebilir. Yaklaşık olarak 30. gebelik haftasında fetüs dışarıda duyulan yüksek seslere (110 desibel düzeyinde) kalp atışındaki akselerasyonlar ve fetal hareketlerle kısa süreli yanıt (2-3 saniye) vermeye başlamaktadır. Gebelik ilerledikçe, yanıt eşiği azalmakta, tepkiler, sıklığı ve miktarı artmaktadır.

Öte yandan fetus ve yenidoğan birçok kez dinlediği bir sese alışabilir. Bu doğrultuda Kisilevsky, Lee, Xie, Huang, Ye ve ark. (2003) tarafından yapılan bir seri deneysel çalışmada fetüs ve yenidoğanın doğumdan önce ve sonraki dönemlerde müziğe vermiş oldukları yanıtlara bakıldığı, fetüsün özel bir müzik parçasına doğumdan önce ve sonra tepki vermesinin; fetüsün daha önceki müziğe ilişkin duyum ve deneyimine bağlı olduğu ve bu nedenle doğumdan sonra da aynı müzik dinletimine devam edilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Ayrıca, bebeklerde uyku üzerine yapılmış olan bazı deneylerde; ses bandına alınmış olan kalp seslerini dinleyen bebek grubunun, sessiz odada yatanlar ve banttan ninni dinleyen bebeklere oranla daha erken uyudukları gözlenmiş (Sezer 2011) olup müziğin fetal zekayı arttıracığına da inanılmaktadır.

Doğum öncesi dönemin yanısıra, doğum sonu dönemde, aileye yeni bir üyenin katılmasından dolayı yeni bir düzenin kurulduğu uyum dönemidir. Anne-bebek arasında ilk iletişimin başladığı bu dönemde artan ve değişen etkileşim, annelik rolü ile baş edememe aynı zamanda bir stres kaynağı da olabilir ve anneler, yeni rollerini öğrenmek, bebekle iletişim kurmak, bebeğe bakım vermek, bebekle ilgili sorunlarla baş etmek zorundadır. Bu bağlamda annenin anksiyete ve stresini azaltmak,

anne-bebek iletişimini güçlendirmek için tamamlayıcı bir terapi yöntemi olan müzikoterapiden de yararlanabilir.

Literatürde yenidoğan (prematüre, düşük doğum ağırlıklı, termde) bebeklere yaşamlarının ilk günlerinde uygulanan müzikoterapinin stresi azalttığı, davranış (daha az ağladıkları, daha iyi uyudukları) ve uyumuna katkı sağladığı, annelerin anksiyetesini azalttığı, emzirmeye dolayısı ile kilo alımlarına olumlu etkilerinin bulunduğunu, bebeklerin hastanede yatış sürelerini kısalttığını ve ebeveyn-bebek iletişimini güçlendirdiğini gösteren çalışmalar mevcuttur.

Bu doğrultuda müzikoterapinin doğum öncesi intrauterin dönemde ve doğum sonu dönemde bebeğin bakımında ve özellikle anne-bebek iletişimi üzerine etkili olacağı düşünülmektedir.

4. Müzikoterapi ve anne memnuniyeti

Sağlık çalışanlarının birincil hedefi, sadece uygun bir sağlık hizmeti sunmak değil, profesyonel çalışma ilkeleri doğrultusunda sundukları bu hizmetin aynı zamanda yüksek kalitede olması ve bu hizmetten hastaların memnuniyet duymaları da sağlanmalıdır. Hastanın kendisine sunulan sağlık hizmeti ile ilgili memnuniyeti arttıkça, tedaviye uyumu, yaşam kalitesi artmakta, mortalite ve morbidite oranı azalmaktadır.

Özellikle doğuma gelen annelere ebe ve hemşireler tarafından verilen tamamlayıcı bakım kapsamında uygulanan müzikoterapi ve doğuma destek annelerin memnuniyetini arttırmakta, doğum müdahalesi azalmakta, yenidoğanın 5. dakika apgar seviyesi

yükselmekte, aynı zamanda daha az analjezi ve anestezi kullanımı sağlanmakta, annelerin anksiyeteleri azalmakta ve emzirme oranları yükselmektedir. Ayrıca preeklampsili gebelere doğum öncesi dönemden başlanarak doğum sonrası sürece kadar uygulanan müzikoterapinin anne memnuniyetini anlamlı oranda arttırdığı da gösterilmiştir.

Bu kapsamda doğum öncesi doğuma hazırlık eğitimlerinde ve doğumda seçilmiş olan belirli bir müzik türü nöroendokrin ve sempatik sinir sistemi uyarılarını azaltarak, nabız, kan basıncı ve solunum hızını düşürmekte, vücut ısısını artırmakta ve bütün bunların sonucunda, ağrıyı azaltarak bireyde rahatlama ve memnuniyet duygusunun ortaya çıkmasına yol açmaktadır.

SONUÇ

Müzik terapisinin; ebeliğin ve hemşireliğin holistik (bütüncül) yaklaşımı ile uyumlu, hasta üzerinde rahatlatıcı etkisinin olduğu, ebeler ve hemşireler tarafından bakımı daha etkin kılmak ve anne-bebek iletişimi için destekleyici bir ortam sağlamak amacıyla kullanılabilceği, hasta memnuniyetini artırmada etkin bir yöntem olduğu gösterilmiştir. Bu bağlamda ebe ve hemşireler müziği anlamak, kabul etmek ve müzikoterapiyi ebelik ve hemşirelik uygulamalarında kullanmak gibi önemli bir sorumluluğa sahip olup özellikle kadında doğum hemşirelerinin ve ebelerin pratikte müzikoterapiden yararlanmaları önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Altan N. Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Pasif Müzikoterapinin Uyku Kalitesine Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. S Oğuz).
- American Music Therapy Association. Music Therapy and Music-Based Interventions in The Treatment and Management of Pain: Selected References and Key Findings. http://www.musictherapy.org/.../MT_Pain_2010.pdf Erişim tarihi: 18 Ocak 2012.
- Arslan S, Özer N, Özyurt F. Effect of Music on Preoperative Anxiety in Men Undergoing Urogenital Surgery. *Aust J Adv Nurs* 2008;26(2):46-54.
- Bekiroglu T, Ovayolu N, Ergun Y, Ekerbicer HC. Effect of Turkish Classical Music on Blood Pressure: A Randomized Controlled Trial in Hypertensive Elderly Patients. *Complementary Therapies in Medicine* 2013;21(3):147-54.
- Bekiroğlu T. Klasik Türk Müziğinin Hipertansiyon Hastalarının Kan Basınçlarına ve Anksiyete Düzeylerine Etkisi. GA.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2011, Gaziantep (Danışman: Doç. Dr. N Ovayolu).
- Biley FC. The Effects on Patient Well-Being of Music Listening as A Nursing Intervention: A Review of The Literature. *J Clin Nurs* 2000;9(5):668-77.
- Boso M, Politi P, Barale F, Enzo E. Neurophysiology and Neurobiology of The Musical Experience. *Funct Neurol* 2006;21(4):187-91.
- Buffum MD, Sasso C, Sands LP, Lanier E, Yellen M, Hayes A. A

- Music Intervention to Reduce Anxiety Before Vascular Angiography Procedures. *J Vasc Nurs* 2006;24(3):68-73.
- Bulfone T, Quattrin R, Zanotti R, Regattin L, Brusaferrro S. Effectiveness of Music Therapy for Anxiety Reduction in Women with Breast Cancer in Chemotherapy Treatment. *Holist Nurs Pract* 2009;23(4):238-42.
- Büyükkoca M. Algılanan Sosyal Destek ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2001, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S METE).
- Chang M-Y, Chen C-H, Huang K-F. Effects of Music Therapy on Psychological Health of Women During Pregnancy *J Clin Nurs*. 2008;17(19):2580-7.
- Chang SC, Chen CH. Effects of Music Therapy on Women's Physiologic Measures, Anxiety, and Satisfaction During Cesarean Delivery. *Res Nurs Health* 2005;28(6):453-61.
- Chlan L. A Review of The Evidence for Music Intervention to Manage Anxiety in Critically Ill Patients Receiving Mechanical Ventilatory Support. *Arch Psychiatr Nurs* 2009;23(2):177-9.
- Clark M, Isaacks-Downton G, Wells N, Redlin-Frazier S, Eck C, Hepworth JT et al. Use of Preferred Music to Reduce Emotional Distress and Symptom Activity During Radiation Therapy. *J Music Ther* 2006;43(3):247-65.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Nörolojik ve psikiyatrik bozukluklar. İçinde: Williams Obstetrics. Çevirenler: Ceylan Y, Yıldırım G, Gedikbaşı A, Aslan*

- H, Gül A, Williams Obstetrik. 23 rd ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.; 2010. p.1175-76.
- Çatalgöl Ş. İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Dinletilen Ney Sesinin Doğum Sürecine Etkisi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İzmir (Danışman: Doç. Dr. RE Genç).
- Çoban A. Müzikterapi /Ruh Sağlığı İçin Müzikle Tedavi. 1. Baskı. İstanbul: Timaş Yayınları; 2005. p.1-320.
- Demirbağ BC. Müzik ve Aromaterapi Eşliğinde Yapılan Uyku ve Dokunmanın Fibromiyalji Hastalarında Fibromiyaljinin Etki Düzeyi ile Yorgunluk ve Uyku Kalitesine Etkisi. T.C. A.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doktora Tezi, 2011, Erzurum (Danışman: Prof. Dr. B Erci).
- Erdoğan Z, Çınar S, Şimşek S. Hemodiyaliz Hastalarında Tamamlayıcı Tıp Yöntemlerini Kullanma Durumu ve Umutsuzluk Düzeyi ile İlişkisi. Spatula DD 2013;3(3):107-12.
- Erer S, Atıcı E. Selçuklu ve Osmanlılarda Müzikle Tedavi Yapılan Hastaneler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010;36(1):29-32.
- Ersanlı C. İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Verilen Eğitim ile Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007. İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. N Kömürcü).
- Evans D. The Effectiveness of Music As An Intervention for Hospital Patients: A Systematic Review. J Adv Nurs 2002;37(1):8-18.
- Federico GF, Whitvell GE. Music Therapy and Pregnancy. Journal of

- Prenatal and Perinatal Psychology Health 2001;15(4):299-311.
- Ferrer AJ. The Effect of Live Music on Decreasing Anxiety in Patients Undergoing Chemotherapy Treatment. *J Music Ther* 2007;44(3):242-55.
- Gagner-Tjellesen TD, Yurkovich EE, Gragert M. Use of Music Therapy and Other Itnis in Acute Care. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2001;39(10):26-37.
- Gençel Ö. Müzikle Tedavi. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2006;14(2):697-706.
- Gillen E, Biley F, Allen D. Effects of Music Listening on Adult Patients' Pre-Procedural State Anxiety in Hospital. *Int J Evid Based Healthc* 2008;6(1):24-49.
- İmseytoğlu D, Yıldız S. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Müzik Terapi. *İ.Ü.F.N. Hem Derg* 2012;20(2):160-5.
- Joanna Briggs Institute (JBI). Music As Intervention in Hospitals. Evidence Based Information Sheets for Health Professionals. *Best Practice* 2009;13(3):13-6.
- Kafali H, Derbent A, Keskin E, Simavli S, Gözdemir E. Effect of Maternal Anxiety and Music on Fetal Movements and Fetal Heart Rate Patterns. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011;24(3):461-4.
- Hepp P, Hagenbeck C, Gilles J, Wolf O. T, Goertz W, Janni W, et al. Effects of music intervention during caesarean delivery on anxiety and stress of the mother a controlled, randomised study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2018;18(1): 435.

- Kisilevsky BS, Hains SM, Lee K, Xie X, Huang H, Ye HH et al. Effects of Experience on Fetal Voice Recognition. *Psychol Sci* 2003;14(3):220-4.
- Kisilevsky BS, Pang L, Hains, SM. Maturation of Human Fetal Responses to Airborne Sound in Low- and High-Risk Fetuses. *Early Hum Dev* 2000;58(3):179-95.
- Kömürcü N. Travayda Dinletilen Tedavi Müziğinin Gebenin Anksiyetesine Etkisi. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 1999;2(3):89-96.
- Kramer MK. A Trio to Treasure: The Elderly, The Nurse, and Music. *Geriatr Nurs* 2001;22(4):191-7.
- Kumcağız H, Doyurgan T K, Malazgirt Z. Özel ve Normal Hasta Odalarında Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi* 2012;(29):296-303.
- Lafçı D. Müziğin Kanser Hastalarının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Adana (Danışman: Doç. Dr. G Öztunç).
- Lai HL, Chen CJ, Peng TC, Chang FM, Hsieh ML, Huang HY et al. Randomized Controlled Trial of Music During Kangaroo Care on Maternal State Anxiety and Preterm Infants' Responses. *Int J Nurs Stud* 2006;43(2):139-46.
- Lai HL, Hwang MJ, Chen CJ, Chang KF, Peng TC, Chang FM. Randomised Controlled Trial of Music on State Anxiety and Physiological Indices in Patients Undergoing Root Canal Treatment. *J Clin Nurs* 2008;17(19):2654-60.

- Lee D, Henderson A, Shum D. The Effect of Music on Preprocedure Anxiety in Hong Kong Chinese Day Patients. *J Clin Nurs* 2004;13(3):297-303.
- Lee OK, Chung YF, Chan MF, Chan WM. Music and Its Effect on The Physiological Responses and Anxiety Levels of Patients Receiving Mechanical Ventilation: A pilot study. *J Clin Nurs* 2005;14(5):609-20.
- Mamuk R, Davas Nİ. Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Gevşeme ve Tensel Uyarılma Yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2010;44(3):137-44.
- Moradipannah F, Mohammadi E, Mohammadil AZ. Effect of Music on Anxiety, Stress, and Depression Levels in Patients Undergoing Coronary Angiography. *East Mediterr Health J* 2009;15(3):639-47.
- Nilsson U. The Anxiety-and Pain-reducing Effects of Music Interventions: A Systematic Review. *AORN Journal* 2008;87(4):780-807.
- Ovalı F. Fetüs ve Yenidoğanda İşitme: Temel Kavramlar ve Perspektifer. *Türkiye Klinikleri J Pediatr* 2005;14:138-49.
- Pelletier CL. The Effect of Music on Decreasing Arousal Due to Stress: A Meta-Analysis. *J Music Ther* 2004;41(3):192-214.
- Peng SM, Koo M, Yu ZR. Effects of Music and Essential Oil Inhalation on Cardiac Autonomic Balance in Healthy Individuals. *J Altern Complement Med* 2009;15(1):53-7.
- Phumdoung H, Good M. Music Reduces Sensation and Distress of Labor Pain. *Pain Manag Nurs* 2003;4(2):54-61.

- Procelli DE. The Effects of Music Therapy and Relaxation Prior to Breastfeeding on the Anxiety of New Mothers and The Behavior State of Their Infants During Feeding. The Florida State University (F.S.U.) College of Music, Thesis of Master, 2005, Florida, United States (Directing Thesis: Prof. J. Standley).
- Robb SL. Music Assisted Progressive Muscle Relaxation, Progressive Muscle Relaxation, Music Listening and Silence: A Comparison of Relaxation Techniques. *J Music Ther* 2000;37(1):2-21.
- Rudin D. Frequently Overlooked and Rarely Listened to: Music Therapy in Gastrointestinal Endoscopic Procedures. *World J Gastroenterol* 2007;13(33):4533.
- Sauls DJ. Effects of Labor Support on Mothers, Babies, and Birth Outcomes, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002;31(6):733-41.
- Schmidt LA, Trainor LJ. Frontal Brain Electrical Activity (EEG) Distinguishes Valence and Intensity of Musical Emotions. *Cognition and Emotion* 2001;15(4):487-500.
- Sezer F. Müzikle Terapinin Sınav Kaygısı, Öfke ve Psikolojik Belirtiler Üzerindeki Etkisi. A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2009, Erzurum (Danışman: Yrd. Doç. Dr. B Gençdoğan).
- Shin HS, Kim JH. Music Therapy on Anxiety, Stress and Maternal-Fetal Attachment in Pregnant Women During Transvaginal Ultrasound. *Asian Nursing Research* 2011;5(1):19-27.
- Sidorenko VN. Clinical Application of Medical Resonance Therapy Music in High- Risk Pregnancies. *Integr Physiol Behav Sci* 2000;35(3):199-207.
- Simkin P, Boldig A. Update on Nonpharmacologic Approaches to

- Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *J Midwifery Womens Health* 2004;49(6):489-504.
- Somakcı P. Türklerde Müzikle Tedavi. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2003;2(15):131-40.
- Stefano GB, Zhu W, Cadet P, Salamon E, Mantione KJ. Music Alters Constitutively Expressed Opiate and Cytokine Processes in Listeners. *Med Sci Monit* 2004;10(6):18-27.
- Taşkın L, Akan N. Doğum sonu dönem. İçinde: Taşkın L, editör. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Genişletilmiş 11. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2012. p.455-87.
- Teng XF, Wong MY, Zhang YT. The Effect of Music on Hypertensive Patients. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc_2007*; 2007: 4649-51.
- Toker E, Kömürcü N. Effect of Turkish classical music on prenatal anxiety and satisfaction: A randomized controlled trial in pregnant women with pre-eclampsia. *Complement Ther Med*, 2017; 30, 1-9.
- Tournaire M, Theau-Yonneau A. Complementary and Alternative Approaches to Pain Relief During Labor. *Evid Based Complement Alternat Med* 2007;4(4):409-17.
- Tseng YF, Chen CH, Lee CS. Effects of Listening to Music on Postpartum Stress and Anxiety Levels. *J Clin Nurs* 2010;19(7-8):1049-55.
- Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu (TÜMATA). <http://tumata.com>. Erişim tarihi: 21 Şubat 2012
- Uçan Ö, Ovayolu N. Müzik ve Tıpta Kullanımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri*

- Dergisi 2006;1(3):14-22.
- Urdike P. Music Therapy Result for ICU Patients. *Dimens Crit Care Nurs* 1990;9(1):39-45.
- Uzun E, Güney M, Oral B, Özsoy M, Mungan T. Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi: Verilen Hizmetlerle İlgili Hasta Memnuniyeti ve Etki Eden Faktörler. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2006;3(3):167-71.
- Vianna MN, Barbosa AP, Carvalhaes AS, Cunha AJ. Music Therapy May Increase Breastfeeding Rates Among Mothers of Premature Newborns: A Randomized Controlled Trial. *J Pediatr (Rio J)* 2011;87(3):206-12.
- Vizeli M. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalarda Müzik Terapisinin Anksiyete Düzeyine Etkisi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2010, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. L Şenturan).
- Wakim JH, Smith S, Guinn C. The Efficacy of Music Therapy. *J Perianesth Nurs* 2010;25(4):226-32.
- Whipple J. The Effects of Parent Training in Music and Multimodal Stimulation on Parent-Neonate Interactions in The Neonatal Intensive Care Unit. *J Music Ther* 2000; 37(4):250-68.
- Wong HL, Lopez-Nahas V, Molassiotis A. Effects of Music Therapy on Anxiety in Ventilator-Dependent Patients. *Heart Lung* 2001;30(5):376-87.
- Wu J, Chaplin W, Amico J, Butler M, Ojje MJ, Henedy D et al. Music for Surgical Abortion Care Study: A Randomized Controlled Pilot Study. *Contraception* 2012;85(5):496-502.

- Yang M, Li L, Zhu H, Alexander IM, Liu S, Zhou W et al. Music Therapy to Relieve Anxiety in Pregnant Women on Bedrest: A Randomized, Controlled Trial. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2009;34(5):316-23.
- Yıldırım S, Gürkan A. Müziğin, Kemoterapi Yan Etkilerine ve Kaygı Düzeyine Etkisi. *Anadolu Psikiyatı Derg* 2007;8(1):37-45.
- Yu JY, Huang DF, Li Y, Zhang YT. Implementation of MP3 Player for Music Therapy on Hypertension. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc* 2009;2009: 6444-7.
- Zanini CR, Jardim PC, Salgado CM, Nunes MC, Urzêda FL, Carvalho MV et al. Music Therapy Effects on The Quality of Life and The Blood Pressure of Hypertensive Patients. *Arq Bras Cardiol* 2009;93(5):534-40.

Tablo 1. Müzikoterapi Kullanılarak Yapılan Bazı Çalışmalar ve Bu Çalışmaların Özellikleri ve Sonuçları

	Yazar Adı ve Çalışma Yılı	Çalışmanın Adı ve Yayınlandığı Dergi	Çalışmanın Örnekleme	Çalışmanın Yöntemi	Müzikoterapi Uygulama Detayları	Sonuç
1	Chang S-C, Chen C-H.	Effects of Music Therapy on Women's Physiologic Measures, Anxiety, and Satisfaction During Cesarean Delivery	-Randomize kontrollü çalışma -32 hasta deney, 32 hasta kontrol toplam 64 sezaryen olan gebelere yapılmış. -Anksiyete (VASA), Doğumdan memnuniyet: (Satisfaction of cesarean delivery scale (SCDS) ile, -Pulse hemoglobin oksijen saturasyon (SpO2): The NONIN MODEL 9500 pulse oximeter ile -Parmak ısısı; the Biofeedback System DT-002 termometresi ile -Solunum hızı, nabız, TA.: Hewlett Packard 78352A ile ölçülmüş. -Müzik ile ilgili görüşleri açık uçlu sorularla sorulmuş.	-Üç kez değerlendirme yapılmış. 1.Sezaryen ve anestezi öncesi ameliyathanede VAS uygulanıp, vital bulgular alınmış (pretest) 2.Operasyon anında bebek anne karnından çıkarılıp anne ile teması sonlandıktan sonra tekrar VAS uygulanıp, vital bulgular alınmış (posttest 1) 3.Operasyon bitiminde sütür atımı bittikten sonra VAS , SCDS uygulanıp, vital bulgular alınmış (posttest 2)	- Tayvan'da yapılan bu çalışmada sezaryen boyunca (en az 30 dakika boyunca) kulaklıkla seçtiği müzik dinletilmiş. -3 çeşit müzik kullanılmıştır. -Katılımcılara üç çeşit müzikten birini tercih etmeleri söylenmiş. -Western classical, -New age, ya da -Chinese religious music.	-Deney grubunda posttest 1 ve posttest 2 sonuçlarına göre kontrol grubuna göre kadınların anksiyete düzeyi daha düşük bulunmuş. -Memnuniyet düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuş. -Müzikle ilgili açık uçlu sorulara olan yanıtları oldukça olumlu bulunmuş. -Vital bulgular ile ilgili anlamlı bir farklılık bulunamamış.
	2005	Research in Nursing & Health, 28 (69): 453-461.				
	Yazar Adı ve Çalışma Yılı	Çalışmanın Adı ve Yayınlandığı Dergi	Çalışmanın Örnekleme	Çalışmanın Yöntemi	Müzikoterapi Uygulama Detayları	Sonuç
2	Lai HL, Hwang MJ, Chen CJ, Chang KF, Peng TC, Chang FM.	Randomised controlled trial of music on state anxiety and physiological indices in patients undergoing root canal treatment.	-Randomize Kontrollü Çalışma -22 hasta deney, 22 hasta kontrol toplam 44 hastaya yapılmış. -Anksiyete (STAI ile), -Vital bulgular (TA, nabız, parmaktan ateş ölçümü) değerlendirilmiş	-İşlem öncesi ve işlem bitimi anksiyete ölçeği uygulanmış. -İşlem boyunca her 10 dakikada bir nabız, TA ve parmaktan ateş ölçülmüş.	- Tayvan'da yapılan bu çalışmada diş kanal tedavisi alan hastalara 60 dakika boyunca müzik dinletiliyor. -Çeşitli müzik türleri kullanılmış (variety of soothing piano music including Mozart's Concerto No.21in C Major, Beethoven's	-Anksiyete ve vücut ısısında anlamlı fark var, -TA'da anlamlı fark bulunamamış.
	2008	J Clin Nurs, 17(19): 2654-2660.				

					Romance for Violin No.2 in F major, Haydn's Serenade in F Minor and Beethoven's Moonlight Sonata).	
3	Chang M-Y, Chen C-H, Huang K-F.	Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy.	Prospektif randomize kontrollü çalışma --116 hasta deney, 120 hasta kontrol toplam 236 gebeye yapılmış. -Anksiyete (STAI ile), -Depresyon (Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), -Stress (Perceived Stress Scale (PSS) ile değerlendirilmiş	-Müzikoterapi öncesi ve 2 hafta sonrası anksiyete, depresyon, stres durumları ölçüğü uygulanmış. Müzikoterapi sonrası uygulanan ölçüğün sonuçlarını gebeler e-mail yolu ile gönderilmiş.	-Tayvan'da yapılan bu çalışmada gebelere iki hafta boyunca her gün istediği vakitte en az 30 dakika boyunca kendilerine verilen müzik CD'lerinden birini dinlemişler ve her gün hangi CD'yi dinlediklerini ve bunu dinlerken ne yapıyor olduklarını kaydetmeleri istenmiş. -Her biri 30 dakikalık olan dört çeşit müzik kompakt CD'si kullanılmış (lullabies (e.g. Brahms' lullaby, Twinkle-Twinkle Little Star, Gradle song), classical music (e.g. Beethoven: for Elise, Debussy: Preludes I Livre VIII, La fille aux cheveux de lin and Kreisler: Liebesfreud), nature sounds (e.g. Another Day, Friendly Natives and Tropical Mystery) or crystal music performing Chinese children's rhymes and songs (e.g. Little Honey-Bee, Doll Country, Jasmine). Müzik temposu seçiminde insan nabız sayısına uygun dakikada 60-80 atımlık müzikler seçilmiştir.	-Anksiyete, -Depresyon -Stres açısından olumlu anlamlı fark bulunmuş.
	2008	J Clin Nurs, 17(19): 2580-2587.				

	Yazar Adı ve Çalışma Yılı	Çalışmanın Adı ve Yayınlandığı Dergi	Çalışmanın Örneklemi	Çalışmanın Yöntemi	Müzikoterapi Uygulama Detayları	Sonuç
4	Gillen E, Biley F, Allen D.	Effects of music listening on adult patients' pre-procedural state anxiety in hospital	“Kanit Sentezi (Evidence Synthesis)” çalışması	1985 haziran ile 2006 Şubat arası literatürler incelenmiş. Kriterlere uyan 26 çalışma bulunmuş bunların 12'si kriterlere tam uyup, çalışmaya dahil edilmiş.	-Müziğe bağlı olarak kişilerin fizyolojik durumunda herhangi bir olumsuzluk saptanmamış. -Ancak bazı çalışmalarda fizyolojik göstergelerde farklılık gösterilememiş, bunun seçilen müzik ve bireyin santral sinir sisteminin müziğe cevap ile ilgili olduğu belirtilmiştir	-İşlem öncesi Müzik dinleme durumsal anksiyeteyi azaltmada ve aynı zamanda fizyolojik parametreleri azaltmada(düşürmede) etkili, olumlu ve istatistikî açıdan anlamlı olduğu bulunmuş.
	2008	Int J Evid Based Healthc; 6(1): 24-49.				
5	Yang M, Li L, Zhu H, Alexander IM, Liu S, Zhou W, Ren X.	Music Therapy to relieve anxiety in pregnant women on bedrest: A randomized, controlled trial.	-Randomize Kontrollü Pilot Çalışma -60 hasta deney, 60 hasta kontrol toplam 120 hastaya yapılmış (erken membran rüptürü, preterm eylem, presentia previa kanamalı) -Anksiyete (STAI), -Vital bulgular (TA, nabız, solunum) değerlendirilmiş -Fetal kalp atım hızına bakılmış	Anksiyete, vital bulgu ve fetal kalp atım hızı ölçümleri üç gün boyunca işlem öncesi ve işlem bitiminden sonra ölçülmüş.	Çin’de yapılan bu çalışmada yatak istirahati olan riskli gebelere öğle yemeğinden iki saat sonra, mesanesi boşaltılması sağlanan ve ayrı bir odada yatak istirahatinde olan gebelere üç gün boyunca arka arkaya günde bir kez 30 dakikalık müzik dinletiliyor. -3 müzik seçeneği verilmiş (classical music: Haydn, Mozart, and Beethoven, pleasant music : Bandari and Chinese folk music.) -Bir CD player ve kulaklık setle ile yapılmış.	-Anksiyetede düşüş, -Vital bulgular ve fetal değerlerde olumlu etkilene bulunmuş.
	2009	MCN Am J Matern Child Nurs, 34(5): 316-323.				
	Yazar Adı ve Çalışma Yılı	Çalışmanın Adı ve Yayınlandığı Dergi	Çalışmanın Örneklemi	Çalışmanın Yöntemi	Müzikoterapi Uygulama Detayları	Sonuç
6	Chlan L.	A Review of the Evidence for Music Intervention to Manage Anxiety in	Derleme			-Bu derleme çalışma ventilatördeki hastalara sevilen ve tercih edilen günde 30 dakikalık müziğin STAI ölçeği ile

		Critically Ill Patients Receiving Mechanical Ventilatory Support				anksiyeteyi düşürmede etkili olduğu belirtilmiş. -Ayrıca müziğin vital bulgular ve kişinin psikolojik ve fizyolojik durumuna olumlu etkisi olduğu da ifade edilmiş.
	2009	Archives of Psychiatric Nursing, 23(2): 177-179.				
7	Shin H S, Kim J H	Music Therapy on Anxiety, Stress and Maternal-fetal Attachment in Pregnant Women During Transvaginal Ultrasound	-Eşit sayıda olmayan kontrol gruplu non-senkronize deneysel çalışma -117 gebe deney, 116 gebe kontrol toplam 233 gebe	-STAI, PSS, ve MFAS formları Transvajinal ultrason (TVUS) öncesi doldurulmuş, -Ardından TVUS boyunca müzik dinletilmiş. -Ardından tekrar STAI, PSS, ve MFAS formları TVUS sonrası doldurulmuş.	- Kore'de ilk tremsterdeki gebelere yapılan bu çalışmada TVUS çekilen gebelere işlem esnasında 30 dakika boyunca MP3 çalar ile müzik dinletilmiş. -(Prenatal music album with the sound of nature) kullanılmış.	-Deney grubunda anksiyete anlamlı ölçüde düşmüş. -Stress ve maternal-fetal bağlanmada farklılık bulunamamış.
	2011	Asian Nursing Research, 5 (1): 19-27.	-Anksiyete (STAI), -Stress (Pregnant women's stress scale of Ahn) PSS ile, -Maternal fetal bağlanma (Cranley's (1981) maternal-fetal attachment scale) MFAS ile değerlendirilmiş			
	Yazar Adı ve Çalışma Yılı	Çalışmanın Adı ve Yayınlandığı Dergi	Çalışmanın Örneklemi	Çalışmanın Yöntemi	Müzikoterapi Uygulama Detayları	Sonuç
8	Wu J., et al.	Music For Surgical Abortion Care Study: A Randomized Controlled Pilot Study.	-Randomize Kontrollü Pilot Çalışma -13 hasta deney 13 hasta kontrol toplam 26 hastaya yapılmış -Ağrı (VSA), anksiyete (STAI), hasta memnuniyetine bakılmış (PHQ-9).	Ağrı ve anksiyete 5 kez ölçülmüş işlem başında, randomize edilirken, pelvik muayenede, küretaj işlemi uygulanırken, spekulum çıkartılırken, işlem bitiminden 30 dakika sonra ölçülmüş	USA'da yapılan bu çalışmada düşük işlemi boyunca müzik bir kez dinletilmiş, -5 müzik seçeneği verilmiş (classical, pop, jazz/R&B, new age, hip-hop/rap)	-Anksiyeteyi düşürücü etkisi bulunmuş, -Hasta memnuniyeti yüksek, -Başa çıkma daha iyi bulunmuş, -Ağrıya etkisi bulunamamış.
	2012	Contraception, 85(5): 496-502.				
9	Bekiroglu T, Ovayolu N, Ergun Y, Ekerbicer HC.	Effect of Turkish classical music on blood pressure: A randomized controlled trial in hypertensive elderly patients.	-Randomize, deneysel ve iki kollu (kontrol ve müdahale grupları) çalışma -30 hasta deney, 30 hasta kontrol toplam	-28 günlük Müzikoterapi öncesi ve sonrası anksiyete, ölçüğü uygulanmış.	-Huzurevinde yaşlılara yapılan bu çalışmada 28 gün boyunca günde bir kez 25 dakika boyunca kulaklıkla Klasik Türk müziği dinletilmiş.	-Anksiyetede düşüş bulunmuş ama istatistiki açıdan anlamlı değil, -Sistolik kan basıncı düşüşü istatistiki açıdan anlamlı bulunmuş.

	2013	Complementary Therapies in Medicine 21: 147-154.	60 hipertansiyon hastası yaşlılara yapılmış. -Anksiyete (Hamilton), -Kan basıncı(klasik manuel tansiyon aleti) ile değerlendirilmiş	-Günlük müzik öncesi ve sonrası TA ölçümü yapılmış.	-İki çeşit Klasik Türk Müziği makamından yararlanılmış. Nihavent ve Buselik Makamları kullanılmış.	-Diastolik kan basıncında fark görülmemiş.
10	Toker E, Kömürcü N.	Effect of Turkish classical music on prenatal anxiety and satisfaction: A randomized controlled trial in pregnant women with pre-eclampsia.	-Randomize, deneysel (kontrol ve müdahale grupları) çalışma -35 hasta deney, 35 hasta kontrol toplam 70 preeklampsili gebeye yapılmış.	-Doğum öncesi beş günlük müzikoterapi öncesi ve sonrası anksiyete ölçüğü uygulanmış. -Doğum öncesi beş doğum sonrası iki gün olmak üzere toplam yedi gün boyunca günlük müzik öncesi ve sonrası vital bulgular, FKH, FM ölçümü yapılmış.	-Klinikte yatan preeklampsili gebelere yapılan bu çalışmada 7 gün boyunca günde bir kez 30 dakika boyunca kulaklıkla Klasik Türk müziği dinletilmiş.	-Anksiyetede değişiklik istatistiki açıdan anlamlı değil, --Memnuniyet düzeyi kontrol grubuna göre ileri ölçüde yüksek anlamlı bulunmuş. -Sistolik ve diastolik kan basıncı düşüşü istatistiki açıdan anlamlı bulunmuş. -Fetal Hareketlerde ve nisbeten fetal kalp atım hızında yükseliş anlamlı bulunmuş -Solunumve nabız hızında fark görülmemiş.
	2017	Complementary Therapies in Medicine 30, 1-9.	-Anksiyete (Spielberg Durumluk Anksiyete Ölçeği-STAI TX-1), - Memnuniyet (New Castle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği -NHMO), -Vital bulgular (TA, Nb,Slnm) -Fetal Kalp Hızı (FKH), Fetal Hareket sayısı (FM) (Non Stress Test ile)		-İki çeşit Klasik Türk Müziği makamından yararlanılmış. Nihavent ve Buselik Makamları kullanılmış.	

BÖLÜM 19:
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE SPİRİTUAL BAKIMIN
ÖNEMİ

Hakan TEKİN¹
Öğr. Gör. Feray BUCAK²

¹ Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Öğrencisi, hakantekin@yahoo.com

² Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, feraykabalcioglu@hotmail.com

GİRİŞ

On yedinci yüzyılla birlikte Avrupa'da ortaya çıkmaya başlayan ve bugün artık bütün dünyayı etkisi altına alan modern yaşam biçimi, gündelik yaşantıyı manevi özelliklerinden hızla uzaklaştırarak eşi görülmedik bir biçimde maddileştirmiştir. Gerçek şu ki, modern hayat her ne kadar inanç ayırımı yapmaksızın tüm insanlığa maddi olarak çok büyük imkân ve fırsatlar sunmuşsa da, insanlığın ruhsal olarak yaşadığı problemleri çözmekte yetersiz kalmıştır(Ağilkaya, 2016).

Bu nedenle tıp alanında, hastaların yalnızca medikal yaklaşımla değerlendirilmelerinin ötesine geçilmesi ve tedavi sürecindeki bireyin, holistik bir yaklaşımla, yani, fiziksel, sosyal, duygusal, ekonomik, kültürel ve manevi yönlerden ele alınması gerektiği fikri giderek önem kazanmaktadır(Boztilki ve Ardıç, 2017).

SPIRİTUALİTE NEDİR?

Modern yaşamın getirdiği sorunların çözümünde, maneviyatın yerinin anlaşılması adına spiritüel bakım önemini giderek göstermektedir. Spiritualite kavramına ilgi, 1960'larda özellikle İkinci Dünya savaşıdan sonra artmıştır. Literatürde spiritualiteye ilginin artmasının nedenleri olarak; maddi şeylerin mutluluk getirmemesi, modern bilimin ölüm, acı çekme ve kayıp karşısında insanların yaşadığı kişisel anlam kaybını göstermede yetersiz kalması, ağrı gibi birçok problemin bilimsel yaklaşım ile çözülememesi, şiddet gibi sosyal ve kültürel problemlerin artışına cevap bulma isteği, huzurlu, anlamlı yaşam ve ilişki arayışı gösterilmektedir.

Spiritualite çok çeşitli anlamlarda kullanılabilen subjektif bir kavram olmasından dolayı kompleks, anlaşılması zor ve belirsiz bir kavramdır. Bu özelliğinden dolayı spiritualiteyi hassasiyetle, tam olarak tanımlamanın zor olduğu vurgulanmaktadır. Bu bağlamda spiritualiteye ilgi artmış olmakla birlikte çalışmacılar bu kavramın tanımı ile ilgili fikir birliğinin olmadığını bildirmektedir. Öte yandan, kavrama ilişkin tanımların ortak olan yönü, yaşamı bir “anlam” ve “amaç” ile algılamaktır(Yılmaz, 2011).

Scheck-Varner, spiritüelliğin en geniş anlamda dinsellik, dini topluluklara katılma, dini ve spiritüel uygulamalar, dini başa çıkma ve spiritüel iyi oluş gibi pek çok yapıyı içerisinde barındırdığını belirtir. Moberg ve Brusek’e göre spiritüel iyi oluş iki boyuttan oluşmaktadır; ilk boyut belirli bir dini inançlar sistemi içerisindeki daha yüksek bir güç ile kişinin var olan ilişkisiyle oluşurken ikinci boyut, hayattaki anlam ve amaç hislerini içermektedir. Buradaki hayattaki anlam ve amaç ile kastedilenler belirli bir dini yapıdan bağımsızdır(Ekşi vd, 2018). Spiritüelitede, bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabasıdır aynı zamanda yaşam boyu kazanılan bilgilerin bir sonucudur. Yaşamın amacını oluşturan, bireye anlamlı gelen unsurları içerir(Cimete, 2002). Spiritualite temel bir insan gereksinimidir. Spiritualite, kişinin çevresel şartlara uyum sağlamasıyla, sosyalleşmesiyle, dahil olduğu kültüre ayak uydurmasıyla ve ruhsal sağlığıyla yakından ilişkilidir(Lavorato Neto vd, 2018).

İçsel spiritüellik;

Spiritüel iyi oluş iki boyuttan oluşmaktadır; ilk boyut belirli bir dini inançlar sistemi içerisindeki daha yüksek bir güç ile kişinin var olan ilişkisiyle oluşurken ikinci boyut, hayattaki anlam ve amaç hislerini içermektedir. Buradaki hayattaki anlam ve amaç ile kastedilenler belirli bir dini yapıdan bağımsızdır. İçsel spiritüellik ile kastedilen spiritüelliğin kişinin hayatında motive edici bir etki olarak ne derece belirgin olduğudur. Bu içsel motivasyonla kişilerin hayat için nihai amaçlarını spiritüelliklerinde bulma derecesi anlaşılmaya çalışılmaktadır. Varoluşun diğer boyutlarını içeren spiritüellikle motive olan kişi için geriye kalan bütün etkenler kişinin spiritüelliğine tabi kılınmıştır. Daha spesifik olarak, onların kişisel gelişimlerinin, kararlarının ve hayatlarının tüm yönlerinin altında yatan aşkın olan ile olan ilişkileridir. Böyle kişiler için, spiritüellik, diğer tüm boyutlara yön veren ve hayatla ilgili tüm sorulara cevap veren bir ana faktör olarak geri kalan her şeyden daha önemlidir. İçsel spiritüellik kavramı ile birinin Allah ile kurduğu ilişki ve Nihai Aşknlık kastedilmektedir(Ekşi vd, 2018).

İNANÇSIZLIK, DİNDARLIK VE SPİRİTÜELLİK

İnançsızlık, din psikolojisi literatüründe yeni sayılabilecek bir kavram olduğu için herkesin üzerinde uzlaştığı bir tanımlı bulunmamaktadır. “Düşük dindarlık” (low religiosity), “dinsizlik” veya “dindar olmayış” (nonreligious, nonreligiosity) ve “inançsızlık” (nonbelief) kavramları arasında ciddi anlam farkları mevcuttur. Düşük

dindarlık düzeyine sahip olmak ile dinsiz olmak farklı olgulardır. Herhangi bir dinin mensubu olmakla birlikte bazı bireyler düşük dindarlık düzeyine sahiptir. Kendini herhangi bir dinin mensubu olarak addetmeyen ve kendini dinsiz olarak tanımlayan bireylerden bazıları inançlı iken bazıları inançsızdır(Çımar ve Eti Aslan, 2017).

Spiritualite, bireyin dini inancına bakmaksızın biyolojik, psikolojik ve sosyolojik bileşenleri kapsayan insana yaşama gücü veren itici güç, her zaman din yoluyla ifade edilemeyen evrensel bir terimdir. Din bir grup insan tarafından paylaşılan inançlar ve uygulamaların yer aldığı organize bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Din bireyin yalnızca dini tören, dua okuma ve geleneksel dini uygulamalar yoluyla spiritualitesini kısmi olarak ifade şekli olduğu ve kültürel miras yoluyla doğmalar ve doktrinlerle birlikte geriden getirildiği vurgulanmaktadır. Spiritüalite, formal dini yapılar içinde ya da dışında yaşanabilmektedir, yani dinden daha geniş yelpazede ve daha bireysel olarak düşünülmelidir(Yılmaz, 2011).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda da spiritualitenin, bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabası, dini bir bağlılığın ötesinde herhangi bir tanrısal inanç olmadan yaşamın anlamı, amacı, iç huzur için çaba sarf etme şeklinde tanımlanabileceği belirtilmiştir(Yılmaz, 2011).

Yani; spiritüel olan şeyler insan yaşamının pek çok alanı ile bağlantılıdır: Çevre Tanrı'nın eseri olarak görülebilir, beden kutsal bir şey olarak değerlendirilebilir ya da sevgi ölümsüz olarak tanımlanabilir.

Hatta Tanrı inancı olmayanların bile spiritüellik atfettiği nesne, kişi ya da durumlar bulunmaktadır(Hiçdurmaz ve Öz, 2013).

SPİRİTÜALİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Spiritüallite Değerlendirme Aracı, hemşirelerin ve diğer insanların içinde buldukları spiritüel sürecin bilincinde olmayı değerlendirmede ve arttırmada yardımcı olur.

Spiritüallite Değerlendirme Aracı üç boyutta ele alınabilir.

- 1. Anlam ve Amaç:** Bir bireyin yaşamının anlamını ve amacını araştırma, umutlarını ve beklentilerini ortaya çıkarma şüphe ve belirsizliği kabul etmek konusundaki yeteneklerini değerlendirme amacını taşımaktadır.
- 2. İçsel Güçler:** Bireyin neşesini ortaya koyma, güçlerini, seçimlerini, hedeflerini ve inancını algılama ve idrak etme yeteneğini değerlendirme amacını taşımaktadır.
- 3. Kendilik (Benlik İlişkileri):** Bireyin kendisi hakkındaki olumlu düşüncesini, kendisine olan saygısını ve benlik duygusunu, diğer insanların içinde bulunduğu dünyaya ait olma duygusunu, kişisel merakları için uğraşma yeteneği ve kendine olan sevgisini gösterme ve kendini affetme yeteneğini değerlendirir(Çetinkaya vd, 2007).

SPİRİTÜALİTE VE SAĞLIK

Bireyin biyolojik gereksinimleri ile psikososyal gereksinimleri arasında sürekli bir etkileşim vardır. Fiziksel olarak oluşan bir sorun, sosyal ve psikolojik alanı da etkileyebilmekte, duygusal ve ruhsal alandaki etkilenmeler ise fiziksel olarak bazı patolojik değişimlere

neden olabilmektedir. Ayrıca bireylerin yaşama dair geliştirdiği anlam, yaşantıları ve kararlarını pek çok noktada etkilemektedir(Boztilki ve Ardıç, 2017).

Bu nedenle tedavi sürecindeki bireyin, holistik bir yaklaşımla fiziksel, sosyal, duygusal, ekonomik, kültürel ve manevi yönlerden ele alınması gerektiği fikri giderek önem kazanmaktadır. Stres kaynakları ve yaşamsal olaylar bireyin inanç sistemini tehdit ettiği ve bireyin bu durumdan biyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve manevi olarak etkilendiği zamanlarda “Manevi Sıkıntı-Spiritüel Distres” ortaya çıkar.

Spiritüel distres, yaşamın anlamını sağlayan değerler sisteminde bozulmayı belirtir. Bu sıkıntıya neden olan krizler veya kayıplar çok çeşitlidir. Önemli bir kişinin ölümü, işsizlik, statü kaybı, maddi yükler veya önemli bir hastalık, vücudun bir uzvunun kaybı veya beden algısında bir değişim bu nedenler arasında sayılabilir. Bireylerin bu zor deneyimlerle baş edebilmesi için desteklenmesinde sağlık çalışanlarına da önemli görevler düşmektedir. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının bireylere destek sağlayabilmeleri için spiritüalite konusu ve önemi hakkında farkındalık kazanmaları önemlidir(Boztilki ve Ardıç, 2017).

SPİRİTÜEL BAKIM VE HEMŞİRELİK

Sağlık bakımının sunumunda kabul edilen en kapsamlı yaklaşım bütüncül/holistik yaklaşımdır. Bütüncül yaklaşıma göre birey; bedensel, zihinsel, duygusal, sosyokültürel, manevi boyutları olan bir bütündür. Bu boyutların her biri diğeri ile karşılıklı olarak ilişkili ve birbirine bağımlıdır(Öz, 2004).

Amerikan Holistik Hemşireler Birliği (AHNA), iyi sağlığı, vücut, beyin ve ruh arasındaki uyum düzeyi olarak tanımlamaktadır. Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses=ICN)’ne göre (1973), sağlığı koruma ve geliştirme, hastalıkları önleme, acıyı dindirme hemşirenin fonksiyonudur. Bu bakış açısıyla, bireyin manevi boyutuna ilişkin bakım verilmesi de hemşirenin fonksiyonunun bir parçası olmalıdır. Bu nedenle, bireyin varlığının tüm boyutlarının bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesinde bireye yardımcı olmak için hemşirelerin, tüm bu alanların bakımını sağlayacak şekilde hazırlıklı olması gerekmektedir(İnce ve Akhan, 2016).

Spiritüalite ve spiritüel bakım kavramları hemşirelik alanında henüz yeni kavramlardır. Fakat hemşirelik tarihinin hiçbir döneminde hemşirelik, yalnızca fiziksel bir bakım veren meslek olarak tanımlanmamaktadır. Hemşireliği meslek olarak var eden Florence Nightingale, sadece geleneksel Hristiyanlık değerlerini değil, otonomi ve profesyonellik gibi bazı modern hemşirelik değerlerini de ortaya koymuş holistik bir bakış açısına sahip bir düşünürdü. Onun bu düşüncesini aşağıdaki ifadeleri açıkça betimlemektedir; “sağlık için manevi gereksinimler vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir, hepimizin gözlemlediği fiziksel durum zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilir”(Çelik vd, 2014).

Hemşirelerin manevi bakım vermesinde etkili olan pek çok faktör vardır. Bu faktörlerden özellikle hemşirenin bireysel düşünce sistemi, manevi gereksinimler ve bakımı algılaması, kendi yaşam umudu, gönüllülüğü ve konuya duyarlılığı hemşirelik bakımında etkili olmaktadır. Bunun yanı sıra hemşirenin çalıştığı ortam, çalışma

koşulları, hastaya bakım veren diğer çalışanlarla iletişimi, hastanın iletişime açık olması gibi birçok etmen de manevi bakımı etkilemektedir(Çelik vd, 2014).

Ülkemizde konu ile ilgili çalışmalar sınırlı olmakla birlikte yapılan çalışmalar manevi bakım konusunun hemşireler tarafından henüz çok farkında olunmadığını, hastaların manevi gereksinimlerinin göz ardı edildiğini ve bu bakımın yeterli düzeyde verilmediğini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin eğitimleri sırasında yeterli bilgi almadıkları için, çalışma koşulları zor olduğu için ve yeterli zamanları olmadığı için kendilerini manevi bakım vermede yetersiz gördükleri belirlenmiştir(Çelik vd, 2014).

Genel Hemşirelik Girişimleri

- *Çeşitli spiritüel inanç ve uygulamaları kabul ettiğinizi iletiniz.
- *Ön yargısız bir tutumda olduğunuzu gösteriniz.
- *Spiritüel gereksinimlerin önemine dikkat/kabul gösteriniz.
- *Spiritüel gereksinimlerin karşılanması için yardım etme konusunda sağlık ekibinin istekliliğini ifade ediniz.
- *Günlük dua, spiritüel liderin ziyareti, spiritüel okuma ve düşünme için gerektiği kadar sessizlik ve mahremiyeti sağlayınız.
- *Uygulamaları aydınlatmak ve isteniyorsa, dinsel kuralları- hizmetleri yerine getirmek için spiritüel lider ile iletişime geçiniz.
- *Sağlığı için sakıncalı değilse spiritüel sınırlamalara uygun bir diyet sağlayınız.
- *Sağlığı için sakıncalı olmayan spiritüel ritüellerini yerine getirmesi için cesaretlendiriniz. *Birey, diğer insanlarla birlikte

dua etmesi ya da kendi dinsel grubunu üyeleri ya da kendini bu aktivitelerde rahat hissedenden bir sağlık ekibi üyesi tarafından dua okunması için fırsat sağlayınız.

- *Gerekli ise spiritüel gönenç konusunu gündeme getirerek, hemşireyle spiritüel konuları tartışmasına izin veriniz.
- *Bu yaşam olayını/durumunu daha geniş bir bakış açısından görmesine yardım etmek için, geçmişteki inançları ve spiritüel deneyimleri hakkında sorular sorunuz/deneyimlerini kullanınız.
- *Eğer bu konuda kendinizi rahat hissediyorsanız sizinle ya da daha uygunsuz ekibin bir başka üyesi ile birlikte dua etme/meditasyon yapma/okuma olanağı sununuz.
- *Birey kendi şüphelerini, suçluluk duygularını ya da diğer olumsuz duygularını ifade ettiği zaman, ulaşılabilir olunuz ve dinlemeye isteklilik gösteriniz.
- *Eğer kişi duygularını her zamanki spiritüel lider ile paylaşmıyorsa, spiritüel destek sağlayacak başka bir kişi ile ilişki kurmayı öneriniz(Çetinkaya vd, 2007).

SPIRİTÜALİTENİN RUHSAL HASTALIKLARDAKİ ÖNEMİ

American Counseling Association tarafından Latina/o koleji mezunlarıyla yapılan bir çalışmada, din ve spiritualite yaşamın merkezinde yer alan temel kültürel değerler olarak görülmektedir. Örneğin, bazı alt gruplarda daha yüksek bir dini bağlılığın, daha düşük bir depresyon riski ile ilişkili olduğunu ve kişilerin spiritualiteyi sıkıntılarıyla başa çıkmak için kullanabileceğini ortaya koymuştur(Morgan Consoli vd, 2018).

Yapılan araştırmalar inanç ve dinsel aktivitelerin, hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesinde, ağrı, anksiyete, depresyon ve madde kullanımının azaltılmasında, yaşam kalitesinin geliştirilmesinde ve sorunlarla başa çıkmada yararlı olduğunu göstermiştir(Yılmaz ve Okyay, 2009).

Bunun yanında, sağlık hizmetlerinde spiritualite şu farklı açılardan da önemli görölmektedir:

- Bireylerin manevi değerlerinin hastalık/teğavi sürecinde güç kaynağı olarak değerlendirilme potansiyeli taşıması.
- Bireyler açısından sahip oldukları spiritüel değerlerin, kendilerine uygulanacak müdahaleler konusunda belirleyici olması olasılığı.
- Hastalık sürecinde oluşabilecek spiritüel stresin tespit edilmesi ve tedavi sürecinin bu stresten olumsuz etkilenmesi riskinin engellenmesine yönelik çalışmalar yapılması. Böylelikle hastanın tedavi sürecini aksatabilecek herhangi bir içsel sürece girmesinin önüne geçilebilmesi(Boztilki ve Ardıç, 2017).

SPIRİTÜALİTENİN PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDEKİ ÖNEMİ

Spiritualite insan yaşamında önemli bir boyuttur ve psikiyatri hemşireliği uygulamalarıyla ilişkili bir faktördür(Hiçdurmaz ve Öz, 2013). İnanç, maneviyat ve dini uygulamalar, hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesinde, ağrı, anksiyete ve depresyonun önlenmesinde ve etkilerinin azaltılmasında, olumlu baş etme stratejilerinin geliştirilmesinde önemlidir(Çınar ve Eti Aslan, 2017).

Akıl sağlığı tedavisindeki akut hastalar sıklıkla ruhsal ve dini algılarını kendileri ve yaşamları ile ilişkilendiren etkileyen bozukluklara sahiptir(Lavorato Neto vd, 2018).

Yatan hastalarda alışık olunmayan çevre ve kişiler, uyku düzeninin bozulması, aile bireyleri ve yakınlarını görememe, bağımlılık duygusu, hastalık, tedavi ve uygulamalar hakkında yeterince bilgilendirilmeme söz konusudur. Bu faktörler nedeniyle kaygı, korku, uykusuzluk, ajitasyon, deliryum, depresyon gibi sorunlar oluşmakta ve bu sorunlar hastada spiritüel distrese neden olarak iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle hastaların fiziksel gereksinimleri ile birlikte hasta ve ailesinin psikososyal ve ruhsal gereksinimlerinin de karşılanması hedeflenmelidir(Çınar ve Eti Aslan, 2017).

Psikiyatrik rahatsızlıkların azaltılmasındaki önemi göz önüne alındığında, psikiyatri hemşireliğinde spiritüel bakım kavramının önemi daha fazla ortaya çıkmaktadır(Boztilki ve Ardıç, 2017).

Hemşire yazarlar, eğer psikiyatri hemşireliğinin bütüncül olması isteniyorsa; danışanların fiziksel, sosyal ve psikolojik ihtiyaçları kadar spiritüel yanlarının da hesaba katılmasını önermektedir(Tokpah ve Middleton, 2013).

Greasley ve arkadaşlarının psikiyatri hemşireliğinde spiritüel bakım kavramını ele aldıkları bir çalışmada ise, bütüncül yaklaşım için spiritüel bakımda multidisipliner bir eğitim anlayışının benimsenmesi gerekliliğini öne sürmüşlerdir(Greasley vd, 2001).

Güney Afrika'da psikiyatri hemşirelerinin holistik psikiyatrik hemşirelik uygulamasının anlaşılması üzerine yapılan bir çalışmada dört tema ortaya çıkmıştır. Bunlar:

- Spiritüalite ve dinin birbirleriyle yüksek derecede ilişkisi
- Spiritüalitenin psikiyatri hemşireliği uygulamalarında merkezi öneme sahipken çoğu zaman unutulduğu
- Psikiyatri hemşireliğinin spiritüel yönü: faktörleri mümkün kılmak ve sınırlamak
- Bütünsel hemşirelik uygulamasında, psikiyatri hemşireliği bakımı için Spiritüel eğitim gerekliliği(Tokpah ve Middleton, 2013).

Psikiyatri hemşiresi hastalara manevi bakım verirken;

Hastaların manevi ihtiyaçları ve dini inanışlarını belirlemeli,

Dinler ve inançlar hakkında olabildiğince bilgi sahibi olmalı

Hastanın ve ailesinin kendilerini ifade etmelerine fırsat verilerek dikkatli bir şekilde söyledikleri dinlemeli ve yargısız kabul etmeli, doğal ve dürüst bir şekilde yaklaşmalı(Erişen ve Sivrikaya, 2017),Hastalar manevi bir danışman talep ettiklerinde kendileri ilgili görevlilere yönlendirmeli,

Hastaların dini açıdan önemsedikleri eşyalarına saygı göstermeli, Doğru ve etkin çözümler bulmak amacıyla diğer görevliler ile işbirliği yapmalıdır(Erişen ve Sivrikaya, 2017).

SPIRİTUALİTENİN ÖLÇÜLMESİ

Spiritüalitenin ölçülmesi için geliştirilen birkaç ölçek bulunmaktadır:

Bunlardan bir tanesi Selami Kardeş ve Halil Ekşi tarafından 2017 yılında geliştirilen ‘Spiritual Psychology and Counseling’ dergisinde yayımlanan ‘Spiritüel İyi Oluş: Ölçek Geliştirme ve Geçerliliği’ ölçeğidir.

Bu ölçek; İnsanın değer ve nihai anlamları doğrultusunda kişisel, toplumsal, çevresel ve trasandantal (aşkın) yönleriyle hayatlarını anlama ve yaşama sürecini belirlemek amacıyla yetişkinlere yönelik geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin maddeleri ilgili literatür ile diğer ölçeklerden yararlanılarak ve konuyla ilgili olan kişilere yazdırılmış kompozisyonlardan elde edilmiştir. Konuyla ilgili çalışmaları olan 17 uzmanın görüşleri alınmış bunlar dikkate alınarak maddelere son hali verilmiştir.

Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda 29 maddelik; aşkınlık, doğayla uyum ve anomi adlı 3 faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları, ölçeğin yetişkinlerin spiritüel iyi olma hallerini geçerli ve güvenilir olarak ölçme yeteneğine sahip olduğunu göstermektedir(Ekşi ve Kardaş, 2017).

Kenan SEVİNÇ, Metin GÜVEN ve Tuğba METİNYURT 'un çalışmasını yaptığı, 'Dindar ve Spiritüel Olmama (DİSOL) Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması' başlıklı 'Dindar ve Spiritüel Olmama (DİSOL) Ölçeği' bir diğer ölçektir.

Bu çalışma, Cragun, Hammer ve Nielsen (2015) tarafından geliştirilen NonReligious-NonSpiritual Scale'in Türkçe uyarlamasını ve onun geçerlik-güvenirlik analizlerini içermektedir. Yapılan uyarlama ile Dindar ve Spiritüel Olmama Ölçeği (DİSOL) Türk din psikolojisi literatürüne kazandırılmıştır. Ölçeğin geliştirilmesi aşamasında Spiritual kavramı Türkçe'ye spiritüel ve manevi olmak üzere iki farklı şekilde tercüme edilmiş ve iki farklı araştırma gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların iki farklı kullanıma verdikleri

cevaplar üzerinden yapılan analizlerde sonuçların önemli düzeyde değiştiği gözlenmiştir. Spiritüel ve manevi kavramlarının katılımcılar için farklı anlamlar çağrıştırdığı görülmüştür.

DİSOL ölçeği; maddenin ötesinde herhangi bir gerçeklik öngörmeyen, doğauştü alanı kabul etmeyen, kurumsal dine inanmayan veya çok düşük dindarlığa sahip, dikey anlamda spiritüel/manevi inançları olmayan veya inançsız olan bireylerin tespitinde kullanılabilecek güvenilirlik ve geçerliğe sahiptir(Sevinç vd, 2015).

SONUÇ OLARAK;

Ülkemizde hemşire yetiştiren okullarda ders programlarında bütüncül sağlık görüşüyle manevi bakım konusuna yer verilmesi, hizmet içi eğitim programlarıyla mezun hemşirelerin de konuya dikkatinin çekilmesi gerekmektedir.

Hemşirenin nitelikli spiritüel bakım sunabilmesi, bu konuya ilişkin bilgi birikiminin yeterli olması ile olası olabileceğinden, temel hemşirelik eğitimi sırasında spiritüel kavramına ve spiritüel bakıma ilişkin bilgi verilmesi, bu bilginin hastanelerde verilecek hizmet içi eğitimlerle, ulusal ve uluslararası bilimsel etkinlikler ile pekiştirilmesi, spiritüel bakımı geliştirmeye yönelik kanıt temelli araştırmaların yapılması önerilebilir.

Gerek psikiyatri kliniklerinde gerekse diğer birimlerdeki ruhsal rahatsızlığı olan danışanların bakımında bütüncül hemşirelik bakımı kapsamında yararlı olacaktır(Ergül ve Temel Bayık, 2004).

KAYNAKLAR

- Ağılkaya Şahin Z. (2016),“Hristiyan Gelenekte Manevi Bakımın Teorik Temelleri”. *Spiritual Psychology And Counseling*, 1: 43-74.
- Boztilki, M., Ardıç, A.(2017), Maneviyat Ve Sağlık. *G.O.P. Taksim E.A.H Jaren*, 3(ek Sayı):39-45.
- Cimete, G. (2002), Yaşam Sonu Bakım. *İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri*, 125-135.
- Çelik, A.S., Özdemir, F., Durmaz, H., Pasinlioğlu, T. (2014) Hemşirelerin Maneviyat Ve Manevi Bakımı Algılama Düzeyleri Ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi(Araştırma), *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* (1–12).
- Çetinkaya, B., Altundağ, S., Azak A. (2007), Spiritüel Bakım Ve Hemşirelik: Derleme, *Adü Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(1) : 47-50.
- Çınar, F., Eti Aslan, F.(2017), Spiritüalizm Ve Hemşirelik: Yoğun Bakım Hastalarında Spiritüel Bakımın Önemi, *G.O.P. Taksim E.A.H. Jaren*, 3(1):37-42.
- Ekşi, H., Kardaş, S.(2017), Spiritual Well-Being: Scale Development And Validation, *Spiritual Psychology And Counseling*, 2: 73-88.
- Ekşi, H., Kardaş, S., Akyol Koçoğlu, T. (2018), İçsel Spiritüellik Ölçeği: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. (Bekir Yıldırım, Ed.), *International Conference On Stem And Educational Sciences* 3-5 May.
- Ergül, Ş., Temel Bayık, A. (2004), Hemşirelik Ve Manevi Bakım, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8 (1):37-45.

- Erişen, M., Sivrikaya, S.K. (2017), Manevi Bakım Ve Hemşirelik, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3): 184-190.
- Greasley, P.P., Chiu Chiu L.F., Gartland, R.M.(2001), the concept of spiritual care in mental health nursing, *Journal Of Advanced Nursing*, 33(5), 629-637.
- Hiçdurmaz, D., Öz, F.(2013), Stresle Başetmenin Bir Boyutu Olarak Spiritüalite, *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16:1.
- İnce, S.Ç., Akhan, L.U. (2016), Öğrenci Hemşirelerin Maneviyat Ve Manevi Bakıma İlişkin Algıları, *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 13 (3): 202-208.
- Lavorato Neto G., Rodrigues L., Silva Dar, Turato Er, Campos Cjg.(2018), *Spirituality Review On Mental Health And Psychiatric Nursing*, Rev Bras Enferm [Internet],71(suppl 5):2323-33.
- Morgan Consoli, M.L., Unzueta, E.G., Delucio, K., Llamas, J.(2018), What Shade Of Spirituality? Exploring Spirituality, Religiosity, Meaning Making, And Thriving Among Latina/O Undergraduates, *Counseling And Values*, October, 63:232-253.
- Öz, F. (2004), Sağlık Alanında Temel Kavramlar, *İmaj İç Ve Dış Ticaret A.Ş.*, Ankara,.S.1-16.
- Sevinç, K., Güven M., Metinyurt, T. (2015), Dindar Ve Spiritüel Olmama (Disol) Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, *Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 6: 59-86.

- Söylev, U.F. (2017), Dini Danışma Ve Rehberliğin Temel Kavramları Ve Tarihi Arka Planı Üzerine Bir Değerlendirme, *Cumhuriyet İlahiyat Dergisi*, 21 (1), 255-296.
- Tokpah, M.M. , Middleton L.(2013), Psychiatric Nurses' Understanding Of The Spiritual Dimension Of Holistic Psychiatric Nursing Practice In South Africa: A Phenomenological Study. *Africa Journal Of Nursing And Midwifery*, 15 (1), 81–94.
- Yılmaz, M. (2011), Holistik Bakımın Bir Boyutu: Spiritualite, Doğası Ve Hemşirelikle İlişkisi, *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2):61-70.
- Yılmaz, M., Okyay, N. (2009), Hemşirelerin Maneviyat Ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* -3:41-52.

BÖLÜM 20:

KARAMAN İLİNDEKİ ANNELERİN BEBEKLERİNİN BAKIMINDA UYGULADIKLARI GELENEKSEL YÖNTEMLERİN ZAMAN İÇERİSİNDE DEĞİŞİM DURUMU

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ŞANLI¹

Doç. Dr. Ayşe Sonay TÜRKMEN²

¹ Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Karaman / Türkiye, yasminalya.09@gmail.com

² Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Karaman / Türkiye

GİRİŞ

Gelenekler, nesiller boyu aktarılan kültür mirasları olarak tanımlanmaktadır. Geleneklerin bir parçası olan sağlıkla ilgili inanç ve uygulamalar da yaşanan toplumun kültürel bir parçasıdır. Kültür insan yaşamına yön verdiği gibi sağlık uygulamalarına da yön vermiş ve kişinin yaşam tarzını belirlemiştir. Dolayısıyla her toplumun farklı sağlık inanç ve uygulamaları, buna bağlı olarak da farklı yaşam tarzı bulunmaktadır (Sülü Uğurlu vd., 2013:344).

Ülkemizde özellikle son zamanlarda artan iç ve dış göçler nedeni ile hızlı bir kültürel etkileşim görülmektedir (Karabulutlu, 2013:296). Sağlık, kültürel farklılıklara göre değişen görelî bir kavramdır. Farklı kültürlerden gelen bebekler, aileleri, çevreleri ve bakımlarıyla ilgili sağlık uygulamalarından oldukça etkilenirler, bu nedenle bu durum göz ardı edilmemelidir (Polat vd., 2015:49). Özellikle doğum sonu dönemde geleneksel uygulamaların yaygın olduğu bilinmektedir. Bu uygulamaların bazıları sağlık açısından yararlı iken, bazıları zararlı, bazıları ise sağlık üzerinde herhangi bir etki göstermemektedir (Arısoy vd., 2014:23,24). Doğum sonunda annelerin bebek ile ilgili yaşadıkları sorunlar genellikle emme sorunları, uyku düzeninde bozulma, sarılık, huzursuzluk, göbek enfeksiyonu, pişik, pamukçuk, konak olarak sıralanmaktadır (Eğri ve Gölbaşı, 2007:315).

Anne ve bebek bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamalar özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaygındır. Türkiye'nin sekiz ilinde (Afyon, Bingöl, Diyarbakır, Giresun, Isparta, Kırklareli, Kocaeli ve Konya) gelinlerin ve

kayınvalidelerin yaptıkları geleneksel uygulamaları inceleyen bir çalışmada sağlık üzerinde olumsuz etkileri olan geleneksel uygulamaların daha çok kayınvalideler tarafından gerçekleştirildiği, kadının eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık için zararlı olan uygulamaların yapılma sıklığının azaldığı bulunmuştur (Şenses ve Yıldızoğlu, 2002:45). Literatürde benzer sonuçlar da bulunmaktadır (Lafçı ve Erdem, 2014:228).

Hemşireler çalışma ortamında farklı kültürel özellikleri olan, dolayısıyla farklı sağlık inanç ve uygulamalarına sahip insanlarla çalışmaktadır. Hemşirelerin bakım verdikleri bireylere daha yararlı olabilmesi için öncelikle toplumun sağlık inanç ve uygulamalarını bilmesi, yapılan doğru ve hatalı sağlık uygulamalarının analizi yapabilmesi ve bu doğrultuda ailelere rehberlik etmesi gerekir. Bu nedenle bu çalışmada annelerin uyguladıkları geleneksel uygulamaların zaman içerisindeki değişimini inceleyerek hemşirelere rehber oluşturmak hedeflenmiştir.

Yöntem

Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmada yer alan veriler iki farklı zaman diliminde iki farklı grup üzerinde gerçekleştirilmiştir. İlk değerlendirme 2012 yılında Karaman Devlet Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları polikliniğine başvuran annelerde gerçekleştirilmiş olup bu veriler 2014 yılında yayın olarak yayınlanmıştır (Arısoy vd., 2014:23). Etik uygulamalar gereği bu çalışmanın verileri yazarlarından izin alınarak çalışma kapsamında tekrar analiz edilmiştir. İkinci değerlendirme 01 Mart-30 Mayıs 2018 tarihleri arasında Karaman Devlet Hastanesi çocuk polikliniklerine

başvuran 1422 anneden araştırmaya katılmaya gönüllü 328 anne ile gerçekleştirilmiştir. Örneklem hesabı yapılmamış, araştırmaya katılmayı kabul eden ve ulaşılabilen anneler araştırma kapsamına alınmıştır (Katılım oranı: %23.2).

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 0-1 yaş arası bebek varlığı
- En az okuryazar olma
- Konuşma ve zihinsel sorunun bulunmaması
- İletişim kurulabilir durumda olma
- Araştırmaya katılmayı kabul etme

Araştırmanın yürütülebilmesi için Karaman İl Sağlık Müdürlüğü Karaman Devlet Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır. Veriler literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu ile toplanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce aynı kurumun çocuk servisine başvuran 0-12 ay arasında bebeğe sahip olan 10 anne ile görüşülüp anket formu uygulanmış, soruların anlaşılabilirliği kontrol edilerek anket formunda gerekli düzeltilmeler yapılmıştır. Anket formunda annelere ait demografik özellikler (7 soru), bebek bakımı ile ilgili bilgi kaynağı (4 soru), bebek bakımı ile ilgili uygulamaları (17 soru) içeren toplam 28 soru yer almakta idi. Uygulama öncesinde araştırmacılar tarafından annelere araştırmanın amacı ve anketlerin nasıl doldurulacağı hakkında bilgi verilmiş, gönüllülük esas alınarak annelerin yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Veriler annelerin hastaneye geldikleri dönemlerde poliklinik alanında uygun bir

ortamda yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmış olup, her bir görüşme yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Verilerin analizi SPSS 21 paket programında sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve ki kare testi kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular

Araştırmada iki farklı zamana ait ve iki farklı grupta uygulanan veriler analiz edilmiş ve karşılaştırılmıştır. Her iki gruba katılan annelerin demografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Birinci gruptaki annelerin %37,4 ilkokul mezunu, ikinci gruptaki annelerin ise %32,6’sı lise mezunu, birinci gruptaki annelerin %52,6’sının evlilik süresi 1-5 yıl arasında, ikinci gruptaki annelerin %40,5’inin evlilik süresi 1-5 yıl arasında, birinci gruptaki annelerin %43’ü bir çocuğa sahip, ikinci grupta ise %44,2’si iki çocuğa sahipti ve her iki grup da büyük oranda çekirdek tipi ailede yaşamaktaydı İlk gruptaki annelerin yaş ortalaması $28,69 \pm 6,57$ yıl, ikinci gruptaki annelerin yaş ortalaması $29,15 \pm 6,07$ yıldır.

Tablo 1. Annelerin Demografik Özellikleri

Demografik özellikler	1. Grup (n: 443)		2. Grup (n: 328)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Eğitim durumu				
İlkokul	128	37,4	88	26,8
Ortaokul	74	21,6	84	25,6
Lise	102	29,8	107	32,6
Üniversite	38	11,1	49	14,9
Evlilik süresi				
1-5 yıl	180	52,6	133	40,5
6-10 yıl	88	25,7	113	34,5
11-15 yıl	46	13,5	51	15,5
16 ve daha fazla	28	8,2	31	9,5
Çocuk sayısı				
1	147	43	104	31,7
2	122	35,7	145	44,2
3	58	17	75	22,9
4 ve üzeri	15	4,4	4	1,2
Aile tipi				
Çekirdek aile	286	83,6	273	83,2
Geniş aile	56	16,4	55	16,8
Beraber yaşayan aile büyükleri				
Kayınvalide	23	6,7	19	5,8
Kayınpeder	27	7,9	25	7,6
Anne	9	2,6	7	2,1
Baba	8	2,3	4	1,2
Yok	275	80,4	273	83,2
İlk gebelik yaşı				
18 yaşından küçük	27	7,9	16	4,9
18-22 yaş	202	59,1	192	58,5
23-27 yaş	91	26,6	90	27,4
28-32 yaş	20	5,8	22	6,7
33 yaş ve üzeri	2	0,6	8	2,4

Annelerin bebek bakımı ile ilgili bilgi kaynakları ve uygulamaları incelendiğinde; her iki grupta da annelerin gebelik, doğum, lohusalık ve bebek bakımı ile ilgili bilgi almak için en çok sağlık personeline, ikinci olarak aile büyüklerine danıştıkları belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Annelerin Bebek Bakımı İle İlgili Bilgi Kaynakları

Annelerin bebek bakımı ile ilgili bilgi kaynakları	1. grup (n: 443)		2. grup (n: 328)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Gebelik ile ilgili bilgi kaynağı				
Bilgi almadı	32	9,4	81	24,7
İnternet	36	10,5	32	9,8
Aile büyükleri	99	28,9	73	22,3
Sağlık personeli	175	51,2	142	43,2
Doğum ile ilgili bilgi kaynağı				
Bilgi almadı	27	7,9	76	23,2
İnternet	25	7,3	19	5,8
Aile büyükleri	71	20,8	52	15,9
Sağlık personeli	219	64	181	55,2
Lohusalık ile ilgili bilgi kaynağı				
Bilgi almadı	21	6,1	80	24,4
İnternet	22	6,4	19	5,8
Aile büyükleri	98	28,7	65	19,8
Sağlık personeli	201	58,8	164	50
Bebek ile ilgili bilgi kaynağı				
Bilgi almadı				
İnternet	23	6,7	65	19,8
Aile büyükleri	34	9,9	13	4
Sağlık personeli	87	25,4	76	23,2
	198	57,9	174	53

Her iki grupta da annelerin yarısından fazlası bebek giysilerini yıkayıp giydirdiğini, bebeklerini ilk 30 dakika içinde emzirdiğini; çoğunluğu bebeğinin ağız sütü aldığını, bebeğini tuzlamadığını ve kundaklamadığını, kaşlarına ve gözlerine sürme vb çekmediği, sarılık oluşmaması için sık emzirdiğini, oluşursa hemen sağlık kuruluşuna başvurduğunu, tırnaklarını uzadıkça kestiğini belirtti. Bebeğin ilk banyo yaptırma zamanı birinci grupta genellikle göbek düştükten sonra yaptırılırken, ikinci grupta oldukça fazla anne tarafından 1-7 gün

içerisinde banyo yaptıran annelerin arttığı belirlendi. Bebeğin göbeğinin düşmesi ve bakımı için ilk grupta anneler genellikle alkol kullanırken ikinci gruptaki annelerin genellikle hiçbir şey yapmadıkları saptandı. Pişiği önlemek için yapılan uygulamalardan pudra kullanımının zaman içerisinde azaldığı, zeytinyağı kullanımının arttığı bulundu (Tablo 3). Her iki gruptaki annelerin bebek bakımı ile ilgili uygulamaları arasında anlamlı farklılık bulunan uygulamalar değerlendirdiğinde; yeni alınan giysilerin yıkanma durumu ($\chi^2=6,616$; $p=0,000$) açısından gruplar arası fark anlamlı olup ikinci gruptaki annelerin çoğunluğunun bebeğin ilk giysisini yıkayıp giydirdiği belirlendi. Ayrıca ilk banyo yaptırma zamanı ($\chi^2=9,725$; $p=0,000$), göbek bakımı ($\chi^2=9,434$; $p=0,000$), pişiği önleme yöntemi ($\chi^2=9,745$; $p=0,000$), kabızlık durumunda yapılanlar ($\chi^2=10,145$; $p=0,000$), bebeği uyutma yöntemi ($\chi^2=10,535$; $p=0,000$) ve ateş düşürme yöntemi açısından ($\chi^2=10,505$; $p=0,021$) da gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlendi. Buna göre zaman içerisinde bebeğin göbeği düştükten sonra banyo yaptıranların oranı azalırken 1-7 gün içerisinde banyo yaptıranların oranının arttığı belirlendi. Buna ek olarak zaman içerisinde pişiği önlemeye yönelik pudra kullanımının azaldığı, kabız olan bebeğe fitil kullanımının anlamlı düzeylerde azaldığı, zeytinyağı içirme oranının da arttığı görüldü. Zaman içerisinde annelerin bebeği uyutma yönteminin de ayakta sallama yöntemine doğru değiştiği saptandı.

Tablo 3. Annelerin Bebek Bakımı İle İlgili Uygulamaları

Annelerin bebek bakımı ile ilgili uygulamaları	1.grup (n:443)		2. grup(n: 328)		x ²	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Bebeğinize yeni aldığınız giysileri nasıl giydirirsiniz? *						
Yıkamadan giydiririm	110	32,2	38	11,6	-6,616	0,000
Yıkayıp giydiririm	232	67,8	290	88,4		
Bebeğin ilk emzirilme zamanı						
İlk 30 dk.	226	66,1	234	71,3		
30-60 dk.	48	14	60	18,3		
61 dk. ve daha sonra	60	17,5	26	7,9		
Üç ezan vakti	8	2,3	8	2,4		
Bebeğin ağız sütü alma durumu						
Evet	316	92,4	310	94,5		
Hayır	26	7,6	18	5,5		
Bebeğin tuzlanma durumu						
Evet	100	29,2	116	35,4		
Hayır	242	70,8	212	64,6		
Bebeğin ilk banyo zamanı*						
Hemen	25	7,3	31	9,5	9,725	0,000
1-7 gün içinde	43	12,6	126	38,4		
8-40 gün içinde	65	19	26	7,9		
Göbeği düşünce	209	61,1	145	44,2		

**Bebeğin göbeğinin
düşmesi ve bakımı
için yapılan
uygulama***

Alkol/batikon ile göbek bakımı	266	77,8	128	39	9,434	0,000
Hiçbir şey yapmayan	60	17,5	193	58,8		
Püse koyan	6	1,8	3	0,9		
Yanmış küllü para koyan	10	2,9	4	1,2		

Bebeği kundaklama

Evet	74	21,6	66	20,1		
Hayır	268	78,4	262	79,9		

**Bebeğinizin
kaşlarına ve
gözlerine sürme
çekme**

Evet	42	12,3	52	15,9		
Hayır	300	87,7	276	84,1		

**Fizyolojik sarılık
olmaması için
yapılan uygulama**

Altın takma	31	9,1	21	6,4		
Sarı örtü ile yüzünü kapatma	44	12,9	53	16,2		
Sık besleme	263	76,9	230	70,1		
Hiçbir şey	4	1,2	24	7,3		

**Fizyolojik sarılık
oluştuyorsa yapılan
uygulama**

Altın takma	6	1,8	8	2,4		
Sarı örtü ile yüzünü kapatma	18	5,8	11	3,4		
Hiçbir şey	20	5,8	14	4,3		
Sağlık kuruluşuna gitme	298	87,1	295	89,9		

Tırnak kesim zamanı

40 gün dolunca	75	21,9	90	27,4
Babasının cebinden para alınca	8	2,3	8	2,4
Uzadıkça	259	75,7	230	70,2

Pişiği önleme için yapılan uygulama *

Pudra dökme	152	44,4	40	12,2	9,745	0,000
Zeytinyağı sürme	62	18,1	114	34,8		
Islak mendil kullanma	17	5	24	7,3		
Altını kuru tutma	108	31,6	125	38,1		
Pişik önleyici krem kullanma	3	0,9	25	7,6		

Pişiği geçirmek için yapılan uygulama

Pudra dökme	66	19,3	16	4,9
Zeytinyağı sürme	30	8,8	70	21,3
Doktorun verdiği kremleri sürme	246	71,9	242	73,8

Bebeğin kırkı çıkınca yapılan uygulama

Kırk taşlı suyla banyo yaptırma	86	25,1	114	34,8
Kırk yumurta kabuğu suyla banyo yaptırma	10	2,9	9	2,7
Saçı sakalı ağarsın diye un sürme	26	7,6	8	2,4
Banyo yaptırma	220	64,3	197	60,1

Bebek kabız olunca yapılan uygulama*

Fıtıl koyma	57	16,7	38	11,6	10,145	0,000
Sabun koyma	15	4,4	14	4,3		
Doktora gitme	257	75,1	239	72,9		
Zeytinyağı içirme	13	3,8	37	11,3		

Bebeği uyutmak için yapılan uygulama*

Ayakta sallama	100	29,2	151	46	10,535	0,000
Tatlandırılmış emzik verme	16	4,7	16	4,9		
Yatağına koyma	102	29,8	61	18,6		
Beşikte/salıncakta sallama	124	36,3	100	30,5		

Ateşi yükseldiğinde yapılan uygulama*

Ateş düşürücü ilaç	69	20,2	105	32	10,505	0,021
Soğuk suyla yıkama	26	7,6	16	4,9		
Sirkeli suyla yıkama	30	8,8	18	5,5		
Ilık su ile banyo, düşmezse doktora gitme	217	63,5	189	57,6		

* İlk ve ikinci gruptaki annelerin bebek bakımı ile ilgili uygulamaları arasında anlamlı farklılık bulunan uygulamalar

Tablo 4. Annelerin Aile Tipine Göre Bebek Bakım Uygulamaları

Aile tipi	Çekirdek aile		Geniş aile		x ²	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
1. grup						
Kundaklama						
Evet	18	5,2	56	16,3	7,002	0,037
Hayır	230	67,2	38	11,1		
Tuzlama						
Evet	25	7,3	75	21,9	6,533	0,006
Hayır	211	61,7	31	9,1		
2. grup						
Sürme						
Evet	38	13,9	14	25,5	6,642	0,033
Hayır	235	86,1	41	74,5		

Birinci gruptaki annelerin aile tipine göre bebek bakım uygulamaları arasındaki farklılık incelendiğinde; kundaklama ve tuzlama uygulamaları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu çekirdek aileye sahip olanların kundaklama ve tuzlama uygulamaları anlamlı olarak daha az yaptıkları saptandı. İkinci grupta ise aile tipine göre kaş/göze sürme çekme vb uygulaması açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu, çekirdek aileye sahip olanların daha az uyguladıkları saptandı (Tablo 4).

Annelerin eğitim durumuna göre birinci grupta; emzirme saati ($x^2=19,188$, $p=0,000$), tuzlama ($x^2=10,778$ $p=0,013$), kundaklama ($x^2=14,160$ $p=0,003$), sürme çekme ($x^2=14,954$ $p=0,002$), tırnak kesme zamanı ($x^2=10,868$ $p=0,012$), kırk çıkarma ($x^2=11,472$ $p=0,009$) uygulamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi.

İkinci grupta ise; tuzlama ($x^2=11,688$ $p=0,009$), göbek bakımı ($x^2=11,966$ $p=0,008$), kundaklama ($x^2=10,829$ $p=0,013$), sürme çekme ($x^2=9,436$ $p=0,024$), sarılık oluşmaması için yapılan uygulamalar ($x^2=13,968$ $p=0,003$) ve kırk çıkarma ($x^2=16,817$ $p=0,001$) uygulamaları açısından anlamlı farklılık olduğu saptandı. Buna göre annelerin eğitim seviyesi yükseldikçe geleneksel uygulamaları daha az yaptıkları saptandı.

Annelerin evlilik yılına göre ise; ilk grupta; tuzlama ($x^2=21,184$ $p=0,000$), kundaklama ($x^2=14,895$ $p=0,002$), sürme çekme ($x^2=13,606$ $p=0,003$), uyutma yöntemi ($x^2=9,583$ $p=0,022$); ikinci grupta; giysi yıkama durumu ($x^2=11,112$ $p=0,011$), emzirme saati ($x^2=14,734$ $p=0,002$), tuzlama ($x^2=13,932$ $p=0,003$), sürme çekme ($x^2=9,151$ $p=0,027$), sarılık oluşmaması için yapılanlar ($x^2=10,491$ $p=0,015$) açısından anlamlı farklılık olduğu saptandı. Buna göre annelerin evlilik yılı arttıkça geleneksel uygulamalara yönelme oranı daha yüksek idi.

Annelerin çocuk sayısına göre ilk grupta; tuzlama ($x^2=13,419$ $p=0,004$), kundaklama ($x^2=14,155$ $p=0,003$), sürme çekme ($x^2=10,831$ $p=0,013$) ve uyutma yöntemi açısından gruplar arası fark bulunurken ikinci grupta hiçbir uygulamada gruplar arası fark tespit edilemedi. Buna göre çocuk sayısının geleneksel uygulamalardaki etkisinin zaman içerisinde azaldığı görüldü.

Tartışma

Annelerin uyguladıkları geleneksel bebek bakım yöntemlerinin zaman içerisindeki değişimini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada annelerin geleneksel uygulamalara hala başvurdukları, hatta bazı uygulamaların kullanımında artış olduğu belirlendi.

Bebeğin ilk emzirilme zamanı ile ilgili farklı uygulamalar olsa da en doğru uygulamanın bebeğin hemen emzirilmesi gerekir. Yapılan çalışmada annelerin çoğunluğunun ilk 30 dakika içinde bebeğini emzirdiği görülmüştür. Buna karşın hala emzirme için üç ezan vaktinin geçmesini bekleyen anneler de bulunmakta olup bu oranın zaman içerisinde değişmediği görülmüştür. Molu'nun (2016:36) 0-12 aylık bebeği olan annelerin çocuk bakımına ilişkin başvurdukları geleneksel uygulamaları saptamak amacıyla yaptığı ve toplam 382 annenin katıldığı çalışmasında annelerin %40,3'ünün doğumdan yarım saat sonra bebeklerini emzirdikleri belirlenmiştir. Dinç ve ark. (2015:127) 6-18 ay arası bebeği olan annelerin emzirme ve anne sütüne ilişkin geleneksel uygulamalarıyla ilgili çalışmalarında annelerin %54,7'sinin bebeklerini ilk 30 dakika içinde emzirmiş oldukları saptanmıştır. Ülkemizde TNSA-2013 sonuçlarına göre çocukların %50'sinin doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilmeye başlandığı görülmektedir. Çalışma sonuçlarımıza göre ilk yarım saatte emzirme oranları TNSA 2013 ve diğer çalışma sonuçlarından yükseklik gösterdiği yönündedir (1. grupta %66,1-2. grupta %71,3) (Tablo 3). Bu duruma çalışmanın yapıldığı hastanede Yenidoğan Gözlem Birimi olarak birebir yalnızca yenidoğan bebekle ilgilenen bir birimin bulunmasının etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Ayrıca hastanenin bebek dostu hastane olması, anne sütü ve erken emzirmeye önem vermesi, anneleri erken emzirme konusunda teşvik etmeleri ve desteklemeleri de bu duruma etken olmuş olabilir.

Yenidoğan döneminden itibaren bebeğin tuzlanması geçmiş yıllardan beri uygulanan en yaygın ve zararlı geleneksel uygulamalardan biridir. Annelerin bebeklerini tuzlama oranının zaman içerisinde arttığı ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Araştırmamızda annelerin 1. grupta %29,2'sinin, 2. grupta ise %35,4'ünün bebeklerini tuzladıkları belirlenmiştir (Tablo 3). Bu oranın Eğri ve Gölbaşı (2007:315)'nin çalışmasında %64, Çetinkaya ve ark. (2008:42)'in çalışmasında %74.2, Işık ve ark. (2010:72)'nin çalışmasında %86.50, Çalışkan ve Bayat (2011:28)'in çalışmasında %17.5, Yalçın (2012:25)'in çalışmasında %63, Alparslan ve Demirel (2013:49)'in çalışmasında %45,3 olduğu bulunmuştur. Sonuçlarımız literatür ile hemen hemen benzerlik göstermektedir. Bu uygulamalar bebeklerin cildine zarar verebilir, ölümcül hipotermiye neden olabilir ve enfeksiyon riskini arttırabilir. Bu yüzden hemşirelerin bebeklerin ilk banyosunda yapılan geleneksel uygulamaların neden olduğu zararlar hakkında anneleri bilgilendirmeleri faydalı olacaktır.

Annelerin bebek bakımında en çok korktukları uygulamalardan biri de bebek banyosudur. Özellikle ilk doğum sonrası annelerin çoğunluğu bebek banyosundan korkmakta ya da geciktirebilmektedir. Bebeğin ilk banyosunun göbek bağı düştükten sonra yapılması önerilmektedir. Yapılan çalışmada annelerin ilk banyo zamanı ile ilgili uygulamalarının zaman içerisinde değiştiği, 1-7 gün içerisinde banyo

yaptıranların sayısında artma gözlenirken göbek bağı düştükten sonra yaptıranların sayısında da azalma olduğu görülmüştür (1. grupta %61,1-2. grupta %44,2). Molu (2016:39)'nun çalışmasında annelerin çoğunluğunun (%61,3) bebeklerinin göbeği düştükten sonra yıkadıkları, %24,6'sının göbeği düşmeden önce yıkadıkları ve %14,1'inin ise kırkı çıktıktan sonra bebeklerini yıkadıkları belirlenmiştir. Bölükbaş ve ark. (2009:170) çalışmalarında annelerin %66.0'ının göbeği düşmeden önce bebeği banyo yaptırdığı saptanmıştır. Irgaç (2013:46)'ın çalışmasında ise annelerin %53.9'unun bebeklerini ilk üç günde yıkadıkları bulunmuştur. Çalışma sonuçlarına göre bebeğin ilk banyo zamanı konusunda ailelerin bilgi eksikliği olduğu düşünülebilir.

Bebeğin göbek bakımı ile ilgili kanıt temelli uygulamalara göre herhangi bir uygulama yapmadan kuru ve temiz tutmak yeterlidir. Yapılan çalışmada annelerin alkol/batikonla göbek bakımı yapma oranlarında azalma (1. grupta %77,8- 2. grupta %39), hiçbir şey yapmama oranlarında da artış gözlenmiştir. Bu olumlu değişime karşın göbek üzerine püse sürme ya da yanmış küllü para koyma gibi zararlı uygulamaların benzer oranlarda devam ettiği bulunmuştur. Çapık ve Çapık (2014:269)'ın Kars kent merkezinde yaşayan ve 6-12 aylık bebeklere sahip annelerin geleneksel bebek bakım uygulamalarını araştırdıkları çalışmalarında (n=294) annelerin göbek bakımında % 45,9'u hiçbir şey yapmayıp kuru ve temiz tuttıkları saptanmıştır. Çalışma bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bebeği kundaklamak özellikle gelişimsel kalça çıkıklığı riskini arttırmamasından dolayı zararlı geleneksel uygulamalar arasında sayılmaktadır. Yapılan çalışmada kundaklamanın zaman içerisinde benzer oranlarda devam ettiği belirlenmiştir (1. grupta %21,6- 2. grupta %20,1). Literatürde kundaklama ile ilgili yapılan çeşitli çalışmalarda kundaklama oranları sırasıyla %84-%66,1-%47,3-%56,3 (Alparslan ve Demirel, 2013:51; Yalçın, 2012:28; Yılmaz vd., 2012:132; Çalışkan ve Bayat, 2011:28) bulunmuş olup kundaklama geleneğinin araştırmamızda literatürün tersine daha düşük bir düzeyde uygulanması annelerin bu konuda bilinçlendirildiğini düşündürmesi açısından önemli bir bulgu olarak görülebilir.

Bebeklerin gözlerine sürülen sürme göz enfeksiyon riskini arttırmaktadır. Bu nedenle de zararlı geleneksel uygulamalar arasında sayılmaktadır. Ancak yapılan çalışmada sürme uygulamasının hala devam ettiği, azalma göstereceği yerde arttığı görülmüştür (ilk değerlendirme %12,3-ikinci değerlendirme %15,9). Bu oranın Işık ve ark. (2010:72)'nın çalışmasında %46.10, Biltekin ve ark. (2004:167)'nin çalışmasında %24 olduğu saptanmıştır. Göze sürme uygulamasının araştırmalarda farklı oranlarda yapıldığı görülmektedir. Araştırmamızda bu uygulamanın biraz daha düşük düzeyde uygulanıyor olması sağlık eğitimlerinin etkinliği açısından olumlu bir sonuçtur. Yıllar içinde oranın yükselme nedeninin ise ilin özellikle Suriye'li göçmen almış olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Bebeklerin çoğunluğunda görülen durumlardan biri de fizyolojik sarılıktır. Fizyolojik sarılıkta bebeğin erken dönemde ve sık aralıklarla

beslenmesi, buna rağmen geliyorsa erken tanı ve tedavinin başlatılması gerekmektedir. Toplumda fizyolojik sarılığın oluşmasını önlemeye yönelik farklı zararlı uygulamalar yapılabilmektedir. Bunlar arasında sarı örtü ile bebeğin yüzünü kapatma, sarı giysiler giydirme, altın takma gibi uygulamalar bebekte gelişen sarılığın geç tespitine yol açacağından kesinlikle uygulanmaması gerekir. Yapılan çalışmada bu zararlı uygulamaların zaman içerisinde uygulamasının devam ettiği (1. grupta %12,9-2. grupta %16,2), sık emzirmenin ise az miktarda da olsa azaldığı görülmüştür (1. grupta %76,9-2. grupta %70,1). Çapik ve Çapik (2014:268,269) çalışmasında annelerin %54,5'inin sarılık şüphesiyle en az bir uygulama yaptıkları (sarı örtü örtme, banyo yaptırma, altın tutturma vb) belirlenmiştir. Güzel ve ark. (2017:112)'nin çalışmasında da annelerin %8,2'sinin sarılığın önlemek için bebeğini güneş ya da florasan ışığı altında bekletme gibi geleneksel uygulamalara başvurdukları saptanmıştır. Araştırma sonucu literatürle uyumludur.

Pişiği önlemek için kullanılan pudra solunum hastalıklarını tetiklediğinden önerilmeyen uygulamalar arasında yer almaktadır. Bu uygulamanın da zaman içerisinde azaldığı ancak hala kullanıldığı belirlenmiştir (1. grupta %44,4-2. grupta %22,2). Ayrıca zeytinyağı kullanımının da arttığı gözlenmiştir. Önsüz ve ark. (2014:100) çalışmalarında eğitim düzeyi, çalışma durumu ve bebek bakımı ile ilgili eğitim almanın alt temizliğini doğru bilmeyi anlamlı olarak etkilediği, geleneksel uygulamaların çoklukla kullanıldığı alt temizliği konusunda gebelere doğum öncesi ve sonrasında eğitim verilmesinin önemli bir müdahale şekli olacağı ve bu şekilde bebeklerin cilt

hassasiyetlerinin de korunacağı ve yenidoğanın bu süreci sıkıntı çekmeden geçirmesinin sağlanacağı belirtilmektedir. Günümüzde halen kullanılan bebeğin altına pudra sürme gibi geleneksel yöntemler bebeğe yarar sağlamayacağı gibi, bebeğin sağlık durumunun kötüye gitmesine neden olabilir.

Annelerin eğitim durumuna göre ilk–grupta; emzirme saati, tuzlama, kundaklama, sürme kullanma, tırnak kesme zamanı, kırk çıkarma uygulamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). İkinci grupta ise; tuzlama, göbek, kundaklama, sürme kullanma, sarılık oluşmaması için yapılan uygulamalar ve kırk çıkarma uygulamaları açısından anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$). Güzel ve ark. (2017:115) ilk kez bebek sahibi olan annelerin bebeklerde karşılaştıkları sorunlar ve bu sorunlara yönelik uygulamalarının değerlendirilmesine yönelik yaptıkları araştırmalarında eğitim ve gelir durumu düşük olan, çalışmayan ve yaptığı uygulamayla ilgili bilgiyi kitap ve broşürden öğrenen annelerin bebek bakımında geleneksel yöntem kullanma sıklığının fazla olduğu saptanmıştır. Molu (2016:34) çalışmasında da eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık problemine yönelik annelerin geleneksel uygulama yapma düzeylerinin azaldığını belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarımız ve diğer araştırma sonuçlarına göre eğitim düzeyi yükseldikçe annelerin bilgiyi edinme çabası ve bilgiye ulaşma yollarını edinme çabası daha da artmaktadır. Araştırma sonucu ve diğer araştırma sonuçları birbirini desteklemektedir.

Annelerin büyük kısmı günümüzde kabul edilebilirliği kanıtlanmış modern yöntemlere başvursa da geleneksel yöntemler

halen uygulanabilirliğini sürdürmektedir. Yararlı olacağı düşünülerek uygulanan ve aksine zarar veren geleneksel yöntemlerle ilgili annelere bilgi verilmesi gerekmektedir. Doğan ve ark. (2013:16)'nın annelere doğum öncesinde verilen yenidoğan bakımı ile ilgili eğitimin doğum öncesi ve doğum sonrasında değerlendirilmesi konulu araştırmasında, annelere (özellikle ilk bebeğini bekleyenlere) doğum öncesi verilen eğitimin annelerin kaygısını azalttığı ve bebek bakımında yaptığı uygulamaların doğru olma sıklığını artırdığı belirlenmiştir. Araştırma sonucu literatürle uyum göstermiştir. Literatürde kendi içinde uyum göstermiştir. Farklı bölgelerde ve farklı kültürlerde olmasına karşın yapılan tüm araştırma sonuçları, annelerin modern yöntemleri daha sık kullandığı fakat çeşitli nedenlerle geleneksel yöntemlerden de vazgeçmediğini göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucuna göre iki farklı zaman diliminde ve aynı sosyodemografik özelliklere sahip iki farklı gruptaki annelerin bebek bakımında; sıklıkla tuzlama, pudra kullanma, kundaklama, bebeğin kaş ve gözüne sürme çekme ve bebeği uyutmak için ayakta sallama uygulamalarını yaptıkları belirlenmiştir. Çekirdek aileye sahip olanların kundaklama, tuzlama ve göze sürme çekme uygulamalarını daha az yaptıkları, annelerin eğitim seviyesi yükseldikçe geleneksel ve zararlı uygulamaları daha az yaptıkları saptanmıştır. Annelerin evlilik yılı arttıkça geleneksel ve zararlı uygulamalara yönelme oranının da yükseldiği ve çocuk sayısının geleneksel ve zararlı uygulamalardaki etkisinin zaman içerisinde azaldığı görülmüştür.

Araştırmada Karaman'da doğum sonu dönemde yenidoğan sağlığı ile ilgili geleneksel ve zararlı uygulamaların az da olsa uygulandığı görülmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmeti sunan ebe ve hemşireler; gebelik döneminin başından itibaren aileyi bütüncül olarak değerlendirmeli ve yenidoğan sağlığı ile ilgili geleneksel ve yanlış bildikleri zararlı uygulamaları sorgulamalıdır. Bu sorgulama ile beraber sağlığa zarar verebilecek uygulamalardaki (kundaklama, tuzlama, emzirme için üç ezan bekleme vb.) riskleri azaltabilmek için sağlık eğitimleri verilmesi önemlidir. Annelerin bebek bakımıyla ilgili bilgiyi kendilerinin internet, broşür, dergi gibi kaynaklardan öğrenmesini önlemek amacıyla; kadınlara doğum öncesi, sırası ve sonrası sağlık personeli tarafından eğitimler verilmelidir. Eğitimler özellikle genç, eğitim düzeyi düşük ve kırsal bölgede yaşayan annelere verilmeli ve eğitim sırasında verilen bilginin de uygulamaya

ne düzeyde aktarıldığı takip edilmelidir. Kırsal alanlarda, ilçelerde ve köylerde geleneksel ve zararlı uygulamalar üzerine araştırmalar yapılmasıyla konuyla ilgili daha fazla sonuç elde edilebilir. Medyanın bu konuda bilinçlendirme kampanyaları yürütmesi teşvik edilmelidir. Ayrıca çalışmanın, toplumu temsil edebilecek, değişik sosyo-kültürel düzeylerdeki anneleri kapsayan, farklı ve daha büyük örneklem grubu ile tekrarlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Alparslan, Ö. ve Demirel, Y. (2013). Traditional neonatal care practices in Turkey, *Japan Journal of Nursing Science*, 10: 47–54.
- Arısoy, A., Canbulat, N., Ayhan, F. (2014). Karaman ilindeki annelerin bebeklerinin bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(1), 23-31.
- Aydın, R., Körükçü, Ö., Kabukçuoğlu, K. (2017). Bir göçmen olarak anneliğe geçiş: riskler ve engeller. *psikiyatride güncel yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 9(3), 250-262.
- Biltekin, Ö., Boran, D., Denkli D.M., Yalçınkaya S., (2004). Naldöken sağlık bölgesinde 0-11 aylık bebeği olan annelerin doğum öncesi dönem ve bebek bakımında geleneksel uygulamaları. *STED*,13(5), 166-168.
- Bölükbaş, N., Erbil, N., Altunbaş, H., Arslan, Z. (2009). 0–12 aylık bebeği olan annelerin çocuk bakımında başvurdukları geleneksel uygulamalar, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, (6)1: 165-178.
- Çalışkan, Z., Bayat, M., (2011). Annelerin bebek bakımı uygulamaları ve etkileyen faktörler: Bir Kapadokya örneği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 23-30.
- Çalışkan, Z., Bayat, M., (2011). Annelerin bebek bakımı uygulamaları ve etkileyen faktörler: Bir Kapadokya örneği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 23-30.

- Çapık, C, Çapık, A. (2014). Traditional infant care practices of mothers with 6-12 month-old infants in Turkey. *Indian Journal of Traditional Knowledge*, 13 (2), 266-274.
- Çetinkaya, A., Özmen, D., Cambaz, S. (2008). Manisa’da çocuğu olan 15-49 yaş kadınlardan doğum sonu dönemde yenidoğan sağlığı ile ilgili geleneksel uygulamaları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 39-46.
- Dinç, A., Dombaz, İ., Dinç, D. (2015). 6-18 ay arası bebeği olan annelerin emzirme ve anne sütününe ilişkin geleneksel uygulamaları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 125-130.
- Doğan, N., Yiğit, R., Erdoğan, S. (2013). Annelere doğum öncesinde verilen yenidoğan bakımı ile ilgili eğitimin doğum öncesi ve doğum sonrasında değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3): 10-18.
- Eğri, G., Gölbaşı, Z. (2007). 15-49 yaş grubu evli kadınlardan doğum sonu dönemde bebek bakımına yönelik geleneksel uygulamaları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5), 313-320.
- Eğri, G., Gölbaşı, Z., (2007). 15-49 yaş grubu evli kadınlardan doğum sonu dönemde bebek bakımına yönelik geleneksel uygulamaları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5), 313-320.
- Güzel, A. Yavaş Uçan, S., Kara, F. (2017). İlk kez bebek sahibi olan annelerin bebek bakımında kullandıkları uygulamaların değerlendirilmesi, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 108-117.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014). 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Hacettepe Nüfus Etütleri

Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

- Irgaç, G. (2013). Yenidoğan bebeği olan annelerin bebek banyosu konusundaki görüşleri ile uygulamalarının sosyal destek algısı ve kaygı düzeyine etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Işık, Mt., Akçınar, M., Kadioğlu, S. (2010). Mersin ilinde gebelik, doğum ve loğusalık dönemlerinde anneye ve yenidoğana yönelik geleneksel uygulamalar. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 7(2), 64-83.
- Karabulutlu, Ö. (2014). Kars ilinde doğum sonu dönemde yenidoğan bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamaların belirlenmesi. DEUHYO ED, 7 (4), 295-302.
- Lafçı, D., Erdem, E. (2014). 15-49 yaş grubu evli kadınların doğum sonu dönemde anne ve bebek bakımına yönelik geleneksel uygulamaları. Gaziantep Med J, 20(3), 226-236.
- Molu, B., Şen, TA. (2016). Annelerin 0-12 aylık bebek bakımında başvurdukları geleneksel uygulamalar. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, 120(5), 33-49. Doi: 10.17367/JACSD.2016823638.
- Önsüz, MF., Köse, OÖ., Demir, F. (2014). Hastanede takipli gebelerin yenidoğan bakımı ile ilgili bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler, ADU Tıp Fak Derg, 15(3), 99-104. DOI: 10.5152/adutfd.
- Özen Çınar, İ., Korkmaz Aslan, G., Kartal, A., İnci, Fh., Koştu, N. (2015). Annelerin 0-1 yaş bebek bakımında uyguladıkları

geleneksel yöntemlerin incelenmesi TAF Prev Med Bull, 14(5), 378-386.

Polat, S., Özyazıcıoğlu, N., Bıçakçı, H. (2015). Traditional practices used in infant care. Indian Journal of Traditional Knowledge, 1(1), 47-51.

Sülü Uğurlu, E., Başbakkal Z., Dayılar, H., Çoban, V., Ada, Z. (2013). Ödemiş'te bulunan annelerin bebek bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemlerin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi /Gümüşhane University Journal of Health Sciences, 2(3), 342-360.

Şenses, M., Yıldızoğlu, İ. (2002). Sekiz ayrı ildeki kaynana ve gelinlerin lohusalık ve çocuk bakımında geleneksel uygulamaları. Çocuk Forumu, 5(2), 44-8.

Yalçın, H. (2012). Gebelik, doğum, lohusalık ve bebek bakımına ilişkin geleneksel uygulamalar (Karaman örneği). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 55, 19-31.

Yılmaz, AE., Unsal, NS., Celik, N., Karabel, M., Keskin, EA., Tan, S., Aldemir, S. (2012). A perspective from the practice of swaddling by Turkish mothers. Hippokratia, 16(2), 130-136.

BÖLÜM 21:

**KORONER ARTER HASTALIKLARI, RİSK FAKTÖRLERİ ve
RİSK YÖNETİMİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ**

Deniz Gülistan ER¹

¹ Uzm. Hemşire, İskenderun Devlet Hastanesi Anjiyografi Bölümü, PhD Öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, gulistaner7@hotmail.com

1.KORONER ARTER HASTALIKLARI

Koronar arter hastalıkları kalp kası olan miyokardın kanlanmasıyla, dolayısıyla beslenmesini engelleyici, nedeni çeşitli sebeplere bağlı olan bir ateroskleroz bir plakla daralması ya da tıkanması ile tanımlanabilir.

1.2.Etiyoloji

Etiyolojisinde birçok faktör rol alıp, önlenebilir riskler arasında hipertansiyon, hiperkolesterolemi, diyabet, sedanter yaşam, tütün kullanımı, obezite yer alır. Değiştirilemeyecek riskler ise yaş, cinsiyet ve aile öyküsüdür.

1.3.Patofizyoloji

Koronar arter hastalığına neden olan esas durum, ateroskleroz yol açan endotel disfonksiyonudur. Ateroskleroz neden olan durumlar oldukça karmaşık ve çok sayıdadır. Bu güne dek teoriler ateroskleroz oluşumuna damar lümeninde bir lipit zamanla lipit birikiminin artması sonucu damarın tıkanıp üzerine iken, yeni teoriler ise sadece lipit birikiminin değil, hiperkoagülabilité, endotel disfonksiyonu, oksidatif stres, enflamasyon ve enfeksiyonun da sorumlu olduğu enflamatuvar bir hastalık olduğunu düşündürmektedir.

Son zamanlarda yapılan çalışmalara göre ateroskleroz oluşumunda yalnız damar duvarında ortaya çıkan lipit birikiminden ziyade, her aşamasında progresyon gösteren kronik enflamasyon rol almaktadır. Eşlik eden her risk faktörü de enflamatuvar süreçteki patogeneze katkıda bulunmaktadır.

2.DÜNYADA VE TÜRKİYE DE KORONER ARTER HASTALIKLARI NIN DURUMU

Yetişkinlerde en yaygın rastlanan kardiyovasküler hastalık koroner arter hastalıkları'dır. 2008 yılında yayınlanmış olan "Dünyada İlk 10 Ölüm Nedeni Raporu"nda ölüme neden olan hastalıklar arasında koroner arter hastalıkları, ilk sıralarda yer almaktadır.

Koroner arter hastalığının prevalansı gelişmiş ülkelerde azalma gösterirken gelişmekte olan ülkelere artış göstermektedir. Risk faktörlerine yönelik savaşın gelişmiş ülkelerdeki prevalansının azalmasında büyük katkısı vardır. Risk faktörlerinin ve ölüm oranının giderek arttığı gelişmekte olan ülkelere de olumsuz yönde gidiş olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde ise, Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 2009 raporunda yer alan ve 18 yıllık sonuçlarını kapsayan verilere göre, her iki cinsiyette de ölüm nedeni olarak ilk sırada koroner arter hastalıkları yer almaktadır. Türk halkının hayat tarzındaki değişikliklerin etkisi ile 1990 yılından bu yana koroner arter hastalıkları görülme riskinin her yıl %6.4 arttığı bilinmektedir. Avrupa ülkelerine oranla Türkiye 'de koroner arter hastalıkları nedeni ölümler daha yüksektir ve 10 yıl içinde koroner kalp hastası sayısının iki kat artış göstermesi beklenmektedir. Koroner arter hastalığına bağlı mortalite oranları özellikle risk faktörleri varlığına göre değişmektedir.

3. KORONER ARTER HASTALIKLARI İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

Risk faktörlerinin koroner arter hastalıklarının oluşumundaki etkisinin ortaya konması ile bu faktörler yönünden bireyin riskinin belirlenmesi ve bireydeki mevcut risk faktörlerinin kontrolü önem kazanmıştır.

Koroner arter hastalıklarında sıklıkla birden fazla risk faktörü bir arada bulunur. Bu hastalarda 3 ve fazlası risk faktörünün birlikte bulunma ihtimali, tesadüfen bir arada bulunma ihtimallerinden dört kat daha fazla olasılıktadır. Bu bilgi ışığında risk faktörleri arasında da ciddi etkileşimler olduğunu düşünmek kaçınılmazdır. Risk faktörlerinin birden fazlasının bir arada olmasından kaynaklanacak risk, bu faktörlerinin her birinin ayrı ayrı bulunması durumundaki risklerin toplamından fazladır.

Ateroskleroz ve koroner arter hastalıkları risk faktörleri tanımlanmış olup değiştirilebilir ve değiştirilemez faktörler şeklinde ikiye ayrılır.

3.1. Değiştirilemez Risk Faktörleri.

İrk, yaş, cinsiyet ve genetik gibi risk faktörleri değiştirilemez faktörlerdir. Yaş arttıkça koroner arter hastalığı riski artmakta olup ailede koroner arter hastalığı öyküsünün olması hem erkekler hem de kadınlar için risk oluşturmaktadır.

3.2.Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Değiştirilebilir risk faktörlerinin ilki biyolojik faktörler olarak sınıflandırılmış olup; hipertansiyon, hiperkolesterolemi, diyabet, metabolik sendrom, sigara içmek, obezite, fiziksel hareketsizlik gibi etmenlerdir. Bir diğeri ise davranışsal risk faktörleri olup; sigara içmek, obezite ve hareketsizliktir.

4. BİRİNCİL VE İKİNCİL KORUNMA

Primer (birincil) korunma; hastalığa dair hiçbir semptomu olmayan ancak hastalık riski yüksek bireylerin, yaşam tarzlarının değiştirilmesi ve risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ile hastalığın oluşması önlemek veya hastalığın ortaya çıkışı geciktirmektir. Primer korunma, hedefi tüm toplumun korunması olan “toplum stratejisi” ya da yüksek risk grubundaki bireylerin korunmasını amaç edinen “yüksek riskli birey stratejisi” olmak üzere iki biçimde uygulanır. Alınan önlemlerin etkinliği ise her yıl ortaya çıkan yeni vaka sayısı (insidans) ile ölçülür. Toplum stratejisinde bireylerin riski değil toplum düzeyinde riskler göz önünde bulundurulurken, yüksek riskli birey stratejisinde; kronik hastalıklar yönünden bireylerin risk durumları değerlendirilir.

Tütün kullanımının azaltılması, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması ve yeterli fizik aktivite gibi toplumda davranış değişikliği meydana getirecek önlemler toplum stratejisi kapsamındadır.

Her iki stratejinin bir arada kullanılması koroner arter hastalıklarının kontrolünde önemli olup tüm girişimler birbiri ile

bütünlük içinde uygulanmalıdır. Primer korunma önlemleri; sigaranın bırakılma, sağlıklı beslenme, egzersiz gibi davranış değişikliği girişimleri yanında kilo ve kan basıncının kontrolü, lipid düşürücü tedavinin uygulanması, diyabetin kontrol edilmesi ve gibi ilaç tedavilerini içeren girişimlerdir.

İkincil (sekonder) korunmanın amacı; koroner ve diğer aterosklerotik vasküler hastalığı olanlarda hastalığın ilerlemesini önlemektir. Sekonder korunma önlemlerinin etkinliği ölüm oranları izlenerek değerlendirilir. Sekonder korunmada hem biyolojik hem de davranışsal risk faktörleri kontrol altına alınmalıdır.

Ulusal Kalp Sağlığı Politikası'nda sigara, obezite ve hipertansiyon ile mücadele edilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır. Öncelikli olarak ele alınması gereken risk faktörlerinin tütün kullanımı, hipertansiyon ve obezite olduğu belirtilmiş ve kadın grubunun da özellikle üzerinde durulması gerektiği vurgulanmıştır.

Ülkemizdeki sağlık alt yapısı ve organizasyonunda yer alan hekim ve hemşireler ve diğer teknik destek elemanlarının koruma yöntemleri ve girişimlerle ilgili sürekli eğitim almaları önemlidir.

5. RİSK FAKTÖRLERİ YÖNETİMİ VE HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI

Hastalıklardan korunmada bireylerin katılımının sağlanması ve öz sorumluluğunun artırılması önemlidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanılmasında ve bu alışkanlığın etkili bir biçimde sürdürülmesinde rol alan bir çok faktör vardır. Birçok birey bu alışkanlıkların geliştirmede ve devam ettirmede zorlanmaktadır.

İstenilen davranış değişikliğinin kazandırılmasında kullanılabilir ideal bir yöntem henüz tanımlanmamıştır. Ancak sağlık profesyonellerinin bireyler ve aileler arasında işbirliği sağlaması ile, beklenen davranış değişikliğinin gerçekteşmesi ve bireyin motivasyonu artması kolaylaşacaktır.

Temel rolleri; bakım verme, eğitim ve danışmanlık, araştırma ve yönetim olan hemşirelerin, kronik hastalıkları önlemede, sağlığı koruma ve geliştirmede, kronik hastalıklı bireylerin bakımını koordine etmede önemli rolleri vardır.

Uluslararası Hemşireler Konseyi kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimini noktasında hemşire iş gücünün önemli olduğunu vurgulayarak bu iş gücünü etkin şekilde kullanılması gerektiğini bildirmiştir.

5.1.Hipertansiyon

Hipertansiyon küresel bir halk sağlığı sorunu olup, en sık görülen kronik hastalıklardan biridir. Sağlık ve ekonomi alanında büyük bir yük oluşturmanın yanı sıra; kalp hastalıkları, inme, böbrek hastalığı, erken ölüm ve yeti kaybı gibi durumlarla ilişkilidir. Hipertansiyon kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin %45'inden sorumludur ancak önlenabilir ve tedavi edilebilir olduğu unutulmamalıdır.

Kan basıncının uzun süre normal sınırlarının üzerinde olması damar yapısında hasara ve dolayısıyla inflamatuvar yanıtın artmasına sebep olmaktadır. İnflamatuvar yanıtın etkisi ile büyüme faktörlerinin salınımı tetiklenir ve sonuç olarak damar duvarında hipertrofi gelişir.

Hipertansiyon kalp hastalıkları için majör bir risk faktörüdür. Erişkinlerde koroner kökenli durumlar ve ölümlerin en önemli belirleyicisidir. Bu risk sistolik kan basıncının 20mm/hg yükselmesi ile bağımsız olarak %40 artmaktadır. Birçok çalışma göstermektedir ki hipertansiyon yönetiminde hemşire etkilidir. Uluslararası çalışmalar ve klinik uygulamalarda hemşirenin hipertansiyon yönetimindeki rolleri; değerlendirme, tanılama ve izlem, ilaç yönetimi, hasta eğitimi, danışmanlık ve doğru alışkanlıklar geliştirme, bakımın düzenlenmesi, klinik veya ofisin yönetimi olarak belirtilmiştir.

5.2.Hiperkolesterolemi

Yüksek kan kolesterolü koroner arter hastalıkları riskini artırır. İskemik kalp hastalıklarının üçte birlik bir kısmı hiperkolesterolemi ile ilişkilidir. Yüksek serum kolesterolünü düşürmek kalp hastalığı riskini azaltır. Erişkin bir erkekte kan kolesterolündeki yüzde 10'luk azalmanın 5 yıl içinde kalp hastalığı riskini yüzde 50 azalttığı belirtilmiştir.

5.3.Diyabet

Diyabetli kişilerde mortalite oranları incelendiğinde yüzde 60'ın kalp ve damar hastalıkları oluşturmaktadır. Diyabetli kişilerde kalp ve damar hastalıkları görülme sıklığı 2-3 kat daha fazla olup diyabetli olmayanlara göre prognozu daha kötüdür Kadınlarda ise erkeklere göre risk daha yüksektir.

Bunun yanısıra anormal glukoz regülasyonu diğer kalp ve damar hastalıkları risk faktörleri ile birlikte olma eğilimindedir.

5.4. Metabolik Sendrom

Refah seviyesi yüksek ülkelerde, sağlık davranışları ile ilgili hastalıklar giderek artmaktadır. Bireylerin metabolik sendrom düzeyleri kişisel özelliklerine bağlı olarak değişebilmektedir. En önemli hastalıklardan biri olan, Metabolik Sendromun, yaşam şeklinin sağlıklı hale getirilerek kontrol altına alınabildiği bilinmektedir. Bunun içinde ciddi yaşam tarzı değişikliği gerekmektedir. Her ne kadar çok ucuz ve yanetkisi olmayan bir yöntem olsa da uygulaması da bir o kadar zor bir yöntemdir. Patogenezi tam olarak açıklanamamış olup diyabet ve kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri ile alakalı kompleks bir yapıya sahiptir. . Hastalığa ait birçok faktörü vardır. Bunlar yüksek kan basıncı, disglisemi, trigliserit seviyesinin yüksekliği, kolesterol yüksekliği, HDL düşüklüğü, obezite ve özellikle göbek çevresi fazlalığı oluşturmaktadır.

Bazı kişisel özelliklerin metabolik sendrom risk düzeyini değiştirdiği bilinmektedir. Kadın cinsiyet, ileri yaş ve düşük eğitim düzeyi bu riski artırmaktadır.

Yasam tarzı değişikliğinde, hasta eğitimi önemli bir yere sahiptir. Hastaya verilecek olan yeterli bilgi ve eğitimle, kendini daha iyi hissetmesi sağlanabilir memnuniyeti ve yasam kalitesi de artabilir.

Hasta eğitiminde sigara, beslenme, alkol tüketimi, fiziksel aktivite gibi temel olan konulara yer verilmelidir. Eğitim programlarında, sürekliliğin sağlanmasına yönelik olarak uzun süreli planlar yapılmalı ve mutlaka kayıt tutulmalıdır.

Yaşam tarzı değişikliği sağlanması hastaya ulaşabilirliği en yüksek sağlık personeli olan rolü yadsınamaz. Bu nedenle hemşireler hastaya müdahale edebilecek ve eğitim verebilecek yeterli bilgiye sahip olmalıdır.

5.5.Tütün Kullanımı

Sigarayı bırakmanın koroner kalp hastalığına bağlı mortaliteyi azalttığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Sağlıklı bir yaşam için tütün kullanımının engellenmesi ve sigara kullanan kişilere sigarayı bıraktırmada etkili olabilecek politikalar geliştirmelidir. Hemşireler bu noktada da eğitimci ve danışman rollerini de üslenmiş sağlık profesyonelleri olarak etkilidir.

5.6.Obezite

Obezite gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde giderek artan bir sağlık problemidir. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki; kilolu olma hali ve obezite ile kalp ve damar hastalıkları arasında bir ilişki vardır. Bunun yanı sıra kan basıncı yüksekliği, glukoz intoleransı, diyabet ve dislipidemi gibi koroner arter hastalıkları risk faktörleri ile de ilişkilidir. Koroner kalp hastalıkları riski artan beden kütle indeksi ve sağlıksız beslenme ile artmaktadır.

5.7.Fiziksel Hareketsizlik

Yeterli fiziksel aktivitenin koroner kalp hastalıkları kaynaklı ölümleri ve tüm kalp damar hastalıkları risklerini azalttığı bir çok çalışmayla gösterilmiştir.

Haftada 5 kez 30 dakikadan daha az süreli orta dereceli aktivite veya haftada 3 kez 20 dakikalık ağır aktiviteden daha azı yetersiz fiziksel aktivite anlamında kullanılmaktadır(Yetersiz fiziksel aktivite düşük gelir düzeyindeki ülkelere kıyasla yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde çalışma alanlarında otomasyon ve araç kullanımının artması nedeniyle daha fazladır.

Fiziksel aktivite kilo kontrolünde anahtar role sahip olup kilo kaybı, glisemik kontrol, kan basıncı, lipid profili, insülin duyarlılığında iyileşme ile ilişkilidir. Endotel disfonksiyonunda iyileşme sağlar. Tüm bu risk faktörleri ve etkileri göz önünde bulundurulduğunda; hemşireler risk faktörleri yönetiminde, yaşam biçimi değişikliklerinin elde edilmesinde hastanın kendisinin de dahil olacağı etkili bir plan hazırlamalıdır. Bu plan hasta beklentilerine cevap verecek eğitimleri, eğitim etkinliğinin bire bir görüşmelerin yanı sıra telefon takipleriyle de izlenerek değerlendirilmesini, eğitim programına katılımları için bireylerin teşvikini içermelidir. Hemşire görüşmelerinde hastanın plana uyumunu motivasyonunu değerlendirerek, sonucunda belirlenen hemşirelik tanılarına uygun girişimlerde bulunmalıdır. Bu girişimler; kan basıncını normal sınırlarda tutma, sağlıklı yaşam biçimi davranışı oluşturma, hastalığa ve ilaç kullanımına uyumu artırma ve ihtiyaç doğrultusunda farklı konulara yönelik danışmanlık hizmeti vermeyi içermelidir. Hastanın ihtiyaçları göz önünde bulundurularak; hemşire liderliğinde diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği içerisinde, mevcut rehber ve protokoller doğrultusunda gerçekleştirilecek etkin bir programı ile tüm risk faktörlerinin yönetiminde başarı sağlanabilmekte ve riskler yönetilebilmektedir.

KAYNAKÇA

- Berlin, J. A., & Colditz, G. A. (1990). A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *American journal of epidemiology*, 132(4), 612-628.
- Boden-Albala, B., Cammack, S., Chong, J., Wang, C., Wright, C., Rundek, T., ... & Sacco, R. L. (2008). Diabetes, fasting glucose levels, and risk of ischemic stroke and vascular events: findings from the Northern Manhattan Study (NOMAS). *Diabetes care*, 31(6), 1132-1137.
- Calcaterra, V., Muratori, T., Klersy, C., Albertini, R., Caramagna, C., Brizzi, V., & Larizza, D. (2011). Early-onset metabolic syndrome in prepubertal obese children and the possible role of alanine aminotransferase as marker of metabolic syndrome. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 58(4), 307-314.
- Carr, D. B., Utzschneider, K. M., Hull, R. L., Kodama, K., Retzlaff, B. M., Brunzell, J. D., ... & Kahn, S. E. (2004). Intra-abdominal fat is a major determinant of the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III criteria for the metabolic syndrome. *Diabetes*, 53(8), 2087-2094.
- Cornelissen, V. A., & Fagard, R. H. (2005). Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms, and cardiovascular risk factors. *Hypertension*, 46(4), 667-675.
- Cornelissen, V. A., & Fagard, R. H. (2005). Effect of resistance training on resting blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials.

- Cumbie, S. A., Conley, V. M., & Burman, M. E. (2004). Advanced practice nursing model for comprehensive care with chronic illness: model for promoting process engagement. *Advances in Nursing Science*, 27(1), 70-80.
- Çakır, H. (2003). Hipertansiyon Hastalarına Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, stanbul, Marmara Üniversitesi.
- DECODE Study Group. (2003). European Diabetes Epidemiology Group Is the current definition for diabetes relevant to mortality risk from all causes and cardiovascular and noncardiovascular diseases. *Diabetes Care*, 26(3), 688-696.
- Demirtaş, A., & Akbayrak, N. Metabolik Sendrom Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 13(3), 196-201.
- Derneği, T. K. (2008). Avrupa klinik uygulamada kardiyovasküler hastalıklardan korunma kılavuzu: Özet. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 153-192.
- Derneği, T. K. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası, 2006. Erişim: <http://www.tkd.org.tr/pages.asp>.
- Dhanapalaratnam, R., Fanaian, M., & Harris, M. F. (2011). Lifestyle intervention: a study on maintenance in general practice. *Australian family physician*, 40(11), 903.
- Eberly, L. E., Cohen, J. D., Prineas, R., & Yang, L. (2003). Impact of incident diabetes and incident nonfatal cardiovascular disease on

- 18-year mortality: the multiple risk factor intervention trial experience. *Diabetes Care*, 26(3), 848-854.
- Further, W. M. G. Primary Prevention of Cardiovascular Disease In Scotland.
- Güleç, S. (2009). Kalp damar hastalıklarında global risk ve hedefler. *Türk Kardiyol Dern. Arş*, 37, 3-5.
- Hastalığı, T. K. D. K. K. (2013). Korunma Ve Tedavi Kılavuzu. 2002. Türk Kardiyoloji Derneği web sayfasından ulaşılabilir. URL: <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k11.htm>.
- İpek, S. (2008). Tip 2 Diyabetli Hastalarda Metabolik Sendrom Prevalansı. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*; Cilt: 15 Sayı: 1. 6*26
- Kelley, G. A., Kelley, K. S., & Tran, Z. V. (2005). Aerobic exercise, lipids and lipoproteins in overweight and obese adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International journal of obesity*, 29(8), 881.
- KOLCU, M., & ERGÜN, A. Yaşlılarda Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(3), 234-241.
- Koplay, M., & Erol, C. (2013). Koroner arter hastalığı. *Trd Sem*, 1, 57-69
- Kurçer, M. A., & Özbay, A. (2011). Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi. *Anatolian Journal of Cardiology/Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 11(2).

- Lakka, H. M., Laaksonen, D. E., Lakka, T. A., Niskanen, L. K., Kumpusalo, E., Tuomilehto, J., & Salonen, J. T. (2002). The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *Jama*, 288(21), 2709-2716.
- Diabetes Control and Complications Trial. (2005). Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study Research Group Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. *N Engl j Med*,
- Laing, S. P., Swerdlow, A. J., Slater, S. D., Burden, A. C., Morris, A., Waugh, N. R., ... & Patterson, C. C. (2003). Mortality from heart disease in a cohort of 23,000 patients with insulin-treated diabetes. *Diabetologia*, 46(6), 760-765.
- Laws, R. A., Chan, B. C., Williams, A. M., Davies, G. P., Jayasinghe, U. W., Fanaian, M., & Harris, M. F. (2010). An efficacy trial of brief lifestyle intervention delivered by generalist community nurses (CN SNAP trial). *BMC nursing*, 9(1), 4.353(25), 2643-2653.
- Levitan, E. B., Song, Y., Ford, E. S., & Liu, S. (2004). Is nondiabetic hyperglycemia a risk factor for cardiovascular disease?: a meta-analysis of prospective studies. *Archives of internal medicine*, 164(19), 2147-2155.
- Mallika, V., Goswami, B., & Rajappa, M. (2007). Atherosclerosis pathophysiology and the role of novel risk factors: a clinicobiochemical perspective. *Angiology*, 58(5), 513-522.

- Mendis, S., Puska, P., Norrving, B., & World Health Organization. (2011). Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World Health Organization.
- Oguma, Y., & Shinoda-Tagawa, T. (2004). Physical activity decreases cardiovascular disease risk in women: review and meta-analysis. *American journal of preventive medicine*, 26(5), 407-418.
- Oğuz, A. (2008). Metabolik sendrom. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 18(2), 57-61.
- Oguz, A., Sagun, G., Uzunlulu, M., Alpaslan, B., Yorulmaz, E., Tekiner, E., & Sariisik, A. (2008). Frequency of abdominal obesity and metabolic syndrome in healthcare workers and their awareness levels about these entities. *Turk Kardiyol Dern Ars*, 36(5), 302-9.
- Okraïneç, K., Banerjee, D. K., & Eisenberg, M. J. (2004). Coronary artery disease in the developing world. *American heart journal*, 148(1), 7-15.
- Quality, D. (2010). *Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care*. International Council of Nurses, Geneva.
- Sevinç, S. (2017). Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi .Ovayolu N(Ed.), Ovayolu Ö(Ed.), Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarda Kronik Hastalıklar . (s.129). Adana: Nobel
- Şencan, I., Keskinçılıç, B., Ekinci, B., Öztemel, A., Sarıoğlu, G., Çobanoğlu, N., & Bolay Yavaşoğlu, G. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-

- 2020). TC Türkiye halk Sağlığı Kurumu, TC Sağlık Bakanlığı Yayın, (988), 1-63.
- Tokgözoğlu, L. (2009). Ateroskleroz ve enflamasyonun rolü. Türk Kardiyol Dern Arş, 4, 1-6.
- Türkmen, E. (2012). Koroner Arter Hastalıkları ve Bakım. Zehra Durna (Ed.), Kronik Hastalıklar ve Bakım içinde (s.111-144). İstanbul: Nobel
- Türkmen, E., Badır, A., & Ergün, A. (2012). Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü.
- Wendel-Vos, G. C. W., Schuit, A. J., Feskens, E. J. M., Boshuizen, H. C., Verschuren, W. M. M., Saris, W. H. M., & Kromhout, D. (2004). Physical activity and stroke. A meta-analysis of observational data. *International journal of epidemiology*, 33(4), 787-798.
- World Health Organization. (2007). Prevention of cardiovascular disease. World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013 (No. WHO/DCO/WHO/2013.2). World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.
- World Health Organization. (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014 (No. WHO/NMH/NVI/15.1). World Health Organization.

- World Health Organization. The top ten causes of death. Fact Sheet No: 310; 2008.
- Writing Group Members, Lloyd-Jones, D., Adams, R. J., Brown, T. M., Carnethon, M., Dai, S., ... & Gillespie, C. (2010). Executive summary: heart disease and stroke statistics—2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 121(7), 948-954.
- Yusuf, S., Reddy, S., Ôunpuu, S., & Anand, S. (2001). Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation*, 104(22), 2746-2753.
- 47-Yüksel, H. (2006). Aterosklerotik Kardiyovasküler Hastalıklarda Primer ve Sekonder Korunma. İçinde: Ateroskleroz (Koroner, Serebral, Periferik Arter Tutulumu) Sempozyumu. Ed: Canbaz B, Enar R, Tüzün H, Nobel Matbaacılık, İstanbul, 77-88.

BÖLÜM 22:
GEBELİK DÖNEMİNDE BESLENME VE YUMURTANIN
ÖNEMİ

Dr. Öğr. Üyesi Nihat TELLİ¹
Diyetisyen Sümeyra KULA²

¹ Konya Teknik Üniversitesi, Teknik Bilimler MYO, Gıda Teknolojisi Bölümü, Konya, TÜRKİYE, ntelli@ktun.edu.tr

² Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Beslenme ve Diyet Polikliniği, Konya, TÜRKİYE, sumeyra-ulker@hotmail.com.tr

GİRİŞ

Maternal diyet, enerji ve besin öğeleri bakımından fetüs ihtiyaçlarını ve laktasyon sürecinin gereksinimlerini karşılayabilir nitelikte olmalıdır (Haider ve Bhutta 2017). Maternal diyetin nitelik ve nicelik bakımından yetersizliğinin tüm bebeklerde sağlık problemlerine yol açacağını ifade etmek doğru kabul edilmemektedir (Tayar ve Korkmaz 2007). Bununla birlikte konjenital bozuklukların ve mental gelişim geriliklerinin kötü beslenme ile ilişkisi olmadığını ileri sürmek bilimsel gerçeklikten uzak olup gelişim problemleri prevalanslarının beslenme kalitesi ile yakından ilişkili olduğu da birçok literatürde belirtilmektedir (Cox ve Phelan 2008, Aydın 2018).

Bireysel olarak uygun beslenme stratejilerinin belirlenmesi noktasında hayvansal kaynaklı besinler sağlıklı bir gebelik sürecine katkı sağlamaktadır. Özellikle yumurta biyolojik değeri yüksek protein içeriği sebebiyle gebe bireylerin diyetlerinde oldukça önem arz etmektedir. Riboflavin, folat, B12 vitamini, D ve E vitamininin önemli bir kaynağı olması ve fetüsün gelişmesi için gerekli olan büyüme faktörlerini içermesi de yumurtayı diğer besinlerden ayrıcalıklı kılmaktadır (Kovacs-Nolan ve ark 2005).

Gebelik Süreci ve Fetal Gelişim

Gebeliğin ilk üç aylık süreci olan ilk trimesterde kilo alımı diğer dönemlere göre en düşük seviyede (Watson ve Wall 2002) olup gözlemlenen ağırlık artışı yaklaşık 1-2 kg düzeyindedir (Samur 2015). Fetüsün beyin yapısının şekillendiği bu süreçte yetersiz ve dengesiz beslenmenin bebeğin mental gelişiminde kalıcı gerilik problemlerine

yol açabileceği ifade edilmektedir (Gülçen ve ark 2014). Gebeliğin ikinci üç aylık süreci ikinci trimester olarak tanımlanmaktadır. Maternal dokulardaki artış önemli ölçüde bu dönemde meydana gelmektedir (Mann ve Truswell 2002). Fetüste ikinci trimesterden itibaren hücre çoğalması hızlanmaya başlamaktadır (Lammi-Keefe ve ark 2018). Üçüncü trimesterde; fetüs ve plasentanın büyümesi, amniyotik sıvının artışı ile birlikte santral sinir sistemi ve retina gelişimi hızlanmaktadır. İskelet dokusunun büyümesi ve dişlerin oluşması bu dönemde şekillenmektedir (Lammi-Keefe ve ark 2018).

Beden Kütle İndeksi

Antropometrinin beslenme alanında uygulanmasıyla ortaya çıkan Beden Kütle İndeksi (BKİ), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından da kabul görmektedir. BKİ, vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine bölünmesiyle elde edilen değer olarak ifade edilmektedir (Baysal 2002). BKİ yetişkin (18-65 yaş arası) bireyleri normal kilolu (18.50-24.99), fazla kilolu (25.00-29.99), obez (≥ 30) ve zayıf (< 18.50) olarak sınıflandırmaktadır (Kyle ve ark 2003).

Gebelik Sürecinde Beden Kütle İndeksine Göre Beslenme

Gebelik öncesi normal BKİ değerlerinde olan gebe bireyler için 2. ve 3. trimesterde haftada 0,4 kg, zayıflarda 0,5 kg ve fazla kilolularda 0,3 kg'lık ağırlık kazanımı normal kabul edilmektedir (Rosello-Soberon ve ark 2005). Gebeliğe obez BKİ ile başlamak ve gebelikte aşırı besin tüketimi, yeni doğanın sağlığını ve antropometrik değerlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Cedergren 2004, Weiss ve ark 2004, Driul ve ark 2008). Çoğul gebeliklerde kilo artışı

daha fazladır ve özellikle erken gebelik evresinde bu artış daha yoğun olmaktadır (Rosello-Soberon ve ark 2005). İkiz gebeliklerde, ikinci ve üçüncü trimesterde sırasıyla; günlük 490 ve 600 kkal ek enerji alımı gerekmektedir. Gebelik süreci toplamında da ikiz ve üçüz gebeliklerde anne adaylarının sırasıyla 16-20 arası ve 22 kg alması önerilmektedir (TUBER 2015). Gebe bireylerin BKİ'lerine göre gebeliğin farklı trimesterlerinde ihtiyaç duydukları ek enerji miktarı ve gebelik süresince almaları gereken kilo miktarı Tablo 1'de belirtilmektedir.

Tablo 1. Farklı trimesterlerde BKİ'ye göre eklenmesi gereken enerji miktarı ve kilo alımı (Baysal 2002,Tayar ve Korkmaz 2007).

BKİ	Ek enerji miktarı / Haftalık Kilo Alımı			Toplam Kilo Alımı (kg)
	1.trimester	2.trimester	3.trimester	
<20	250 / 0.20	300 / 0,49	300 / 0,49	13-18
20-25	150 / 0.13	300 / 0,44	300 / 0,44	11-16
25-30	-	300 / 0,3	300 / 0,3	7-11
>30	Kontrollü zayıflama	İhtiyaç kadar	İhtiyaç kadar	6-9

Gebelikte Artan Besin Ögesi Gereksinimleri

Gebe bireylerin besin gereksinimleri; besin depolarının yeterliliği, fiziksel aktivite, yaş, gebelik başlangıç ağırlığı gibi birçok etmene bağlı olmaktadır (Köksal ve Gökmen 2000). Gebe bireyler genel olarak, gebeliğin başlangıcından itibaren gebelik fizyolojisinin gerektirdiği ölçüde beslenmesine eklemeler (Tablo 2) yapmalıdırlar (Tayar ve Korkmaz 2007).

Tablo 2. Gebelik sürecinde günlük besin ögesi artışı (Tayar ve Korkmaz 2007).

Besin Ögesi	Yetişkin Birey / Gebe Gereksinimi	Besin Ögesi	Yetişkin Birey / Gebe Gereksinimi
Protein (g)	46 / 71	Vitamin B12 (µg)	2,4 / 2,6
Karbonhidrat (g)	130 / 175	Biotin (µg)	30 / 30
Lif (g)	25 / 28	Kolin (mg)	425 / 450
Omega-3 (g)	1,1 / 1,4	Kalsiyum (mg)	1000 / 1300
Omega-6 (g)	12 / 13	Demir (mg)	18 / 27
Vitamin A (µg)	700 / 770	Çinko (mg)	8 / 11
Vitamin D (µg)	15 / 15	İyot (µg)	150 / 220
Vitamin E (mg)	15 / 15	Bakır (µg)	900 / 1000
Vitamin K (µg)	90 / 90	Magnezyum (mg)	310 / 350
Vitamin C (mg)	75 / 85	Manganez (mg)	1,8 / 2
Vitamin B1 (mg)	1,1 / 1,4	Molibden (µg)	45 / 50
Vitamin B2 (mg)	1,1 / 1,4	Fosfor (mg)	700 / 700
Vitamin B3 (mg)	14 / 18	Selenyum (µg)	55 / 60
Vitamin B6 (mg)	1,3 / 1,9	Krom (µg)	25 / 30
Vitamin B9 (µg)	400 / 600	Florür (µg)	3 / 3

Gebelik Döneminde Sıvı Alımı

Suyun vücutta birçok fizyolojik fonksiyonu bulunmaktadır (Beltrami ve ark 2008). Gebelik sürecinde artan kan hacmi ve amniyon sıvısı düzeylerinin korunabilmesi ve özellikle son trimesterde gerçekleşebilecek ödemin engellenebilmesi amacıyla suya gereksinim artış göstermektedir. Genel olarak günlük su tüketim miktarları 2500-3000 kaloriye karşılık 2,5-3 lt olarak hesaplanmaktadır (Tayar ve Korkmaz 2007). Süt, ayran, kefir, şekersiz meyve suları, kompostolar gibi içecekler yoluyla sıvı ihtiyacının sağlıklı besinlerle sağlanması da önem arz etmektedir (Ryan ve ark 2010). Su tüketiminin ve/veya kaybının seviyesine göre birçok sağlık probleminin (örn., kas güçsüzlüğü, yorgunluk, baş ağrısı,

baş dönmesi, uyku hali, taşikardi, hipotansiyon) ortaya çıkabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır (Popkin ve ark 2010).

Gebelik Döneminde Besin Güvenliği

Toplumda tüketici popülasyonunun % 15-20'sinin besin kaynaklı enfeksiyonlara diğer bireylerden daha duyarlı olduğu bilinmektedir. Belirtilen predispozisyon grubunu; bağışıklık sistemi zayıf hastalar, immunosupresif ilaç ve/veya radyasyon tedavisi alan hastalar, AIDS, diyabet, karaciğer ve böbrek hastaları, bebekler, yaşlılar ve gebe bireyler oluşturmaktadır (Lund ve O'Brien 2011).

Gebelik döneminde gerçekleşebilecek enfeksiyonların değerlendirilmesi bakımından farklılık arz eden ve üzerinde dikkatle durulması gereken noktalar mevcuttur. Bunlardan ilki bağışıklık sistemi ve fizyolojideki değişikliklerin gebe bireylerin enfeksiyöz hastalıklardan daha ciddi şekilde etkilenmesine neden olabileceğidir. Diğer durumları enfeksiyöz hastalıkların fetüs üzerindeki etkilerinin tahmini ve/veya teşhisinde yaşanan güçlükler ile profilaksi ve tedavi uygulamalarının gebe bireylerde farklılık gösterebileceği hususlar olarak özetlemek mümkündür (Jamieson ve ark 2006).

Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde cinsiyet hormonlarında gerçekleşen değişikliklerin bağışıklık sistemi ve psikolojik sağlık ile yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir (Kourtis ve ark 2014). Progesteron seviyesindeki artış hücrel immun yanıtı baskılayıcı etki göstermektedir. Bu durum gebe bireylerde birçok besin kaynaklı patojenik etken için predispozisyona neden olmaktadır (Smith 1999, Tam ve ark 2010). Kan dolaşımı yoluyla sağlanan besinler fetal

büyümei etkilemesi yanı sıra (Desticioğlu ve Malas 2006) kontaminasyon durumunda hem anne adayı hem de fetüsta ciddi enfeksiyon tabloları oluşturabilmektedir (Smith 1999).

Gebe bireyler için besin güvenliği yaklaşımı uygulamalarını; besin güvenliği yönetim sistemlerinin uygulandığı üretim yerlerinde üretilen besinlerin tercih edilmesi, besinlerin muhafaza koşullarına uyulması, yüksek risk taşıyan besin gruplarına dikkat edilmesi, yeterli ısıl işlemin uygulanması ve raf ömrü içerisinde tüketilmesi gibi konularda yeterli özen gösterilmesi olarak özetlemek mümkündür (Tam ve ark 2010, Taylor ve Galanis 2010).

Gebelik Döneminde Hayvansal Kaynaklı Besinler

Besinlerin beslenme gereksinimlerini karşılayabilmesi olgusu birey ve toplum sağlığını yakından ilgilendirmektedir. Besinlere yönelik talebin oluşmasını sağlayan faktörleri kesin çizgilerle sınırlandıramayacağımız (Cevger ve ark 2008) gibi mevcut literatür bilgileriyle yeterli ve sağlıklı beslenme koşullarını da beslenme bilimi açısından dikkate alma zorunluluğu bulunmaktadır. Örneğin; sadece bitkisel kaynaklı besinleri içeren vegan diyetle beslenen vejeteryenlerde beslenme konusundaki bu tercihin sağlıklı bir yaşamın koşullarına uygunluğunu değerlendirmemiz gerekmektedir. Nitekim bu bireyler için dengeli beslenme konusundaki yoksunluklar endişe verici olabilmektedir. Çünkü özellikle hayvansal besinlerin üstünlüklerini oluşturan; protein, çinko, yağ asitleri, demir, kalsiyum, D ve B12 vitamini alımının yeterliliği önem arz etmektedir (Herrmann ve Geisel 2002). Gebelik süresince hayvansal proteinler bakımından

yetersiz beslenmenin düşük ağırlıkta doğumlara neden olabileceği bildirilmektedir. Bu durumun, bebeğin ilerleyen dönemde yaşayabileceği kronik hastalıklara da predispozisyon oluşturduğunu öne süren hipotezler (örn., Barker hipotezi) mevcuttur (Barker 1995).

Besin Öğeleri Bakımından Yumurta

Yumurtanın insan beslenmesindeki önemi; temininin kolaylığı, yeterli ve dengeli beslenme için ihtiyaç duyulan esansiyel besin öğelerini içermesi (Tablo 3), pratik hazırlanabilmesi, sindiriminin kolaylığı gibi özelliklerinden ileri gelmektedir (Roberts ve ark 2005).

Tablo 3. Yumurtanın besinsel bileşimi (Ruxton 2013).

Besin Bileşimi	Miktar	Besin Bileşimi	Miktar
Protein (g)	7,5	Folat (µg)	28
Toplam Yağ (g)	5,4	Kolin (mg)	170
Doymuş Yağ Asiti (g)	1,5	Kalsiyum (mg)	27
Kolesterol (mg)	209	Fosfor (mg)	107
EPA/DHA (mg)	80	Magnezyum (mg)	8
Vitamin A (µg)	75	Potasyum (mg)	86
Vitamin D (µg)	1,9	Sodyum (mg)	92
Vitamin E (mg)	0,77	Klorür (mg)	107
Vitamin K ₁ (µg)	<6	Demir (mg)	1,0
Vitamin K ₂ (µg)	4,2	Çinko (mg)	0,7
Tiamin (mg)	0,05	İyot (µg)	30
Riboflavin (mg)	0,30	Selenyum (µg)	14
Niasin (mg)	0,03	Lutein (µg)	56
Vitamin B ₁₂	1,6	Zeaksantin (µg)	4,2
Vitamin B ₆ (mg)	0,08	Likopen (µg)	<1

Yumurtanın Gebelik Sürecindeki Önemi

Yumurta, tüm temel aminoasitleri içeren kaliteli bir protein kaynağıdır. Bununla birlikte yağda eriyen vitaminler, B vitaminleri ve folik asit içeriği bakımından da oldukça zengin bir besin maddesidir. Demir, kalsiyum, çinko ve iyot olmak üzere mineral maddeleri de önemli miktarda içermektedir (Ruxton 2013). Yumurtanın oldukça

zengin bir bileşime sahip olmasının nedeni ise civciv embriyosunun sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için ihtiyaç duyduğu tüm besin maddelerini içermesinden ileri gelmektedir (Vural 1992, Nys 2001). Bunun yanı sıra büyüme faktörlerini ve bakteriyel/viral enfeksiyonlara karşı birçok savunma faktörünü bulundurması da besin maddesi olarak önemini artırmaktadır (Kovacs-Nolan ve ark 2005). Besin ögesi gereksinimi artmış olan gebe bireylerde ve fetüsün gelişiminde yumurta, içerdiği yeterli ve dengeli besin öğeleri bakımından önem taşımaktadır. Bundan dolayı anne adaylarının günlük yumurta tüketimine önem vermeleri gerekmektedir (Gray 2019).

Gebelik döneminde görülen hormonal değişimlerden dolayı yumurta tüketmek istemeyen anne adayları için, yumurta ürünleri de alternatif besin kaynakları özelliği taşımaktadır (Promislow ve ark 2004, Açıkgöz ve Önenç 2006).

Protein Bakımından Yumurta ve Gebelik

Gebelik döneminde artan besin öğelerinden bir tanesi protein olup özellikle iyi kaliteli protein içeren yumurtanın tüketilmesi önem taşımaktadır (Ortega 2001). İki adet yumurta gebe bireylerde önerilen günlük alım miktarının %15'ini, yetişkin insanlarda %20'sini karşılamaktadır. Protein malnütrisyonu; gebeliğin erken dönemlerinde fetal kayıplara ve malformasyonlara, geç dönemlerinde de düşük ağırlıklı doğumlara neden olmaktadır. Beyin gelişimi için önem arz eden dönemde protein bakımından sınırlı diyetle beslenen anne adaylarının bebeklerinde önemli problemler ortaya çıkabilmektedir

(Hobel ve Culhane 2003, Oreffo ve ark 2003, Evcil ve Malas 2008, Ruxton 2013).

Karbonhidrat Bakımından Yumurta ve Gebelik

Gebelik süresince yeterli protein ve enerji alındığı durumlarda da karbonhidrat sınırlamalarının fetüste glikojen düzeyleri, nörotransmitter sentezi ve özellikle de beyin gelişimine olumsuz etki yaptığı ifade edilmektedir (Jakson ve Bhutta 2003). Bir adet yumurtanın karbonhidrat içeriği 0.6 g'dır. Bu miktar günlük karbonhidrat ihtiyacının karşılanmasında önem arz etmemektedir (Şamlı ve Ağma Okur 2016).

Yağ Bakımından Yumurta ve Gebelik

Beyin yapısının önemli bir bölümünü yağ dokuları oluşturmaktadır (Rogers ve ark 2004). Yumurta sarısı doğal antioksidan nitelikteki fosfolipidlerin çok önemli bir kaynağıdır. Bu maddeler beyin ve sinir dokusunun gelişimi ve sağlığında oldukça önemlidirler (Hartmann ve Wilhelmson 2001). Özellikle gebeliğin son trimesterinde yağ asidi ve türevleri, sinir sistemi, damar ve göz gelişimi, kalp ve kognitif fonksiyonlar için önem arz etmektedir (Uzdil ve Özenoğlu 2015).

Omega-3 yağ asitleri bakımından yetersiz beslenen annelerin bebeklerinde beyin ve kalp işlev bozuklukları görülebilmektedir (Rogers ve ark 2004). Omega-3'ü oluşturan maddelerden dokosaheksaenoik asit (DHA) ve eikosapentaenoik asit (EPA); beyin, retina, santral sinir sistemi gelişimini sağlamaktadır. (Arterburn ve ark 2006, Mozaffarian ve ark 2006, Koletzko ve ark 2008). İki adet

yumurta 140 mg omega-3 içermekte ve bu düzey önerilen günlük alım miktarının %31'ini sağlamaktadır. Gebe bireylerin 0,3 g/gün EPA ve DHA almaları önerilmektedir (Jensen ve ark 2005, Helland ve ark 2008).

Kardiyovasküler hastalığı, diyabeti, hiperkolesterolemisi ve risk faktörleri bulunan gebe bireylerde günlük kolesterol tüketimleri 300 mg seviyesinin altında planlanmalıdır. Bu nedenle predispoze bireylerde bir yumurta sarısının >200 mg/dl kolesterol içerdiği, predispozisyonu olmayan sağlıklı gebe bireylerin yumurta tüketmelerinde ise bir sakınca olmadığı göz önünde bulundurulmalıdır (Kayıkçıoğlu ve Soydan 2009).

Vitaminler Bakımından Yumurta ve Gebelik

Folik asit, gebelikte maternal doku büyümesine, hücre bölünmesine ve bağışıklık işlevlerine de katkıda bulunmaktadır. Yumurta, folik asit kaynağı olarak önemli bir besin maddesidir. İki adet yumurta yaklaşık 52 mg folik asit içermektedir. Bu miktar gebe bireyler için önerilen günlük alım miktarının %13'ünü, yetişkin insanlarda da % 26'sını karşılamaktadır (Ruxton 2013).

Gebelik döneminde A vitamini; büyüme, görme, protein sentezi, bağışıklık sisteminin gelişimi ile ilgili hücre farklılaşmasında önemli bir role sahiptir (Kabaran ve Ayaz 2014). A vitaminine ihtiyaç özellikle 3. trimesterde yoğunlaşmakta ve iki adet yumurta önerilen günlük alım miktarının %18'ini karşılamaktadır. (Kuşaslan Avcı 2014).

Vitamin B6'nın kardiyovasküler malformasyonların engellenmesi için koruyucu nitelikleri olduğu, nörolojik gelişime katkı sağladığı (Czeizel ve ark 2004), doğum anomalileri prevalansının azaltılmasında olumlu etkiler gösterdiği (Mahomed ve ark 1997) bilinmektedir. Sinir sistemi gelişimini içeren metabolik süreçlerde B6 vitamini önemli bir role sahiptir. Vücut hücrelerinde enerji açığa çıkabilmesi için B1 ve B2 vitaminlerine ihtiyaç duyulmaktadır. B6 vitamini eksikliğinde retinal tabakanın büyümesi olumsuz etkilenmektedir. B12 vitamini eksikliğinde çok düşük ağırlıklı bebek doğumları görülebilmekte olup günlük alınması gereken miktar 2,2 µg olarak belirlenmiştir (Koebnick ve ark 2004).

İki adet yumurta, gebe bireylerde D vitamini için önerilen günlük alım miktarının %32'sini, yetişkinler için %64'ünü karşılamaktadır (Ruxton 2013). Gebelik sürecindeki D vitamini yetersizliği; anne adayında preeklampsi ve gestasyonel diyabet, bebeklerde ise hastalık prevalanslarının yüksek olması ile ilişkilendirilmektedir (Brannon 2012).

İntrauterin dönemde E vitamini eksikliği fetüste hidrosefali ve anensefaliye, yenidoğanlarda ise subaraknoidal ve intraserebral hemorajiye neden olmaktadır. İki adet yumurta gebe bireyler için önerilen günlük alım miktarının %10'unu karşılamaktadır (Evcil ve Malas 2008).

Kolin hücre duvarlarının bir bileşeni olan fosfolipitler ve nörotransmitter asetilkolinin üretilmesinde kullanılan vitamin benzeri bir bileşiktir (Westermarck ve Antila 2000). Kolinin görevleri tam olarak bilinmemekte fakat üreme fonksiyonları üzerinde önemli

olduğu düşünölmektedir (Zeisel 2009). Kolin, sağlığa zararlı olabilecek genleri inhibe ettiği düşünölen hipermetilasyonun sağlanmasıda etkilidir (Zeisel 2011). Kolin için günlük 550 mg gereksinim olduğu öne sürölmüştür (Zeisel ve ark 2003). Yüksek düzeyde maternal kolin alımının, kanda düşük kortizol seviyeleri ve fetus için daha sağlıklı bir ortamın oluşturulmasına, nöral tüp defektlerinin önlenmesine katkı sağladığı ileri sürölmektedir. Yumurta, az sayıdaki doğal kolin kaynaklarındandır (Zeisel ve ark 2003).

Mineral Maddeler Bakımından Yumurta ve Gebelik

Gebelikte fetal ve plasental gereksinimlerin artması kan hacminde artışına neden olmaktadır. Bu durum özellikle ikinci ve üçüncü trimesterde demir gereksinimini de paralel olarak artırmaktadır. İki adet yumurta, gebelerde önerilen günlük alım miktarının %7'sini karşılamaktadır (Coşkun 2009, Samur 2015). Anemiden korunmak için gebelik dönemindeki demir gereksiniminin en az 16 mg/gün olduğu bildirilmektedir (Procter ve Campbell 2014). Gebelik döneminde yeterli kalsiyum alımı, fetusün iskelet yapısının gelişimi, gebe bireyin kalsiyum depolarının korunması, doğum sonrası osteoporoz riskinden koruma ve diş çürüklerinin engellenmesi açısından önem taşımaktadır. İki adet yumurta, gebe bireylerde önerilen günlük alım miktarının %4'ünü karşılamaktadır (Ruxton 2013, Uzdil ve Özenoğlu 2015, TUBER 2015).

Magnezyum hücre metabolizmasında ve yapısal büyümede temel etken olan mineral maddelerdendir (Williamson 2006). İki adet

yumurta, gebelerde önerilen günlük alım miktarının %4'ünü karşılamaktadır (Ruxton 2013, Gray 2019).

Çinko bağışıklıkta önemli rol oynayan enzimlerde kofaktör olarak görev yapmakta ve fetüsün bağışıklık sistemi gelişimi açısından önem taşımaktadır (Williamson 2006). İki adet yumurta, gebe bireylerde önerilen günlük alım miktarının %12'sini karşılamaktadır. Gebelik döneminde çinkoya duyulan gereksinim artmakta, gebelikte görülen çinko eksikliğinin intrauterin gelişme geriliğine, ölü doğumlara ve doğumsal anomalilere neden olduğu belirtilmektedir (Evcil ve Malas 2008, Coşkun ve Özdemir 2009).

İyot, tiroit hormonlarının önemli bir bileşeni olarak maternal tiroid fonksiyonu, fetüsün sinir sistemi gelişimi, doku ve organ gelişimi için gebelik döneminde gereksinimi artan minerallerden bir tanesidir (Zimmerman 2009). İki adet yumurta gebelikte önerilen günlük alım miktarının %36'sını karşılamakta ve 50 µg iyot sağlamaktadır (Ruxton 2013, Gray 2019).

Selenyumun gebelikte doğurganlığı artırma, doku gelişimini sağlama ve oksidatif stresi azaltma gibi etkileri bulunmaktadır (Derbyshire 2011). İki adet yumurta, selenyum için yetişkin kadınlarda önerilen günlük alım miktarının %44'ünü sağlamakta ancak gebelikte selenyum için önerilen günlük alım miktarı belirtilmemektedir. Gözlemsel çalışmalar, selenyum eksikliğinin kısırlık, düşük, preleksi, fetal büyüme kısıtlaması, preterm eylem, gebelik diyabeti gibi birçok üreme ve obstetrik komplikasyon riskini artırabileceğini ortaya koymaktadır (Mistry ve ark 2012).

Yumurta ve Gebelik Sürecine İlişkin Güncel Literatür Bilgi

Milajerdi ve ark (2019), İran'da 462 gebe bireyde yumurta tüketimi ile kolesterol ve gebelik diyabeti arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Gebe bireylerin haftalık yumurta tüketimleri (115'i birden az, 194'ü bir adet ve 153'ü birden fazla) planlanmış ve bu süreçte kilo, boy, kan basıncı ve BKİ değerleri hesaplanmıştır. Bununla birlikte kolesterol düzeyleri, açlık plazma glikozu ve karaciğer enzimleri üzerine etkileri ortaya konmaya çalışılmıştır. Araştırmacılar daha fazla yumurta ve dolayısıyla yumurta kaynaklı kolesterol tüketilen grup bireylerinin verileriyle gebelik diyabeti bulguları arasında istatistiksel anlamda bir ilişki bulunmadığını ileri sürmüşlerdir. Bunun yanı sıra yumurta tüketiminin en yüksek olduğu grup bireylerinde, en düşük olanlara kıyasla %41 daha düşük gebelik diyabeti ve yüksek kan basıncı riski olduğunu ifade etmişlerdir.

Maternal kolin rezervi ve ikamesinin bebeklik-çocukluk nörobilişimi üzerindeki etkisi üzerine yapılan çalışmalar sınırlı olsa da Caudill ve ark (2018) randomize kontrollü şekilde yürüttükleri çalışmada; gebelikte kolin alımının, bebeklerin bilişsel özelliklerinde etkileri olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Araştırmacılar; üçüncü trimesterdeki yumurta ve dolayısıyla kolin takviyesinin, 13 aylık bebeklerde beyin fonksiyonları işlem hızları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabileceğini belirtmişlerdir.

Metcalf ve ark (2016), emziren annelerde yumurta tüketim miktarlarıyla anne sütü ovalbumin (2, 4 ve 6. laktasyon haftalarında) ve bebek plazma IgG₄ (6. laktasyon haftasında) düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmişlerdir. Bu amaçla denekler laktasyonun ilk altı

haftasında üç diyet grubu [yüksek yumurta diyeti uygulananlar (haftada > 4 yumurta tüketimi), düşük yumurta diyeti uygulananlar (haftada 1-3 arası yumurta tüketimi) ve yumurta diyeti uygulanmayanlar] olarak sınıflandırılmıştır. Araştırmacılar; haftalık diyetlerde alınan her bir yumurta için ovalbümin ve IgG₄ konsantrasyonunda sırasıyla % 25 ve 22 artış olduğunu tespit etmişlerdir. Bununla birlikte yumurta tüketiminin anne sütünün kaliteli protein içeriğini zenginleştirdiğini ve bebek plazmalarındaki IgG₄ miktarını arttırarak bağışıklık üzerine önemli etkileri olduğunu belirtmişlerdir.

Yumurta proteinine karşı gelişen alerjik reaksiyonlarla ilgili gerçekleştirilen gözlemsel bir çalışmada (Garcia-Larsen ve ark 2018), gebelik ve emzirme dönemlerinde tüketilen yumurtanın bebeklik ve çocukluk dönemlerindeki diyetlerde alerji riskini engellediği bildirilmiştir. Bununla birlikte, hayvan deneylerinde, anne sütü yoluyla gıda alerjenlerine maruz kalmanın yavrularda alerjenlere oral tolerans sağlayabildiği ileri sürülmüştür (Bernard ve ark. 2014).

Wang ve ark (2019), Eylül 2014-Şubat 2015 tarihleri arasında doğum yapan 125 anne ve bebeklerindeki serum 25-hidroksivitamin D konsantrasyonları ile maternal ve sosyoekonomik özelliklerle birlikte yumurta tüketimi arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Araştırmacılar, yeni doğanların önemli bir kısmında (70/125) D vitamini eksikliği saptamışlardır. Bununla birlikte yüksek anne BKİ düzeyi ve yetersiz yumurta tüketimi ile D vitamini eksikliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu da ileri sürmüşlerdir. Gebe bireylerin sosyoekonomik durum ve yaşam tarzları dikkate alınarak D vitamini takviyesi ve yumurta tüketimlerinin sağlanması gerektiğini ifade etmişlerdir.

SONUÇ

Popülasyon genetiği ve demografik verilere dayalı hesaplamalar, Dünya’da günümüze kadar 109 milyar insanın yaşadığını ileri sürmektedir. Başka bir ifadeyle her bir insan, mevcut bilimsel bilgilerle henüz açıklanamayan birçok boyutu olan birbirinden farklı bir sürecin sonunda dünyaya gelmiştir. Bu durum tüm bilimsel tanımların, gebelik olgusunun düzeni içindeki karmaşıklığının ifadesinde çok yalın ve yetersiz kalmasına neden olmaktadır.

Allogreft özellikle olan gebelik süreci anne adayının çok sayıda uyum reaksiyonunu içermektedir. Bu bakımdan gebe birey ve fetüsün bu dönemi sağlıklı geçirebilmelerinde beslenme ve besin hijyeni bakımından önemle ele alınması gereken konular bulunmaktadır. Bilinçli ve gebeliğini planlamış anne adayları için gebelik öncesi ve süresince BKİ takibinin yapılmasıyla birlikte yeterli ve dengeli bir beslenme stratejisi oluşturulmalıdır. Genetik belleğin sağlıklı aktarımının temel koşulu anne adayının sağlıklı seçimler yapmasından geçmektedir. Bu noktada hayvansal kaynaklı besinler ve özellikle yumurta büyük önem taşımaktadır. Gebe bireyler ve yumurtayı fizyolojileri gereği “*bir canlıya ortam hazırlama*” özellikleri ortak paydada buluşturmaktadır. Bu bağlamda; gebe bireyler gebelik süreci ile ilgili doğru bilgilendirilmeli, diyetlerde yumurtaya yer verilmesinin ve yumurtanın besleyici değerliliğinin önemi üzerinde durulmalı, bebek ve dolayısıyla toplum sağlığı açısından önemi konusunda bilinç oluşturulmalıdır.

KAYNAKÇA

- Açıkğöz, Z., Öneç, S.S. (2006). Fonksiyonel yumurta üretimi. *Hayvansal Üretim*, 47 (1), 36-46.
- Arterburn, L.M., Hall, E.B., Oken, H. (2006). Distribution, interconversion, and dose response of n-3 fatty acids in humans. *The Am J Clin Nutr*, 83(6), 1467-1476.
- Aydın, Ş. (2018). Gebelik ve laktasyon dönemlerinde yapılan omega-3 yağ asidi desteğinin 0-2 yaş çocuklarının bilişsel gelişimlerine etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Barker, D.J. (1995). Fetal origins of coronary heart disease. *BMJ*, 311, 171-174.
- Baysal, A. (2002). Beslenme. 9. Baskı. Ankara, Hatipoğlu Yayınevi.
- Beltrami, F.G., Hew-Butler, T., Noakes, T.D. (2008). Drinking policies and exercise-associated hyponatraemia: is anyone still promoting overdrinking?. *Br J Sports Med*, 42(10), 796-801.
- Brannon, P.M. (2012). Vitamin D and adverse pregnancy outcomes: beyond bone health and growth. *Proc Nutr Soc*, 71(2), 205-212.
- Caudill, M.A., Strupp, B.J., Muscalu, L., Nevins, J.E., Canfield, R.L. (2018). Maternal choline supplementation during the third trimester of pregnancy improves infant information processing speed: a randomized, double-blind, controlled feeding study. *The FASEB Journal*, 32(4), 2172-2180.
- Cedergren, M.I. (2004). Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. *Obstet & Gynecol*, 103(2), 219-224.

- Cevger, Y., Aral, Y., Demir, P., Sarıözkan, S. (2008). Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi intern öğrencilerinde hayvansal ürünlerin tüketim durumu ve tüketici tercihleri. Ankara Üniv Vet Fak Derg, 55, 189-194.
- Coşkun, A., Özdemir, Ö. (2009). Gebelikte vitamin ve mineral kullanımı ve beslenmenin irdelenmesi. Türkiye Jinekoloji ve Obstetri Derneği Dergisi, 6(3), 155-70.
- Cox, J.T., Phelan, S.T. (2008). Nutrition during pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am, 35(3), 369-83.
- Czeizel, A.E., Puhó, E., Bánhidý, F., Acs, N. (2004). Oral pyridoxine during pregnancy: Potential protective effect for cardiovascular malformations. Drugs in R&D, 5(5), 259- 69.
- Derbyshire, E. (2011). Minerals and pregnancy. In: Nutrition in the childbearing years. Wiley-Blackwell, Oxford, 149-167.
- Desticioğlu, K., Malas, M.A. (2006). Fetal büyüme etki eden maternal faktörler. SDÜ Tıp Fak Derg, 13(2), 47-54.
- Driul, L., Cacciaguerra, G., Citossi, A., Della Martina, M., Peressini, L., Marchesoni, D. (2008). Prepregnancy body mass index and adverse pregnancy outcomes. Arch Gynecol Obstet, 278, 23-26.
- Evcil, E.H., Malas, M.A. (2008). Gebelikte beslenmenin fetal büyüme üzerine etkileri. Selçuk Tıp Dergisi, 25, 49-59.
- Garcia-Larsen, V., Ierodiakonou, D., Jarrold, K., Cunha, S., Chivinge, J., Robinson, Z., Geoghegan, N., Ruparelia, A., Devani, P., Trivella, M., Leonardi-Bee, J., Boyle, R.J. (2018). Diet during pregnancy and infancy and risk of allergic or autoimmune

- disease: A systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 15(2), e1002507.
- Gray, J. (2019). Egg consumption in pregnancy and infancy: Advice has changed. *J Health Visit*, 7(2), 68-77.
- Gülçen, B., Karaca, Ö., Kuş, M.A., Özcan, E., Kaman, D., Ögetürk, M., Kuş, İ. (2014). Sıçanlarda beyin prefrontal korteks dokusu üzerine omega-3 yağ asitlerinin koruyucu etkisi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 22-26.
- Haider, B.A., Bhutta, Z.A. (2017). Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database of Syst Rev*, 4. doi: 10.1002/14651858.CD004905.pub5.
- Hartman, C., Wilhelmson, M. (2001). The hens egg yolk a source of biologically active substances. *World Poult Sci J*, 57, 13-28.
- Helland, I.B., Smith, L., Blomén, B., Saarem, K., Saugstad, O.D., Drevon, C.A. (2008). Effect of supplementing pregnant and lactating mothers with n3 very-long-chain fatty acids on children's IQ and body mass index at 7 years of age. *Pediatrics*, 122(2), 472-479.
- Herrmann, W., Geisel, J. (2002). Vegetarian lifestyle and monitoring of vitamin B-12 status. *Clin Chim Acta*, 326(1-2), 47-59.
- Hobel, C., Culhane, J. (2003). Role of psychosocial and nutritional stress on poor pregnancy outcome. *Am S Nutr Science*, 1709-1717.

- Jakson, A.A., Bhutta, Z.A., Lumbiganon, P. (2003). Nutrition as a preventive strategy against adverse pregnancy outcomes. *J Nutr*, 133, 1589-91.
- Jamieson, D.J., Theiler, R.N., Rasmussen, S.A. (2006). Emerging infections and pregnancy. *Emerg Infect Dis*, 12(11), 1638.
- Jensen, C.L., Voigt, R.G., Prager, T.C., Zou, Y.L., Fraley, J.K., Rozelle, J.C., Turcich, M.R., Llorente, A.M., Anderson, R.E., Heird, W.C. (2005). Effects of maternal docosahexaenoic acid intake on visual function and neurodevelopment in breastfed term infants. *Am J Clin Nutr*, 82(1), 125-32.
- Kabaran, S., Ayaz, A. (2013). Maternal ve fetal sağlık üzerinde b12, folik asit a, d,e,c vitaminlerinin etkileri. *Türk Hij Den Biyol Derg*, 70(2), 103-112.
- Kayıkçıoğlu, M., Soydan, İ. (2009). Yumurta tüketimi ve kardiyovasküler sağlık. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları*, 37, 353-357.
- Koebnick, C., Hoffmann, I., Dagnelie, P.C., Heins, U.A., Wickramasinghe, S.N., Ratnayaka, I.D., Gruendel, S., Lindemans, J., Leitzmann, C. (2004). Long-term ovo-lacto vegetarian diet impairs vitamin B-12 status in pregnant women. *The Journal of Nutrition*, 134(12), 3319-3326.
- Kourtis, A.P., Read, J.S., Jamieson, D.J. (2014). Pregnancy and infection. *N Engl J Med*, 370(23), 2211-2218.
- Kovacs-Nolan, J., Phillips, M., Mine, Y. (2005). Advances in the value of eggs and egg components for human health. *J Agr Food Chem*, 53(22), 8421-8431.

- Kuşaslan Avcı, D. (2014). Gebelik ve beslenme. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine-Special Topics*, 5(5), 25-33.
- Kyle, U.G., Schutz, Y., Dupertuis, Y.M., Pichard, C. (2003). Body Composition Interpretation: Contributions of the Fat-Free Mass Index and the Body Fat Mass Index. *Nutrition*, 7/8, 19:597-604.
- Lammi-Keefe, C.J., Couch, S.C., Kirwan, J.P. (2018). *Handbook of nutrition and pregnancy*. 2nd ed: New York, NY: Springer, Humana Press.
- Lund, B.M., O'Brien, S.J. (2011). The occurrence and prevention of foodborne disease in vulnerable people. *Foodborne Pathog Dis*, 8(9), 961-973.
- Mahomed, K., Gülmezoglu, A.M., Bhutta, Z.A. (1997). Pyridoxine (vitamin B6) supplementation in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). doi:10.1002/14651858.CD000179.pub2
- Mann, J., Truswell, S. (2002). *Essentials of Human Nutrition*. USA, New York, Oxford University Press.
- Metcalf, J.R., Marsh, J.A., D'Vaz, N., Geddes, D.T., Lai, C.T., Prescott, S.L., Palmer, D.J. (2016). Effects of maternal dietary egg intake during early lactation on human milk ovalbumin concentration: a randomized controlled trial. *Clin & Exp Allergy*, 46(12), 1605-1613.
- Milajerdi, A., Tehrani, H., Haghghatdoost, F., Larijani, B., Surkan, P.J., Azadbakht, L. (2019). Associations between higher egg consumption during pregnancy with lowered risks of high blood

- pressure and gestational diabetes mellitus. *Int J Vitam Nutr Res*, 88, 3-4, 166-175.
- Mistry, H.D., Pipkin, F.B., Redman, C.W., Poston, L. (2012). Selenium in reproductive health. *Am J Obstet Gynecol*, 206(1), 21-30.
- Mozaffarian, D., Rimm, E.B. (2006). Fish intake, contaminants, and human health: evaluating the risks and the benefits. *JAMA* 296(15), 1885-99.
- Nys, Y. (2001). Recent developments in layer nutrition for optimising shell quality. In *Proc. 13th European Symposium on Poultry Nutrition*. Blankenberge, Belgium. p. 42-52.
- Oreffo, R.O.C., Lashbrook, B., Roach, H.I., Clarke, N.M.P., Cooper, C. (2003). Maternal protein deficiency affects mesenchymal stem cell activity in the maternal developing offspring. *Bone*, 33, 100-107.
- Ortega, R.M. (2001). Food, pregnancy and lactation. *Public Health Nutr*, 4, 1343-1346.
- Popkin, B.M., D'Anci, K.E., Rosenberg, I.H. (2010). Water, hydration, and health. *Nutr Rev*, 68(8), 439-458.
- Procter, S.B., Campbell, C.G. (2014). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Acad Nutr Diet*, 114(7), 1099-1103.
- Promislow, J.H.E., Hertz-Picciotto, I., Schramm, M., Watt-Morse, M., Anderson, J.J.B. (2004). Bed rest and other determinants of bone loss during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 191, 1077-83.

- Roberts, T.A., Cordier, J.L., Gram, L., Tompkin, R.B., Pitt, J.I., Gorris, L.G.M., Swanson, K.M.J. (2005). Eds: Micro-Organisms in Foods 6: Microbial Ecology of Food Commodities. Springer US.
- Rogers, I., Emmett, P., Ness, A., Golding, J. (2004). Maternal fish intake in late pregnancy and the frequency of low birth weight and intrauterin growth retardation in a chorot of British infants. *J Epidemiol Community Health*, 58, 486-92.
- Rosello-Soberon, M.E., Fuentes-Chaparro, L., Casanueva, E. (2005). Twin pregnancies: eating for three maternal nutrition update. *Nutr Rev*, 63, 295- 302.
- Ruxton, C. (2013). Value of eggs during pregnancy and early childhood. *Nursing Standard*, 27(24), 41-50.
- Ryan, A.S., Astwood, J.D., Gautier, S., Kuratko, C.N., Nelson, E.B., Salem Jr, N. (2010). Effects of long-chain polyunsaturated fatty acid supplementation on neurodevelopment in childhood: A review of human studies. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids (PLEFA)*, 82(4-6), 305-14.
- Samur, G. (2015). Gebelik ve laktasyon döneminde beslenme. *Türkiye Klinikleri Journal of Nutrition and Dietetics-Special Topics*, 1(1), 20-25.
- Smith, J.L. (1999). Foodborne Infections during Pregnancy. *J Food Protect*, 62, 7, 818-829.
- Şamlı, H.E., Ağma Okur, A. (2016). Tüm yönleriyle yumurta. İstanbul Ticaret Borsası Yayınları.

- Tam, C., Erebara, A., Einarson, A. (2010). Food-borne illnesses during pregnancy: prevention and treatment. *Can Fam Physician*, 56(4), 341-343.
- Tayar, M., Korkmaz, N.H. (2007). Beslenme & sağlıklı yaşam. In: Gebelikte beslenme. 2.Basım, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık.
- Taylor, M., Galanis, E. (2010). Food safety during pregnancy. *Can Fam Physician*, 56(8), 750-751.
- Uzdil, Z., Özenoğlu, A. (2015). Gebelikte çeşitli besin öğeleri tüketiminin bebek sağlığı üzerine etkileri. *Balikesir Sağlık Bil Derg*, 4(2), 117-121.
- Vural, N. (1992). Besin Analizleri. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Yayınları, Yayın No:69, 154.
- Wang, C., Gao, J., Liu, N., Yu, S., Qiu, L., Wang, D. (2019). Maternal factors associated with neonatal vitamin D deficiency. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism (JPEM)*, 32(2), 167-172.
- Watson, P., Wall, C. (2002). Pregnancy and lactation. In: *Essentials of Human Nutrition*. Eds: J, Truswell AS, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Weiss, J.L., Malone, F.D., Emig, D., Ball, R.H., Nyberg, D.A., Comstock, C.H., Saade, G., Eddleman, K., Carter, S.M., Craigo, S.D., Carr, S.R., D'Alton, M.E. (2004). Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate--a population-based screening study. *Am J Obstet Gynecol*, 190(4), 1091-1097.

- Westermarck, T., Antila, E. (2000). Diet in relation to the nervous system. *Human Nutrition and Dietetics*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 721.
- Williamson, C.S. (2006). Nutrition in pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutri Bull*, 31(1), 28-59.
- Zeisel, S.H. (2009). Importance of methyl donors during reproduction. *Am J Clin Nutr*, 89(2), 673-677.
- Zeisel, S.H. (2011). Nutritional genomics: defining the dietary requirement and effects of choline. *Journal of Nutrition*, 141(3), 531-534.
- Zeisel, S.H., Mar, M.H., Howe, J.C., Holden, J.M. (2003). Concentrations of choline-containing compounds and betaine in common foods. *Journal of Nutrition*, 133(5), 1302-1307.
- Zimmermann, M.B. (2009). Iodine deficiency. *Endocrine Rev*, 30(4), 376-408.

BÖLÜM 23:
**SAĞLIK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME
ALİŞKANLIĞININ BESLENME ALİŞKANLIKLARI
ÖLÇEĞİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Öğr. Üyesi Seda OĞUR¹
Dyt. Savaş AYKAL²
Dyt. Burak KOÇ³

¹ Bitlis Eren Üniversitesi, Mühendislik-Mimarlık Fakültesi, Gıda Mühendisliği Bölümü, Rahva Yerleşkesi, Merkez/Bitlis, Türkiye. E-mail: sdogur@beu.edu.tr

² Bitlis Eren Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Rahva Yerleşkesi, Merkez/Bitlis, Türkiye. E-mail: savas_92_21@hotmail.com

³ Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlıklı Hayat Merkezi, Hüsvpaşa Mah., Merkez/Bitlis, Türkiye. E-mail: aslan_burak38@hotmail.com

GİRİŞ

Beslenme konusu ve beslenmeye ilgili alışkanlıklar farklı kişilerce, farklı yönleriyle ele alınan ve giderek daha çok tartışılır hale gelmiştir. Beslenme alışkanlıkları başlangıçta bir gereksinim iken; sonrasında geleneklerle biçimlenmeye başlamakta, bilinçsiz ve yetersiz ya da dengesiz yeme davranışı, yemek esnasında dikkatin başka uğraşlara verilmesi, yemeğin hızlıca yenilmesi, zamansızlıktan şikayet ederek yemek yemenin ertelenmesi ya da fast-food tarzı sağlıksız gıdaların yenmesi gibi yeni alışkanlıklara dönüşmektedir. Gelişmekte olan ya da az gelişmiş ülkelerde obezite dışında bodurluk, zayıflık, malnutrisyon vb. gibi yetersiz ve dengesiz beslenmenin sebep olduğu gelişim bozuklukları ve sağlık sorunları bulunmaktadır. Geçiş ülkeleri olarak tanımlanan ülkelerin birçoğunda ise zayıflıktan obeziteye kadar, toplumun büyük bir bölümünü etkileyen, beslenmeye bağlı sağlık sorunları görülmektedir (Attila, 1995).

Yetersiz ve dengesiz beslenme ya da yanlış beslenme alışkanlıkları sonucunda oluşan beslenme bozuklukları sebebiyle; obezite, hipertansiyon, koroner kalp-damar hastalıkları vb. gibi fizyolojik sağlık problemlerinin prevalansı artmış ve bununla beraber beslenme davranışının psikolojik boyutunun daha çok üzerinde durulması gerektiği görülmüştür. Çünkü beslenmenin sadece metabolik ve fizyolojik boyutu değil, psikolojik boyutu da bulunmaktadır. Bireylerin sağlıklı bir hayat sürdürebilmek için, doğru ve gerekli beslenme alışkanlıklarını erken çocukluk döneminde öğrenmeleri gerekmektedir. Bireyin hayatının ilerleyen dönemlerinde gerektiği şekilde sağlıklı davranışlarda bulunması ancak bu şekilde

gerçekleştirilebilecektir ve ancak bu sayede beslenme bozuklukları neticesinde ortaya çıkan psikolojik ve fizyolojik problemler önlenebilecektir. Bilimsel araştırma sonuçlarına göre; beslenme alışkanlıklarının edinilmesine dair şablonların adölesan dönemde oluştuğunu ve erişkin gençlik döneminde de devam ettiğini ortaya koymaktadır (Kelder ve ark., 1994).

Gençlik dönemi; biyokimyasal, fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden gelişme, hızlı büyüme ve olgunlaşma aşamalarıyla çocukluktan adölesanlığa ve sonra da yetişkinliğe geçilen dönemdir. Hızlı büyüme ve gelişme neticesinde vücudun ihtiyaç duyduğu besin gereksinimleri de artmaktadır. Gençlik döneminde artış gösteren besin gereksinmelerinin sağlanmasında bazı sorunlar görülebilir. Bu sorunların bir kısmı genç bireyin yaşam tarzıyla, diğer bir kısmı bilinçsizlik sonucu edinilmiş olan yanlış alışkanlıklarla ilgili olabilmektedir. Gençlik döneminde edinilmiş olan olumlu ve/veya olumsuz alışkanlıklar, kişinin sağlığını ömür boyu etkileyebilmektedir. Çünkü gençlerin sahip oldukları beslenme düzenleri ile büyüme durumları arasındaki ilişkinin doğrusal olduğu belirtilmektedir (Baysal, 1985).

Gençlik döneminde bireyin dikkati vücudunun gelişimi ve ne kadar estetik görüldüğüne odaklaşmaktadır. Gençlik döneminde beslenmenin yeterli ve dengeli olması, vücudun ihtiyacı olan besin gereksinimlerini sağlayacak besin maddelerinin yeterli miktarlarda vücuda alınması gençler için fizyolojik ve psikolojik açıdan oldukça öneme sahiptir. Sözkonusu estetik kaygılar sebebiyle oldukça önemli olan ve vücudun ihtiyacını sağlayacak besin maddelerini yeteri kadar

ve/veya dengeli bir şekilde alamayabilmektedirler (Aslan ve Yeşildal, 2003; Ergülen ve ark., 2001; Hasipek, 1990; Sakarya, 1984).

Türkiye’de yükseköğretimde öğretim gören öğrencilerin büyük bir kısmı ailelerinden ayrı bir yerde kalmakta ve bu ayrılık okul masrafları, barınma, boş zamanlarını değerlendirme, sosyal durum, beslenme ve sağlık problemleri bağlamında çeşitli zorluklara sebep olmaktadır. Özellikle yurttan ya da pansiyonda kalan öğrenciler için beslenme oldukça büyük bir sorun haline gelmektedir. Bunun yanında, gençlerin beslenme durumunu etkileyen önemli bir diğer faktör de edinilen beslenme bilgisinin yetersiz ya da yanlış olmasıdır (Aytekin ve Bulduk, 2000; Sağlam ve Yürükçü, 1996; Arslan ve Pekcan, 1985).

Çeşitli araştırmacılarca gerçekleştirilen birçok araştırma (İzmir ve ark., 2003; Worobey, 2002; Heseminia ve ark., 2002; Demir ve ark., 1998; Aslan ve Alparşlan, 1998; Ergülen ve ark., 2001; Çetin, 2001; Williford ve ark., 1999; Kıran, 1999; Williford ve ark., 1998; Pereyra ve Williford, 1997; Alparşgun, 1995; Ahsen, 1994; Şimşek, 1991; Hasipek, 1990; Sakarya, 1984; Onat, 1975) beslenme alışkanlıklarıyla ilgili olarak ortaya çıkan ciddi problemlerin özellikle gençlik döneminde yaşandığını ortaya koymaktadır. Bu araştırmalar, genç bireylerin, bilinçsiz ya da yetersiz besin tüketimlerini ve beslenmedeki bozuklukların cinsiyet rolleri, benlik algısı, vücut algısı, vb. gibi psikolojik faktörlerle bağlantılarını açığa çıkarmıştır. Bu çalışmalarda, ayrıca özellikle yurttan kalan üniversite öğrencileri arasında beslenme ile ilgili problemlerin yaşandığı tespit edilmiştir (Kundakçı, 2005).

Gençlerin öğretimleri süresince başarılı olabilmesi, ülke ve toplumun kalkınmasında gerektiği şekilde yer alabilmesi; gelişmiş bir

vücut yapısı ve akıl gücü ile olacağı için gençlere doğru beslenme davranışlarının çocukluk döneminden itibaren edindirilmesi büyük önem arz etmektedir (Baysal, 1985; Kim, 2001).

Yeterli ve dengeli beslenme, sağlıklı gelişme ve büyümenin ön koşullarından biridir. Yaşamın sürdürülmesi ve büyüme için gerekli olan besin öğelerini ve enerjiyi yeterince karşılanamadığında, büyüme yavaşlamakta, fizyolojik sağlık problemlerinin yanında psikolojik bozukluklar da artmakta, öğrenme çağında olan gençlerin verimlilikleri azalmaktadır (Politt, 1984). Bu aşamada beslenme eğitiminin önemi daha da önem kazanmaktadır. Eğitim; kişinin davranışlarında kendi yaşam tarzı yoluyla istenilen davranışları kazanma periyodu şeklinde adlandırılmaktadır (Fidan; 1986). Beslenme eğitimine hem yaygın hem de örgün eğitimde gereken önem verilmeli ve bu eğitim hizmetlerinin kapsamına alınmalıdır. Beslenme eğitiminin gayesi; toplumun ve toplumu oluşturan bireylerin olumsuz/yanlış davranışlarını terk ederek olumlu/doğru uygulamaları alışkanlık ve hatta yaşam biçimi haline getirmeleri için teşvik etmek olmalıdır (Aytekin ve Bulduk, 2000).

Gençlik, hem fiziksel, hem de sosyal ve psikolojik sorunların yaşandığı bir devirdir. Gençlik döneminde ortaya çıkan sorunlar ve bu sorunların prevalansı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Türkiye nüfusunun neredeyse 3/10'u 12-25 yaş aralığındaki kişiler oluşturmakta ve bu sebeple; kültürel, sosyal, psikolojik vb. birçok sorun toplumun büyük bir kesimini etkilemektedir (Canat, 1998; Köknel, 1981).

Bu araştırmada, kız ve erkek, beslenme eğitimi almayan ve alan, ailesiyle/arkadaşlarıyla birlikte evde veya yurttan kalan sağlık yüksekokulu öğrencilerinin beslenme alışkanlığını Beslenme

Alışkanlıkları Ölçeği (BAÖ)'ne göre değerlendirmek amaçlanmıştır. Ayrıca; öğrencilerin BAÖ'den aldıkları toplam puan ve ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ile bazı sosyodemografik karakteristikleri ve BKİ (beden kitle indeksi) değerleri arasındaki ilişki ortaya konmaya çalışılmıştır.

Materyal ve Metot

Araştırmaya başlanmadan önce Bitlis Eren Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığından Etik Kurul İzni (Tarih: 02.12.2015, Sayı: 14906) alınmıştır. Verilerin toplanması 01.04.2015-15.04.2015 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Katılımcılar

Araştırmaya Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinden 17-32 yaş arasında 405 öğrenci katılmıştır. Öğrenciler cinsiyetlerine, bölümlerine (beslenme ve diyetetik, sosyal hizmet ve hemşirelik), sınıflarına (1. sınıf, 2. sınıf, 3. sınıf ve 4. sınıf) ve öğrenimleri süresince kaldıkları yere (ailesiyle/arkadaşlarıyla birlikte evde kalan veya yurttan kalan) göre seçkisiz olarak saptanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak, 13 soruluk ön bilgi formu (yaş, cinsiyet, vücut ağırlığı, boy uzunluğu, sosyoekonomik durum, sınıf, bölüm, öğrenimleri süresince kaldığı yer, beslenme eğitimi alma durumu, sigara-alkol kullanımı, düzenli olarak fiziksel aktivitede bulunma ve düzenli bir uykuya sahip olma durumu) ve Beslenme

Alışkanlıkları Ölçeği (BAÖ)'nin bulunduğu bir anket formu kullanılmıştır.

Beslenme Alışkanlıkları Ölçeği

Beslenme alışkanlıkları ölçeğinin orijinal adı “Survey of Eating Habits” tir. Ölçek Byrne ve Kelley (1981) tarafından geliştirilmiştir ve 65 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler aracılığıyla beslenme alışkanlıklarını yordayan 4 alt boyut bulunmaktadır. Bu alt boyutlar; şişmanlığa karşı önyargılar alt boyutu, şişmanlığın getirdiği olumlu ve olumsuz düşünceler alt boyutu, şişmanlığa karşı kendilik algıları alt boyutu ve yemek yeme davranışları alt boyutudur. Ölçekte beş dereceli likert bir ölçme aracıyla (5: Tamamıyla katılıyorum, 4: Çoğunlukla katılıyorum, 3: Kararsızım, 2: Çoğunlukla karşıyım, 1: Tamamıyla karşıyım) beslenme alışkanlıkları irdelemektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 325 iken; en düşük toplam puan 65 olarak ortaya çıkmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.73 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin söz konusu alt boyutlarının neyi ifade ettikleri ve puanların hesaplanmasında kullanılan, ilgili oldukları madde numaraları şu şekildedir (Kundakçı, 2005):

1. Alt Boyut (Şişmanlığa Karşı Önyargılar): Kişinin şişmanlığa karşı önyargılarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Alt boyutta “bazı insanların şişman olmalarının sebebi hiç irade sahibi olmamalarıdır”, “şişman kişileri ciddiye almakta zorluk çekiyorum” gibi ifadeler yer almaktadır. Ölçekteki 32., 38., 39., 40., 42., 43., 44., 45., 46., 47., 57. ve 59. maddeler ilgili alt boyuta

aittir. Alt boyuttan alınacak toplam puan 12-60 arasında değişebilmektedir.

2. Alt Boyut (Şişmanlığın Getirdiği Olumlu ve Olumsuz Düşünceler): Kişinin şişmanlığın getirdiği olumlu ve olumsuz düşüncelere ilişkin tutumunu ölçmeyi amaçlamaktadır. Alt boyutta “rejim yapmak zayıflamak için ön koşuldur”, “zayıflamak isteyen abur cubur yemez” gibi ifadeler yer almaktadır. Ölçekteki 15., 18., 19., 20., 23., 28., 29., 31., 41., 48., 50., 54., 56., 58., 60. ve 65. maddeler ilgili alt boyuta aittir. Alt boyuttan alınacak toplam puan 16-80 arasında değişebilmektedir.
3. Alt Boyut (Şişmanlığa Karşı Kendilik Algıları): Kişinin şişmanlığa karşı kendilik algılarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Alt boyutta “fazla kilom var”, “su içsem yarıyor” gibi ifadeler yer almaktadır. Ölçekteki 2., 13., 14., 16., 24., 35. ve 37. maddeler ilgili alt boyuta aittir. Alt boyuttan alınacak toplam puan 7-35 arasında değişebilmektedir.
4. Alt Boyut (Yemek Yeme Davranışları): Kişinin yemek yeme davranışlarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Alt boyutta “abur cubura bayılırım”, “televizyon seyrederken sık sık atıştırırım” gibi ifadeler yer almaktadır. Ölçekteki 3., 4., 6., 8., 9., 10., 11., 12. ve 63. maddeler ilgili alt boyuta aittir. Alt boyuttan alınacak toplam puan 9-45 arasında değişebilmektedir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS 20® programında, sıklık ve Paerson ki-kare testleriyle değerlendirilmiş, $P < 0.05$ düzeyi istatistiki açıdan

anamlı kabul edilmiştir. Öğrencilerin beslenme alışkanlıklarının beslenme eğitimi alma durumu, öğrenimleri süresince kaldığı yer, bölüm, sınıf, sosyoekonomik durum ve cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Ayrıca, öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ve ölçeğin her bir alt boyutundan aldıkları puanlar ile BKİ değerleri arasında ilişki olup olmadığı da irdelenmiştir.

Bulgular ve Tartışma

Araştırmaya katılan yüksekokul öğrencilerinin %52.3'ü kız, %56.7'si erkek öğrencilerden oluşmuştur.

Katılımcı yüksekokul öğrencilerinin bölüm ve sınıf dağılımları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Yüksekokul öğrencilerinin bölüm ve sınıf dağılımı

Bölüm	Sınıf								Toplam	
	1. Sınıf		2. Sınıf		3. Sınıf		4. Sınıf			
	s	%	s	%	s	%	s	%	s	%
Beslenme ve Diyetetik	24	22.6	24	22.6	37	34.9	21	19.8	106	100
Hemşirelik	24	17.3	32	23.0	27	19.4	56	40.3	139	100
Sosyal Hizmet	34	21.2	47	29.4	43	26.9	36	22.5	160	100
Toplam	82	20.2	103	25.4	107	26.4	113	27.9	405	100

Araştırmaya beslenme ve diyetetik bölümünden 106, hemşirelik bölümünden 139 ve sosyal hizmet bölümünden 160 öğrenci katılmıştır. Bu öğrencilerin %20.2'si 1. sınıf, %25.4'ü 2. sınıf, %26.4'ü 3. sınıf ve %27.9'u ise 4. sınıftır (Tablo 1).

Araştırmaya dahil olan yüksekokul öğrencilerinin bölüme göre sosyoekonomik durum, öğrenimleri süresince kaldıkları yer ve beslenme eğitimi alma durumları dağılımı Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Yüksekokul öğrencilerinin bölüme göre sosyoekonomik durum, öğrenimleri süresince kaldıkları yer ve beslenme eğitimi alma durumları dağılımı

		Bölüm						P Değeri, χ^2 Değeri
		Beslenme ve Diyetetik (s=106- %26.2)		Hemşirelik (s=139- %34.3)		Sosyal Hizmet (s=160- %39.5)		
		s	%	s	%	s	%	
Sosyoekonomik Durum	Kötü (s=46-%11.4)	12	11.3	10	7.2	24	15.0	0.007, 17.562
	Orta (s=229-%56.5)	70	66.0	86	61.9	73	45.6	
	İyi (s=98-%24.2)	20	18.9	34	24.5	44	27.5	
	Çok İyi (s=32-%7.9)	4	3.8	9	6.5	19	11.9	
Öğrenimleri Süresince Kaldıkları Yerler	Ailesiyle birlikte evde kalıyor (s=29-%7.2)	7	6.6	12	8.6	10	6.2	0.628, 2.593
	Arkadaşlarıyla birlikte evde kalıyor (s=148-%36.5)	40	37.7	55	39.6	53	33.1	
	Yurtta kalıyor (s=228-%56.3)	59	55.7	72	51.8	97	60.6	
Beslenme Eğitimi Alma Durumu	Evet (s=147-%36.3)	68	64.2	59	42.4	20	12.5	0.000, 77.027
	Hayır (s=258-%63.7)	38	35.8	80	57.6	140	87.5	

Öğrencilerin bölümleri ile sosyoekonomik ve beslenme eğitimi alma durumları arasındaki farkın anlamlı olduğu ($P<0.05$), öğrenimleri süresince kaldıkları yerler arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($P>0.05$) görülmüştür. Çoğu öğrenci sosyoekonomik durumunun “orta düzeyde” olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin çoğunun (%56.3) yurttan kaldığı ve

sosyal hizmet bölümü öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%87.5) beslenme eğitimi almadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Araştırmaya katılan yüksekokul öğrencilerinin sınıfa göre sosyoekonomik durum, öğrenimleri süresince kaldıkları yer ve beslenme eğitimi alma durumları dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Yüksekokul öğrencilerinin sınıfa göre sosyoekonomik durum, öğrenimleri süresince kaldıkları yer ve beslenme eğitimi alma durumları dağılımı

		Sınıf								P Değeri, χ^2 Değeri
		1. Sınıf (s=82- %20.2)		2. Sınıf (s=103- %25.4)		3. Sınıf (s=107- %26.4)		4. Sınıf (s=113- %27.9)		
		s	%	s	%	s	%	s	%	
Sosyoekonomik Durum	Kötü (s=46-%11.4)	7	8.5	16	15.5	2	1.9	21	18.6	0.000, 44.522
	Orta (s=229-%56.5)	57	69.5	65	63.1	55	51.4	52	46.0	
	İyi (s=98-%24.2)	15	18.3	22	21.4	35	32.7	26	23.0	
	Çok İyi (s=32-%7.9)	3	3.7	0	0.0	26	23.0	14	12.4	
Öğrenimleri Süresince Kaldıkları Yerler	Ailesiyle birlikte evde kalıyor (s=29-%7.2)	5	6.1	6	5.8	17	15.9	1	0.9	0.000, 33.350
	Arkadaşlarıyla birlikte evde kalıyor (s=148-%36.5)	22	26.8	33	32.0	50	46.7	43	38.1	
	Yurtta kalıyor (s=228-%56.3)	55	67.1	64	62.1	40	37.4	69	61.1	
Beslenme Eğitimi Alma Durumu	Evet (s=147-%36.3)	9	11.0	36	35.0	50	46.7	52	46.0	0.000, 32.473
	Hayır (s=258-%63.7)	73	89.0	67	65.0	57	53.3	61	54.0	

Öğrencilerin sınıfları ile sosyoekonomik durum, öğrenimleri süresince kaldıkları yer ve beslenme eğitimi alma durumu arasındaki farkın anlamlı olduğu ($P<0.05$) tespit edilmiştir. 1. sınıf öğrencilerinin büyük bir çoğunluğunun (%89) beslenme eğitimi almadığı görülmüştür (Tablo 3).

Katılımcı yüksekokul öğrencilerinin cinsiyet, yaş aralığı, bölüm, sınıf, sosyoekonomik durum, öğrenimleri süresince kaldıkları yer ve beslenme eğitimi alma durumuna göre BKİ değeri dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Yüksekokul öğrencilerinin cinsiyet, yaş aralığı, bölüm, sınıf, sosyoekonomik durum, öğrenimleri süresince kaldıkları yer ve beslenme eğitimi alma durumuna göre BKİ değeri dağılımı

		BKİ Değeri (kg/m ²)						P Değeri, χ^2 Değeri
		<18.5 (zayıf)		18.5-24.9 (normal kilolu)		25.0-29.9 (fazla kilolu)		
		s	%	s	%	s	%	
Cinsiyet	Kız (s=212-%52.3)	30	14.2	162	76.4	20	9.4	0.000, 28.390
	Erkek (s=193-%47.7)	3	1.6	150	77.7	40	20.7	
Yaş Aralığı	17-20 (s=137-%33.8)	14	10.2	114	83.2	9	6.6	0.000, 24.623
	21-24 (s=249-%61.5)	18	7.2	188	75.5	43	17.3	
	25-28 (s=15-%3.7)	1	6.7	9	60.0	5	33.3	
	29-32 (s=4-%1.0)	0	0.0	1	25.0	3	75.0	
Bölüm	Beslenme ve Diyetetik (s=106-%26.2)	7	6.6	89	84.0	10	9.4	0.019, 11.814
	Hemşirelik (s=139-%34.3)	14	10.1	94	67.6	31	22.3	
	Sosyal Hizmet (s=160-%39.5)	12	7.5	129	80.6	19	11.9	
Sınıf	1. Sınıf (s=82-%20.2)	9	11.0	66	80.5	7	8.5	0.253, 7.802
	2. Sınıf (s=103-%25.4)	10	9.7	77	74.8	16	15.5	
	3. Sınıf (s=107-%26.4)	9	8.4	77	72.0	21	19.6	
	4. Sınıf (s=113-%27.9)	5	4.4	92	81.4	16	14.2	
Sosyoekonomik Durum	Kötü (s=46-%11.4)	2	4.3	37	80.4	7	15.2	0.693, 3.883
	Orta (s=229-%56.5)	18	7.9	180	78.6	31	13.5	
	İyi (s=98-%24.2)	11	11.2	72	73.5	15	15.3	
Öğrenimleri Süresince Kaldıkları Yerler	Çok İyi (s=32-%7.9)	2	6.2	23	71.9	7	21.9	0.835, 1.452
	Ailesiyle birlikte evde kalıyor (s=29-%7.2)	2	6.9	21	72.4	6	20.7	
	Arkadaşlarıyla birlikte evde kalıyor (s=148-%36.5)	14	9.5	112	75.7	22	14.9	
Beslenme Eğitimi Alma Durumu	Yurtta kalıyor (s=228-%56.3)	17	7.5	179	78.5	32	14.0	0.496, 1.401
	Evet (s=147-%36.3)	9	6.1	117	79.6	21	14.3	
Hayır (s=258-%63.7)		24	9.3	195	75.6	39	15.1	

Öğrencilerin cinsiyetleri, yaş aralıkları ve bölümleri ile BKİ değerleri arasındaki farkın anlamlı olduğu ($P<0.05$), sınıfları, sosyoekonomik durumları, öğrenimleri süresince kaldıkları yer ve beslenme eğitimi alma durumları ile BKİ değerleri arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($P>0.05$) ve çoğunluğunun normal kilolu olduğu belirlenmiştir. En fazla normal kilolu öğrenci sayısının beslenme ve diyetetik bölümünde ve 4. sınıf öğrencilerinde olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 4).

Araştırmaya dahil olan yüksekokul öğrencilerinin cinsiyet, yaş aralığı, bölüm, sınıf, sosyoekonomik durum, öğrenimleri süresince kaldıkları yer ve beslenme eğitimi alma durumuna beslenme alışkanlıkları ölçeğinden aldıkları toplam puan dağılımı Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Yüksekokul öğrencilerinin cinsiyet, yaş aralığı, bölüm, sınıf, sosyoekonomik durum, öğrenimleri süresince kaldıkları yer ve beslenme eğitimi alma durumuna göre beslenme alışkanlıkları ölçeğinden aldıkları toplam puan dağılımı

		Beslenme Alışkanlığı Ölçeğinden Aldıkları Toplam Puan								P Değeri, χ^2 Değeri
		65-130		131-195		196-260		261-325		
		s	%	s	%	s	%	s	%	
Cinsiyet	Kız (s=212-%52.3)	6	2.8	119	56.1	87	41.0	0	0.0	0.716, 1.356
	Erkek (s=193-%47.7)	4	2.1	110	57.0	78	40.4	1	0.5	
Yaş Aralığı	17-20 (s=137-%33.8)	2	1.5	80	58.4	55	40.1	0	0.0	0.963, 3.028
	21-24 (s=249-%61.5)	8	3.2	137	55.0	103	41.4	1	0.4	
	25-28 (s=15-%3.7)	0	0.0	10	66.7	5	33.3	0	0.0	
	29-32 (s=4-%1.0)	0	0.0	2	50.0	2	50.0	0	0.0	
Bölüm	Beslenme ve Diyetetik (s=106-%26.2)	4	3.8	54	50.9	48	45.3	0	0.0	0.001, 22.665
	Hemşirelik (s=139-%34.3)	0	0.0	67	48.2	71	51.1	1	0.7	
	Sosyal Hizmet (s=160-%39.5)	6	3.8	108	67.5	46	28.8	0	0.0	
Sınıf	1. Sınıf (s=82-%20.2)	0	0.0	45	54.9	37	45.1	0	0.0	0.004, 24.363
	2. Sınıf (s=103-%25.4)	3	2.9	69	67.0	30	29.1	1	1.0	
	3. Sınıf (s=107-%26.4)	1	0.9	67	62.6	39	36.4	0	0.0	
	4. Sınıf (s=113-%27.9)	6	5.3	48	42.5	59	52.2	0	0.0	
Sosyoekonomik Durum	Kötü (s=46-%11.4)	9	19.6	28	60.9	9	19.6	0	0.0	0.000, 69.014
	Orta (s=229-%56.5)	0	0.0	129	56.3	99	43.2	1	0.4	
	İyi (s=98-%24.2)	1	1.0	56	57.1	41	41.8	0	0.0	
Öğrenimleri Süresince Kaldıkları Yerler	Çok İyi (s=32-%7.9)	0	0.0	16	50.0	16	50.0	0	0.0	0.379, 6.406
	Ailesiyle birlikte evde kalıyor (s=29-%7.2)	1	3.4	17	58.6	11	37.9	0	0.0	
	Arkadaşlarıyla birlikte evde kalıyor (s=148-%36.5)	1	0.7	78	52.7	69	46.6	0	0.0	
Beslenme Eğitimi Alma Durumu	Yurttta kalıyor (s=228-%56.3)	8	3.5	134	58.8	85	37.3	1	0.4	0.003, 13.981
	Evet (s=147-%36.3)	1	0.7	70	47.6	75	51.0	1	0.7	
Hayır (s=258-%63.7)		9	3.5	159	61.6	90	34.9	0	0.0	

Öğrencilerin cinsiyetleri, yaş aralıkları ve öğrenimleri süresince kaldıkları yer ile beslenme alışkanlığı ölçeğinden aldıkları toplam puan arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($P>0.05$), ancak bölüm, sınıf, sosyoekonomik ve beslenme eğitimi alma durumları ile beslenme alışkanlığı ölçeğinden aldıkları toplam puan arasındaki farkın anlamlı olduğu ($P<0.05$) tespit edilmiştir. Beslenme alışkanlığı ölçeğinden hemşirelik öğrencilerinin çoğunluğu (%51.1) 196-260 puan alırken; sosyal hizmet öğrencilerinin çoğunluğu (%67.5) 131-195 puan almıştır. 1. sınıf öğrencilerinin çoğunluğunun (%54.9) ölçekten toplamda 131-195 puan aldığı, 4. sınıf öğrencilerinin çoğunluğunun (%52.2) 196-260 puan aldığı saptanmıştır. Ölçekten 131-195 puan alan öğrencilerden sosyoekonomik durumunu kötü olarak belirten öğrencilerin oranı %60.9 iken; sosyoekonomik durumunu iyi olarak belirten öğrencilerin oranı %50.0 olmuştur. Beslenme eğitimi alan öğrencilerin çoğunluğu (%51.0) ölçekten toplamda 196-260 puan alırken; beslenme eğitimi almayan öğrencilerin çoğunluğu (%61.6) ölçekten toplamda 131-195 puan almıştır (Tablo 5).

Araştırmaya katılan yüksekokul öğrencilerinin cinsiyet, yaş aralığı, bölüm, sınıf, sosyoekonomik durumu, öğrenimleri süresince kaldıkları yerler ve beslenme eğitimi alma durumuna göre şişmanlığa karşı önyargılar alt boyutundan aldıkları puan dağılımı Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Yüksekokul öğrencilerinin cinsiyet, yaş aralığı, bölüm, sınıf, sosyoekonomik durumu, öğrenimleri süresince kaldıkları yerler ve beslenme eğitimi alma durumuna göre şişmanlığa karşı önyargılar alt boyutundan aldıkları puan dağılımı

		Şişmanlığa Karşı Önyargılar Alt Boyutundan Aldıkları Puan								p Değeri, χ^2 Değeri
		12-24		25-36		37-48		49-60		
		s	%	s	%	s	%	s	%	
Cinsiyet	Kız (s=212-%52.3)	47	22.2	119	56.1	39	18.4	7	3.3	0.539, 2.167
	Erkek (s=193-%47.7)	32	16.6	113	58.5	41	21.2	7	3.6	
Yaş Aralığı	17-20 (s=137-%33.8)	36	26.3	69	50.4	29	21.2	3	2.2	0.323, 10.345
	21-24 (s=249-%61.5)	39	15.7	150	60.2	49	19.7	11	4.4	
	25-28 (s=15-%3.7)	3	20.0	10	66.7	2	13.3	0	0.0	
	29-32 (s=4-%1.0)	1	25.0	3	75.0	0	0.0	0	0.0	
Bölüm	Beslenme ve Diyetetik (s=106-%26.2)	32	30.2	51	48.1	20	18.9	3	2.8	0.004, 19.206
	Hemşirelik (s=139-%34.3)	16	11.5	87	62.6	27	19.4	9	6.5	
	Sosyal Hizmet (s=160-%39.5)	31	19.4	94	58.8	33	20.6	1	1.2	
Sınıf	1. Sınıf (s=82-%20.2)	24	29.3	43	52.4	14	17.1	1	1.2	0.001, 29.440
	2. Sınıf (s=103-%25.4)	25	24.3	50	48.5	19	18.4	9	8.7	
	3. Sınıf (s=107-%26.4)	21	19.6	65	60.7	19	17.8	2	1.9	
	4. Sınıf (s=113-%27.9)	9	8.0	74	65.5	28	24.8	2	1.8	
Sosyoekonomik Durum	Kötü (s=46-%11.4)	7	15.2	31	67.4	7	15.2	1	2.2	0.441, 8.965
	Orta (s=229-%56.5)	52	22.7	119	52.0	48	21.0	10	4.4	
	İyi (s=98-%24.2)	16	16.3	62	63.3	17	17.3	3	3.1	
Öğrenimleri Süresince Kaldıkları Yerler	Çok İyi (s=32-%7.9)	4	12.5	20	62.5	8	25.0	0	0.0	0.334, 6.856
	Ailesiyle birlikte evde kalıyor (s=29-%7.2)	4	13.8	19	65.5	6	20.7	0	0.0	
	Arkadaşlarıyla birlikte evde kalıyor (s=148-%36.5)	27	18.2	88	59.5	31	20.9	2	1.4	
Beslenme Eğitimi Alma Durumu	Yurtta kalıyor (s=228-%56.3)	48	21.1	125	54.8	43	18.9	12	5.3	0.011, 11.210
	Evet (s=147-%36.3)	19	12.9	85	57.8	34	23.1	9	6.1	
	Hayır (s=258-%63.7)	60	23.3	147	57.0	46	17.8	5	1.9	

Öğrencilerin cinsiyetleri, yaş aralıkları, sosyoekonomik durumu ve öğrenimleri süresince kaldıkları yer ile şişmanlığa karşı önyargılar alt ölçeğinden aldıkları puan arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($P>0.05$), ancak bölüm, sınıf ve beslenme eğitimi alma durumu ile şişmanlığa karşı önyargılar alt ölçeğinden aldıkları puan arasındaki farkın anlamlı olduğu ($P<0.05$) saptanmıştır (Tablo 6). Şişmanlığa karşı önyargılar alt ölçeğinden alınan puan ortalaması arttıkça bireyler şişmanlığa karşı daha önyargılı hale gelmektedir. Tablo 6 incelendiğinde öğrencilerin büyük çoğunluğunun şişmanlığa karşı önyargılar alt ölçeğinden aldıkları puanının 25-36 arasında değiştiği görülmektedir. Bu durumda öğrencilerin büyük çoğunluğunun şişmanlığa karşı önyargılı olmadıklarını söylemek mümkündür. Ancak erkek öğrencilerin, hemşirelik bölümündeki, 4. sınıf, sosyoekonomik durumu çok iyi olan, ailesiyle birlikte evde kalan ve beslenme eğitimi alan öğrencilerin şişmanlığa karşı daha önyargılı olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Kundakçı (2005)'nin üniversite öğrencileri ile yürüttüğü araştırmasında cinsiyet ile şişmanlığa karşı önyargılar alt ölçeğinden aldıkları puan arasındaki farkın anlamlı olduğu ($P<0.05$) saptanmıştır. Bizim çalışmamızla benzer şekilde erkek öğrencilerin kız öğrencilere oranla şişmanlığa karşı daha önyargılı olduğu tespit edilmiştir.

Kundakçı (2005)'nin araştırmasında öğrenimleri süresince kaldıkları yer ile şişmanlığa karşı önyargılar alt ölçeğinden aldıkları puan arasındaki farkın anlamlı olduğunun ($P<0.001$) saptanması, araştırmamızla uyuşmamaktadır. Kundakçı (2005)'nin araştırmasında aile/akraba yanında evde kalan öğrencilerin şişmanlığa karşı daha

önyargılı oldukları ortaya çıkmıştır. Ancak, Kundakçı (2005)'nin araştırmasında da bizim araştırmamızla benzer şekilde beslenme eğitimi alan öğrencilerin şişmanlığa karşı daha önyargılı oldukları ($P<0.001$) görülmüştür.

Katılımcı yüksekokul öğrencilerinin cinsiyet, yaş aralığı, bölüm, sınıf, sosyoekonomik durumu, öğrenimleri süresince kaldıkları yerler ve beslenme eğitimi alma durumuna şişmanlığın getirdiği olumlu ve olumsuz düşünceler alt boyutundan aldıkları puan dağılımı Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. Ankete katılan öğrencilerin cinsiyet, yaş aralığı, bölüm, sınıf, sosyoekonomik durumu, öğrenimleri süresince kaldıkları yerler ve beslenme eğitimi alma durumuna göre şişmanlığın getirdiği olumlu ve olumsuz düşünceler alt boyutundan aldıkları puan dağılımı

		Şişmanlığın Getirdiği Olumlu ve Olumsuz Düşünceler Alt Boyutundan Aldıkları Puan								P Değeri, χ^2 Değeri
		16-32		33-48		49-64		65-80		
		s	%	s	%	s	%	s	%	
Cinsiyet	Kız (s=212-%52.3)	5	2.4	66	31.1	126	59.4	15	7.1	0.691, 1.463
	Erkek (s=193-%47.7)	4	2.1	71	36.8	106	54.9	12	6.2	
Yaş Aralığı	17-20 (s=137-%33.8)	2	1.5	39	28.5	86	62.8	10	7.3	0.461, 8.748
	21-24 (s=249-%61.5)	7	2.8	90	36.1	138	55.4	14	5.6	
	25-28 (s=15-%3.7)	0	0.0	7	46.7	6	40.0	2	13.3	
	29-32 (s=4-%1.0)	0	0.0	1	25.0	2	50.0	1	25.0	
Bölüm	Beslenme ve Diyetetik (s=106-%26.2)	4	3.8	24	22.6	67	63.2	11	10.4	0.001, 23.908
	Hemşirelik (s=139-%34.3)	1	0.7	39	28.1	91	65.5	8	5.8	
	Sosyal Hizmet (s=160-%39.5)	4	2.5	74	46.2	74	46.2	8	5.0	
Sınıf	1. Sınıf (s=82-%20.2)	1	1.2	18	22.0	53	64.6	10	12.2	0.261, 11.216
	2. Sınıf (s=103-%25.4)	2	1.9	37	35.9	57	55.3	7	6.8	
	3. Sınıf (s=107-%26.4)	3	2.8	40	37.4	59	55.1	5	4.7	
	4. Sınıf (s=113-%27.9)	3	2.7	42	37.2	63	55.8	5	4.4	
Sosyoekonomik Durum	Kötü (s=46-%11.4)	4	8.7	28	60.9	12	26.1	2	4.3	0.000, 49.388
	Orta (s=229-%56.5)	0	0.0	62	27.1	151	65.9	16	7.0	
	İyi (s=98-%24.2)	2	2.0	34	34.7	53	54.1	9	9.2	
Öğrenimleri Süresince Kaldıkları Yerler	Çok İyi (s=32-%7.9)	3	9.4	13	40.6	16	50.0	0	0.0	0.476, 5.544
	Ailesiyle birlikte evde kalıyor (s=29-%7.2)	1	3.4	11	37.9	13	44.8	4	13.8	
	Arkadaşlarıyla birlikte evde kalıyor (s=148-%36.5)	3	2.0	53	35.8	86	58.1	6	4.1	
Beslenme Eğitimi Alma Durumu	Yurtta kalıyor (s=228-%56.3)	5	2.2	73	32.0	133	58.3	17	7.5	0.003, 14.052
	Evet (s=147-%36.3)	3	2.0	33	22.4	98	66.7	13	8.8	
	Hayır (s=258-%63.7)	6	2.3	104	40.3	134	51.9	14	5.4	

Öğrencilerin cinsiyetleri, yaş aralıkları, sınıfları ve öğrenimleri süresince kaldıkları yer ile şişmanlığın getirdiği olumlu ve olumsuz düşünceler alt ölçeğinden aldıkları puan arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($P>0.05$), bölümleri, sosyoekonomik ve beslenme eğitimi alma durumları ile şişmanlığın getirdiği olumlu ve olumsuz düşünceler alt ölçeğinden aldıkları puan arasındaki farkın anlamlı olduğu ($P<0.05$) belirlenmiştir (Tablo 7). Öğrencilerin çoğunun şişmanlığın getirdiği olumlu ve olumsuz düşünceler alt ölçeğinden aldıkları puanın 49-64 arasında değişmesi sebebiyle, şişmanlığın getirdiği olumlu ve olumsuz düşüncelerle fazla ilgilendikleri söylenebilir. Araştırmamızda 17-20 yaş aralığındaki, beslenme ve diyetetik bölümündeki, 1. sınıftaki, sosyoekonomik durumu orta düzeyde olan, yurttan kalan ve beslenme eğitimi alan öğrencilerin şişmanlığın getirdiği olumlu ve olumsuz düşünceler alt ölçeğinden aldıkları puanın daha yüksek olması (Tablo 7), bu öğrencilerin şişmanlığın getirdiği olumlu ve olumsuz düşüncelerle daha fazla ilgilendiklerini göstermiştir.

Kundakçı (2005)'nin araştırmasında cinsiyet ile şişmanlığın getirdiği olumlu ve olumsuz düşünceler alt ölçeğinden aldıkları puan arasındaki farkın anlamlı olduğunun ($P<0.001$) saptanması, araştırmamızla uyuşmamaktadır. Ancak, istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da bizim çalışmamızda da kız öğrencilerin ilgili alt ölçeğe ait puanlarının daha yüksek olması (Tablo 7), kızların erkeklere göre şişmanlığın getirdiği olumlu ve olumsuz düşüncelerle daha fazla uğraştıkları anlaşılması Kundakçı (2005)'nin araştırmasıyla benzer bulunmuştur.

Kundakçı (2005)'nin araştırmasında da öğrencilerin öğrenimleri süresince kaldıkları yer ile şişmanlığın getirdiği olumlu ve olumsuz düşünceler alt ölçeğinden aldıkları puan arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($P>0.05$) bulunması araştırmamızla uyumaktadır. Ancak, Kundakçı (2005)'nin araştırmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak; beslenme eğitimi alma durumları ile şişmanlığın getirdiği olumlu ve olumsuz düşünceler alt ölçeğinden aldıkları puan arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($P>0.05$) görülmüştür.

Araştırmaya dahil olan yüksekokul öğrencilerinin cinsiyet, yaş aralığı, bölüm, sınıf, sosyoekonomik durumu, öğrenimleri süresince kaldıkları yerler ve beslenme eğitimi alma durumuna göre şişmanlığa karşı kendilik algıları alt boyutundan aldıkları puan dağılımı Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Yüksekokul öğrencilerinin cinsiyet, yaş aralığı, bölüm, sınıf, sosyoekonomik durumu, öğrenimleri süresince kaldıkları yerler ve beslenme eğitimi alma durumuna göre şişmanlığa karşı kendilik algıları alt boyutundan aldıkları puan dağılımı

		Şişmanlığa Karşı Kendilik Algıları Alt Boyutundan Aldıkları Puan								P Değeri, χ^2 Değeri
		7-14		15-21		22-28		29-35		
		s	%	s	%	s	%	s	%	
Cinsiyet	Kız (s=212-%52.3)	32	15.1	109	51.4	69	32.5	2	0.9	0.940, 0.401
	Erkek (s=193-%47.7)	32	16.6	98	50.8	62	32.1	1	0.5	
Yaş Aralığı	17-20 (s=137-%33.8)	24	17.5	70	51.1	42	30.7	1	0.7	0.745, 5.947
	21-24 (s=249-%61.5)	40	16.1	123	49.4	84	33.7	2	0.8	
	25-28 (s=15-%3.7)	0	0.0	11	73.3	4	26.7	0	0.0	
	29-32 (s=4-%1.0)	0	0.0	3	75.0	1	25.0	0	0.0	
Bölüm	Beslenme ve Diyetetik (s=106-%26.2)	19	17.9	61	57.5	26	24.5	0	0.0	0.004, 19.038
	Hemşirelik (s=139-%34.3)	14	10.1	63	45.3	59	42.4	3	2.2	
	Sosyal Hizmet (s=160-%39.5)	31	19.4	83	51.9	46	28.8	0	0.0	
Sınıf	1. Sınıf (s=82-%20.2)	12	14.6	39	47.6	30	36.6	1	1.2	0.003, 24.861
	2. Sınıf (s=103-%25.4)	28	27.2	42	40.8	31	30.1	2	1.9	
	3. Sınıf (s=107-%26.4)	10	9.3	69	64.5	28	26.2	0	0.0	
	4. Sınıf (s=113-%27.9)	14	12.4	57	50.4	42	37.2	0	0.0	
Sosyoekonomik Durum	Kötü (s=46-%11.4)	21	45.7	15	32.6	10	21.7	0	0.0	0.000, 41.005
	Orta (s=229-%56.5)	32	14.0	123	53.7	71	31.0	3	1.3	
	İyi (s=98-%24.2)	10	10.2	52	53.1	36	36.7	0	0.0	
Öğrenimleri Süresince Kaldıkları Yerler	Çok İyi (s=32-%7.9)	1	3.1	17	53.1	14	43.8	0	0.0	0.540, 5.026
	Ailesiyle birlikte evde kalıyor (s=29-%7.2)	2	6.9	16	55.2	11	37.9	0	0.0	
	Arkadaşlarıyla birlikte evde kalıyor (s=148-%36.5)	22	14.9	79	53.4	47	31.8	0	0.0	
Beslenme Eğitimi Alma Durumu	Yurtta kalıyor (s=228-%56.3)	40	17.5	112	49.1	73	32.0	3	1.3	0.569, 2.019
	Evet (s=147-%36.3)	19	12.9	81	55.1	46	31.3	1	0.7	
	Hayır (s=258-%63.7)	45	17.4	126	48.8	85	32.9	2	0.8	

Öğrencilerin cinsiyetleri, yaş aralıkları, öğrenimleri süresince kaldıkları yer ve beslenme eğitimi alma durumları ile şişmanlığa karşı kendilik algıları alt ölçeğinden aldıkları puan arasındaki farkın anlamlı

olmadığı ($P>0.05$), ancak bölüm, sınıf ve sosyoekonomik durumları ile şişmanlığa karşı kendilik algıları alt ölçeğinden aldıkları puan arasındaki farkın anlamlı olduğu ($P<0.05$) görülmüştür (Tablo 8). Öğrencilerin çoğunluğunun şişmanlığa karşı kendilik algıları alt ölçeğinden aldıkları puanın 15-21 arasında değişmesi sebebiyle şişmanlığa karşı kendilik algılarının güçlü olmadığını söylemek mümkündür. Ancak, kız öğrencilerin, 25-28 ve 29-32 yaş aralığındaki, hemşirelik bölümündeki, 3.sınıf, sosyoekonomik durumu çok iyi olan, ailesiyle birlikte evde kalan ve beslenme eğitimi alan öğrencilerin şişmanlığa karşı kendilik algıları alt ölçeğinden aldıkları puanın daha yüksek olması (Tablo 8), bu öğrencilerin şişmanlığa karşı kendilik algılarının daha güçlü olduğunu ortaya çıkarmıştır.

Kundakçı (2005)'nin araştırmasında cinsiyet ile şişmanlığa karşı kendilik algıları alt ölçeğinden aldıkları puan arasındaki farkın anlamlı olduğunun ($P<0.001$) bulunması araştırmamızla uyuşmamaktadır. Ancak, Kundakçı (2005)'nin araştırmasında da kızların erkeklere oranla daha güçlü kendilik algılarına sahip oldukları saptanmıştır.

Kundakçı (2005)'nin araştırmasında ise; beslenme eğitimi alma durumu ile şişmanlığa karşı kendilik algıları alt ölçeğinden aldıkları puan arasındaki farkın anlamlı olduğu ($P<0.05$) bulunmuş ve bizim araştırmamızla benzer şekilde beslenme eğitimi alanların, beslenme eğitimi almayanlara oranla daha güçlü şişmanlığa karşı kendilik algılarına sahip oldukları belirlenmiştir. Yine, bizim araştırmamızdaki gibi; Kundakçı (2005)'nin araştırmasında da öğrenimleri süresince kaldıkları yer ile şişmanlığa karşı kendilik algıları alt ölçeğinden

aldıkları puan arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($P>0.05$) bulunmuştur.

Araştırmaya katılan yükseköğretim öğrencilerinin cinsiyet, yaş aralığı, bölüm ve sınıflarına bölüm, sınıf, sosyoekonomik durumu, öğrenimleri süresince kaldıkları yerler ve beslenme eğitimi alma durumuna göre yemek yeme davranışları alt boyutundan aldıkları puan dağılımı Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Yüksekokul öğrencilerinin cinsiyet, yaş aralığı, bölüm, sınıf, sosyoekonomik durumu, öğrenimleri süresince kaldıkları yerler ve beslenme eğitimi alma durumuna göre yemek yeme davranışları alt boyutundan aldıkları puan dağılımı

		Yemek Yeme Davranışları Alt Boyutundan Aldıkları Puan								P Değeri, χ^2 Değeri
		9-18		19-27		28-36		37-45		
		s	%	s	%	s	%	s	%	
Cinsiyet	Kız (s=212-%52.3)	21	9.9	103	48.6	86	40.6	2	0.9	0.521, 2.257
	Erkek (s=193-%47.7)	22	11.4	103	53.4	65	33.7	3	1.6	
Yaş Aralığı	17-20 (s=137-%33.8)	12	8.8	72	52.6	51	37.2	2	1.5	0.962, 3.055
	21-24 (s=249-%61.5)	30	12.0	122	49.0	94	37.8	3	1.2	
	25-28 (s=15-%3.7)	1	6.7	9	60.0	5	33.3	0	0.0	
	29-32 (s=4-%1.0)	0	0.0	3	75.0	1	25.0	0	0.0	
Bölüm	Beslenme ve Diyetetik (s=106-%26.2)	10	9.4	56	52.8	38	35.8	2	1.9	0.050, 12.594
	Hemşirelik (s=139-%34.3)	8	5.8	68	48.9	60	43.2	3	2.2	
	Sosyal Hizmet (s=160-%39.5)	25	15.6	82	51.2	53	33.1	0	0.0	
Sınıf	1. Sınıf (s=82-%20.2)	3	3.7	40	48.8	36	43.9	3	3.7	0.000, 30.115
	2. Sınıf (s=103-%25.4)	19	18.4	49	47.6	35	34.0	0	0.0	
	3. Sınıf (s=107-%26.4)	5	4.7	69	64.5	33	30.8	0	0.0	
	4. Sınıf (s=113-%27.9)	16	14.2	48	42.5	47	41.6	2	1.8	
Sosyoekonomik Durum	Kötü (s=46-%11.4)	23	50.0	10	21.7	10	21.7	3	6.5	0.000, 103.822
	Orta (s=229-%56.5)	13	5.7	125	54.6	89	38.9	2	0.9	
	İyi (s=98-%24.2)	7	7.1	49	50.0	42	42.9	0	0.0	
	Çok İyi (s=32-%7.9)	0	0.0	22	68.8	10	31.2	0	0.0	
Öğrenimleri Süresince Kaldıkları Yerler	Ailesiyle birlikte evde kalıyor (s=29-%7.2)	4	13.8	20	69.0	5	17.2	0	0.0	0.325, 6.960
	Arkadaşlarıyla birlikte evde kalıyor (s=148-%36.5)	16	10.8	73	49.3	58	39.2	1	0.7	
	Yurtta kalıyor (s=228-%56.3)	23	10.1	113	49.6	88	38.6	4	1.8	
Beslenme Eğitimi Alma Durumu	Evet (s=147-%36.3)	8	5.4	82	55.8	56	38.1	1	0.7	0.057, 7.533
	Hayır (s=258-%63.7)	35	13.6	124	48.1	95	36.8	4	1.6	

Öğrencilerin cinsiyetleri, yaş aralıkları ve öğrenimleri süresince kaldıkları yer ile yemek yeme davranışları alt ölçeğinden aldıkları puan arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($P>0.05$), ancak bölüm, sınıf, sosyoekonomik ve beslenme eğitimi alma durumları ile yemek yeme davranışları alt ölçeğinden aldıkları puan arasındaki farkın anlamlı olduğu ($P<0.05$) bulunmuştur (Tablo 9). Öğrencilerin çoğunun yemek yeme davranışları alt ölçeğinden aldıkları puanın 19-27 arasında değişmesi; çok fazla yemek yeme davranışında bulunmadıkları anlamına gelmektedir. Ancak, kız öğrencilerin, 17-20 yaş aralığındaki, hemşirelik bölümündeki, 1. sınıf, ailesiyle birlikte evde kalan ve beslenme eğitimi alan öğrencilerin öğrencilerinin daha fazla yemek yeme davranışında buldukları söylenebilir. Sosyoekonomik durumu kötü olan öğrencilerin çoğunun yemek yeme davranışları alt ölçeğinden aldıkları puanın 9-18 arasında değişmesi daha az yemek yeme davranışında bulduklarını anlamına gelmektedir (Tablo 9).

Kundakçı (2005)'nin araştırmasında ise cinsiyet ile yemek yeme davranışı alt ölçeğinden alınan puan arasındaki farkın anlamlı olduğunun ($P<0.05$) bulunması araştırmamızla uyuşmamaktadır. Bizim araştırmamızdan farklı olarak Kundakçı (2005)'nin araştırmasında erkek öğrencilerin daha fazla yemek yeme davranışında buldukları ortaya çıkmıştır.

Kundakçı (2005)'nin araştırmasında, bizim araştırmamızdan farklı olarak öğrenimleri süresince kaldıkları yer ile yemek yeme davranışları alt ölçeğinden aldıkları puan arasındaki farkın ise anlamlı olduğu ($P<0.05$), yurttan kalan öğrencilerin daha az yemek yeme davranışında buldukları ortaya çıkmıştır. Ancak, bizim

araştırmamızla benzer şekilde Kundakçı (2005)'nin araştırmasında da öğrencilerin beslenme eğitimi alma durumları ile yemek yeme davranışları alt ölçeğinden aldıkları puan arasındaki farkın anlamlı olduğu ($P<0.05$) ve beslenme eğitimi alan öğrencilerin daha fazla yemek yeme davranışında buldukları saptanmıştır.

Katılımcı yüksekokul öğrencilerinin BKİ değerleri ile beslenme alışkanlığı ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Yüksekokul öğrencilerinin BKİ değerlerine göre beslenme alışkanlığı ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı

BKİ Değeri	Beslenme Alışkanlığı Ölçeğinden Aldıkları Toplam Puan								P Değeri, χ^2 Değeri
	65-130		131-195		196-260		261-325		
	s	%	s	%	s	%	s	%	
<18.5 (s=33-%8.2)	1	3.0	23	69.7	9	27.3	0	0.0	0.707, 3.774
18.5-24.9 (s=312-%77.0)	8	2.6	175	56.1	128	41.0	1	0.3	
25.0-29.9 (s=60-%14.8)	1	1.7	31	51.7	28	46.7	0	0.0	
	Şişmanlığa Karşı Önyargılar Alt Boyutundan Aldıkları Puan								0.046, 12.811
	12-24		25-36		37-48		49-60		
	s	%	s	%	s	%	s	%	
<18.5 (s=33-%8.2)	13	39.4	15	45.5	4	12.1	1	3.0	0.456, 5.715
18.5-24.9 (s=312-%77.0)	53	17.0	187	59.9	63	20.2	9	2.9	
25.0-29.9 (s=60-%14.8)	13	21.7	30	50.0	13	21.7	4	6.7	
	Şişmanlığın Getirdiği Olumlu ve Olumsuz Düşünceler Alt Boyutundan Aldıkları Puan								0.002, 21.153
	16-32		33-48		49-64		65-80		
	s	%	s	%	s	%	s	%	
<18.5 (s=33-%8.2)	1	3.0	14	42.4	18	54.5	0	0.0	0.275, 7.523
18.5-24.9 (s=312-%77.0)	7	2.2	103	33.0	182	58.3	20	6.4	
25.0-29.9 (s=60-%14.8)	1	1.7	20	33.3	32	53.3	7	11.7	
	Şişmanlığa Karşı Kendilik Algıları Alt Boyutundan Aldıkları Puan								0.002, 21.153
	7-14		15-21		22-28		29-35		
	s	%	s	%	s	%	s	%	
<18.5 (s=33-%8.2)	11	33.3	12	36.4	11	33.3	12	36.4	0.275, 7.523
18.5-24.9 (s=312-%77.0)	47	15.1	172	55.1	47	15.1	172	55.1	
25.0-29.9 (s=60-%14.8)	6	10.0	23	38.3	6	10.0	23	38.3	
	Yemek Yeme Davranışları Alt Boyutundan Aldıkları Puan								0.275, 7.523
	9-18		19-27		28-36		37-45		
	s	%	s	%	s	%	s	%	
<18.5 (s=33-%8.2)	1	3.0	14	42.4	1	3.0	14	42.4	0.275, 7.523
18.5-24.9 (s=312-%77.0)	34	10.9	158	50.6	34	10.9	158	50.6	
25.0-29.9 (s=60-%14.8)	8	13.3	34	56.7	8	13.3	34	56.7	

Öğrencilerin BKİ değerleri ile beslenme alışkanlığı ölçeğinden aldıkları toplam puan arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($P>0.05$) belirlenmiştir (Tablo 10). Öğrencilerin BKİ değerleri ile şişmanlığa karşı önyargılar alt ölçeğinden aldıkları puan arasındaki farkın anlamlı

olduğu ($P<0.05$) bulunmuştur (Tablo 10). BKİ değeri 18.5-24.9 kg/m² arasında değişen (normal kilolu) öğrencilerin çoğu şişmanlığa karşı önyargılar alt ölçeğinden 25-36 arasında puan almıştır.

şişmanlığa karşı önyargılar alt ölçeğinden alınan puan ortalaması arttıkça bireyler şişmanlığa karşı daha önyargılı hale gelmektedir. Tablo 10 incelendiğinde öğrencilerin büyük çoğunluğunun şişmanlığa karşı önyargılar alt ölçeğinden aldıkları puanının 25-36 arasında değiştiği görölmektedir. Bu durumda öğrencilerin büyük çoğunluğunun şişmanlığa karşı önyargılı olmadıklarını söylemek mümkündür.

Öğrencilerin BKİ değerleri ile şişmanlığın getirdiği olumlu ve olumsuz düşünceler alt ölçeğinden aldıkları puan arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($P>0.05$) tespit edilmiştir (Tablo 10). Öğrencilerin çoğunun şişmanlığın getirdiği olumlu ve olumsuz düşünceler alt ölçeğinden aldıkları puanın 49-64 arasında değişmesi sebebiyle, şişmanlığın getirdiği olumlu ve olumsuz düşüncelerle fazla ilgilendikleri söylenebilir.

Öğrencilerin BKİ değerleri ile şişmanlığa karşı kendilik algıları alt ölçeğinden aldıkları puan arasındaki farkın anlamlı olduğu ($P<0.05$) belirlenmiştir (Tablo 10). Öğrencilerin çoğunluğunun şişmanlığa karşı kendilik algıları alt ölçeğinden aldıkları puanın 15-21 arasında değişmesi sebebiyle şişmanlığa karşı kendilik algılarının güçlü olmadığını söylemek mümkündür.

Öğrencilerin BKİ değerleri ile yemek yeme davranışları alt ölçeğinden aldıkları puan arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($P>0.05$) belirlenmiştir (Tablo 10). Öğrencilerin çoğunun yemek yeme davranışları alt ölçeğinden aldıkları puanın 19-27 arasında değişmesi;

çok fazla yemek yeme davranışında bulunmadıkları anlamına gelmektedir. Ancak, hemşirelik bölümündeki öğrencilerin ve 1. sınıf öğrencilerinin daha fazla yemek yeme davranışında buldukları söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin çoğunun sosyoekonomik durumunun “orta düzeyde” olduğu, yurttan kaldığı, hemşirelik ve sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin çoğunun ve 1. sınıf öğrencilerinin büyük bir çoğunluğunun beslenme eğitimi almadığı ortaya çıkmıştır.

Öğrencilerin cinsiyetleri, yaş aralıkları ve bölümleri ile BKİ değerleri arasındaki farkın anlamlı olduğu ($P<0.05$), sınıfları, sosyoekonomik durumları, öğrenimleri süresince kaldıkları yer ve beslenme eğitimi alma durumları ile BKİ değerleri arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($P>0.05$) ve çoğunluğunun normal kilolu olduğu belirlenmiştir. En fazla normal kilolu öğrenci sayısının beslenme ve diyetetik bölümünde ve 4. sınıf öğrencilerinde olduğu ortaya çıkmıştır.

Öğrencilerin çoğunun şişmanlığa karşı önyargılı olmadıkları, şişmanlığın getirdiği olumlu ve olumsuz düşüncelerle fazla ilgilendikleri, şişmanlığa karşı kendilik algılarının güçlü olmadığı ve çok fazla yemek yeme davranışında bulunmadıkları anlaşılmıştır. Ancak, hemşirelik bölümündeki öğrencilerin, 1. sınıf öğrencilerinin ve düzenli bir uykuya sahip olmayan öğrencilerin çoğunun daha fazla yemek yeme davranışında buldukları, sosyoekonomik durumu kötü olan öğrencilerin çoğunun daha az yemek yeme davranışında buldukları ortaya çıkmıştır.

Erken yaşta ve ilk olarak aile ortamında kazanılan beslenme ile ilgili alışkanlıkların şekillenmesinde bu dönemde verilecek doğru bilgi ve kazandırılacak olumlu yönde tutumların önemi toplumun her kesiminde idrak edilmelidir. Beslenme davranışlarına yönelik sorunlar

özüme kavuşturularak fizyolojik ve psikolojik sağlığın geliştirilmesi yönünde adım atılmalıdır. Sadece risk gruplarına değil, toplumdaki tüm bireylere verilecek olan örgün ve yaygın beslenme eğitiminin, beslenme bilgi düzeyinin arttırılması, yanlış inanç ve tutumların düzeltilmesi ve böylece kendisi kadar parçası olduğu diğer sorunların da çözüme ulaşması açısından önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

- Ahsen, Ü. (1994). *Beslenme öğrenimi gören ve görmeyen kız meslek lisesi son sınıf öğrencilerinin beslenme durumu üzerinde bir araştırma*. Ankara: Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Alpargun, D. (1995). *Uludağ Üniversitesi öğrencilerinde anoreksiya nervroza ve bulimiya nervozanın görülme sıklığı ve bu vakaların kişilik yapılarının araştırılması*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Arslan, P., Pekcan, G. (1985). *Diabet yıllığı 4. yurttan kalan yüksek öğrenim gençlerinin beslenme durumları ve sorunları*. İstanbul: Temel Matbaası.
- Aslan, D., Yeşildal, N. (2003). Halk sağlığı bakış açısıyla adölesanlarda beslenme. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi – STED*, 12(10), 386-389.
- Aslan, H., Alparslan, N. (1998). Bir grup üniversite öğrencisinde yeme tutumu ile obsesif kompulsif belirtiler, aleksitemi ve cinsiyet rolleri arasındaki ilişki. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2, 61-69.
- Attila, S. (1995). Yetersiz ve dengesiz beslenme sorunları. İçinde: Ed.: Bertan, M., Güler, Ç., *Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı*, Ankara.
- Aytekin, F., Bulduk, S. (2000). Üniversite öğrencilerine verilecek beslenme eğitiminin beslenme davranışlarına olan etkisinin incelenmesi. *Milli Eğitim Dergisi*, 148.
- Baysal, A. (1985). *Genel beslenme bilgisi*. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi, No: 083.

- Canat, S. (1998). *Psikiyatri temel kitabı*. Ed.: Güleç, C., Köroğlu, E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 661-672.
- Çetin, N. (2001). *Gençlerde obezite ile davranış sorunları, benlik saygısı, depresyon düzeyi, yeme tutumları ve anne çocuk arasındaki ilişkinin irdelenmesi*. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.
- Demir, T., Demir, D.E., Kayaalp, L., Büyükkal, B. (1998). Yeme bozukluğu olan ergenlerde btl-90 ile psikiyatrik belirti dağılımının araştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 5 (2), 70.
- Ergülen, S., Saygun, M., Çöl, M., Sayan, F.M. (2001). Ankara Üniversitesi öğrencilerinde anemi sıklığı etkili faktörler ve beslenme alışkanlıkları üzerine bir araştırma. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 30(2), 24-31.
- Fidan, N. (1986). *Okulda öğrenme ve öğretme*. Ankara: Alkım Yayınevi, 1-26.
- Hasipek, S. (1990). *Özel durumlarda beslenme*. Ankara: Ankara Üniversitesi Ziraat Fakültesi Ev Ekonomisi Yüksekokulu Yayını.
- Heseminia, T., Çalışkan, D., Işık, A. (2002). Ankara'da yüksek öğretim öğrenci yurtlarında kalan öğrencilerin beslenme sorunları. *İbni Sina Tıp Dergisi*, 7, 155-166.
- İzmir, M., Erman, H., Canat, S. (2003). Ankara'da üç değişik okulda uygulanan yeme tutum testi sonuçlarının değerlendirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 1(2), 70-74.

- Kelder, S.H., Perry, C.L., Klepp, K.I. (1994). Longitudinal tracing of adolescent smoking, physical activity and food choice behaviours. *American Journal of Public Health*, 84, 1121-1126.
- Kıran, G. (1999). *Üniversite öğrencilerinde yeme alışkanlıkları, yeme tutum değişiklikleri ve dissosiyatif yaşantılar*. Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Kim, Y.H. (2001). Korean adolescents' health risk behaviors and their relationships with the selected psychological constructs. *Journal of Adolescent Health*, 29(4), 298-306.
- Köknel, Ö. (1981). *Cumhuriyet gençliği ve sorunları*. II. Basım. İstanbul: Cem Yayınevi.
- Kundakçı A. H. (2005). *Üniversite öğrencilerinin yeme tutumları, benlik algısı, vücut algısı ve stres belirtileri açısından karşılaştırılması*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Sosyal Psikoloji) Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 143 s.
- Onat, T. (1975). *İstanbul kızlarında ergenlik çağında büyüme-seksüel gelişim ve kemik olgunlaşması ve bunların birbirleriyle ilişkileri*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayını, No:33.
- Pereyra, C., Williford, J.H. (1997). Eating attitudes, dietary intake and dieting behaviors in college females. *Journal of the American Dietetic Association*, 97(9), 48.
- Pollitt, E. (1984). *Nutrition and educational achievement*, UNESCO: Nutrition Education Series, No: 9.

- Sağlam, F., Yürükçü, S. (1996). Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Yüksekokul öğrencilerinin besin tüketim durumu, beslenme alışkanlıkları ve beslenme bilgi düzeylerinin saptanması. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 25(2), 16-23.
- Sakarya, Ö. (1984). *Ankara Üniversitesi Mediko-Sosyal Merkezine başvuran öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ve beslenme sorunları*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Beslenme Ve Diyetetik Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Şimşek, H. (1991). *Ortaokul öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıkları üzerine bir araştırma*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Williford, J.H., Allen, C.D., Meserve, L.A., Hentges, D.L. (1998). Effects of a collage nutrition course on the eating attitudes and behaviors of traditional collage-age students. *Journal of The American Dietetic Association*, 98, 79.
- Williford, J.H., Lindway, B.J., Hentges, D.L., Northey, W.F. (1999). Effects of nutrition education on eating attitudes among college age student. *Journal of the American Dietetic Association*, 99, 54.
- Worobey, J. (2002). Eating attitudes and temperament attributes of normal and overweight college students. *Eating Behaviors*, 3(1), 85-92.

BÖLÜM 24:
GIDA KAYNAKLI BAKTERİYEL PATOJENLERDE İMMUN
YANIT

Dr. Öğr. Üyesi A. Ezgi TELLİ¹

Prof. Dr. Yusuf DOĞRUER²

¹ Selçuk Üniversitesi, Veteriner Fakültesi, Besin Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı, Konya, Türkiye, ezgiyilmaz@selcuk.edu.tr

² Selçuk Üniversitesi, Veteriner Fakültesi, Besin Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı, Konya, TÜRKİYE, ydogruer@selcuk.edu.tr

1. GİRİŞ

Patojen ve konakçı ilişkisi iki sonuca dayanmaktadır. Bunlardan birincisinde patojen hastalık oluştururken, diğesinde başarılı konakçı savunması ile enfeksiyonun oluşumu ve yayılımı engellenmektedir. Her iki sonuçta da immun sistem anahtar rol oynar. İnsan vücudunun mikrobiyal enfeksiyonlara karşı korunma yeteneği farklı etkenlere karşı sürekli maruz kalınmasından dolayı değişim göstermektedir. Mikroorganizmalar da aynı şekilde değişim göstererek kendilerini konak organizmaya adapte ederler. İnsan organizması, patojenler ve kommensal mikroorganizmaların gelişebilmesi için oldukça elverişlidir. Patojenler birincil hastalık etkenleri olsa da bazı kommensal mikroorganizmalar da uygun çevre koşullarında hastalık oluşturabilirler.

2. Konakçı Patojen İlişkisi

Genel olarak patojen, konakçıda hastalığa yol açan mikroorganizma olarak tanımlansa da bu ifade yetersiz kalmaktadır. Bazı mikroorganizmalar tüm konakçılarda klinik olarak gözlenen semptomlara yol açamayabilir. Dolayısıyla, konakçının mikroorganizmanın virulansına karşı hassasiyeti çok önemlidir. Bu nedenle patojeniteyle ilgili yapılan mevcut tanımlamalar hem patojen için hem de konakçı için yapılan tanımlamaları tam olarak karşılamamaktadır. Patojenle ilgili geçmişte yapılan tanımlamalar onların herhangi bir konakçıda hastalık oluşturma yeteneğine dayanmaktadır. Mikrobiyal patojeniteyi, konakçı ve patojenin

anlamalarını bütünlüştürerek karşılayan bir tanımlama gerçekleştirilememiştir.

Bakteriyel patojenite, bakteriyel gen ürünlerinin koordineli üretim ve hakimiyetini gerektiren multifaktöriyel ve dinamik bir olaydır. Her bakteriyel patojen konakçı organizmayla farklı bir yolla temasa geçse de enfeksiyonların çoğunda bilinen olaylar gerçekleşir. Bunlar, konakçı hücre ya da dokularına tutunma, konakçı hücre ya da dokularına invazyon (invaziv patojenlerde) veya ekstraselüler patojenler tarafından gerçekleştirilen aderens, konakçı immun savunmasından korunma ve/veya dirençlilik, besin elementlerinin tutulumu, çoğalma ve konakçıdan konakçıya ve çevresel kaynaklara bulaşma şeklinde sıralanabilir (Cliver ve Riemann 2002, Deshpande 2002).

2.1. Mikrobiyal Patogenezi Tanımlamada Hasar-Yanıt İlişkisi

Hastalık patogenezi genel olarak bakıldığında, konakçı-patojen ilişkisi; konakçıda hasarla sonuçlananlar ve hasarla sonuçlanmayanlar olmak üzere iki şekildedir. Konakçı homeostazisi bozulmuş ise belirli düzeyde hasarla hastalık oluşur. Bu hasar, konakçının hücre, doku ve organlarında meydana gelir. Hücresel düzeydeki hasar, nekroz, apoptosis ve malignant dönüşümlerdir. Doku ve organ düzeyindeki hasar granulomatoz yangı, kronik yangı sonucu oluşan fibrozis ve tümördür (Casadewall ve Pirofski 2015).

Hasar hem patojenle hem de konakçıyla ilişkili olabilir. Enfeksiyöz hastalıkların çoğunda konakçıdaki hasar, konakçının immun sistemine bağlıdır. İmmun sistemi zayıf olan bireylerde

görülen hasar, öncelikle patojen ilişkilidir. İmmun sistemi çok kuvvetli olan bireylerdeki hasar ise primer olarak konakçıyla ilişkilidir (Cliver ve Riemann 2002). Bununla birlikte, normal fizyolojik özellikteki konakçılarda hem patojen hem de konakçı ilişkili hasar söz konusudur. Bu durumda hastalık oluşması için hasarın konakçının normal fonksiyonunu bozacak düzeyde oluşması gerekir. Dolayısıyla hastalık, patojen ilişkili (örn; hücre nekrozonu uyaran patojenler), konakçı ilişkili ya da her ikisinin birlikte neden oldukları hasarla ortaya çıkan kompleks bir sonuçtur. Mikrobiyal patogenezi, konakçı hasarı terimiyle tanımlamak, bu tanımlamanın konakçı patojen ilişkisini etkileyen birçok değişkeni de kapsamasını sağlar (Casadewall ve Pirofski 2015).

2.2. Konak Savunma Mekanizmaları

Enfeksiyöz etkenlerin organizmaya alınması her zaman hastalık oluşturmaz. Patojen bakteriler, viruslar ve parazitler özellikle az sayıda olmak üzere sağlıklı insanların Gİ kanalında bulunabilir. Esas fonksiyonu sindirim olan mide asidi, safra tuzları ve bağırsak enzimleri birçok patojen mikroorganizmanın muköz membranlara yerleşmesini engeller. Bağırsağın peristaltik hareketi de mikroorganizmaların atılımını sağlayarak doğal bir savunma mekanizması gibi işlev görür. Yine mukoz membranlarda bulunan ve kommensal mikroorganizmalardan oluşan mikrobiyal flora patojen mikroorganizmaların yerleşmesini önler. Konak savunma sistemi; nonspesifik ve immunolojik bariyer ve mekanizmalardan oluşmaktadır (Erol 2007).

2.2.1.Nonspesifik Savunma Bariyerleri ve Mekanizmaları

Deri

Gıda işlenmesinde çalışan kişiler, gıdalarda bakteri bulunması durumunda kolaylıkla enfekte olabilirler fakat deri gıda kaynaklı patojenlere karşı ilk savunma kapısıdır. Derinin dermis katmanı lenfoid doku içermektedir. Deri pH'sı hafif asidiktir bu nedenle patojen girişine bariyer oluşturur. Epidermisin kuru olması ve bakterilerin çoğalması için neme ihtiyaç duymalarından dolayı da bakteriyel gelişim engellenir. Ter bezleri ve kıl foliküllerindeki lizozim antibakteriyel etkiye sahiptir. Deri ilişkili lenfoid doku (SALT) derinin hemen altında bulunur ve enfeksiyonlara karşı spesifik immün yanıt sağlar. Çeşitli fagositik ve antijen üreten hücreler (APC) de deride bulunarak patojenlerin eliminasyonunu sağlamaktadırlar. Bu hücreler; langerhans hücreleri (yerleşik makrofaj hücreleri), dendritik hücreler ve keratinositlerdir. Epidermisteki keratinositler, asidik ortam sağlarlar, sitokin üretirler ve *Pseudomonas aeruginosa* ve *Staphylococcus aureus* gibi deriyle ilişkili bakterileri elimine ederler (Bhunja 2018).

Mide

Mide, HCI ve proteolitik bir enzim olan pepsin üretir. Gıda ve su ile alınan mikroorganizmaların bağırsaklara ulaşmasındaki en önemli engel mide asitliğidir. Gıda kaynaklı bir çok patojen, mide asitliği sayesinde elimine edilir (Bhunja 2018). Normal mide pH'sı 1.5-2.0 arasında olup kuvvetli mikrobisidal etki gösterir. Buna karşın, özellikle aside dirençli patojen mikroorganizmalar buldukları

gıdanın da koruyucu etkisi ile mide asitliğinde canlılıklarını koruyarak bağırsaklara geçebilirler (Erol 2007). Mide ayrıca, patojenleri yıkıma uğratan bazı proteolitik enzimleri de salgılar. *Lactobacillus*, *Streptococcus* ve bazı mayaları içeren doğal mikroflora, midede 10^1 - 10^3 kob/ m^{-1} düzeyinde bulunurlar ve böylelikle immun sisteme katkıda bulunurlar (Bhunia 2018).

Epitel bariyeri

Sindirim kanalının mukoz membranları epitelyum tabaka ile kaplıdır. Mukozal epitelyum hücreleri patojenlerin vücuda girmek için kullandıkları yerler olup, mukoza potansiyel enfeksiyöz bakterilerin vücuda girmelerine karşı fiziksel bir bariyer olarak görev yapar. Patojen mikroorganizmalar bağırsak epitelyum hücreleri üzerindeki glikoprotein ve glikolipidlerin karbonhidrat kısımları olan reseptöre bağlanırlar. Epitelyum bariyerini oluşturan en önemli mekanizma hücre yenilenmesidir. Çok hızlı şekillenen hücre yenilenmesi ile bağırsak lumenindeki patojenler mukozaya ulaşmadan serbest eritrositlere bağlanırlar ve dışkıyla atılırlar. Bağırsaklarında yara vb. olan bireyler, enfeksiyöz etkenlerin organizmaya geçişine daha duyarlıdır. Mukozal yüzeyleri kaplayan epitelial hücreler, luminal ve invaziv bakteriler tarafından immun ve yangısal hücelere sinyal gönderilerek bağlantı kurulmasında önemli bir bileşendir. Epitelial hücreler, invaziv ve minimal invaziv mukozal mikrobiyal patojenlerle etkileşim kurarak erken ve geç immune yanıt oluşumunu sağlarlar (Kagnoff ve Eckmann 1997).

Mukus tabakası

Gastrointestinal bölgeyi kaplayan mukus tabakası, biyokimyasal olarak kompleks bir yapıya sahiptir. Bu yapı, glikoproteinler, antimikrobiyal peptidler, immunoglobulinler, lipidler ve elektrolitler gibi pek çok intestinal komponentten oluşur (Juge 2012).

Mukus tabakası, epitelyum hücrelerinden oluşur ve bulunduğu yere göre bu hücrelerin şekli değişir. Bunlar squamoz, kübik ve kolumnar şekillerde tabakalanabilir. Dört çeşit epitel hücresi vardır. Bunlar; epitelial hücreler, paneth hücreleri, goblet hücreleri ve enteroendokrin hücreleridir.

Epitelyum katmanının ortamı, bakteriyel gelişme ve kolonizasyon için uygun nem ve sıcaklıktadır. Epitelyum hücreleri bağırsaklardaki mikroorganizmalara karşı bariyer oluşturmak için sıkıca birleşmişlerdir. Moleküllerin membrandan geçişinde yüksek selektiviteye sahiptirler. Epitelyum hücreleri, mikroorganizmaları etkileyen çeşitli reseptör moleküllerini de taşıyabilirler. Bunlar, bakteriyel lipopolisakkaritler (LPS), peptidoglikan (PGN) ve lipoteikoik asite (LTA) bağlanan (1) Pathogen Recognition Receptors (PRR), (2) Toll Like Receptors (TLR), (3) Nucleotide Binding Oligomerization Domain Proteinleri (NBODP) ve (4) Pathogen Associated Molecular Patterns (PAMP) olarak isimlendirilmektedir (Pasare ve Medzhitov 2005).

PRR' ların en önemli alt grubu TLR ailesidir. Son yıllarda yapılan çalışmalarla, TLR'lerin, doğal ve kazanılan bağışıklıkta önemli rolü olduğu gösterilmiştir (Schnare ve ark 2001, Pasare ve

Medzhitov 2005). Mikroorganizma eklentileri olarak kodlanan bu reseptörlerin birçok farklı türde hücre ve dokuda görülen, Gram pozitif ve negatif bakteriler, DNA ve RNA virusları, mantar ve protozoaları içeren çeşitli türdeki patojenlerin moleküler ürünlerini tanıma özelliği vardır. TLR ligandların olgunlaşması ve kazanılan immun yanıtı başlatmaları için dendritik hücreler tarafından aktive edilmeleri gerekir (Pasare ve Medzhitov 2005). TLR, kazanılan bağışıklığın aktivasyonunda da önemli bir rol oynar. Bu reseptörlerin patojenleri ve patojen kaynaklı ürünleri tanıma ve doğal savunmanın aktivasyonunu sağlayan sinyalleri başlatma özelliği vardır. TLR ile oluşturulan sinyaller, antimikrobiyal genler, yangısal sitokinler ve kemokinlerin uyarılmasıyla akut yangısal yanıtı başlatır (Schnare ve ark 2001).

Paneth hücreleri, mukoza tabakasının kriptinin kıvrılan bölgesinde lokalizedir ve fagositik hücrelerdir. Bu hücreler, *L.monocytogenes*, *E.coli*, *S. Typhimurium* gibi bazı bakteriler için inhibitör etkiye sahip olan lizozim ve crptidin (35 aminoasit uzunluğunda bir peptid) antimikrobiyal peptidlerini üretirler. Goblet hücreleri, epitelyum hücreleri ile mukus salgısı arasında lokalize olur ve doğal intestinal immunitede büyük rol oynar (Bhunia 2018). Kadeh (goblet) hücreleri tarafından intestinal epitel hücreleri boyunca üretilen ve mukoz membranların yüzeyini kaplayan mukus tabakası, mikroorganizmaların ince bağırsaklarda kolonizasyonunu engellemede önemli bir role sahiptir. Enfeksiyöz mikroorganizmalar, epitelyum hücre yüzeyine ulaşmak ve yapışma reseptörlerine sahip olmak için mukozal bariyerleri geçmek zorundadır (Erol 2007). Mukus

tabakasının yoğunluğu bağırsak uzunluğu boyunca değişiklik gösterir. Mukus yoğunluğu kalın bağırsakta ince bağırsağa göre daha fazladır (Juge 2011, Bhunia 2018) ve yoğunluk inen kolon bölümünde devamlı olarak artar. Mukus, sIgA, laktoferrin, lizozim ve laktoperoksidaz içerir. Laktoferrin, demire sıkı bir şekilde bağlanarak bakterinin demir kullanımını engellemiş olur. Lizozim, Gr (+) veya G (-) bakterilerin peptidoglikanlarını parçalar ve laktoperoksidaz, bakteriler için toksik olan ‘superoksidede O’ radikalini üretir. Mukusun visköz yapısı mikroorganizmaların hareketini engeller (Bhunias 2018). Mukus içerisinde çeşitli antimikrobiyal enzim ve antikorlar bulunur. Mukusu oluşturan maddeler içerisindeki bakteri reseptörlerine benzer moleküller bakterileri bağlayarak mukoza hücrelerine geçmesini engeller. Mukus, yerleşik flora için besleyici görev yapar, kolonizasyonlarına yardımcı olur ve enerji kaynağı sağlar. Bunların dışında mukus, patojenlerden ve toksinlerden gelen hasarlara ve yangıya karşı hücreleri korur. Örneğin, enteropatojenik *E. coli* (EPEC), *Yersinia enterocolitica*, *Shigella* spp. ve rotavirusun adezyonunu inhibe eder. Buna rağmen bazı patojenler, mukus sekresyonunu regüle ederek kolonizasyon sağlarlar. Örneğin *Helicobacter pylori* mukusta kolonize olur ve müsin ekzositozunu azaltır (Bhunias 2018).

Safra

Kolesterolün parçalanma ürünü olan safra, karaciğerde üretilir, safra kesesinde depo edilir ve safra kanalları yoluyla duodenuma salınır. Safra, bazı virus ve enterik patojenlere karşı inhibitörük etkiye

sahip olmasına karşı oldukça dirençlidir (Erol 2007). Safra kesesinden salgılanan safra tuzları (sodyum taurocholate, sodyum glycocholate), ince bağırsağa salgılanır ve bu tuzların deterjan etkisi gram pozitif bakterilerin hücre duvarlarını tahrip etmeye yardımcı olur (Bhunja 2018).

Bağırsak peristaltığı

Bağırsak motilitesi de vücudun doğal bir koruyucu mekanizmasını oluşturur. Sağlıklı insanlarda gıdanın alınıp sindirilmesi ve defekasyon arasında geçen süre genellikle 24-72 saat arasında değişir. Bağırsağın peristaltik hareketleri sonucu bağırsak lümeninde serbest halde bulunan veya enterositlere bağlanmış olan potansiyel enfeksiyöz mikroorganizmalar vücuttan atılırlar (Erol 2007).

Mikroflora

Sindirim kanalının çeşitli türlerden oluşan ve kendi içinde bir dengeye sahip olan normal mikroflorası, patojenlerin üremesini baskılar ve bağırsağa kolonizasyonunu engeller. Patojenlerin normal bağırsak florası tarafından engellenmesi; normal floranın bağırsaktaki besin elementleri için patojenlerle rekabet etmesi, patojenler üzerine etkili bakteriyosin gibi çeşitli inhibitör maddeleri üretmesi ve patojenlerin üremesini baskılayan metabolik ürünler ve bunların etkisiyle oluşan düşük pH gibi yollarla gerçekleşir. Ayrıca mevcut flora bağırsak peristaltığını arttırarak indirekt olarak da etki gösterir. Bazı kolon bakterilerinin ürettiği uçucu yağ asitleri diğer mikroorganizmalar üzerine engelleyici etki gösterir (Erol 2007).

Bağırsakta bulunan bu mikroorganizmaların önemli bir kısmını *Escherichia coli*, *Clostridium* spp, *Bacteriodes*, *Eubacterium*, *Bifidobacterium*, *Ruminoccus* ve *Peptostreptococcus* oluşturur. *Lactobacillus* ve *Bifidobacterium* sayısı yaşam boyu sabit kalır. Mikroflorada bulunan mikroorganizmalar, biyolojik aktif gastrointestinal peptidlerin salınmasını sağlar, gastrointestinal endokrin hücreleri regüle eder ve intestinal yapının gelişmesi yönünden katkı sağlar. Ayrıca oportunistik patojenlerin kolonizasyonunu önleyerek doğal ve kazanılan bağışıklıkta pay alırlar. Patojenler, NF-KB aktivasyonu ve IL-8,IL-1 β ve TNF- α üretimiyle proenflamatuar cevap oluşumunu uyarırlar. Doğal mikroflora (örn., *Lactobacillus acidophilus*) gereksiz enflamasyon cevabını baskılayarak (baskılayıcı IL-8 salınımı) immun homeostazisi sağlar. Mikroorganizmalar ve bazı komponentleri (LPS, PGN ve FMLP-Formylated Chemotactic Oligopeptide gibi) mukozal bariyer boyunca aktif olarak yer değiştirirler ve makrofajları, dendritik hücreleri, nötrofilleri, doğal katil- natural killer (NK) hücrelerini ve T hücrelerini aktive ederler. Böylelikle doğal mikroflora immun sistemin gelişmesine yardımcı olur (Bhunja 2018).

Son zamanlarda yapılan çalışmalar, bağırsak mukozasında bulunan epitelyum hücrelerinin yerleşik mikrofloraya duyarlı olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, yerleşik mikroflora ile bağırsak epitelyum hücreleri arasındaki etkileşimin epitelial hücrelerin normal gelişimi, lenfoid hücre gelişimi ve bağırsaktaki fizyolojik yangısal reaksiyonlarda rolü olduğunu söylemek mümkündür (Kagnoff ve Eckmann 1997).

Bunların dışında, beslenmenin, bakteriyel gelişmeyi destekleyen veya engelleyen faktörlere etkisi vardır. Yüksek oranda lif içeren gıdalarla beslenmenin, bakteriyel hücrelerin mukozal yüzeylere ulaşmalarını engelleyici etkisi bulunmaktadır (Cliver ve Riemann 2002).

Antimikrobiyal Peptidler

Antimikrobiyal peptidler (AMP), balıklar, kurbağalar, ve insanlar tarafından üretilirler. AMP'ler solunum yollarında, gingival epitelde, reproduktif, üriner, ve gastrointestinal sistemde bulunurlar ve geniş spektrumlu bir aktiviteye sahiptir. Bu proteinler, doğal bağışıklıkta büyük rol oynar ve patojen eliminasyonuna yardımcı olur. AMP peptidlerin antimikrobiyal aktiviteleri nonspesifiktir. Peptidler, por şekillendirmek için membrana girer ve iyon geçişini uyararak proton motive force (PMF)'un yıkılmasına sebep olurlar. Ayrıca bu peptidler, mikroorganizmalarda sitoplazmik membran, hücre duvarı, nükleik asit, protein ve enzim aktivitesini etkileyebilir ve bu şekilde bakteriler ve zarlı virüslara karşı etkili olup, zarsız virüslara karşı etkili değildir. Patojenler, AMP'leri, enerjiye bağımlı pompalarla, membran akışkanlığını değiştirerek ve AMP'leri proteazlarla parçalayarak dirençlilik geliştirebilirler. AMP'ler, epitel hücreleri, Paneth hücreleri, nötrofiller ve makrofajlar tarafından üretilirler. AMP proteinlerine örnek; lizozim, fosfolipaz A2, α 1-antitripsin, defensin, kryptidin, angiogenin4 ve katelisidinlerdir (Bhunia 2018).

2.2.2. İmmunolojik savunma mekanizmaları

Vücut savunmasında rol oynayan en önemli nonspesifik doğal savunma mekanizmalarından birisi fagositozdur. Fagositoz, nötrofil ve eozinofiller gibi granülositler ile monosit ve makrofajlar gibi mononükleer fagositik hücreler tarafından gerçekleştirilir. Bu hücreler vücuda giren mikroorganizma ve yabancı partikülleri tanıyarak içine alır ve öldürürler. Makrofajlar Gİ kanal boyunca, özellikle ileal Payer Plaklarında lokalize olmuşlardır. Lenfositler de lamina propria da yoğunlaşabilirler (Erol 2007).

Microfold (M) hücreleri, doğal fagositik hücrelerdir ve Payer Plakları gibi, folikül ilişkili lenfoid dokuda bağırsak boyunca bulunurlar. Bu hücrelerin birincil fonksiyonları, bozulmamış-harabiyete uğramamış partikülleri, parçalamadan ya da yıkıma uğratmadan epitelyum membrandan taşımaktır. *Salmonella*, *Shigella* ve *Listeria* gibi bazı patojenler subepiteial bölgeye ulaşabilmek için M hücrelerini kullanırlar. Buna karşın, makrofajlar, dendritik hücreler ve nötrofiller gibi özelleşmiş fagositik hücreler bakterileri kendiliğinden fagosite ederler. Bununla birlikte, hücre içi patojenler, hemolizin, superokside dismutase (SOD) ve katalaz gibi özelleşmiş virulans faktörlerini kullanarak korunabilmektedir. Hemolizin, fagozomal membranda porlar oluşturur; SOD, toksik oksijen radikallerini inaktive eder ve katalaz, hidrojen peroksiti indirger. *Salmonella*, *Legionella*, *Mycobacterium* ve *Brucella* gibi bazı patojenler, fagozomların olgunlaşmasını bloke ederek veya farklılığa uğratarak fagozomdan kurtulmalarını sağlarlar. *Listeria monocytogenes* ve *Shigella* spp. gibi bazı patojenler, hemolizinleri sayesinde fagozomdan

kurtulurlar, sitoplazma içerisinde çoğalırlar, aktin polimerizasyonunu uyarırlar ve komşu hücreleri de enfekte ederler. *Shigella* ayrıca özelleşmiş bir virulens faktörünü kullanarak otofagozomal lizisten korunur. *Shigella*, *Yersinia* ve *Salmonella* gibi bazı patojenler makrofajlar/ dendritik hücrelerdeki apoptozisi uyarır ve bağırsaktaki subepitelial bölgelerde varlığını devam ettirir (Bhunia 2018).

Gastrointestinal sistemde antijene maruziyette antikor ilişkili (humoral) ve hücre ilişkili olmak üzere iki çeşit immun yanıt oluşabilir. Hücreler sindirim sistemine asosiyel olmuş lenfatik doku (GALT) içerisinde aktif olup, Gİ kanal boyunca dağılmışlardır ve genel olarak üç yerde bulunurlar. Bunlar; peyer plakları, intestinal mukoza ve mezenterik lenf nodülleridir. Peyer plakları, makrofajlar ile B ve T lenfoid hücrelerini içerir (Bhunia 2018).

Plazma hücreleri olarak B hücreleri birkaç değişik türde antikor üretirler: Ig G, Ig M, Ig A, Ig D ve Ig E. Ig antikorları serumda en çok bulunan ve en önemli olan antikordur fakat Ig A intestinal immunitede önde gelen bir paya sahiptir. Lamina propria'daki plazma hücrelerinin çoğu Ig A üretir; Ig A üreten hücrelerin Ig G üretenlere oranı 20:30 dur. Tükrük bezlerinde üretilen plazma hücreleri de en çok Ig A üretir. Ig A ve daha az yoğun olmakla birlikte Ig M antikorları lumene sentezlenirler ve epitelyum yüzeyine bağlanırlar ve böylelikle spesifik antijenlere karşı antikor ilişkili immunité geliştirirler (Cliver 1990).

Peyer Plaklarının dış yüzeylerinde M hücreleri bulunur. M hücreleri endositoz işlevinde ve antijenlerin lenfositlere ve makrofajlara taşınmasında rol oynar. İntestinal mukoza GALT'ın

diğer önemli bir parçasıdır. Lamina propria, makrofaj ve lenfositleri (B ve T hücreleri, katil hücreler) içerir. Mezenterik lenf nodülleri olgun plazma hücreleri ve T hücreleri içerir. GALT içerisinde en önemli madde bağırsak epitelyum hücrelerine bağlanan antikordur. Bu antikorlar, virüsleri nötralize eder, bakterilerin üremesini baskılar ve toksinlerin etki yerine ulaşmasını engeller. Salgılanan Ig A, bağırsak epitelyum hücre yüzeyine bağlanarak bakterilerin tutunmasını engellemek suretiyle bakterilerin kolonizasyon ve penetrasyon koşullarını sınırlarlar. Ig A aynı zamanda *V. cholerae* gibi bakterilerin ürettiği enterotoksinleri de nötralize eder. Viral enfeksiyonlara karşı hem humoral hem de hücresel immun reaksiyon etkilidir. Bu çerçevede mukozada çoğalan virüslerin tutulma ve çoğalmaları Ig A tarafından engellenir. İnvaziv virüslere karşı serum Ig A fonksiyonu büyük önem taşır.

Diğer Etkiler

Proteazlar, lipazlar ve karbonhidratazlar gibi lizozomlar, enfeksiyöz etkenler ve onların toksinlerini parçalayacak nitelikte birçok hidrolitik enzim içerirler. Bakterilerin yıkılmasında lizozomal enzimler önemli olmakla birlikte, makrofaj ve lenfositlerin en önemli öldürme mekanizmalarını oksidatif mekanizma oluşturur. Bu mekanizma makrofaj ve lenfositler tarafından oluşturulan, hidrojen peroksit ya da süperoksit anyon, oksijen ve hidroksil radikal gibi serbest radikallerle gerçekleşir. Bu şekilde yıkılan mikroorganizmalar daha sonra lizozomal etkiyle sindirilirler. Bazı

mikroorganizmalar söz konusu etkilere karşı makrofajlar içerisinde direnebilirler.

2.3. Sindirim Sisteminde Bağışıklık

Sindirim sisteminin gıda ve su kaynaklı patojenlerle oluşturulan enfeksiyonları dünyadaki hastalık ve ölümlerin başlıca sebepleri arasındadır (Eckman ve Kagnoff 2005). İnsan bağırsağında 500-1000 farklı türde bakteri vardır ve bakteriyel hücrelerin miktarı ökaryotik hücrelere göre 100 kat daha fazladır (Whitman ve ark 1998). Bağırsaklarda bulunan bakteri sayısı 10^{14} 'tür ve bu olağanüstü bir sayıdır. İmmun sistem, bu yabancı misafirlerini güçlü bir immun reaksiyon göstermeksizin ağırlamak ve aynı zamanda da vücuda giren ve istila eden patojenlere karşı da hazırlıklı olmak zorundadır (Reading ve Kasper 2011).

Gastrointestinal sistem, vücuttaki en geniş mukozal yüzeyi oluşturur. Bu yüzey, büyük oranda kommensal bakteri ve gıdasal antijenlere maruz kalır ve immun sistemin yanıt göstermesi gereken patojen bakterilerle mücadele edebilmek için bunların immun sistem tarafından tolere edilmesi gerekir. Gastrointestinal sistem bu nedenle hangi antijenin tolere edileceği, hangilerine yanıt verileceğini belirlemedeki ilk kontrol noktasıdır. Bu nedenle bu bölgenin büyük oranda lenfosit içermesi şaşırtıcı değildir. Bağırsaklardaki immun regülasyona katkıda bulunan birçok hücre çeşidi vardır. Bunlardan CD4-regulatory T-cell popülasyonunun rolü çok büyüktür (Izcue ve ark 2006). Bakteriler gibi antijenik partiküller, bağırsak mukozasını geçerek lakteal ve portal damarlara ulaşabilirler. Bu organizmalar daha sonra mezenterik lenf nodüllerinde ve karaciğerde yakalanırlar.

Diğer mikroorganizmalar, vücuda yüzeysel lenfoid dokulardan girebilirler. Örneğin viruslar, tonsil kriptlerinin dibindeki ince epitelyum tabakasından tonsil dokusuna girebilir ve viremi döneminden önce burada çoğalabilirler.

Bağırsak ilişkili immun reaksiyonlarda pek çok hücre türü görev almaktadır. Makrofajlar, antijenlerin işlenmesi ve taşınması görevini üstlenir. B lenfositler, humoral (antikor üreten) immun yanıt mediatörleriye, T hücreleri hücre ilişkili reaksiyonlardan sorumludur. Plazma hücreleri, B hücrelerinin bir türevidir ve belli bir bölgedeki belli bir antijene spesifik antikor molekülünü sentezler ve salgılar. T lenfositler B hücrelerinin aktivitelerini düzenleyebilir (yardım veya baskılama). T hücreleri antijenlere karşı sentez edilebilir ve direkt olarak hücre ilişkili immunitenin bir parçası olabilir. K hücreleri, bakterilere ve parazitlere karşı savunmada çok önemlidir. Bunlar, antikorlar tarafından kuşatılmış antijenleri tanırlar ve antijen-antikor kompleksini yıkımlarlar. NK hücreleri, antijene karşı önceden oluşturulan sentezleme olmaksızın ve antijen-antikor kompleksinin varlığına gerek duymadan spontan olarak öldürücü aktivite gösterirler. Mononükleer fagositler, antijen sunan hücreler veya sitotoksik hücreler olarak hücre ve humoral immunitede önemli bir yardımcı rol oynar. Bu fagositler, prostaglandinler ve interferonları içeren pek çok biyolojik aktif maddeleri de sentezlerler. Bağırsak mast hücreleri, bölgesel anafilaktik şoka neden olan bir çeşit biyolojik aktif madde sentezleyebilir. Mast hücreleri bakterileri yutabilme yeteneğine de sahiptir (Izadpanah ve ark 2000, Cliver ve Riemann 2002, Bhunia 2018).

2.3.1. Bağırsakta Bulunan Mikroflora Yüğü

Gastrointestinal sistemin bölgelerinin eksojen antijenlere maruziyetleri birbirinden farklılık göstermektedir. Genelde, kommensal bakterilerin miktarı bağırsak bölgesinde distale doğru gidildikçe artmaktadır. Bu nedenle kolonun antijenik yükü, ince bağırsaklara göre daha fazladır. Bununla birlikte, en yüksek bakteri konsantrasyonu da sekumda bulunmaktadır (Izcue ve ark 2006). Jejunum ve ileumda bulunan bakteri popülasyonunun büyük bir kısmı *Lactobacillus*, *Enterobacteriaceae*, *Streptococcus*, *Bacteriodes*, *Bifidobacterium* ve *Fusobacterium*'dan oluşur ve bu bakteriler patojen kolonizasyonuna karşı koruma sağlar (Bhunja 2018).

2.3.2. Bağırsak Enfeksiyonlarına Mukozal Yanıtta Morfolojik Özellikler

Enterik patojenlerle bağırsaklarda oluşan enfeksiyonlardaki morfolojik değişimlerin çoğu değişime uğramış ekspresyon ve hücreler arası iletişim fonksiyonundaki gen ürünlerinin salınımı ve konakçı cevabı ilişkili hücre fonksiyonlarının düzenlenmesi olarak açıklanabilir. Bu olayların bazıları, patojenin kendisiyle veya ürettikleriyle konakçı hücreleri arasındaki ilişki sonucu oluşan direkt yanıt sonucu oluşur, oysa diğerleri, konakçı kaynaklı mediatörlere gösterilen indirekt yanıt sonucu oluşur. Bağırsak enfeksiyonlarıyla oluşturulan reaksiyonların çoğu migrasyonun kontrolü ve farklı enterik patojenlere karşı tepki gösteren hücre tiplerinin aktivasyonudur (Eckmann ve Kagnoff 2005).

2.3.4. Oral tolerans

İmmunolojik tolerans genellikle immün sistemin kendisine karşı patolojik reaksiyon göstermesini engelleyerek otoimmün hastalıkların önüne geçen bir mekanizma olarak tanımlanır. Oral tolerans klasik olarak, oral yolla daha önce alınmış bir antijene karşı gösterilen spesifik hücresel ve/veya humoral immün yanıtın baskılanması olarak tanımlanır. Bu mekanizma büyük olasılıkla, gıda proteinlerine ve mukozal florada bulunan bakteriyel antijenlere karşı gösterilen hipersensitivite reaksiyonlarını önlemek için geliştirilmiştir (Weiner 2001).

Mukozal yüzeyler, özellikle de gastrointestinal sistem, birçok eksojen antijene karşı tolerans bölgeleridir ve regülatör T hücrelerinin fonksiyonel olgunlaşmasını sağlayan tolerojenik dendritik hücreler için uygun mikroçevresel şartları sağlarlar. Gastrointestinal sistemde immün homeostasis süresince yararlı veya kommensal bakteriler tarafından oluşturulan doğal immün sinyaller, nonenflamatuar mikroçevrenin sağlanması ve regülatör T hücrelerinin fonksiyonu için önemli bir rol oynar. Bu nedenle oral tolerans immün yanıtı iki fazda etkiler; homeostasisin korunması ve antijenik regülatör T hücreleri ile ilişkili immün yanıtın baskılanması (Tsuji ve Kosaka 2008).

Eksojen antijenler, GALT tarafından yönlendirilirler ve konakçıyı immün yanıtızsız hale getirmek için aktif bir supresyon mekanizmasından yararlanırlar. İmmunregülatör hücrelerle ilgili son zamanlarda edinilen bilgilere göre gastrointestinal sistemdeki özelleşmiş dendritik hücreler gıda antijenlerini tolerojenler olarak T

hücrelerine sunarlar bu nedenle bu hücelere regülatör fonksiyonu verilmiş bulunmaktadır. Normal fizyolojik koşullarda, tolerasyonda GALT da aynı mekanizmayı kullanır veya bağırsakta bulunan geniş yararlı mikroorganizma topluluğuyla simbiyotik olarak bulunur. Bu nedenle, bağırsak immun sistemi ‘baskın tolerans’ göstermek zorundadır ve regülatör immun yanıt oluşturma yeteneği bunun en önemli kısmını oluşturur. Aslında distal lenfoid organlar tarafından uyarılan derinin gecikmiş tipte hipersensitivite reaksiyonu, alerjik yanıtlar veya insülitis gibi yangısal immun yanıtlar, oral tolerans sayesinde tamamen etkisizleştirilebilir. Bu gerçek gösteriyorki baskılayıcı fonksiyondaki immunregülatör hücreler vücudun giriş bölgesi (oral yol) ne yayılarak, antijen spesifik toleransı sağlamakla görevli immun gözetimi gerçekleştirir (Tsuji ve Kosaka 2008).

IL-10 ve TGF- β üreten regülatör hücreler intestinal homeostasisin sağlanmasında önemli rol oynarlar (Tsuji ve Kosaka, 2008). Oral toleransta doz önemlidir. Düşük dozlar, aktif supresyona neden olurken, yüksek dozlar klonal anerjiye neden olur (Faria ve Weiner 2005). İmmun tolerans gibi oral tolerans da birden fazla mekanizma ile ilişkili ve doza bağımlıdır (Weiner 2000). Oral toleransta konakçıyla ilgili faktörler; konakçının genetik altyapısı, yaşı, sindirim sistemi mikroflorası ve alınan antijen miktarıdır (Strobel ve Mowat 1998).

2.3.5. Enfeksiyöz Doz

Patojenlerin veya toksinlerin enfeksiyöz dozları konak immunolojik durumuna ve mikroorganizmanın doğal enfektivitesine göre değişiklik arz eder (Bhunia 2018). Gıda enfeksiyonlarında canlı mikroorganizma gıda ile vücuda alınmıştır. Mikroorganizma gastrointestinal hastalığı oluşturmak için genellikle gastrointestinal sistem veya vücudun diğer bölgelerinde çoğalsa da enfeksiyonun oluşması için gereken doz, mikroorganizmanın türüne göre değişir (Cliver 1990). Mideden hızlı geçen sıvı gıdaların tüketiminde veya mide asitliğini nötralize eden gıdaların (örn.,süt, peynir gibi) tüketiminde enfeksiyöz doz azalır. Yüksek gastrik pH'ya sahip veya diğer hastalıklar sebebiyle antibiyotik tedavisi alan kişilerde antibiyotikler bağırsakta bulunan doğal mikroflora miktarını azalttığından dolayı bu bireyler gıda enfeksiyonlarına daha duyarlı hale gelirler (Bhunia 2018).

SONUÇ

Gastrointestinal kanalda bulunan patojen mikroorganizmaların mukozal yüzeylere yerleşmesi veya vücutta yayılarak hastalık oluşturması, birçok fizyolojik bariyer ve savunma mekanizması yardımıyla önlenmektedir. Bunun anlamı immun sistemin çoğu durumda, enfeksiyonun ilerlemesini ve hastalığın yayılmasını önlemesi olarak yorumlanabilmektedir. Buna rağmen immun sistemdeki hasar veya yetersizlik, hastalık semptomlarının ortaya çıkmasıyla sonuçlanır. Bu nedenle, gıda kaynaklı patojenler tarafından meydana getirilen hastalıkların seyrini anlamak için konak immun sistemi ve savunma mekanizmasının daha iyi anlaşılması gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

1. Bhunia, A. K. (2018). Foodborne microbial pathogens: mechanisms and pathogenesis. Springer. Deshpande SS. Handbook of Food Toxicology. First Edition, Newyork, CRC Press, 2002; 457-551.
2. Casadevall, A., & Pirofski, L. A. (1999). Host-pathogen interactions: redefining the basic concepts of virulence and pathogenicity. *Infection and immunity*, 67(8), 3703-3713.
3. Casadevall, A., & Pirofski, L. A. (2015). What is a host? Incorporating the microbiota into the damage-response framework. *Infection and immunity*, 83(1), 2-7.
4. Cliver, D. O., & Riemann, H. P. (Eds.). (2002). Foodborne diseases. Gulf Professional Publishing.
5. Eckmann, L., & Kagnoff, M. F. (2005, June). Intestinal mucosal responses to microbial infection. In Springer seminars in immunopathology (Vol. 27, No. 2, pp. 181-196). Springer-Verlag.
6. Erol, İ. (2007). Gıda Hijyeni ve Mikrobiyolojisi, 1. Pozitif Matbaacılık,;49-56.
7. Faria, A. M., & Weiner, H. L. (2005). Oral tolerance. *Immunological reviews*, 206(1), 232-259.
8. Izadpanah, A., Dwinell, M. B., & Kagnoff, M. F. (2000). Regulated secretion of the T lymphocyte and dendritic cell chemokine macrophage inflammatory protein (MIP)-3 alpha by human intestinal epithelial cells. *Gastroenterology*, 118(4), A94.

9. Izcue, A., Coombes, J. L., & Powrie, F. (2006). Regulatory T cells suppress systemic and mucosal immune activation to control intestinal inflammation. *Immunological reviews*, 212(1), 256-271.
10. Juge, N. (2012). Microbial adhesins to gastrointestinal mucus. *Trends in microbiology*, 20(1), 30-39.
11. Kagnoff, M. F., & Eckmann, L. (1997). Epithelial cells as sensors for microbial infection. *The Journal of clinical investigation*, 100(1), 6-10.
12. Pasare, C., & Medzhitov, R. (2005). Control of B-cell responses by Toll-like receptors. *Nature*, 438(7066), 364.
13. Reading, N. C., & Kasper, D. L. (2011). The starting lineup: key microbial players in intestinal immunity and homeostasis. *Frontiers in microbiology*, 2, 148.
14. Schnare, M., Barton, G. M., Holt, A. C., Takeda, K., Akira, S., & Medzhitov, R. (2001). Toll-like receptors control activation of adaptive immune responses. *Nature immunology*, 2(10), 947.
15. Strobel, S., & Mowat, A. M. (1998). Immune responses to dietary antigens: oral tolerance. *Immunology today*, 19(4), 173-181.
16. Tsuji, N. M., & Kosaka, A. (2008). Oral tolerance: intestinal homeostasis and antigen-specific regulatory T cells. *Trends in immunology*, 29(11), 532-540.
17. Weiner, H. L. (2001). Oral tolerance: immune mechanisms and the generation of Th3-type TGF-beta-secreting regulatory cells. *Microbes and infection*, 3(11), 947-954.

18. Whitman, W. B., Coleman, D. C., & Wiebe, W. J. (1998).
Prokaryotes: the unseen majority. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 95(12), 6578-6583.

BÖLÜM 25:
GIDA KAYNAKLI BİR PATOJEN *LISTERIA*
***MONOCYTOGENES*: GENETİK ÖZELLİKLERİ,**
TANIMLAMA VE TESPİT YÖNTEMLERİ

Öğr.Gör. Yasin AKKEMİK¹

Dr.Öğr. Üyesi Nihat TELLİ²

¹ Selçuk Üniversitesi, Karapınar Aydoğanlar MYO, Gıda İşleme Bölümü, Konya, Türkiye, yasinakkemik@selcuk.edu.tr

² Konya Teknik Üniversitesi, Teknik Bilimler MYO, Gıda İşleme Bölümü, Konya, Türkiye, ntelli@ktun.edu.tr

GİRİŞ

Mikroorganizma nedenli gıda kaynaklı hastalıklar, patojen bir mikroorganizma veya toksin içeren gıdanın tüketimini takiben ortaya çıkan hastalıklardır. Gıda kaynaklı mikrobiyal patojenlerin, her yıl çok sayıda insanın hastalanmasına neden olduğu tahmin edilmekte ve kontamine gıda tüketiminin yol açtığı problemler küresel boyutta halk sağlığını etkilemektedir. Mikroorganizma kökenli gıda kaynaklı hastalık vakaları ele alındığında klinik tablodan sorumlu olan etkenlerin en başında bakterilerin geldiği gözlemlenmektedir (Bean, Griffin, Goulding, & Ivey, 1990). Gıda kaynaklı bakteriyel hastalıklar çoğunlukla *Campylobacter* türleri, *Salmonella enterica*, *Yersinia enterocolitica*, Shiga toksin-*Escherichia coli* (STEC) ve *Listeria monocytogenes* etkenleri tarafından meydana getirilmekte olup bu hastalıkların ülke ekonomilerine önemli yükler getirdiği tahmin edilmektedir.

L. monocytogenes predispoze bireylerde (örn., bebekler, hamile ve emziren anneler, yaşlılar, immun sistemi zayıflamış kişiler) yüksek mortalite ile sonuçlanan listeriozise neden olmaktadır. Ubiquiter özelliği (doğada yaygın), çevresel koşullara dirençliliği, psikotropik ve mezofilik niteliklere sahip olması nedeniyle gıda kaynaklı patojenler arasında önemle ele alınması gereken etkenlerdendir.

Biyolojik Özellikleri

Listeria türleri, 0,4-0,5 µm en ve 0,5-2,0 µm boyda, yuvarlak uçlu kısa çubuk şeklindedirler (Abdelhamed, Nho, Karsi, & Lawrence, 2019). Gram-pozitif, spor oluşturmeyen ve fakültatif anaerobik

mikroorganizmalar olup flagellaları sayesinde hareket edebilme yeteneğindedirler (Gray & Killinger, 1966).

Önceleri *Corynebacteriaceae* familyası içerisinde sınıflandırılan *Listeria* cinsi 16S rRNA sekansına göre 2001 yılından itibaren *Listeriaceae* ailesine dahil edilmiştir. *Listeria* cinsinin on farklı üyesi vardır. Bunlar; *L. fleischmannii*, *L. grayi*, *L. innocua*, *L. ivanovii*, *L. marthii*, *L. monocytogenes*, *L. rocourtiae*, *L. seeligeri*, *L. weihenstephanensis* ve *L. welshimeri*'dir (Collins et al., 1991). *L. monocytogenes* insan ve hayvanlarda, *L. ivanovii* ise koyunlar başta olmak üzere sadece hayvanlarda hastalığa neden olan patojenik türlerdir (Doyle & Schoeni, 1986).

Somatik (O) ve flagellar (H) antijenlerinin kökenine göre, *L. monocytogenes* 13 alt serotipe (1/2a, 1/2b, 1/2c, 3a, 3b, 3c, 4a, 4ab, 4b, 4c, 4d, 4e ve 7) ayrılmaktadır. Serotip 1/2a, 1/2b ve 4b insanlarda meydana gelen gıda kaynaklı hastalıkların büyük çoğunluğundan sorumlu serotiplerdir (Schuchat, Swaminathan, & Broome, 1991).

L. monocytogenes, düşük sıcaklıklar ve pH ile yüksek tuz konsantrasyonları gibi olumsuz çevre koşullarına adapte olabilmekte ve canlılığını sürdürebilmektedir. *L. monocytogenes* için optimum üreme sıcaklığı 30-37°C arasındadır (Farber & Peterkin, 1991). Ancak -7 ile 45°C arasındaki sıcaklıklarda da canlı kalabilmekte (Ramaswamy et al., 2007) ve bu durum soğukta muhafaza edilen gıdalarda gelişim göstermeleri bakımından önemli olmaktadır. Yüksek tuz konsantrasyonlarına dayanıklı olması nedeniyle de gıdalarda kontrol altında tutulmasında güçlükler yaşanmaktadır. Karşılaştırmalı iki boyutlu poliakrilamid jel elektroforezi yöntemiyle *L.*

monocytogenes'lerde tuz stresi ile indüklenen 12 adet protein tanımlanmıştır. *L. monocytogenes*, gıda işleme tesisleri dahil olmak üzere katı yüzeylerde biyofilmler oluşturarak dezenfektanlara karşı daha dirençli hale gelebilmektedir (Duché, Trémoulet, Glaser, & Labadie, 2002).

Hastalık Tipleri ve Semptomları

L. monocytogenes, önemli oranda morbidite ve mortalite riski olan, dünya genelinde halk sağlığı problemlerine neden olan listeriozisin etkenidir. Hastalık; non-invaziv ve invaziv formlarda ortaya çıkabilmektedir (Nadon, Woodward, Young, Rodgers, & Wiedmann, 2001). Non-invaziv listeriozis hastalığın daha hafif şeklidir ve sağlıklı bireylerde görülen formudur. Hastalığın belirtileri arasında; ishal, ateş, baş ağrısı, kas ağrıları, kusma ve miyalji bulunmaktadır (Schuchat et al., 1991). Belirtiler birkaç saat ile 2-3 gün arasında değişen kısa bir inkübasyon periyodundan sonra ortaya çıkmaktadır. Non-invaziv form ile ilişkili hastalığın oluşabilmesi için, çok sayıda etkenin gıdalar ile tüketilmesi gerekmektedir. İnvaziv listeriozis, hastalığın şiddetli şekli olup hamile kadınlar, bağışıklığı baskılanmış yetişkinler ve yaşlılar gibi predispoze bireyleri etkilemektedir. Bu hastalık sepsis, menenjit ve meningoensefalit gibi yüksek mortalite oranına yol açan sistemik enfeksiyon tablosu şekillendirmektedir (Allerberger & Wagner, 2010). Ayrıca, fetal enfeksiyonlar spontan düşüklere, ölü doğumlara, erken doğumlara ve yenidoğan hastalıklarına neden olabilmektedir (Erdenlig, Ainsworth, & Austin, 1999). İnkübasyon süresi ile ilgili olarak kesin bir zaman dilimi

belirtilmemekte olup bazı vakalardan elde edilen bulgular inkübasyonun 3 gün ile 3 ay arasında değişebileceğini ve ortalama 31 gün olduğunu göstermektedir (Bortolussi, 2008).

Klinik olarak sağlıklı bireylerin, hastalık belirtileri olmadan bağırsaklarında *L. monocytogenes* etkenlerini taşıdığı tahmin edilmektedir (Abdelhamed et al., 2019). Ekonomik Araştırma Hizmetleri (ERS), gıda kaynaklı listerioziste akut hastalık maliyetinin, ABD’de her yıl 2.3 milyar dolar olduğunu ve gıda kaynaklı listeriozis nedeniyle yılda 260 kişinin öldüğünü ileri sürmektedir (Buzby & Roberts, 2009). Perinatal/neonatal enfeksiyonlar, menenjit ve septisemi görülen vakalarda mortalite oranları sırasıyla %80, 70 ve 50’ye kadar yükselebilmektedir (Abdelhamed et al., 2019).

Epidemiyoloji

L. monocytogenes doğada yaygın (ubiquiter özellik) halde bulunmakta ve zoonoz hastalıklar içerisinde de önem arz etmektedir. Etken toprak, su, silaj, çürüyen bitki örtüsü gibi birçok çevresel kaynaktan izole edilmiştir (Abdelhamed et al., 2019). Hayvanlar *L. monocytogenes* etkenlerini asemptomatik olarak taşıyabilir ve gıdaları kontamine edebilirler. *L. monocytogenes* çok çeşitli hayvan türlerinin, bazı balık ve kabuklu deniz hayvanlarının dışkı florasının bir parçasıdır. Sığır, koyun ve kuş türleriyle birlikte insanlarda etken için rezervuar niteliktedir. İnsanların dışkıları ile çevreyi kontamine ettiği bilinmekte ve sağlıklı bireylerin %5’inin etkenleri bağırsaklarında asemptomatik olarak taşıdıkları tahmin edilmektedir (Donnelly, 2001).

Listeriozis ile ilişkilendirilen gıdalar arasında süt (özellikle pastörize edilmemiş süt), peynir (özellikle yumuşak peynirler) ve dondurma gibi süt ürünleri, et ve et ürünleri (örn., tütülenmiş deniz ürünleri, sığır eti, domuz eti ve fermente sosisler), çiğ turp ve lahana gibi sebzeler ve deniz ürünleri yer almaktadır. İşleme ortamının gıdaların kontaminasyonunda birincil kaynak olduğu bildirilmektedir (Rocourt & Cossart, 1997).

İnsanlarda gözlemlenen ilk *L. monocytogenes* enfeksiyonu vakası 1929'da bildirilmiştir (Gray & Killinger, 1966). Avrupa ve ABD'de ilk listeriozis salgınlarının, kontamine süt ürünlerinin tüketiminden kaynaklandığı bilinmektedir (Linnan et al., 1988). 1980'lere kadar ABD ve Kanada'da rapor edilen salgınlar içerisinde listeriozis salgınlarının sıklıkla görülmediği bildirilmektedir (Ciesielski, Hightower, Parsons, & Broome, 1988; Gellin et al., 1991). Ancak Avrupa ve ABD'de son on yılda birçok listeriozis vakası meydana gelmiştir (Abdelhamed et al., 2019). 2011 yılında kavun tüketimi ile ilişkili salgın, ABD'de gözlemlenen en büyük listeriozis salgını olarak kayıtlara geçmiştir. Listeriozis insidensinin ABD'de, 1996 yılında milyon kişi başına 4,1 vakadan, 2003 yılında 3,1 vakaya, 2013 yılında da 2,6 vakaya düştüğü ifade edilmektedir (Abdelhamed et al., 2019). 1991'den 2002'ye, Avrupa'da toplam 526 salgın vakası meydana gelmiş ve bunlardan 19 tanesinin invaziv *Listeria* enfeksiyonu vakası olduğu bildirilmiştir (FSAI, 2007). 1997'de, İtalya'da kontamine mısır salatası tüketimi yoluyla büyük bir salgın meydana gelmiştir. Bu salgın 1566 febril gastroenterit hastalığına neden olmuş ve toplam 292 kişi etkilenmiştir (Aureli et al., 2000). Sağlık Koruma Gözetim Merkezine

(HPSC) göre, 2000-2006 yılları arasında, İngiltere, Galler, Danimarka, Belçika, Almanya, Hollanda, İsviçre ve Finlandiya da dahil olmak üzere birçok Avrupa ülkesinde listeriozis insidensinde bir artış olduğu ifade edilmektedir (Abdelhamed et al., 2019).

Genomik Yapısı

L. monocytogenes 13 farklı serotipe ayrılmakta ve insan listeriozislerinin başlıca sorumluları 1/2a, 1/2b ve 4b serotipleri olmaktadır (Cheng & Kathariou, 2008; Seeliger & Hohne, 1979). Filogenetik analizler *L. monocytogenes* serotiplerinin soy I, II ve III'e ayrıldığını göstermiştir (Nadon et al., 2001; Rasmussen, Skouboe, Dons, Rossen, & Olsen, 1995). Soy I 4b, 3b ve 1/2b serotiplerinden (Michel Doumith et al., 2004), soy II 1/2a, 1/2c ve 3a serotiplerinden (A. Roberts et al., 2006) ve soy III ise 4a ve 4c serotiplerinden oluşmaktadır (Ward et al., 2004). Soy III'ün bir alt gurubu olan soy IIIB ise sonraları soy IV olarak bağımsız bir soy olarak değerlendirilmiştir (den Bakker, Bowen, Rodriguez-Rivera, & Wiedmann, 2012). Belirtilen serolojik ve genetik alt tipler klinik olarak önem arz etmektedir. *L. monocytogenes*'in neden olduğu sporadik vakaların ve salgınlardan %98'inden fazlası, I ve II. soylarda yer alan serotipler ile ilişkilidir. Soy III suşları gıdalarda ve çevrede yaygın bulunmamakta ve insan listeriozis salgınlarıyla ilişkili olmamaktadır (D. Liu et al., 2006). Soy IV suşları ise klinik örneklerden nadiren izole edilmektedirler (Abdelhamed et al., 2019).

Patojenik ve apatojenik *L. monocytogenes* izolatlarının genom sekansları; virülans faktörü düzenleme, listeriyal fizyoloji, konakçı

sitozoline adaptasyon ve hastalık patogenezinde yeni bulguların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Günümüzde, NCBI'nin veri tabanı 49 tam ve 236 taslak veya tamamlanmamış genom içermektedir ve bu sayı artmaya devam etmektedir (Tan et al., 2015). *L. monocytogenes* genom sekanslarının tamamı, EGD-e suşunu (serotip 1 / 2a); salgın suşları olan F2365 (serotip 4b), F6854 (serotip 1/2a) ve H7858'i (serotip 4b) ve serotip 4a suşu olan HCC23'ü içerir. Diğer *Listeria* suşları arasında *L. innocua* CLIP 11262 (serotip 6a), *L. welshimeri* SLCC 5334 (serotip 6b), *L. seeligeri* SLCC 3954 (serotip 1 / 2b) ve *L. ivanovii* PAM 55 (serotip 5) bulunur (M. Doumith, Buchrieser, Glaser, Jacquet, & Martin, 2004; Nelson et al., 2004; Paul et al., 2014).

L. monocytogenes suşu EGD-e ve patojenik olmayan *L. innocua* suşu CLIP1182 arasındaki karşılaştırmalı genom analizi, bu patojenin virülansından sorumlu potansiyel genetik farklılıkları ortaya koymuştur (Abdelhamed et al., 2019). Daha kapsamlı bir çalışmada, soy I suşu olan F2365, soy II suşu olan EGD-e, soy III suşu olan HCC23 ve *L. innocua* CLIP1182 arasında karşılaştırma yapılmıştır. Bu karşılaştırma neticesinde patojenik suşlar'da (F2365 ve EGD-e) patojenik olmayan suşlara (HCC23 ve CLIP1182) kıyasla 58 farklı protein olduğu bildirilmiştir (Paul et al., 2014). F2365 suşları (serotip 4b) ve EGD-e (serotip 1/2a) arasındaki genomik karşılaştırma, önemli sayıda tek nükleotid polimorfizmi ve bazı gen ilaveleri/silinmeleri ortaya koymuştur (Nelson et al., 2004). *Listeria* türlerinin karşılaştırmalı genomik analizi, *Listeria*'ların kendine özgü adaptasyonlarını da ortaya koymuştur (den Bakker et al., 2010). Listerial "pan-genom" uygulaması soylara özgü *L. monocytogenes* genlerinin, özellikle karbonhidrat

kullanımı ve stres direncinde tanımlanmasını sağlamıştır (Deng, Phillippy, Li, Salzberg, & Zhang, 2010).

Patogenez

Listeria enfeksiyonlarında bulaşmanın temel kaynağını, kontamine gıdalar oluşturmaktadır (Gahan & Hill, 2005). Hayvanlar, insektler, bitkiler ve toprak aracılığıyla bulaşma olabilmektedir. Diğer bulaşma yolları; anneden fetüse transplasental yolla ve doğum sırasında doğum kanalından bebeğe bulaşma şeklindedir (A. J. Roberts & Wiedmann, 2003). Enfeksiyon çiftçilere ve veteriner hekimlere, özellikle hastalıklı gebe hayvanların doğumu sırasında doğrudan temas yoluyla da geçebilmektedir (Regan et al., 2005).

Potansiyel kontaminasyon kaynakları arasında gıda çalışanları, işletmeye giren hava, hammaddeler ve gıda işleme ortamları bulunmaktadır (Abdelhamed et al., 2019). Gıdalar, üretim ortamında ve/veya işleme ve hazırlama sırasında *L. monocytogenes* ile kontamine olabilmektedirler. Pastörizasyon ve yeterli ısı işlem etken üzerinde bakterisidal etki gösterse de ısı işlem sonrasında ve ambalajlamadan önce kontaminasyon meydana gelebilmektedir. *L. monocytogenes* ile kontamine olmuş soğukta muhafaza edilen gıdalarda, depolama sırasında da mikrobiyal gelişim devam edebilmektedir. Bu durum, gıda güvenliği için önemli bir sorun teşkil etmektedir. Yapım tekniklerinde çiğ süt kullanılan yumuşak peynirler, soğukta muhafaza sırasında meydana gelen bakteriyel gelişme nedeniyle en yüksek riskli besin gruplarındandır (Allerberger & Wagner, 2010).

Enfeksiyon dozu tam olarak belirgin olmayıp bu noktada konakçı duyarlılığı önemli olmaktadır (Bortolussi, 2008). Nitekim, sağlıklı bir insanda 10-100 milyon, predispoze bireylerde ise 0,1–10 milyon canlı bakterinin hastalığa neden olabileceği ifade edilmektedir (Bortolussi, 2008).

L. monocytogenes'ler bağırsak, hepatik ve sinir hücreleri dahil olmak üzere çok çeşitli memeli hücre tipleri için istilacı nitelikte olabilir ve buralarda çoğalabilirler. Gıda kaynaklı enfeksiyonlar sırasında, bakteriler enterositleri istila eder ve hedef dokulara ulaşmak için lenfatik sisteme geçerler (Marco et al., 1997). *L. monocytogenes*'ler karaciğerde çoğalır ve daha sonra hamile kadınlarda beyne veya plasenta bariyerine yayılabilirler (Vazquez-Boland et al., 2001). *L. monocytogenes*'ler makrofajlarda hayatta kalabilir ve çoğalabilirler. Bu durum enfeksiyonun ilerlemesine katkıda bulunabilir. 50'den fazla listerial virülans faktörü tanımlanmıştır (Camejo et al., 2011).

Tanımlama ve Tespit Yöntemleri

L. monocytogenes'in gıdalardan veya klinik örneklerden izolasyonu başlangıçta, düşük sıcaklıklarda çoğalma yeteneğine dayanan yöntemlerle gerçekleştirilmekteydi. Kültürel olan bu yöntemler, besiyerlerinde kolonilerin görünür hale gelmesi için inkübasyonların uzun süreli olmasını gerektirmekteydi. Bununla birlikte tutarlı bir şekilde patojeni tespit etmekte her zaman mümkün olmamaktaydı (Gasnov, Hughes, & Hansbro, 2005). Geliştirilen tespit yöntemlerinin uygulanmasıyla *L. monocytogenes*'in teşhisinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Günümüzde, gıda endüstrisinde, FDA

bakteriyolojik ve analitik yöntemi (BAM), Uluslararası Standartlar Örgütü (ISO) 11290 nolu standart, USDA protokolü (et, yumurta, kümes hayvanları ve çevre örnekleri için kullanılır) ve Analitik Kimyacılar Birliği'nin (AOAC / IDF) 993.12'inci metodu (süt numuneleri için), *Listeria* türlerinin identifikasyonu için yaygın olarak kullanılmaktadır (Abdelhamed et al., 2019).

Besiyeri ortamına dahil edilen kromojenik substratlar, spesifik biyokimyasal özelliklere dayalı kolonilerin doğrudan tanımlanmasını sağlamaktadır. Bunlardan bazıları ticari olarak temin edilebilmektedir. Örneğin, fosfatidilinositol-fosfolipaz C'nin (PI-PLC) ve daha az ölçüde fosfatidilkolin-fosfolipaz C'nin (PC-PLC) tespitine dayanan ortam, patojenik *Listeria* türlerinin doğrudan saptanmasına ve sayılmasına olanak sağlamaktadır. *L. monocytogenes*'leri ayırt etmek için özel olarak tasarlanmış birkaç seçici kromojenik agar (örn., bioMérieux ALOA® One Day agarı, Oxoid Kromojenik *Listeria* agar'ı (OCLA) ve CHROMagar™ *Listeria*) besiyeri de rutin analizlerde kullanılmaktadır (Abdelhamed et al., 2019).

Yukarıda belirtilen kültürel yöntemlerin yanı sıra mikroorganizmanın immünolojik ve moleküler özelliklerinin ortaya konmasının amaçlandığı teknikler de bulunmaktadır. Etkenin immünolojik-serolojik özelliklerine yönelik immünomagnetik ayırma ve floresan veya kolorimetrik saptama içeren enzim bağlantılı immünosorbent analizleri (ELISA) kullanılabilmektedir. ELISA testinin prensibi *Listeria*'ya özgü antikor ve antijenlerin tespitine dayanmaktadır. Uygulanabilirliğinin kolaylığı, hassasiyeti ve yüksek spesifitesi, doğrudan zenginleştirme ortamından yapılabilmesi

nedeniyle gıda analizlerinde sıklıkla değerlendirilmektedir. Son yıllarda, *L. monocytogenes*'lerin gıdalardaki varlığını tespit amacıyla, kromojenik agarların immüno-manyetik ayırma ile kombinasyon halinde kullanımı, alternatif bir yöntem olarak araştırılmaktadır (Wadud, Leon-Velarde, Larson, & Odumeru, 2010). Serotiplendirme (mikroorganizmaların türleri arasındaki yapıların antijenik farklılıkları ortaya koyarak onları ayırt eden serolojik bir teknik) ribotipleme veya darbeleri alan jel elektroforezi (pulsed-field gel electrophoresis-PFGE) gibi moleküler yöntemlerle karşılaştırıldığında nispeten düşük ayırt etme yeteneğine sahiptir (Brosch, Chen, & Luchansky, 1994).

Moleküler yöntemlerden DNA hibridizasyonu, gıdalarda olması muhtemel *Listeria*'ların tespiti için uygulanan başka bir yöntemdir. Sentetik olarak çoğaltılmış ve DNA problrarı (oligonükleotit) olarak hazırlanmış spesifik DNA parçalarının, sekansı araştırılacak olan hedef DNA molekülü ile birleştirilmesi temeline dayanmaktadır. Nispeten fazla miktarlarda hedef DNA veya RNA kullanımı gerektirir (Abdelhamed et al., 2019).

Ribotipleme iyi korunmuş spesifik DNA parçalarının ayrılması ve ayrılan parçaların analiz edilmesi temeline dayanır. Bu yöntem genellikle serotipleme yöntemi ile birlikte, *L. monocytogenes* kontaminasyonları sonucu meydana gelen salgınlarda, spesifik alt türü tanımlamak için kullanılır. Ayrıca görünüşte birbirleri ile ilişkisi olmadığı düşünülen listeriozis salgınları arasındaki ilişkiyi belirlemek için de kullanılmaktadır (Wiedmann et al., 1997).

Polimeraz Zincir Reaksiyonu (PCR) yöntemi az miktarlarda DNA'yı tespit edebilen çok hassas, güvenilir ve tekrarlanabilir

moleküler bir tekniktir. *L. monocytogenes* ve diğer *Listeria* türlerinin tespitinde de sıklıkla kullanılmaktadır (Dongyou Liu, Ainsworth, Austin, & Lawrence, 2004). Bununla birlikte *L. monocytogenes* alt suşlarını tespit edebilen multipleks analiz yöntemleri de geliştirilmiştir (Sauders et al., 2012). PCR temelli bu yöntem ile farklı serotip ve soy suşları arasındaki genomik içerikteki farklılıkların analiz edilmesi neticesinde dört *L. monocytogenes* alt grubu (1/2a-3a, 1/2c-3c, 1/2b-3b-7 ve 4b-4d4e) belirlenmiştir (Michel Doumith et al., 2004). Fakat bu yöntemler ile serotip 1/2a'yı 3a'dan, 1/2c'yi 3c'den, 1/2b'yi 3b ve 7'den, 4b'yi 4d ve 4e'den ayırt etmek mümkün olamamaktadır. Bu nedenle, yüksek riskli *Listeria* serotiplerini (1/2a, 1/2b, 1/2c ve 4b) düşük riskli *Listeria* serotiplerinden ayırabilen, gıda kaynaklı epidemiyoloji ile ilgili araştırmaları mümkün kılan, hastalık ve önleyici stratejilerin geliştirilmesine olanak sağlayan hızlı bir PCR yönteminin geliştirilmesine günümüzde hala ihtiyaç duyulmaktadır.

MALDI-TOF MS (matrix-assisted laser desorption ionization-time of flight mass spectrometry) mikroorganizmaların tanı ve teşhisinde kullanılan başka bir yöntem olarak ön plana çıkmaktadır (Schmidt et al., 2012; Yılmaz, Duyan, Artuk, & Diktaş, 2014). Yöntem, bakterilerin protein yapılarını iyonize ettikten sonra elektrik alandan geçirek protein profillerinin elde edilmesi temeline dayanmaktadır. Elde edilen profiller sistemin veri tabanındaki bilgilerle kıyaslanarak tanı ve teşhis yapılmaktadır (Marvin, Roberts, & Fay, 2003; Yılmaz, Duyan, Artuk, & Diktaş, 2014). MALDI-TOF MS; *L. monocytogenes*, *L. innocua*, *L. ivanovii*, *L. seeligeri*, *L. welshimeri* ve *L. grayi* izolatlarının tanımlanmasında kullanılmıştır (Barbuddhe et al., 2008).

Yüksek sensitivite ve spesifitede sonuç veren, ekonomik ve hızlı bir yöntemdir (Yılmaz, Duyan, Artuk, & Diktaş, 2014). Bu bakımdan değerlendirildiğinde, MALDI-TOF MS yönteminin *Listeria*'nın tanımlanması ve gıda endüstrisindeki önleyici stratejilerin geliştirilmesi için önemli bir potansiyele sahip olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ

Gıda kaynaklı bir patojen olan *L. monocytogenes*, geniş bir sıcaklık aralığında gelişim gösterebilmesi, düşük pH ve yüksek tuz konsantrasyonlarına dayanıklı olması nedeniyle gıda kaynaklı hastalıklarda önemli rol oynamaktadır. Birçok hastalık salgınından ve gıdaların geri çağırılmasından sorumlu olmuştur. *L. monocytogenes*'in neden olduğu listeriozis yüksek oranda mortalite oranlarına sahip bir hastalıktır. Gıdalarda *L. monocytogenes* gelişimini engellemek amacıyla ısıtma işlem etkinliğine özen gösterilmelidir. Bununla birlikte ısıtma işlem sonrası işlem basamaklarında meydana gelebilecek muhtemel kontaminasyonları engellemek için gerekli tedbirlerin alınması da önem arz etmektedir. Gıdaların tüketim öncesi pişirilmelerinde merkez sıcaklıklarının en az 72°C olmasına dikkat edilmelidir.

L. monocytogenes'in genetik yapısının belirlenmesi ve patojenin varlığının saptanması için güncel yöntemler geliştirilmiştir. PCR ve MALDI-TOF MS de dahil olmak üzere moleküler tespit yöntemlerindeki gelişmeler, gıdalarda ve çevrede *L. monocytogenes*'lerin tespit ve identifikasyonunda önemli ölçüde ilerlemelere olanak sağlamıştır. Ayrıca riskin daha iyi tahmin edilmesini sağlamak amacıyla, moleküler yöntemler kullanılarak, *L. monocytogenes* suşlarının alt tiplendirilmesinde olumlu gelişmeler kaydedilmiştir. Ancak bu yöntemleri daha da geliştirmek ve uygulanabilirliklerini arttırmak için bu yönde yapılacak nitelikli çalışmalara ihtiyaç duyulduğu ön görülmektedir. Bu sayede gıdalarda sıfır tolerans yaklaşımının uygulandığı en önemli gıda patojenlerinden biri olarak kabul edilen *L. monocytogenes* kaynaklı listeriozis vakalarının ve dolayısıyla halk sağlığının daha etkin korunmasının mümkün olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Abdelhamed, H., Nho, S., Karsi, A., & Lawrence, M. L. (2019). *Listeria monocytogenes* as Foodborne Pathogen: Genetic Approaches, Identification, and Detection Methods. In L. Hu (Ed.), *Food Safety: Rapid Detection and Effective Prevention of Foodborne Hazards* (1st ed., pp. 151–177). Oakville, Canada: Apple Academic Press Inc.
- Allerberger, F., & Wagner, M. (2010). Listeriosis: a resurgent foodborne infection. *Clinical Microbiology and Infection*, *16*(1), 16–23. <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2009.03109.x>
- Aureli, P., Fiorucci, G. C., Caroli, D., Marchiaro, G., Novara, O., Leone, L., & Salmaso, S. (2000). An Outbreak of Febrile Gastroenteritis Associated with Corn Contaminated by *Listeria monocytogenes*. *New England Journal of Medicine*, *342*(17), 1236–1241. <https://doi.org/10.1056/NEJM200004273421702>
- Barbuddhe, S. B., Maier, T., Schwarz, G., Kostrzewa, M., Hof, H., Domann, E., ... Hain, T. (2008). Rapid Identification and Typing of *Listeria* Species by Matrix-Assisted Laser Desorption Ionization-Time of Flight Mass Spectrometry. *Applied and Environmental Microbiology*, *74*(17), 5402–5407. <https://doi.org/10.1128/AEM.02689-07>
- Bean, N. H., Griffin, P. M., Goulding, J. S., & Ivey, C. . (1990). Foodborne Disease Outbreaks in the United States, 1973–1987: Pathogens, Vehicles, and Trends. *Journal of Food Protection*, *53*(9), 804–817. <https://doi.org/10.4315/0362-028X-53.9.804>
- Bortolussi, R. (2008). Listeriosis: a primer. *CMAJ : Canadian Medical*

Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne, 179(8), 795–797. <https://doi.org/10.1503/cmaj081377>

- Brosch, R., Chen, J., & Luchansky, J. B. (1994). Pulsed-field fingerprinting of listeriae: identification of genomic divisions for *Listeria monocytogenes* and their correlation with serovar. *Applied and Environmental Microbiology*, 60(7), 2584–2592. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8074531>
- Buzby, J. C., & Roberts, T. (2009). The Economics of Enteric Infections: Human Foodborne Disease Costs. *Gastroenterology*, 136(6), 1851–1862. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2009.01.074>
- Camejo, A., Carvalho, F., Reis, O., Leitão, E., Sousa, S., & Cabanes, D. (2011). The arsenal of virulence factors deployed by *Listeria monocytogenes* to promote its cell infection cycle. *Virulence*, 2(5), 379–394. <https://doi.org/10.4161/viru.2.5.17703>
- Cheng, Y. S. R., & Kathariou, S. (2008). Genomic Division/Lineages, Epidemic Clones and Population Structure. In D. Liu (Ed.), *Handbook of Listeria monocytogenes*. (pp. 337–357). Boca Raton, FL,: CRC Press.
- Ciesielski, C. A., Hightower, A. W., Parsons, S. K., & Broome, C. V. (1988). Listeriosis in the United States: 1980–1982. *Archives of Internal Medicine*, 148(6), 1416–1419. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3377624>
- Collins, M., Wallbanks, S., Lane, D., Shah, J., Nietupski, R., Smida, J., ... Stackebrandt, E. (1991). Phylogenetic Analysis of the Genus *Listeria* Based on Reverse Transcriptase Sequencing of 16S

- rRNA. *International Journal of Systematic Bacteriology*, 41(2), 240–246. <https://doi.org/10.1099/00207713-41-2-240>
- den Bakker, H. C., Bowen, B. M., Rodriguez-Rivera, L. D., & Wiedmann, M. (2012). FSL J1-208, a Virulent Uncommon Phylogenetic Lineage IV *Listeria monocytogenes* Strain with a Small Chromosome Size and a Putative Virulence Plasmid Carrying Internalin-Like Genes. *Applied and Environmental Microbiology*, 78(6), 1876–1889. <https://doi.org/10.1128/AEM.06969-11>
- den Bakker, H. C., Cummings, C. A., Ferreira, V., Vatta, P., Orsi, R. H., Degoricija, L., ... Wiedmann, M. (2010). Comparative genomics of the bacterial genus *Listeria*: Genome evolution is characterized by limited gene acquisition and limited gene loss. *BMC Genomics*, 11(1), 688. <https://doi.org/10.1186/1471-2164-11-688>
- Deng, X., Phillippy, A. M., Li, Z., Salzberg, S. L., & Zhang, W. (2010). Probing the pan-genome of *Listeria monocytogenes*: new insights into intraspecific niche expansion and genomic diversification. *BMC Genomics*, 11(1), 500. <https://doi.org/10.1186/1471-2164-11-500>
- Donnelly, C. W. (2001). *Listeria monocytogenes*. In R. G. Abbé & S. Garcia (Eds.), *In Guide to Foodborne Pathogens* (pp. 99–132). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Doumith, M., Buchrieser, C., Glaser, P., Jacquet, C., & Martin, P. (2004). Differentiation of the Major *Listeria monocytogenes* Serovars by Multiplex PCR. *Journal of Clinical Microbiology*,

42(8), 3819–3822. <https://doi.org/10.1128/JCM.42.8.3819-3822>.
2004

Doumith, Michel, Cazalet, C., Simoes, N., Frangeul, L., Jacquet, C., Kunst, F., ... Buchrieser, C. (2004). New aspects regarding evolution and virulence of *Listeria monocytogenes* revealed by comparative genomics and DNA arrays. *Infection and Immunity*, 72(2), 1072–1083. <https://doi.org/10.1128/iai.72.2.1072-1083.2004>

Doyle, M. P., & Schoeni, J. L. (1986). Selective-enrichment procedure for isolation of *Listeria monocytogenes* from fecal and biologic specimens. *Applied and Environmental Microbiology*, 51(5), 1127–1129. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3089147>

Duché, O., Trémoulet, F., Glaser, P., & Labadie, J. (2002). Salt stress proteins induced in *Listeria monocytogenes*. *Applied and Environmental Microbiology*, 68(4), 1491–1498. <https://doi.org/10.1128/aem.68.4.1491-1498.2002>

Erdenlig, S., Ainsworth, A. J., & Austin, F. W. (1999). Production of monoclonal antibodies to *Listeria monocytogenes* and their application to determine the virulence of isolates from channel catfish. *Applied and Environmental Microbiology*, 65(7), 2827–2832. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10388671>

Farber, J. M., & Peterkin, P. I. (1991). *Listeria monocytogenes*, a food-borne pathogen. *Microbiological Reviews*, 55(3), 476–511. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1943998>

- FSAI. (2007). *The Control and Management of Listeria monocytogenes Contamination of Food*. Ireland.
- Gahan, C. G. M., & Hill, C. (2005). Gastrointestinal phase of *Listeria monocytogenes* infection. *Journal of Applied Microbiology*, 98(6), 1345–1353. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2672.2005.02559.x>
- Gasanov, U., Hughes, D., & Hansbro, P. M. (2005). Methods for the isolation and identification of *Listeria* spp. and *Listeria monocytogenes*: a review. *FEMS Microbiology Reviews*, 29(5), 851–875. <https://doi.org/10.1016/j.femsre.2004.12.002>
- Gellin, B. G., Broome, C. V., Bibb, W. F., Weaver, R. E., Gaventa, S., & Mascola, L. (1991). The Epidemiology of Listeriosis in the United States—1986. *American Journal of Epidemiology*, 133(4), 392–401. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a115893>
- Gray, M. L., & Killinger, A. H. (1966). *Listeria monocytogenes* and listeric infections. *Bacteriological Reviews*, 30(2), 309–382. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4956900>
- Linnan, M. J., Mascola, L., Lou, X. D., Goulet, V., May, S., Salminen, C., ... Broome, C. V. (1988). Epidemic Listeriosis Associated with Mexican-Style Cheese. *New England Journal of Medicine*, 319(13), 823–828. <https://doi.org/10.1056/NEJM198809293191303>
- Liu, D., Lawrence, M. L., Wiedmann, M., Gorski, L., Mandrell, R. E., Ainsworth, A. J., & Austin, F. W. (2006). *Listeria monocytogenes* Subgroups IIIA, IIIB, and IIIC Delineate Genetically Distinct Populations with Varied Pathogenic Potential. *Journal of Clinical Microbiology*, 44(11), 4229–4233. <https://doi.org/10.1128/JCM>.

01032-06

- Liu, Dongyou, Ainsworth, A. J., Austin, F. W., & Lawrence, M. L. (2004). PCR detection of a putative N-acetylmuramidase gene from *Listeria ivanovii* facilitates its rapid identification. *Veterinary Microbiology*, *101*(2), 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.vetmic.2004.03.015>
- Marco, A. J., Altimira, J., Prats, N., López, S., Dominguez, L., Domingo, M., & Briones, V. (1997). Penetration of *Listeria monocytogenes* in mice infected by the oral route. *Microbial Pathogenesis*, *23*(5), 255–263. <https://doi.org/10.1006/mpat.1997.0144>
- Marvin, L. F., Roberts, M. A., & Fay, L. B. (2003). Matrix-assisted laser desorption/ionization time-of-flight mass spectrometry in clinical chemistry. *Clinica Chimica Acta*, *337*(1–2), 11–21. <https://doi.org/10.1016/j.cccn.2003.08.008>
- Nadon, C. A., Woodward, D. L., Young, C., Rodgers, F. G., & Wiedmann, M. (2001). Correlations between Molecular Subtyping and Serotyping of *Listeria monocytogenes*. *Journal of Clinical Microbiology*, *39*(7), 2704–2707. <https://doi.org/10.1128/JCM.39.7.2704-2707.2001>
- Nelson, K. E., Fouts, D. E., Mongodin, E. F., Ravel, J., DeBoy, R. T., Kolonay, J. F., ... Fraser, C. M. (2004). Whole genome comparisons of serotype 4b and 1/2a strains of the food-borne pathogen *Listeria monocytogenes* reveal new insights into the core genome components of this species. *Nucleic Acids Research*, *32*(8), 2386–2395. <https://doi.org/10.1093/nar/gkh562>

- Paul, D., Steele, C., Donaldson, J. R., Banes, M. M., Kumar, R., Bridges, S. M., ... Lawrence, M. L. (2014). Genome comparison of *Listeria monocytogenes* serotype 4a strain HCC23 with selected lineage I and lineage II *L. monocytogenes* strains and other *Listeria* strains. *Genomics Data*, 2, 219–225. <https://doi.org/10.1016/j.gdata.2014.06.010>
- Ramaswamy, V., Cresence, V. M., Rejitha, J. S., Lekshmi, M. U., Dharsana, K. S., Prasad, S. P., & Vijila, H. M. (2007). *Listeria*--review of epidemiology and pathogenesis. *Journal of Microbiology, Immunology, and Infection = Wei Mian Yu Gan Ran Za Zhi*, 40(1), 4–13. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17332901>
- Rasmussen, O. F., Skouboe, P., Dons, L., Rossen, L., & Olsen, J. E. (1995). *Listeria monocytogenes* exists in at least three evolutionary lines: evidence from flagellin, invasive associated protein and listeriolysin O genes. *Microbiology*, 141(9), 2053–2061. <https://doi.org/10.1099/13500872-141-9-2053>
- Regan, E. J., Harrison, G. A. J., Butler, S., McLauchlin, J., Thomas, M., & Mitchell, S. (2005). Primary cutaneous listeriosis in a veterinarian. *Veterinary Record*, 157(7), 207–207. <https://doi.org/10.1136/vr.157.7.207>
- Roberts, A. J., & Wiedmann, M. (2003). Pathogen, host and environmental factors contributing to the pathogenesis of listeriosis. *Cellular and Molecular Life Sciences*, 60(5), 904–918. <https://doi.org/10.1007/s00018-003-2225-6>
- Roberts, A., Nightingale, K., Jeffers, G., Fortes, E., Kongo, J. M., &

- Wiedmann, M. (2006). Genetic and phenotypic characterization of *Listeria monocytogenes* lineage III. *Microbiology*, *152*(3), 685–693. <https://doi.org/10.1099/mic.0.28503-0>
- Rocourt, J., & Cossart, P. (1997). *Listeria monocytogenes*. In M. P. Doyle, L. R. Beuchat, & T. J. Montville (Eds.), *Food Microbiology-Fundamentals and Frontiers* (pp. 337–352). Washington, DC,: American Society for Microbiology Press.
- Sauders, B. D., Overdeest, J., Fortes, E., Windham, K., Schukken, Y., Lembo, A., & Wiedmann, M. (2012). Diversity of *Listeria* Species in Urban and Natural Environments. *Applied and Environmental Microbiology*, *78*(12), 4420–4433. <https://doi.org/10.1128/AEM.00282-12>
- Schmidt, V., Jarosch, A., März, P., Sander, C., Vacata, V., & Kalka-Moll, W. (2012). Rapid identification of bacteria in positive blood culture by matrix-assisted laser desorption ionization time-of-flight mass spectrometry. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, *31*(3), 311–317. <https://doi.org/10.1007/s10096-011-1312-0>
- Schuchat, A., Swaminathan, B., & Broome, C. V. (1991). Epidemiology of human listeriosis. *Clinical Microbiology Reviews*, *4*(2), 169–183. <https://doi.org/10.1128/cmr.4.2.169>
- Seeliger, H. P., & Hohne, K. (1979). Serotyping of *Listeria monocytogenes* and Related Species. *Methods Microbiol.*, *13*, 31–49.
- Tan, M. F., Siow, C. C., Dutta, A., Mutha, N. V., Wee, W. Y., Heydari, H., ... Choo, S. W. (2015). Development of *ListeriaBase* and

- comparative analysis of *Listeria monocytogenes*. *BMC Genomics*, *16*(1), 755. <https://doi.org/10.1186/s12864-015-1959-5>
- Vazquez-Boland, J. A., Kuhn, M., Berche, P., Chakraborty, T., Dominguez-Bernal, G., Goebel, W., ... Kreft, J. (2001). *Listeria* Pathogenesis and Molecular Virulence Determinants. *Clinical Microbiology Reviews*, *14*(3), 584–640. <https://doi.org/10.1128/CMR.14.3.584-640.2001>
- Wadud, S., Leon-Velarde, C. G., Larson, N., & Odumeru, J. A. (2010). Evaluation of immunomagnetic separation in combination with ALOA *Listeria* chromogenic agar for the isolation and identification of *Listeria monocytogenes* in ready-to-eat foods. *Journal of Microbiological Methods*, *81*(2), 153–159. <https://doi.org/10.1016/j.mimet.2010.02.014>
- Ward, T. J., Gorski, L., Borucki, M. K., Mandrell, R. E., Hutchins, J., & Papedis, K. (2004). Intraspecific Phylogeny and Lineage Group Identification Based on the *prfA* Virulence Gene Cluster of *Listeria monocytogenes*. *Journal of Bacteriology*, *186*(15), 4994–5002. <https://doi.org/10.1128/JB.186.15.4994-5002.2004>
- Wiedmann, M., Bruce, J. L., Keating, C., Johnson, A. E., McDonough, P. L., & Batt, C. A. (1997). Ribotypes and virulence gene polymorphisms suggest three distinct *Listeria monocytogenes* lineages with differences in pathogenic potential. *Infection and Immunity*, *65*(7), 2707–2716. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9199440>
- Yılmaz, S., Duyan, S., Artuk, C., & Diktaş, H. (2014). Mikrobiyolojik Tanımlamada MALDI-TOF MS Uygulamaları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, *13*(5), 421–426. Retrieved from <https://www.ejmanager.com/mnstemps/1/1-1371041898.pdf?t=1418449398>



978-605-7695-76-5



IKSAD
Publishing House