

# SAĞLIK BİLİMLERİNDE YENİ YAKLAŞIMLAR

Editör: Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ERİŞ

**Yazarlar:** Doç. Dr. Nebiye YENTÜR DONİ  
Dr. Öğr. Üyesi Gülcan GÜRSES  
Dr. Öğr. Üyesi Halil KAZANASMAZ  
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ERİŞ  
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet YORULMAZ  
Dr. Rana ÖZYURT KAPTANOĞLU  
Dr. Öğr. Üyesi Menekşe KILIÇARSLAN  
Dr. Gökhan BAK  
Dr. Yasemin KÜÇÜKÖZKAN  
Ferhan KARA



İKSAD  
Publishing House

# SAĞLIK BİLİMLERİNDE YENİ YAKLAŞIMLAR

**Editor:** Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ERİŞ

**Yazarlar:** Doç. Dr. Nebiye YENTÜR DONİ  
Dr. Öğr. Üyesi Gülcan GÜRSES  
Dr. Öğr. Üyesi Halil KAZANASMAZ  
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ERİŞ  
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet YORULMAZ  
Dr. Öğr. Üyesi Menekşe KILIÇARSLAN  
Dr. Rana ÖZYURT KAPTANOĞLU  
Dr. Gökhan BAK  
Dr. Yasemin KÜÇÜKÖZKAN  
Ferhan KARA



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](mailto:iksadyayinevi@gmail.com)

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

[www.iksad.net](http://www.iksad.net)

[www.iksad.org.tr](http://www.iksad.org.tr)

[www.iksadkongre.org](http://www.iksadkongre.org)

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

Iksad Publications – 2019©

**ISBN: 978-605-7875-27-3**

Cover Design: İbrahim Kaya

March / 2019

Size = 16 x 24 cm

Ankara / Turkey

## İÇİNDEKİLER

---

### EDİTÖRDEN:

#### ÖNSÖZ

Dr. Hüseyin ERİŞ

(1)

### BÖLÜM 1:

#### TIBBİ SEKRETERLERİN SAĞLIK İLETİŞİMİNDEKİ YERİ VE ÖNEMİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Dr. Gökhan BAK

(3 – 32)

### BÖLÜM 2:

#### SAĞLIK TURİZMİ: KONYA ÖRNEĞİ

Ferhan KARA

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet YORULMAZ

(33 – 66)

### BÖLÜM 3:

#### İNSAN KAYNAKLARI PLANLAMASI ve İNSAN KAYNAKLARI SEÇİMİ

Dr. Rana ÖZYURT KAPTANOĞLU

(67 – 88)

## **BÖLÜM 4:**

### **SAĞLIK KURUMLARINDA LİDERLİK**

Dr. Öğr. Üyesi Menekşe KILIÇARSLAN

(89 – 108)

## **BÖLÜM 5:**

### **ÇOCUK ACİL SERVİSİNE İNTİHAR GİRİŞİMİYLE BAŞVURAN OLGULARIN KLİNİK DEĞERLENDİRMESİ**

Dr. Öğr. Üyesi Halil KAZANASMAZ

(109 – 119)

## **BÖLÜM 6:**

### **SAĞLIK İŞLETMELERİNDE KURUMSAL YÖNETİM VE FİNANSAL PERFORMANS YÖNETİMİ: KAVRAMSAL BİR DEĞERLENDİRME**

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ERİŞ  
Dr. Yasemin KÜÇÜKÖZKAN

(121 – 172)

## **BÖLÜM 7:**

### **KUTANÖZ *LEISHMANIASIS* TANISINDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR**

Doç. Dr. Nebiye YENTÜR DONİ  
Dr. Öğr. Üyesi Gülcan GÜRSES

(173 – 193)

## SAĞLIK BİLİMLERİNDE YENİ YAKLAŞIMLAR

### ÖNSÖZ

Hızla gelişen teknoloji, dünya genelinde hızla artan küreselleşme ve iletişimdeki bilgi transferinin ilerlemesi gibi faktörler, tüm alanlarda olduğu gibi sağlık bilimlerinin tüm alanlarını da önemli derecede etkilemektedir. Kendi bilim alanı içerisinde gelişmeye çalışan sağlık bilimleri, dünya genelindeki bu hızlı gelişmeler karşısında artık diğer bilim dalları ile etkileşim içerisine girmiştir. Koruyucu hekimlik uygulamalarından, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi hizmetlerine kadar sağlık hizmetlerinin tüm alanlarında teknolojik yenilikler ve küresel bilgi alışverişi artarak devam etmekte ve insan sağlığının gelişimine önemli katkılar sunmaktadır.

Bu kitap, son dönemlerde sağlık bilimleri alanında yapılan araştırmaları bir araya getirerek, sağlık hizmetlerinin gelişmesine katkı sağlamayı amaçlamaktadır. Bu kitabın hazırlanmasında emeği geçen tüm yazarlara teşekkür ediyorum.

Dr. Hüseyin ERİŞ



**BÖLÜM 1:**  
**TIBBİ SEKRETERLERİN SAĞLIK İLETİŞİMİNDEKİ YERİ**  
**VE ÖNEMİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

Dr. Gökhan BAK<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Milli Savunma Bakanlığı, gokhanbak2010@hotmail.com ,ORCID ID: 0000-0003-4520-0930



## GİRİŞ

Sağlık sektörü teknolojinin ilerlemesiyle birlikte daha da gelişim göstermektedir. Sağlık alanındaki ilerlemeler ne kadar ilerlese ilerlesin, hasta ile sağlık çalışanları arasında her zaman iletişim devam etmektedir. Bu iletişim doğru ve etkin olduğu sürece gerek hastaların sağlık konusundaki hizmet alımı gerekse sağlık çalışanlarının iş tatminleri ve performansları en üst düzeyde olmaktadır. İletişim insanların var oluşundan beri devam eder. Hayatın her alanında olduğu gibi sağlık alanında da iletişimin sağlıklı oluşabilmesi için, hasta ile sağlık çalışanlarının dikkat etmesi gereken durumlar söz konusudur.

“Sağlık personeli, danışana karşı sorumluluğunu yerine getirebilmek için onu tanımak, sorunlarının neler olduğunu anlamak, çözüm yolları bulmasına yardım etmek durumunda olan kişidir. Bu görevini yerine getirirken sağlık personelinin elindeki en önemli araç kullandıkları iletişim yetenekleridir” (Erdem vd., 2013: 194-195). Sağlık personeli, sağlık hizmetlerinin aksatılmadan yürütülmesi için çalışmakta ve sağlık iletişimi sürecinin insan sağlığı için ne denli önemli olduğunu bilerek hareket etmektedir.

“Sağlık iletişimi günümüzde büyük önem kazanmaktadır. Sağlık iletişimi, tümüyle insan sağlığının yönetilmesi ve sosyal yaşam içerisinde desteklenmesi anlayışı, sağlık bilgisinin karşıdakinin anlayabileceği dille ifade edilmesini ve anlaşıldığından emin olunmasını irdeleyen bir süreçtir. Sağlık iletişimin amacı; evrensel bir sağlık vizyonunun oluşturulması, geniş kapsamlı ve tüm toplumun katılımını içeren bir hedefler zinciri belirlenmesi ve tüm tarafların

enformasyona erişiminin etkin yönetimidir” (Başol, 2018: 81). Sağlık iletişimi sayesinde hasta ve sağlık çalışanları gerekli bilgilere zamanında ulaşabilmektedir.

“Hasta ile sağlık çalışanları arasındaki iletişimin doğru ve etkin olması hem hasta açısından hem de sağlık çalışanları açısından önemlidir. İyi iletişim sayesinde hasta takip ve tedaviye daha istekli ve sağlık açısından memnuniyeti arttırırken; sağlık çalışanı açısından da çalışanların işlerinin daha hızlı, stresi az, mutlu ve güvenli çalışmasını sağlar. Bu durumun sağlanmasında, iyi ve etkili, saygılı iletişimin karşılıklı olması, toplumun da bu konuda bilinçlenmesi önemlidir” (Başol, 2018: 78).

Sağlık personeli; doktor, hemşire, sağlık memuru, sağlık teknisyeni, tıbbi sekreterlerin yanı sıra hastanede çalışan fizyoterapist, biyolog vs görevlerinde bulunan kişilerdir. Sağlık hizmetlerinin aksatılmadan yürütülmesi için çalışırlar.

“Tıbbi sekreterler hastanelerde görev yaptıkları alanlarda önemli noktalarda yer almaktadırlar. Hasta-doktor-diğer sağlık çalışanları arasında köprü görevi görmektedirler” (Çakıroğlu ve Tengiliimoğlu, 2014: 185). Hasta olan kişilerin hastane içerisinde yapacakları işlemlerin birçok noktasında karşılaştıkları tıbbi sekreterler, birçok kişinin bildiğinin aksine iş yükü fazla olan sağlık personelidir. Tıbbi sekreterlerinin görevleri (URL-1) :

a) Sağlık kurum ve kuruluşlarında, sağlık hizmet sunumunun devamlılığı esası ile tıbbi iş ve işlemlerin gerektirdiği haberleşme ve yazışma hizmetlerini yürütür.

- b) Sağlık kurum ve kuruluşlarında randevu hizmetlerini ve hasta kabul işlemlerini yapar.
- c) Hastaya ait tıbbi ve idari kayıtları tutar, elektronik ve/veya sesli ortamlara kayıt edilen tıbbi verileri tıbbi belgelere dönüştürür.
- ç) Hasta dosyalarını ve gerekli görülen diğer belge ve raporları dosyalar, arşivleme ve hizmete sunma işlemlerini yürütür.
- d) Belirlenen sınıflandırma ve kodlama sistemlerine göre klinik kodlama işlemlerini yapar.
- e) Tıbbi istatistikler ile ilgili verileri derleyerek sonuçlarını üst yönetime raporlar.
- f) Hasta dosyaları arşivinin kurulum ve işleyişinde görev alır.
- g) Hasta dosyalarındaki eksikliklerin giderilmesini sağlar.
- ğ) Hastanın taburcu ve transfer işlemlerini yapar, kurumlar arası iletişimi sağlar.

Tıbbi sekreterlerin görevlerine bakıldığında; sağlık kurumlarındaki yazışma işlemlerinden, kurumlar arası iletişimin sağlanmasına kadar birçok konuda görev yaptığı görülmektedir. Hastalara ait kayıt işlemlerinin yanı sıra raporlama, arşivleme, taburcu işlemlerini de yürüten tıbbi sekreterler hastaneye gelen hastaların kayıt işlemlerinden çıkış işlemlerine kadar olan sürecin sistemli bir şekilde işlemlerini sağlamaktadır. Etkin bir dosyalama, kayıt ve arşivleme sonucu gerek hastalar gerekse doktorlar hastanedeki işlerinin daha rahat ve hızlı yapıldığını görmektedirler. Bu da gösteriyor ki; tıbbi sekreterler, hastanın doktorla görüşmesinden önce iletişim kurduğu, sağlık personeli olarak sağlık iletişiminin etkili halkalarından biridir.

## 2. LİTERATÜR TARAMASI

Yapılan literatür taramasında; hastanelerde sağlık hizmetlerinin aksatılmadan yürütülmesi için canla başla çalışan sağlık personeli ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda; eczacı, doktor, hemşire, tıbbi sekreter, hasta, hasta yakınları konu edilmiştir. Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri, iletişim sorunları, iş doyum düzeylerinin belirlenmesi, yıldırıma maruz kalma durumlarının yanı sıra sağlık iletişimi kampanyalarının özellikleri incelenmiştir. Kısacası, sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınlarının da içinde bulunduğu birçok çalışma yapılmıştır.

Yapılan bir araştırmada; hastane organizasyonlarındaki hemşire ve tıbbi sekreterlerin örgütsel bağlılık ve iş doyum düzeyleri incelenmiş ve bu düzeylerin çeşitli değişkenlere göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği analiz edilmiştir. Araştırmada, örgütsel bağlılık ve iş doyum düzeylerinin her ikisinde hemşire ve tıbbi sekreterlerin meslek, gelir durumu ve hastane mülkiyet tipine göre anlamlı farklılıklar gösterdiği görülmüştür (Gider vd., 2011).

Burdur Devlet Hastanesinde görev yapan doktorların hastalarıyla iletişim becerilerini tıbbi sekreterler aracılığıyla ölçmek amacıyla, 112 tıbbi sekretere anket uygulanmıştır. Araştırma sonucunda doktorların hastalarıyla iletişim kurarken, hastalarına saygılı davrandıkları, onlara değer verdikleri iletişim engellerini ortadan kaldırarak iletişim süreci için demokratik bir ortam hazırladıkları görülmüştür (Erdem vd., 2013).

Başka bir çalışmada, 119 tıbbi sekreter ile anket çalışması gerçekleştirilerek mobbing davranışlarının tıbbi sekreterlerin

tükenmişliği üzerine etkisi belirlenmeye çalışılmıştır (Çakıroğlu ve Tengilimoğlu, 2014).

Bir araştırmada Gaziantep Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde sağlık hizmeti alan hasta yakınları tarafından belirlenen iletişim engelleri çeşitli değişkenlere göre incelenmiştir. İletişim engellerinin hasta yakınının cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu ve hasta türüne göre incelenmesi neticesinde bazı farklılıklar olduğu görülmüştür. Ayrıca hasta yakınlarında ilgi ihtiyacı ile merak ve bilgi öğrenme isteği yüksek düzeyde, önyargının düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Aydın ve Şahin, 2018).

Konya’da bir kamu hastanesinde çalışan tıbbi sekreterlerin duygusal emek ve iletişim becerilerini değerlendirmek amacıyla, 14 tıbbi sekreterle derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır. Katılımcıların duygusal emek gösterim sürecindeki davranış türlerinin zamana, duruma ve yerine göre değiştiği, birçoğunun kişilerarası iletişimde dikkat edilmesi gerekenler konusunda bilgi sahibi oldukları görülmüştür (Kaya vd., 2017).

Başka bir çalışmada, bir üniversite hastanesinde görev yapan sekreterlerin yıldırımaya maruz kalma düzeylerini belirlenmiş ve yıldırıma maruz kalma düzeylerinin çeşitli demografik özelliklere göre farklılaşp farklılaşmadığı ortaya konmuştur. Araştırma sonucunda; lisans eğitim düzeyinde olanların lise eğitim düzeyine göre, bekarların evlilere göre ve poliklinik ve kliniklerde çalışanların diğer birimlerde çalışanlara göre yıldırımaya maruz kalma düzeyleri daha düşük olduğu görülmüştür (Büyükaydın vd., 2017).

Sağlık iletişimi kampanyaları ile ilgili çalışmalar da yapılmıştır. Bununla ilgili bir çalışmada; Sağlık Bakanlığı'nın "Tütünle Mücadele Kampanyası" adı altında Türkiye'de yaptığı sağlık iletişimi kampanyası incelenmiştir. Etkili sağlık iletişimi kampanyasının taşınması gereken özellikleri taşıdığı ve başarılı olduğu sonucuna varılmıştır (Ardıç Çobaner, 2018).

Bir çalışmada sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki iletişim sorunları belirlenmiş ve çözüm yolu için önerilerde bulunulmuştur (Başol, 2018).

Başka bir araştırmada, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde görev yapan tıbbi sekreterlerin iş yükü analizi yapılmış, görüşleri doğrultusunda iş memnuniyetleri değerlendirilmiştir. İş yüküyle orantılı olarak insan kaynakları planlaması yapılması durumunda; yeterli bilgi ve beceriye sahip kişilerin niteliklerine uygun yerlerde görevlendirilebileceği, böylelikle iş verimliliğinin yanı sıra iş memnuniyetinin de artacağı sonucuna varılmıştır (Tanrıverdi Hergün, 2018).

Hastalar, ilaçlarını almak için uğramak durumunda kaldıkları eczanelerde, eczacılarla bir iletişim içerisinde bulunurlar. Burada da hasta ile bir iletişim durumu söz konusudur. Eczacılar da sağlık sektörünün bir halkası olarak değerlendirildiğinde, hastalarla iletişimin önemi yadsınamaz. Eczacı-hasta iletişimine yönelik aksaklıkların tespit edilmesi için yapılan bir çalışmada; eczacılar ve eczane çıkışı hastalarla yüz yüze görüşmeler yapılmış, eczacı-hasta iletişimindeki temel sorunlar, eczacı ve hastaların beklentileri ve görüşleri incelenmiştir (Aksu vd., 2019).

Yapılan literatür taramaları sonucunda tıbbi sekreterlerle odak grup görüşmesinin yapıldığı bir çalışmanın olmadığı görülmüştür. Çalışmamızın literatürdeki bu boşluğu dolduracağı ve bundan sonra yapılacak çalışmalara da referans olacağı değerlendirilmektedir.

### **3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ**

Araştırma kapsamında nitel veri tekniklerinden odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. “Bir araştırmacı, odak grup oluşturarak bu grup bireylerine toplayacağı bilgi ile ilgili soruları teker teker sorar ve grup üyelerini tartışarak istediği bilgileri bu tartışmalardan elde edebilir. Bilgi toplama sürecinde araştırmacı kendi görüşünü belirtmeden tartışmayı sadece yönlendirir, ek sorular sorarak cevaplar arasındaki tutarsızlıkları gidermeye, müphem cevapları açıklığa kavuşturmaya çalışır” (İslamoğlu, 2011:196). Odak grup görüşmesinde, grup üyeleri karşılıklı etkileşimde bulunarak, bir sorun etrafında birleşip bu soruna cevap ararlar. Her üye kendi görüşünü belirtir. Böylelikle herkesin görüşü ortaya atılır ve bir tartışma ortamı oluşur. Bu tartışma sonucu ortaya çıkan bilgiler de görüşmeyi yapan kişi tarafından amacının dışına çıkılmadan toplanır (Karasar, 2009: 167).

#### **3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Sağlık iletişimin önemli halkalarından biri olan ve aynı zamanda doktor-hasta ve diğer sağlık çalışanları arasında köprü vazifesi gören tıbbi sekreterlerin mesleklerini yaparken karşılaştıkları sorunların yanı sıra sağlık iletişimindeki yerini inceleyen, odak grup görüşmesi ile yapılan bir çalışma bulunmadığından bu araştırmaya gereksinim duyulmuştur. Bu çalışma ile tıbbi sekreterlerin verdiği cevaplar

doğrultusunda, sağlık iletişimindeki rolleri, sıkıntıları ve çözümlerini incelenmiştir.

### **3.2. Araştırmanın Evreni, Örnekleme ve Sınırlılıkları**

Araştırmanın evrenini Tekirdağ ili Çorlu ilçesinde kamu ve özel sektörde çalışan tıbbi sekreterler, örneklemini ise basit tesadüfi örnekleme yöntemiyle seçilen 10 tıbbi sekreter oluşturmaktadır. Araştırma, örneklem kapsamındaki tıbbi sekreterlerin verdiği cevaplarla sınırlıdır.

## **4. ARAŞTIRMANIN BULGULARI**

Araştırma kapsamında nitel veri toplama tekniklerinden odak grup görüşmesi gerçekteştirilmiştir. Araştırma, basit tesadüfi örnekleme yöntemiyle seçilen kadın-erkek karma cinsiyette, kamu ve özel hastanelerde çalışan tıbbi sekreterlerden oluşan, 10 kişilik odak grup görüşmesi üzerinden yapılmıştır. 13 Ocak 2019 tarihinde önceden kararlaştırılan bir mekânda katılımcılar karşılanmış, görüşmenin nasıl yapılacağı konusunda bilgilendirme yapılmış ve araştırmanın amacı açıklanmıştır. Çorlu'da bulunan bir devlet kurumunun misafirhanesinde gerçekteştirilen odak grup görüşmesi 120 dakika sürmüştür. Raportör Rasim Uzunoğlu yardımıyla not tutulmuştur. Konuyla ilgili genel bilgilendirmeden sonra, soru-cevap kısmına geçilmiştir. Toplam 3 soru sorulacağı, herkesin soruları cevaplamasını müteakip diğer soruya geçilebileceği, kimlik bilgilerinin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı ve gizli tutulacağı, görüşmenin de yaklaşık 120 dakika süreceği belirtilmiştir.



Çalışmadan elde edilen veriler betimsel analiz yöntemiyle incelenmiştir. İçerik analizine göre daha yüzeysel olan betimsel analiz yönteminde veriler görüldüğü gibi değiştirilmeden alıntılar şeklinde aktarılmakta, daha önceden belirlenen başlıklar altında özetleme ve yorumlama yapılmaktadır. Araştırma, sırasıyla; tematik çerçeve oluşturma, bu çerçeveye göre verileri işleme, bulguları tanımlama ve yorumla şeklinde yapılmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2005). Çalışmanın temalarını, 10 tıbbi sekreterin mesleklerine ilişkin tutumları oluşturmaktadır. Çalışmanın yüz yüze ve doğal ortamında yapılması da güvenilirlik açısından önemlidir. Çalışmanın dış geçerliliğini sağlamak adına araştırmacının konumu ve kavramsal çerçeve belirtilmiştir. İç geçerliliği sağlamak adına ise, veriler betimsel analiz yöntemiyle sunularak incelenmiştir.

Araştırma kapsamında 3 soru sorulmuştur.

**Soru 1:** Tıbbi sekreterlerde olması gereken özellikler nelerdir?

**Soru 2:** Tıbbi sekreterlerin karşılaştıkları sorunlar nelerdir?

**Soru 3:** Tıbbi sekreterlerin sıkıntılarını çözmek adına neler yapılabilir?

#### **4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri**

Araştırma kapsamında, odak grup görüşmesi yapılan katılımcıların demografik özelliklerinden; yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim seviyesi, iş tecrübesi bilgileri, çalışma statüsü durumu, çalışılan birim bilgileri ve meslek seçim nedeni durumları bilgilerine yer verilmiştir.

#### 4.1.1. Katılımcıların Yaş Durumları

Araştırma kapsamında incelenen katılımcıların yaş durumları Tablo 1’de gösterilmiştir. Katılımcıların % 50.0’lık (5) oranda büyük çoğunluğunun 26-30 yaş aralığında olduğu dikkati çekmektedir.

<b>Tablo 1: Yaş Durumu</b>		
<b>Yaş Aralığı</b>	<b>frekans</b>	<b>%</b>
21-25	1	10.0
26-30	5	50.0
31-35	2	20.0
36 yaş üzeri	2	20.0
<b>Toplam</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

#### 4.1.2. Katılımcıların Cinsiyet Dağılım Durumları

Tablo 2’de araştırmaya katılanların cinsiyet dağılımı verilmiştir. % 60.0’lık (6) oranda çoğunluğun kadın katılımcı olduğu görülmektedir.

<b>Tablo 2: Cinsiyet Dağılımı</b>		
<b>Cinsiyet</b>	<b>frekans</b>	<b>%</b>
Kadın	6	60.0
Erkek	4	40.0
<b>Toplam</b>	<b>10</b>	<b>100.0</b>

#### 4.1.3. Medeni Hal Durumları

Araştırma kapsamında incelenen katılımcıların medeni hal durumları Tablo 3’de gösterilmiştir. % 70.0’lık (7) oranda evli, % 20.0’lık (2) oranda dul, % 10.0’lık (1) oranda ise bekâr katılımcı bulunmaktadır. Büyük oranda evli katılımcı olduğu göze çarpmaktadır.

<b>Tablo 3: Medeni Hal Durumu</b>		
<b>Medeni Hali</b>	<b>frekans</b>	<b>%</b>
Evli	7	70.0
Bekâr	1	10.0
Dul (Boşanmış)	2	20.0
<b>Toplam</b>	<b>10</b>	<b>100.0</b>

#### 4.1.4. Eğitim Durumları

Tablo 4’te katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında; lise seviyesinden yüksek lisans seviyesine kadar her eğitim seviyesinde katılımcı olduğu görülmektedir. % 50.0’lik (5) büyük oranda üniversite mezunu olduğu dikkat çekmektedir.

<b>Tablo 4: Eğitim Durumları</b>		
<b>Mezuniyet</b>	<b>frekans</b>	<b>%</b>
Lise	4	40.0
Üniversite	5	50.0
Yüksek Lisans	1	10.0
<b>Toplam</b>	<b>10</b>	<b>100.0</b>

#### 4.1.5. İş Tecrübesi Bilgileri Dağılımı

Araştırma kapsamında incelenen katılımcıların iş tecrübesi bilgileri dağılımı Tablo 5’te gösterilmiştir. Katılımcıların % 40’lık (4) kısmının, 6-10 yıl arası iş tecrübesine sahip olduğu göze çarpmaktadır.

<b>Tablo 5: İş Tecrübesi Bilgileri Dağılımı</b>		
<b>İş Tecrübesi</b>	<b>frekans</b>	<b>%</b>
1-5 yıl arası	3	30.0
6-10 yıl arası	4	40.0
11 yıldan fazla	3	30.0
<b>Toplam</b>	<b>10</b>	<b>100.0</b>

#### 4.1.6. Katılımcıların Çalışma Statüsü Durumları

Tablo 6’da araştırmaya katılanların çalışma statüsü durumları verilmiştir. % 60.0’lık (6) oranda çoğunluğun kamu kesiminde görevli olduğu görülmektedir.

<b>Tablo 6: Çalışma Statüsü Dağılımı</b>		
<b>Çalışma Statüsü</b>	<b>frekans</b>	<b>%</b>
Kamu	6	60.0
Özel	4	40.0
<b>Toplam</b>	<b>10</b>	<b>100.0</b>

#### 4.1.7. Çalışılan Birim Durumları

Araştırma kapsamında incelenen katılımcıların çalışılan birim durumları Tablo 7’de gösterilmiştir. Katılımcıların % 40’lık (4) kısmının Poliklinik Sekreterliğinde çalıştığı göze çarpmaktadır.

<b>Tablo 7: Çalışılan Birim Durumları</b>		
<b>Çalışılan Birim</b>	<b>frekans</b>	<b>%</b>
Klinik Sekreterliği	3	30.0
Poliklinik Sekreterliği	4	40.0
Laboratuvar Sekreterliği	3	30.0
<b>Toplam</b>	<b>10</b>	<b>100.0</b>

#### 4.1.8. Meslek Seçim Nedeni Durumları

Araştırma kapsamında incelenen katılımcıların meslek seçim nedenleri Tablo 8’de gösterilmiştir. Katılımcıların % 70’lik (7) kısmının mesleğini isteyerek seçtiği görülmektedir.

<b>Tablo 8: Meslek Seçim Nedenleri Dağılımı</b>		
<b>Seçim Nedeni</b>	<b>frekans</b>	<b>%</b>
İsteyerek	7	70.0
Mecburiyetten	2	20.0
Tesadüfen	1	10.0
<b>Toplam</b>	<b>10</b>	<b>100.0</b>

## **4.2. Tıbbi Sekreterlerin Odak Grup Görüşmesi Sonucu Mesleklerine İlişkin Sorulara Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi**

Katılımcılara odak grup görüşmesi ile mesleklerine ilişkin 3 soru sorulmuştur. Bu soruların yanıtlarıyla mesleğin gerekliliği, karşılaştığı sorunlar ve bu sorunların çözüm yolları üzerinde durulmuştur.

### **4.2.1. Tıbbi Sekreterlerde Olması Gereken Özellikler Bilgisi**

Odak grup görüşmesine katılan tıbbi sekreterler; kendi mesleklerinde olması gereken özellikleri belirtirken aynı noktalara değinmişlerdir. Katılımcılar, “K” şeklinde gösterilmiştir. Tıbbi sekreterlerin verdiği cevaplar aşağıdaki gibidir:

**K.1 :** “Tıbbi sekreterler sağlık çalışanları ile hasta arasındaki köprü görevinin yanı sıra kurum dışı iletişimin de sağlanmasında etkin rol oynayan, hastanın ilk kademedeki karşılaştıkları ve taburcu olurken de işlemlerini yaptırdıkları kişilerdir. Hastalara saygılı davranır, hastaları dinler, onlarla konuşurken göz teması kurar, hastaların rahatlıkla kendisiyle konuşabileceği ortamın oluşmasını sağlar, hastaları işlemler konusunda uyarırken kendilerine kızmaz, hastaların sorularını cevapsız bırakmaz. Hasta yatış, taburcu işlemlerinde hasta yakınlarının sıkıntılarını anlatabilmesi için yeterli zamanı kendilerine sunar. Beden dilini iyi kullanan, sabırlı, hoşgörülü, güler yüzlü olmalı, bilgisayarı etkin kullanabilmelidir.”

**K.2 :** “Tıbbi sekreterler gerek kurum içi gerekse kurum dışı iletişimin etkin bir biçimde yürütülmesini sağlar. Sağlık iletişimi için telefonla iletişimi, resmi kanallarla yazışma için yazışma iletişimini

iyi bilmelidir. Hastalara hoşgörölü, önyargısız, empati içerisinde davranmalıdır.”

**K. 3 :** “ Tıbbi sekreterler bilgili, ilgili ve saygılı olmalıdır. Sabırlı, hoşgörölü, güler yüzlü tavrını korumalıdır. Hastalara ve hasta yakınlarına eşit davranmalı, onlara güven ortamı sağlamalıdır. Kendileriyle iletişimde bulunanlara önyargısız yaklaşmalı, empati kurabilmelidir. Stresi yönetebilmeli ve yardımsever olmalıdır. Resmi yazışmalara hâkim olmalı, raporlama sistemini ve hastane bilgi sistemlerini kullanabilmelidir.”

**K. 4 :** “ Tıbbi sekreterler bence kurumun bir aynası gibidir. Hastanın ve hasta yakınının hastane hakkında belki de ilk izlenim oluşturacak unsurlarından diyebilirim. Bu yüzden tıbbi sekreterler etkili iletişim konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Gerekirse hizmet içi eğitim alarak bunu pekiştirmelidirler. Hasta hakları ve etik ilkeler konusunda bilgi sahibi olmalıdırlar. Beden dilini etkin kullanabilmeli, en zor hastalarla bile iletişimi kurabilmelidir. Bilgisayar bilgisi resmi yazışmaları yapabilecek seviyede olmalı, yöneticilerin vereceği görevleri zamanında yapabilmeli, hastayı yatışından taburcu olana kadar bilgilendirmeli ve bunu raporlayabilmelidir.”

**K. 5 :** “ Tıbbi sekreterler hastane ve sağlık kurumlarının dışı açılan yüzlerinden biridir diyebilirim. Şöyle ki hastaneye ya da sağlık kurumuna gelen hastalar ve de hasta yakınları; “Hoş geldiniz” sözcüğünü bile ilk bizden duyduklarında bu samimiyeti görüp kendilerini huzurlu hissetmektedirler. Bu yüzden hoşgörölü, samimi, candan, sabırlı, titiz, empati yeteneği yüksek personel olmalıdır. Bilgi sistemlerine hâkim olmalı, raporları zamanında yetiştirebilmeli, kurum

dışı yazışmaları bilmeli, yöneticilerle diyalogları mükemmel olmalıdır.”

**K. 6 :** “ Tıbbi sekreterler etkin dinleme, etkin konuşma ve söylemenin yanı sıra hasta ve hasta yakınlarına empati kurma özelliklerini taşımalıdır. Ayrıca beden dilini karşındakilere sergileyebilmelidir. Sözsüz iletişim sayesinde bile hasta ve hasta yakınlarına ne demek istediğini aktarabilmelidir. Bilgisayar ve hastane sistemlerini bilmelidir.”

**K. 7 :** “ Tıbbi sekreterler mesleği gereği zor koşullarda görev yapabilirler. Hastaların ve hasta yakınlarının gerginliklerini sürekli hissedebilirler. Bu gerginliklerin kendinde stresli bir ortam yapmasına engel olmalı ve stresi yönetebilmelidir. Ayrıca güçlü bir hafızaya sahip olmalı, güvenilir olmalı, problem çözme yeteneğine sahip olmalı, masa başında çalışmayı sevmeli, bakımlı olmalı ve de uyumlu çalışabilmelidir. Yönetici kesimiyle ve çalışma arkadaşlarıyla iletişim sorunu yaşamamalıdır. Bilgisayarı kullanabilmeli, rapor ve yazışmaları zamanında yapabilmelidir.”

**K. 8 :** “ Mesleğimiz gereği sürekli bir iletişim içerisindeyiz. Bu iletişim sözel iletişim olduğu gibi beden dilini kullanmamız gereken sözsüz iletişim de olabilmektedir. Ayrıca gerek kurum içi gerekse kurum dışı iletişimin yanı sıra çalışma arkadaşlarımızla da etkin bir iletişim içerisindeyiz. Ayrıca sürekli raporlarla ve de yazışmalarla uğraştığımızdan yazılı iletişimi, telefonla hastane içi ve hastane dışı görüşmeler yaptığımız için de telefonla iletişimi etkin kullanmamız gerekmektedir. Bunların dışında gelen hasta ve hasta yakınlarını karşılayabilme, onlara gerekli bilgilendirmeyi yapabilme,



randevularına yardımcı olma gibi görevlerimiz de bizi biz yapan özelliklerimizdir.”

**K. 9 :** “ Tıbbi sekreterler olarak konuşma becerisi yüksek, diksiyonu düzgün personel olmalıyız. Beden diliyle karşımızdakine anlatmak istediklerimizi belki de bir jestle ya da mimikle anlatabilmeliyiz. Tıbbi terminolojiye hâkim olmalı, resmi işlemleri yürütebilecek seviyede bilgisayar kullanabilmeliyiz. Telefonla konuşma becerisine sahip olmalı, gereksiz telefon görüşmelerini erteleyebilmeliyiz. Hastaları zamanında yönlendirebilmeli, çalışma arkadaşlarıyla sağlıklı iletişim kurabilmeli, yaşayacağı çatışmalarla baş edebilecek seviyede beceriye sahip olmalıyız. Hastanedeki bölümler arasındaki bilgilendirmeleri ve resmi işlemleri zamanında yapabilmeliyiz. Ayrıca hastanenin yönetim bilgi sistemleri konusunda bilgi sahibi olmalı, diğer sağlık kurumlarıyla etkin iletişimi sağlamalıyız. Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumuyla resmi yazışmaları bilmeliyiz.”

**K. 10 :** “ Tıbbi sekreterler hastane veya sağlık kurumları içerisinde iletişimin olduğu her yerde olabilmektedir. Bu yüzden etkili sağlık iletişiminin sağlık kurumlarında sağlanabilmesi için görevlerini en iyi şekilde yapmalıdırlar. Kurum içerisindeki etkin iletişimi sağlamanın yanı sıra kurum dışı iletişimde de gerek resmi yazışmalar gerekse resmi telefon görüşmelerini gerçekleştirerek sağlıklı iletişimin anahtarındırlar. Hastane bilgi sistemlerini ve bilgisayarı aktif kullanabilmeli, hasta yatışından çıkışına kadar bütün raporlama işlemlerini, kurum içi ve kurum dışı resmi yazışmaları yapabilmelidir.”

#### 4.2.2. Tıbbi Sekreterlerin Karşılaştığı Sorunlar

Tıbbi sekreterler; hasta, hasta yakını, iş arkadaşları, hastanede çalışan astları konumunda olan personel ve hastane yöneticileriyle gün içerisinde iletişim içerisinde bulunmaktadır. İşlerin yürütülmesi konusunda elinden gelenin en iyisini yapmaya çalışan tıbbi sekreterler ister istemez bu işleri yürütürken sıkıntı içerisinde girebilmektedir. Katılımcılar karşılaştıkları sorunları dile getirirken verdikleri cevaplar aşağıdaki gibidir:

**K. 1 :** “ Tıbbi sekreterler olarak hastane içerisinde görevimizi yaparken doktor, hemşire, hasta, hasta yakını, hastane yöneticileri ve hastanede çalışan diğer bütün personel ile gün içerisinde sıkıntılar yaşamaktayız. En büyük sıkıntıyı hasta ve hasta yakınlarından görmekteyiz. Hasta ve hasta yakınları iletişim kurmamıza izin vermedikleri gibi itibarımızı ve saygılığımızı hiçe sayarak hakaretler edebilmektedirler. Hatta bu durumu ileriye getirerek doğrudan sağlığımızı tehdit edebilecek şekilde fiziki müdahalede buldukları durumlar olabilmektedir.”

**K. 2 :** “ Tıbbi sekreterlik mesleğine başladığımdan beri yaşadığım bazı sıkıntılardan dolayı kendimi yalnız hissettiğim, uyku bozukluğu yaşadığım, baş-mide ağrısı çektiğim, işimden ayrılmayı düşündüğüm, işlere yoğunlaşamadığım birçok gün olmuştur. Bu sıkıntıların başı aşırı iş yükünün geldiğini belirtmek isterim. Bulduğum polikliniğin işleri yetmezmiş gibi bazen hastane yöneticisinin resmi yazışmaları da bize kaldığından işler giderek içinden çıkılmaz hal almaktadır. Neredeyse her gün hasta ve hasta yakınlarının muayene sırasında yaşadığı problemler direkt olarak

bizlere yansıtıldığından sözlü ve fiziki müdahalelere maruz kalabilmekteyiz.”

**K. 3 :** “ Genelde sorunların iletişim sıkıntısından kaynaklandığını belirtmek isterim. Hasta ve hasta yakınlarının ilgi istemesi, bazı işlerin ilerleyişindeki meraklı davranışları, her konuda bilgi sahibi olmak istemeleri, bazı durumlarda bekleme sürelerinin fazla olması, işlerinin zamanında olmayacağı tedirginliği ve önyargısı yaşamaları ve bundan kaynaklanan korkular sağlık iletişiminin sağlıklı olmasına engel olmakta ve bizi sıkıntıya sokmaktadır. Bunun yanı sıra yöneticilerin resmi yazışmalarda öncelik istemeleri de bazı işlerin aksamasına neden olmaktadır.”

**K. 4 :** “ Hastaneye ilk kez giriş yapıyormuş gibi bütün hastanenin sorumluluğunu biz tıbbi sekreterlere yüklemeye çalışan hasta ve hasta yakınlarından çok çekmekteyiz. Kendilerine öncelik tanınmasını isteyenlerden tutun da benim Sağlık Bakanlığı’nda üst düzey tanıdıklarım var benimle özel ilgilenen diyenlerin bile olduğu bir hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim kurmanın güçlüğünden bahsediyorum. En büyük sıkıntı yine iletişim sıkıntısı diyebilirim. Yani karşımızdakini anlayamadığımız durumların bizi rahatsız ettiğini bilmenizi isterim. Bunun dışında bizim çalışma saatlerimizin ve iş yükümüzün ağır olduğunu söyleyebilirim. Bazı durumlarda personel eksikliği olduğundan, onların yerine de baktığımızı göz önünde bulundurursak, iş yükü iki katına çıkmakta ve bizi rahatsız etmektedir. Ücretlerimizin de geçim şartlarını karşılayabilecek kadar olmadığını da eklemek isterim.”

**K. 5 :** “ Tıbbi sekreterler olarak robot gibi görülmek en büyük sıkıntımız diyebilirim. Gerek kurum içi gerekse kurum dışı yazışmaların üstüne yöneticilerin fazladan verdiği işlemler bazen bizi yormaktadır. Masa başında zamanın çoğunu geçirmekteyiz. Bazen koltuktan saatlerce kalkamadığımız hatta lavabo ihtiyacını bile ertelediğimiz durumlar olmaktadır. Telefonla gereksiz konuşmalar yapanları engellemeye çalışırken, hasta ve hasta yakınlarının ısrarcı tavırlarıyla baş etmenin stresi de cabası diyebilirim. Bu şekilde mesleğimi severek yapmaya çalışırken, çalışma arkadaşlarımızla çatışma durumlarımızın olduğunu da sayarsak stres yönetimi yapmada sıkıntılar yaşamaktayız. Bu sıkıntıları eve taşımamız da bazen bizi huzursuz etmektedir. Empati kurmaktan yoksun sağlık çalışanlarıyla karşılaştığımız durumlardaki gerginliğimizi bazı hastaların bile hissettiği olmaktadır. Onların hastane kayıt ve çıkış işlemlerini yapmaya çalışırken, olumsuz davranışların olması bizi üzmektedir. Çok nadir de olsa doktorların hastalara iletmesi gereken durumları bizimle iletmeye çalışması da bizi germektedir.”

**K. 6:** “ Tıbbi sekreter olarak özellikle mobbing (yıldırma) durumlarına maruz kalma durumları en büyük sıkıntısı denebilir. Hasta, hasta yakınları ve sağlık personelinin geneli bu konuda bizi etkilediği durumlar yaşanmaktadır. Ne kadar da sağlık iletişimin köprü vazifesinde olsak da bu yapılan yıldırma durumları bizi germektedir. Bazen bir hastanın neden benimle samimi konuşmuyorsun, çok ciddisiniz demesi bile bizi üzmektedir. Senin görevin bu benim işimi hemen hallet demesinin yanı sıra ben hastane

yöneticisinin akrabasıyım halen ne bekletiyorsun söylemleri de stresimize stres katmaktadır.”

**K. 7 :** “ Tıbbi sekreter olmak özveri ister, sabır ister, empati kurmak ister bunu biliyorum. Bu mesleği severek yapıyorum. Hastalara yardımcı olmak, sağlık sektörünün bir halkası olarak görev yapmak inanın beni çok mutlu ediyor. Fakat maaşının düşük olması, yoğun iş yükü ve hastaların tutumları en büyük sıkıntımız diyebilirim.”

**K. 8 :** “ Sağlık çalışanı olarak kendimizi görüyorum. Belki de biraz abartıp bir hemşire kadar maaş neden alamıyoruz diye sorduğum bile oluyordur. Ama mesleğimin çoğunu masa başında hastalara, hasta yakınlarına, doktorlara, hemşirelere, hastane yöneticilerine, kısaca sağlıkla ilgili bütün kişi ve kurumlara ayıran biri olarak belki de maaşımızın biraz daha fazla olmasını istemek hakkımızdır diye düşünebilirim. Bunun dışında sağlık sektörü her zaman stresi yüksek bir o kadar da zevkli ve meşakkatli bir sektördür. Bu halkanın belki de en altlarında olan meslek gruplarındanız farkındayım. Bunu bilen hasta ve hasta yakınlarının tutumları bazen saygısızlık boyutuna varmakta ve bizi rahatsız etmektedir. Bu gibi durumlarda aniden tepki verebilecek durumumuz olmayınca geriliyorum ve bundan sonraki işlerimde de etkileniyorum diyebilirim.”

**K. 9 :** “ Biz tıbbi sekreterler tesadüfen, isteyerek ya da mecburen bu mesleği seçsek de hastaların hastane içerisindeki işlemlerini en hızlı ve kurursuz yapan kişileriz. Fakat onlar bizim bu yardımsever tavrımızı hiçe sayarak, saygıda kusur etmekte ve mobbinge varan suistimallerle karşı karşıya kalmaktayız. İşimizin ağır

olması ve de maaşımızın düşük olması da bunun olumsuz ve sıkıntılı yönleri olarak söyleyebilirim.”

**K. 10 :** “ Hastanın belki de hastanede karşısına geçip ilk konuştuğu, hastaneden çıkarken de hoşça kalın dediği kişiler biziz. Bunun ne hastalar ne hastane yönetimi ne de hastane çalışanları farkında değiller. Bizlere bir doktor kadar önem verilsin demiyoruz ama hiç olmazsa bu çalışma sürelerimizi de düşünüp ona göre maaşımızı artırsalardı diye düşünmüyor insan. İş yükünün fazla olması da bizi bu meslekten soğutabilmekte, bazı durumlarda işi bırakmaya kadar götürebilmektedir.”

#### **4.2.3. Tıbbi Sekreterlerin Karşılaştığı Sıkıntılar Karışındaki Çözüm Önerileri**

Tıbbi sekreterler, çalıştıkları hastanelerde görevlerini yaparken birçok sıkıntıyla karşılaştığı bilinmektedir. Bu sıkıntılarının çözüme kavuşturulmasında izlenecek yolları belirten katılımcıların verdikleri cevaplar aşağıdaki gibidir:

**K. 1 :** “ Hastane içerisindeki hasta ve hasta yakınlarından başlamak üzere tüm sağlık personelinin bizim mesleğe saygı göstermesi, bize karşı yapılabilecek sözlü ya da fiziki müdahaleye etkin bir müdahale sisteminin getirilmesi çözüm yolu olarak görülmelidir.”

**K. 2 :** “Mesleğimizin aşırı iş yükünün azaltılması, personel takviyesi yapılması, hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziki müdahalelerine karşı bir sistemin geliştirilmesi gerekmektedir. Böylelikle verim de yükselecektir.”

**K. 3 :** “ Hasta ve hasta yakınlarının hastane işlemleri konusunda daha da bilgilendirileceği bir sistemin oluşturulması, tıbbi sekreterlere daha da önem verilmesi, bazı durumlarda personel takviyesi yapılması mesleğimizin sıkıntılarını bir nebze düzeltecektir.”

**K. 4 :** “ Mesleğimizin ağır iş yükünün hafifletilmesi adına daha fazla personel alınması ve bu işlerin adilce dağıtımının yapılması durumunda işler daha da etkin yürüyecektir. Ayrıca hasta ve hasta yakınlarının doğrudan bizimle sözlü ve fiziki temasa geçebileceği durumlarda ani müdahale sisteminin oluşturulması gerekmektedir. Bunun yanı sıra ücretlere artışın yapılması daha da istekle çalışan personel oluşturacağı düşüncesi unutulmamalıdır.”

**K. 5 :** “ Gereksiz iş yükünün üzerimizden alınması, bizlere gereken saygının gösterilmesi mesleğin sevilmesi ve daha etkin yürütülmesi için en etkin çözüm yolu olacağına eminim.”

**K. 6:** “ Mesleğimizin gereğini yerine getirirken bizim görev tanımımızda olanın dışında iş verilmemesinin yanı sıra hasta ve hasta yakınlarına gerekli uyarıların yapılması gerekmektedir. Yapılan uyarılarda tıbbi sekreterlerin hastane işlemlerindeki önemi vurgulanmalı, sözle ve fiziki olarak müdahalelerine en sert şekilde ve anında müdahale edilmelidir.”

**K. 7 :** “ Hastaların mesleğimize saygı göstermesinin sağlanması ve iş yükünün hafifletilmesi gerekmektedir. Bunun için hastane yönetiminin daha adil bir iş planlaması yapması ve çok çalışan personeli ödüllendirmesi yerinde olacaktır.”

**K. 8 :** “ Ücretlerimizin arttırılması ve fazla çalışan personele ödül verilmesi, personelin motivesi için gerekli olduğuna inanıyorum.

Ayrıca saygısızlık boyutuna varan hasta ve hasta yakınlarına anında müdahale edecek bir sistemin geliştirilmesi hem bizim çalışmamız hem de işleyen sistemin aksamaması adına yapılmalıdır.”

**K. 9 :** “ Saygısızlık yapan hasta ve hasta yakınlarına anında müdahale edilmeli, iş yükümüz hafifletilmeli ve de ücretlerimize artış yapılmalıdır.”

**K. 10 :** “ Mesleğin zorluklarına katlanmak adına maaşlarımızın arttırılması ve iş yükümüzün ilave personel sayesinde makul seviyelere indirilmesi gerekmektedir.”

## **5. SONUÇ ve ÖNERİLER**

Sağlık sektörü teknolojinin ilerlemesiyle birlikte gelişim göstermektedir. Bununla birlikte hasta ile sağlık çalışanları arasında iletişim günden güne önemini daha da arttırmaktadır. Hayatın her alanında olduğu gibi sağlık alanında da iletişimin etkin olabilmesi için hasta ve hasta yakınlarının olduğu kadar sağlık çalışanlarının da dikkat etmesi gereken durumlar bulunmaktadır.

Sağlık personeli görevini yerine getirirken kullandığı en önemli araç iletişimdir. Sağlık iletişimi, insan sağlığının yönetilmesi sürecidir. Evrensel bir sağlık vizyonunun oluşturulmasının yanı sıra tüm toplumun katılımıyla bilgiye erişimin sağlanması amacıyla olan sağlık yönetimi; sağlık bilgisinin herkesçe anlaşılmasını ifade eden bir süreçtir. Sağlık iletişimi sayesinde hasta ve sağlık çalışanları gerekli bilgilere zamanında ulaşabilmektedir.

Sağlık personeli; doktor, hemşire, sağlık memuru, sağlık teknisyeni, tıbbi sekreterlerin yanı sıra hastanede çalışan fizyoterapist,



biyolog vs görevlerinde bulunan kişilerdir. Sağlık hizmetlerinin aksatılmadan yürütülmesi için çalışırlar.

Sağlık iletişimin önemli halkalarından biri olan ve aynı zamanda doktor-hasta ve diğer sağlık çalışanları arasında köprü vazifesi gören tıbbi sekreterlerin mesleklerini yaparken karşılaştıkları sorunların yanı sıra sağlık iletişimindeki yerini inceleyen, odak grup görüşmesi ile yapılan bir çalışma bulunmadığından bu araştırmaya gereksinim duyulmuştur. Bu çalışma ile tıbbi sekreterlerin verdiği cevaplar doğrultusunda, sağlık iletişimindeki rolleri, sıkıntıları ve çözüm önerileri incelenmiştir.

Araştırma kapsamında nitel veri toplama tekniklerinden odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. 10 kişilik odak grup görüşmesi yapılarak çalışmadan elde edilen veriler betimsel analiz yöntemiyle incelenmiştir.

Araştırma kapsamında incelenen katılımcıların % 50.0'lık (5) oranda büyük çoğunluğunun 26-30 yaş aralığında bulunduğu, % 60.0'lık (6) oranda çoğunluğun kadın katılımcı olduğu, % 70.0'lık (7) oranda evli, % 20.0'lık (2) oranda dul, % 10.0'lık (1) oranda ise bekâr katılımcı bulunduğu, lise seviyesinden yüksek lisans seviyesine kadar her eğitim seviyesinde katılımcı olduğu ve % 50.0'lık (5) büyük oranda üniversite mezunu olduğu, % 40'lık (4) kısmının, 6-10 yıl arası iş tecrübesine sahip olduğu, % 60.0'lık (6) oranda çoğunluğun kamu kesiminde görev yaptığı, % 40'lık (4) kısmının Poliklinik Sekreterliğinde çalıştığı, % 70'lik (7) kısmının mesleğini isteyerek seçtiği görülmüştür.

Tıbbi sekreterlerde bulunması gereken özellikler incelendiğinde; hoşgörölü, güler yüzlü, sabırlı, titiz, yardımsever, stres ve çatışma yönetimini bilen, beden dilini iyi kullanabilen, gerek kurum içi gerekse kurum dışı resmi yazışmalara hâkim, telefonla görüşme yapabilen, arkadaş çevresiyle uyumlu, bilgisayarını etkin kullanabilen, hasta haklarını bilen, hastane bilgi sistemlerini kullanarak her türlü hastanın işlemlerini yapabilen sağlık çalışanı olarak tanımlanmıştır.

Tıbbi sekreterlerin sıkıntıları konusunda verilen cevaplar değerlendirildiğinde; iş yükünün ağırlığı, ücretlerin yetersiz oluşu ve mobbing (yıldırma) durumuyla karşılaşma olarak sıralanmıştır. Bu sıkıntılara çözüm önerileri olarak da; personel sayısının artırılması ve iş yükünün hafifletilmesi, iş durumlarının adilce planlanarak dağıtılması, maaşların makul seviyeye çıkarılması, çok çalışan personelin ödüllendirilmesi, hasta ve hasta yakınları tarafından gerek sözlü gerekse fiili müdahalelerde bu durumu bertaraf edecek ani müdahale sisteminin oluşturulması gerektiği vurgulanmıştır.

Hasta-doktor ve sağlık çalışanı arasında köprü görevi gören tıbbi sekreterlerin isteyerek yaptıkları mesleklerine saygı duyulması, iş yükünün hafifletilmesi, ücretlerinin makul seviyeye çıkarılması, mobbing durumlarında ilgili kişilere hemen müdahale edilmesi, hastane yöneticileri tarafından daha fazla itibar gösterilmeleri ve ödüllendirilmeleri, bu mesleğin geleceği ve sağlık iletişimi açısından önemi bilinmelidir. Tıbbi sekreterlere, hastanedeki işlerin yürütülmesi adına kendilerine destek olunmalı, gerekirse ilave tedbirlerle yanlarında oldukları kendilerine hissettirilmelidir.

Daha kapsamlı çalışmalarla daha fazla tıbbi sekretere ulaşılmalı, literatüre daha özgün çalışmalar kazandırılmalıdır.

## KAYNAKÇA

- Aksu, Buket& Yeğen, Gizem& Yeşilada, Akgül (2019). Eczacı-Hasta İletişimi Konusunda İstanbul İli Anket Çalışması, *Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, C: 43, S: 1, 28-43.
- Ardıç Çobaner, Aslıhan (2018). Bir Sağlık İletişimi Kampanyası Geliştirmek: Sağlık Bakanlığı'nın Tütün Karşıtı Kampanyası Üzerine Bir Analiz, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, C: 11, S: 60, 808-823.
- Aydın, Bayram Oğuz ve Şahin, Emine (2018). Hastanelerde Hasta Yakınları Tarafından Belirlenen İletişim Engellerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi, *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi/Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İletişim Fakültesi Süreli Elektronik Dergisi*, S: 46, 59-75.
- Başol, Emel (2018). Hasta İle Sağlık Çalışanları (Doktor ve Hemşire) Arasındaki İletişim Sorunları Ve Çözüm Önerileri, *International Anatolia Academic Online Journal*, C: 4, S: 1, 76-93.
- Büyükkaydın, Ebru& Şantaş, Gülcan& Kaya, Sıdıka (2017). Sekreterlerin Yıldırma Maruz Kalma Düzeyleri: Bir Üniversite Hastanesi Örneği, *Gazi Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C: 19, S: 2, 725-741.
- Çakıroğlu, Esin ve Tengilimoğlu, Dilaver (2014). Mobbing (Yıldırma) Davranışlarının Tıbbi Sekreterlerin Tükenmişliği Üzerine Etkisi, *Electronic Journal Of Vocational Colleges*, C: 4, S: 3, 167-188.
- Erdem, Ramazan& Bektaş, Meral& Erkal, Pınar (2013). Tıbbi Sekreterlerin Doktor-Hasta İletişimine Bakış Açıları (Burdur Devlet Hastanesi Örneği), *Süleyman Demirel Üniversitesi*

- Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Büro Yönetimi Özel Sayısı-1, 193-205.
- Gider, Ömer& Şimşek, Gülten& Ocak, Saffet& Top, Mehmet (2011). Hastane Organizasyonlarında Örgütsel Bağlılık Ve İş Doyumunun Analizi: Hemşireler Ve Tıbbi Sekreterler Üzerine Bir Araştırma, *Öneri Dergisi*, C: 9, S: 35, 93-101.
- İslamoğlu, Ahmet Hamdi (2011). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (SPSS Uygulamalı)*, 2. bs., İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Karasar, Niyazi (2009). *Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar-İlkeler-Teknikler*, 19. bs., Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Kaya, Şerife Didem& Yüceler, Aydan& Uludağ, Ayhan& Karadağ, Şule (2017). Hasta İlişkilerinde Tıbbi Sekreterlerin Duygusal Emek Ve İletişim Becerilerinin Nitel Olarak Değerlendirilmesi, *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, C: 8, S: 19, 62-76.
- Tanrıverdi Hergün, Handan (2018). Tıbbi Sekreterlerin İş Yükü Analizi Ve İş Memnuniyetlerine İlişkin Bir Çalışma, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, C: 7, S: 2, 32-47.
- URL-1: Sağlık Meslek Gruplarının İş Ve Görev Tanımları, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14-1.pdf> adresinden 15.01.2019 tarihinde alınmıştır.
- Yıldırım, Ali ve Şimşek, Hasan (2005). *Nitel Araştırma Yöntemleri*, 5. bs., Ankara: Seçkin Yayıncılık.

## **BÖLÜM 2:**

### **SAĞLIK TURİZMİ: KONYA ÖRNEĞİ**

Ferhan KARA<sup>1</sup>

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet YORULMAZ<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Selçuk Üniversitesi, ferhan\_gi@yahoo.com

<sup>2</sup> Selçuk Üniversitesi, mtyorulmaz@hotmail.com

## GİRİŞ

Sağlık hizmetleri sunumu küreselleşen dünyada önemli bir yere sahiptir. Dünyada yaşlı nüfusun artarak sağlık hizmetlerine olan talebin artması, ulaşım imkânlarının gelişerek seyahatlerin kolaylaşması, insanların turistik faaliyetlere olan ilgisi, internet, sosyal medya ve gelişen teknolojinin varlığı kişilerde sağlık konusunda kaliteli hizmet alabilecekleri başka ülkelere gitme arzusunu tetiklemektedir. Son dönemde küreselleşme ile birlikte sağlık sektöründe sağlık turizmi olarak bir ticaret ve ekonomik faaliyet karşımıza çıkmaktadır. Sağlık turizmi, kişilerin koruyucu, tedavi ve rehabilite edici, sağlığı geliştirici hizmetleri almak maksadıyla yerleşik oldukları ülkeden başka bir ülkeye yaptıkları seyahatlerdir. Bu amaçla seyahat edilen kişilere de sağlık turisti denmektedir. Bu kapsamda kişiler hem tatil yapmak hem de tedavi olmak için sınır ötesi ziyaretler yapmaktadır. Sağlık turizmi döviz getiren ve ekonomiyi canlandıran güçlü bir faktördür(T.C. Sağlık Bakanlığı 2013).Sağlık turizmi açısından en çok tercih edilen ülkeler ABD, Hindistan, Küba, Rika, Tayland, Singapur, Kolombiya, Malezya, Türkiye, Meksika, Almanya, Güney Kore'dir. Sağlık Bakanlığı ise sağlık turizmi sebeplerini şu şekilde sıralamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012):

- Bulunduğu ülkede yeni teknoloji cihazlarla sunulan sağlık hizmetleri ve alanında yetkin sağlık personelinin yeterli düzeyde olmaması ya da hiç bulunmaması,
- Tedavi hizmetlerini alırken beraberinde tatil hizmeti de alma isteği,

- Buldukları ülkede sunulan sağlık hizmetlerinin yüksek fiyatlı olması, kalite yönünden daha iyi sağlık hizmeti alma arzusu,
- Yaşadığı ülkede çeşitli nedenlerden dolayı ameliyatının bilinmesini istememesi(Plastik cerrahi, Cerrahisi, kısırlık tedavisi vb.),
- Yaşadığı coğrafyada iklim ve konum olarak tatil için yeterli imkânlarla sahip olmadığı durumlarda turistik(doğa, termal, kültür turizmi vb.)aktivitelerde bulunma isteği,
- Yaşlı ve engelliler ile kronik hastalığa sahip kişilerin ortam değiştirme ve tedavi olma isteği,
- Uyuşturucu türevi bağımlılıkları olan bireylerin ortam değişikliği, yaşama tutunma ve yaşam isteği.

Sağlık Turizmi Çeşitlerini 3 grupta toplayabiliriz. Bunlardan ilki Termal turizm ve SPA Wellness, “hastalık döneminin mukabilinde rehabilitasyon tedavileri ve kalıcı hasar bırakan hastalıkların bir nebze de olsa tedavi edilmesi ve rahatlama amacıyla termal ve spa merkezlerinde sağlık personeli, yardımcı sağlık personeli tarafından rehabilite edici ve tedaviyi destekleyen uygulamalar” olarak tarif edilebilir(Kaplıca Tedavileri, Fizyoterapiler, Talosoterapiler, Hidroterapiler, Balneoterapi, Peloidoterapi, Klimaterapi, vb.) (Karagülle, 2008). İkinci olarak ise Yaşlı ve Engelli Turizmi yer almaktadır. 3.yaş turizmi kapsamında Türkiye’yi ziyaret eden kişilere düzenlenen turistik geziler ve her türlü destek terapilerin yanında yaşlı bakım evlerinde tedavi ve iyileştirme hizmetleri verilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Birleşmiş Milletler ve Dünya Yaşlanma Örgütü’nün verdiği rakamlara göre 65 yaş ve üzeri bireylerin 600 milyon civarında olduğu ve bu rakamın 2050 yılında 2 milyara



ulaşabileceği tahmin edilmektedir. Dünya’da engelli nüfusun %10’a yakın olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2012).Üçüncül yaş grubunun seyahate ve yeni yerler görmeye eğiliminin yüksek olması ve emeklilik şartlarını taşıdıklarından dolayı ekonomik olarak imkânlarının varlığı gibi nedenlerden dolayı güçlü bir sektör olarak görebiliriz. Son olarak da doktorlar tarafından sağlık kuruluşlarında yapılan teşhis ve tedavi hizmetlerinden faydalanmak için medikal turistlerin kendi yaşadıkları ülkede olmayan ya da bekleme süresi uzunluğu, yüksek bedel gibi nedenlerle erişimde güçlük yaşadıkları cerrahi veya uzmanlık gerektiren teşhis ve tedavi hizmetlerini almak amacıyla yaptıkları sınır ötesi seyahatler olarak adlandırılan medikal turizm söylenebilir. İleri tedaviler (Kardiyovasküler cerrahi, ışın tedavisi,cyberknife vb.), transplantasyon, infertilite (tüp bebek), plastik ve estetik cerrahi, göz, diş, diyaliz tedavileri vb.(www.satürk.gov.tr).

Ülkelerin sağlık turizmi açısından tercih edilebilmesi için sağlık hizmetlerinin kaliteli ve düşük maliyetli olması, akredite olmuş sağlık kurumlarının varlığı ve kalite kurallarının uygulanıyor olması, reklam ve pazarlama faaliyetleriyle uluslararası arenada tanınıyor olması, sağlık hizmeti veren kuruluşların hizmeti en iyi şekilde verebilecek şartlara sahip olması, yabancı dil bilen personellerin varlığı, ulaşım kolaylığının bulunması, sağlık turizmi için gelenlere alternatif turizm çeşitleriyle hizmet verebiliyor olması, sağlık politikalarının ve kanunların teşvik edici olması gerekmektedir. Sağlık turizmi çeşitliliği bakımından ele alırsak jeotermal kaynakların fazla olması, spa-wellness hizmetlerinin kaliteli olması, yaşlı ve engelliler için hem

sağlık kuruluşlarının hem de ülkenin çalışmaları, konuyla ilgilenen acentelerin bölge hakkında bilgi düzeyi, sağlık turistine bakış açısı, hizmet sunucuların sayı ve nitelik olarak yeterli olması gibi ölçütlerin gelişmiş olması diğer rakiplerin önüne geçilmesini sağlayacaktır (www.saturk.gov.tr).

Bu çalışmada amaç Konya’da sağlık turizminin SWOT analizi ile güçlü ve zayıf yönlerini, fırsat ve tehditlerini ortaya çıkarmaktır. Ayrıca sağlık turizminin Konya’da mevcut durumuna bakılarak önermelerde bulunulacaktır. SWOT İngilizce “Strength” (güçlü yönler), “Weakness” (zayıf yönler), “Opportunity” (fırsatlar), “Threat” (Tehdit ve tehlikeler) kelimelerinin baş harflerinin birleştirilmesiyle oluşturulmuştur. SWOT analizi, herhangi bir işletmenin içsel durumunu ve etrafındaki dışsal faktörleri tahlil etmek için kullanılan yöntemlerden biridir. İşletmenin o anki mevcut durumunun tüm yönleriyle, iç ve dış etmenleri de göz önünde bulundurularak, fotoğrafının çekilmesidir. Mevcut durumun görülüp, işletmenin geleceğine yönelik gerçekçi ve etkin adımların daha sağlıklı atılmasını sağlar. SWOT analizi yapılarak, işletme zayıf ve güçlü yönlerinin ortaya çıkarıldığı bir tabloya kavuşurken, işletmenin yüz yüze kaldığı veya kalacağı tehdit ve fırsatları da görmüş oluruz. Bu tabloyla işletmenin güçlü yönlerine yoğunlaşır, zayıf yönlerini güçlendirir, çevreden gelen tehditleri bertaraf edip, fırsatlardan da maksimum yararlanırsak, başarıımızı katlamış oluruz (Aktan 2008).

Çalışmada, öncelikle Türkiye’deki sağlık turizminin bulunduğu noktaya değinilecektir. Sonra, Konya’daki turizm değerlerine

değinilecek ve son olarak ise SWOT analizi yöntemi ile Konya'nın sağlık turizmindeki durumu analiz edilecektir.

## **1.TÜRKİYE'DE SAĞLIK ALT YAPISI VE SAĞLIK TURİZMİ**

Türkiye'ye sağlık turizmi açısından baktığımız zaman kaliteli sağlık hizmeti veren kuruluşları, nitelikli sağlık personeli sayısı, engelliler için hkmetin uyguladığı politikalar (engelsiz şehirler vb.), son yıllarda çıkan ve bu hizmeti iyileştirici yasa ve yönetmelikler diğer ülkelerle yarışabilecek düzeye getirmiştir. 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programıyla beraber ülkemizde sağlık hizmet sunucuları ve yapısı dinamik bir hal alarak standartlar yükselmiştir. Sağlık hizmetleri sektör paydaşları hkmetle beraber ciddi yatırımlar yapmış, kurulan ve kurulacak olan şehir hastaneleriyle bu yatırımlara yenileri eklenmeye devam etmektedir. Türkiye'de başta İstanbul, Antalya, Ankara olmak üzere çok sayıda sağlık turistini ağırlamakta ve misafirler memnuniyet düzeyleri yüksek olarak ülkelerine geri dönmektedir. Türkiye gerek hastane sayısı gerekse yatak kapasitesi bakımından son yıllarda hızlı bir artışa geçmiştir.

**Tablo1.1. İBBS-1'e ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı**

Bölge Adı	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
İstanbul	54	16	168	238
Batı Marmara	54	4	21	79
Ege	118	7	69	194
Doğu Marmara	80	4	51	135
Batı Anadolu	73	13	52	138
Akdeniz	81	8	88	177
Orta Anadolu	72	4	23	99
Batı Karadeniz	96	3	20	119
Doğu Karadeniz	67	1	11	79
Kuzeydoğu Anadolu	52	2	5	59
Ortadoğu Anadolu	54	3	16	73
Güneydoğu Anadolu	78	3	47	128
<b>Türkiye</b>	<b>879</b>	<b>68</b>	<b>571</b>	<b>1.518</b>

**Kaynak:** Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,2017

Sağlık Bakanlığı İstatistik Bölge Birimleri Sınıflandırması verilerine göre, 2016 yılında Sağlık Bakanlığı hastane sayısı 876 iken 2017 yılında 879'a ulaşmıştır. Üniversite hastane sayısı 68, Özel hastane sayısı ise 571 olmuştur.

Tablo 1.2'de sağlık sistemi içerisindeki sistemlere göre hastane yatak sayıları verilmiştir.

**Tablo1.2. İBBS-1'e ve Sektörlere Göre Hastane Yatak Sayısı**

Bölge Adı	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
İstanbul	17.783	5.423	14.748	37.954
Batı Marmara	6.622	1.868	1.724	10.214
Ege	18.599	5.628	5.686	29.913
Doğu Marmara	12.930	2.796	3.678	19.404
Batı Anadolu	14.167	7.262	4.570	25.999
Akdeniz	16.829	5.186	7.300	29.315
Orta Anadolu	7.127	2.879	1.964	11.970
Batı Karadeniz	10.401	2.114	1.838	14.353
Doğu Karadeniz	6.643	831	1.149	8.623
Kuzeydoğu Anadolu	4.402	1.693	319	6.414
Ortadoğu Anadolu	7.467	2.772	1.277	11.516
Güneydoğu Anadolu	12.369	2.872	4.947	20.188
<b>Türkiye</b>	<b>135.339</b>	<b>41.324</b>	<b>49.200</b>	<b>225.863</b>

**Kaynak:** Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,2017

Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2017 yılında toplam hastane yatağı sayısı 225.863 olmuştur. Sağlık Bakanlığı hastane yatağı sayısı 2016 yılında 132.921 iken 2017 yılında 135.339'dır. Üniversite ve Özel Sektörün hastane yatağı sayıları 2016 yılında sırasıyla 37.707 ve 47.143 iken 2017 yılında 41.324 ve 49.200'e ulaşmıştır.

Tablo 1.3'te sağlık personelinin sektörlere ve unvanlara göre dağılımı verilerine yer verilmiştir.

**Tablo1.3.** Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Uzman Hekim	42.726	14.415	23.810	80.951
Pratisyen Hekim	38.721	240	5.688	44.649
Asistan Hekim	8.817	15.580	-	24.397
<b>Toplam Hekim</b>	<b>90.264</b>	<b>30.235</b>	<b>29.498</b>	<b>149.997</b>
Dış Hekimi	9.768	2.505	15.616	27.889
Eczacı	2.855	348	25.309	28.512
Hemşire	112.074	24.261	29.807	166.142
Ebe	49.003	759	3.979	53.741
Diğer Sağlık Personeli	111.193	11.990	32.234	155.417
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	215.402	70.987	52.852	339.241
<b>TOPLAM PERSONEL SAYISI</b>	<b>590.559</b>	<b>141.085</b>	<b>189.295</b>	<b>920.939</b>

**Kaynak:** Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2017

Tablo 1.3'te sağlık turizmi açısından önem arz eden uzman hekim sayısının büyük bir bölümünün Sağlık Bakanlığı bünyesinde olduğu görülmektedir. Sağlık personeli sayısı 2016 yılına göre 2017 yılında artmıştır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016-17). Toplam hekim sayısı 2016 yılında 144.827 iken 2017 yılında 149.997 olmuştur.

Toplam sağlık personeli sayısı ise 2017 yılında 871.334'ten 920.939'a yükselmiştir.

Türkiye'ye gelen hasta profili ve geliş nedenlerine göre hastaları beş grupta inceleyebiliriz (Topuz, 2012):

- Türk Nüfusunun yoğun yaşadığı ülkeler (Almanya, Hollanda, Fransa)

- Sağlık hizmet alt yapısının ve sağlık personeli eksikliğinin yaşandığı ülkeler (Balkan Ülkeleri ve Orta Asya Türk Cumhuriyetleri)

- Sağlık hizmetlerinde özel sağlık sigortası finansmanı ağır basan sigorta kapsamında olmayan hizmetlerin maliyetlerinin yüksek olduğu ülkeler (Amerika, İngiltere, Almanya)

- Hizmet arz eden kuruluşlar ve talep eden nüfus arasındaki rakamsal farklardan dolayı arzın talebi karşılayamadığı, uzun bekleme sürelerinin olduğu ülkeler (İngiltere, Hollanda, Kanada)

- Çeşitli sebeplerden dolayı yapılan antlaşmalardan dolayı hasta gönderen ülkeler (Afganistan, Yemen, Sudan)

Türkiye gerek konumu kaynaklı gerekse yetişmiş profesyonel sağlık ekibi ile dünyanın gözde sağlık turizmi ülkeleri olmaya aday bir ülkedir. Sağlık hizmetlerinde, sağlık hizmetini talep edecekler için maliyet konusu önem arz etmektedir. Türkiye sağlık hizmeti sunum maliyeti açısından gerçekten uygun fiyatlarda sağlık hizmeti sunmaktadır. Tüm bu sebeplerin yanı sıra ülkenin genel turizm açısından önemli bir yerde olması da sağlık turizmi açısından önem arz etmektedir. Bu durum Türkiye'yi ziyaret ederek dinlenmek, eğlenmek (vb.) isteyen turistleri aynı zamanda beraberinde sağlık hizmeti almaya da sevk edebilmektedir.

## 2. KONYA İLİNDE SAĞLIK TURİZMİ

### 2.1. Konya İlinde Turizm

Konya 2017 yılı verilerine göre 2.180.149 kişilik nüfus potansiyeline sahiptir. Yıllık % 8,7 nüfus artış oranına sahip olmakla beraber kilometrekare başına 56 kişi düşmektedir. Konya'ya iklim olarak baktığımız zaman yazlar sıcak ve kurak, kışlar ise kar yağışlı ve soğuk geçmektedir. Konya, Anadolu'da bulunan Tetis Denizinin I. jeolojik zaman devrinde yükselerek yok olması sebebiyle düz bir ova şeklini almıştır. Konya, gerek ulaşım kolaylığı, gerek nitelikli hastane sayısı ve personel durumu nedeniyle sağlık turizminde önemli bir konumda bulunmaktadır ([www.konyakultur.gov.tr](http://www.konyakultur.gov.tr)).

Konya, UNESCO dünya kültür mirası listesine soyut ve somut olmayan iki kültürel mirasla dâhil edilmiştir. UNESCO İnsanlığın Sözlü Ve Somut Olmayan Kültürel Mirası Başyapıtları Programı çerçevesinde 2005 yılında Semâ Törenleri başyapıt olarak listeye geçerken, 2008 yılında ise UNESCO “İnsanlığın Somut Olmayan Kültürel Mirasının Temsil Listesi”ne kaydedilerek tüm dünyada tanınmıştır. Mevlevî Semâ Töreni, bünyesinde dini temalar içeren, kendine has kuralları ve zarafeti bulunan, ahenk içinde yürütülen tasavvufi bir törendir. Mevlevîliğe özel bu ayın Mevlâna Celaleddin-i Rumî (Ö. 17 Aralık 1273) zamanında Allah aşkıyla kurallara bağlı kalmaksızın kalben yapılırken, Sultan Veled ve Ulu Arif Çelebi zamanında belli kurallarla yapılmaya başlanmıştır. Bu kurallar, Pir Adil Çelebi zamanında bugünkü halini alarak estetik bir görüntü de oluşturmaktadır. Tören, birbirini tamamlayan farklı tasavvufî anlamlar içeren naat, ney taksimi, peşrev, Devr-i Veleddî ve dört selâm

bölümünden oluşmaktadır. Semâ Töreni, Mevlevîlik kültürünü direkt seyirciye aktararak insanların kalplerine doğru yol alan Mevlevî müziği ile yapılmaktadır (T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı 2018).

İnsanlık tarihinin eski dönemlerinde yerleşik toplumsal hayata geçilmesiyle beraber tarım yapılmaya başlanması ve avcılık faaliyetleri gibi mühim değişimlere tanıklık eden Çatalhöyük Neolitik Kenti, Güney Anadolu Platosunda 14 hektar gibi büyük bir alana yayılmıştır. Çatalhöyük, bu coğrafyada binlerce yıldır var olan hayattan kentsel yerleşik hayata geçişin kanıtı niteliğindedir. Olağanüstü evrensel değere sahiptir (T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2018).

**Tablo 2.1.** Konya’da Acente, Otel ve Yatak Kapasitesi, Restorant, Kokartlı Turist Rehberi Sayıları

<b><u>ACENTA</u></b>	
Turizm İşletme Belgeli Seyahat Acentası :	146
<b><u>OTEL</u></b>	
Turizm İşletme Belgeli Otel :	37 - Yatak Sayısı: 6.335 (5 Yıldız: 6, 4 Yıldız: 10, 3 Yıldız: 17, 2 Yıldız: 2, Özel Belgeli: 3)
Yatırım Belgeli Otel :	5 - Yatak Sayısı: 1.086
Belediye Belgeli Otel :	103 - Yatak Sayısı: 5.536
Kamu Kurum Misafirhanesi :	30 - Yatak Sayısı: 1.475
	<b>TOPLAM:14.432</b>
<b><u>RESTAURANT</u></b>	
Turizm İşletme Belgeli Restorant :	14 - Kapasite: 4.435 (1.Sınıf: 8, 2.Sınıf: 1, Özel Belgeli: 3, Mola Noktası:2)
<b><u>KOKARTLI TURİST REHBERİ</u></b>	
Konya İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü'ne bağlı 65 adet kokartlı turist rehberi vardır.	
Konya'da İkamet Eden Faal Rehber Sayısı 17	

**Kaynak:** Konya İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü



Tablo 2.1.'de de görüldüğü üzere 6.335 yataklı 37 turizm işletme belgeli otel, toplam 14.432 yatak kapasitesi, 4.435 kişi kapasiteli turizm işletme belgeli restoran, 65 adet kokartlı turist rehberi ve 145 turizm acentesiyle ile turizm alanında potansiyeli yüksek bir şehirdir.

Tablo 2.2'de Konya'da 2018 yılına ait otel konaklama verileri verilmiştir.

**Tablo 2.2.** Konya'da 2018 Yılı Otel Konaklama Verileri

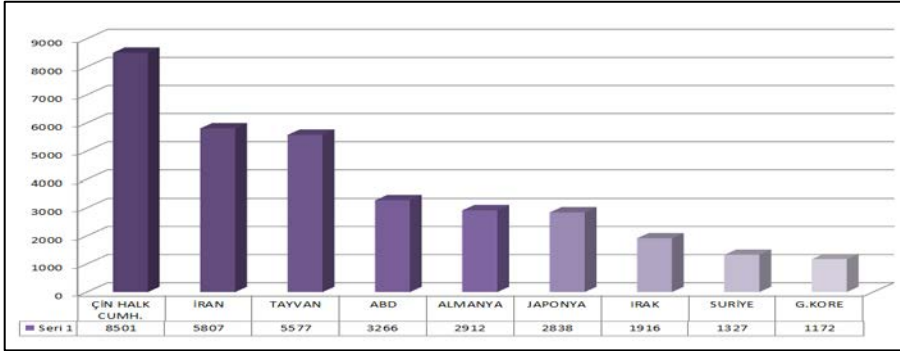
Turist	Giriş	Geceleme
Yerli	466.558	674.382
Yabancı	89.472	123.751
Toplam	556.030	798.133

**Kaynak:** Konya İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, 2018

Tablo 2.2.'de de görüldüğü gibi Konya'da 2018 yılında (Kasım ayı dâhil) 89.472 turistin 123.751 gece konakladığı görülmektedir. Bu sayı 2017 yılıyla karşılaştırıldığında 42.637 adet yabancı turist artışıyla Konya'nın turizm alanında hareketliliğin olduğunu göstermektedir.

Tablo 2.3'de 2017 yılında Konya'yı ziyaret eden turistlerin milliyetlerine göre sayıları verilmiştir.

**Tablo 2.3.** Konya’da Konaklama Milliyetlerine Göre 2017 Yılı Turist Sayısı

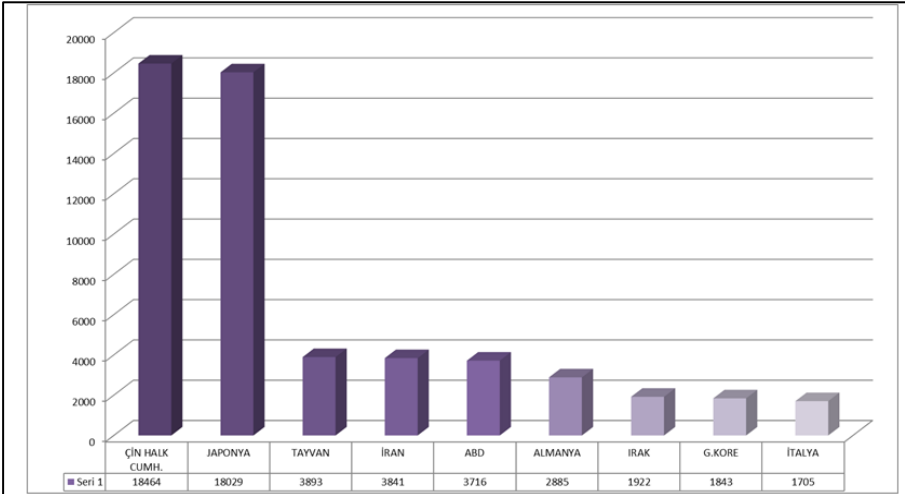


**Kaynak:** Konya İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü

Tablo 2.3’e göre 2017 yılında Konya’yı ziyaret eden turist sayısı toplamda 33.316 olmuştur. Bu sayının %25’lik kısmını Çin Halk Cumhuriyeti’nden gelen turistler oluşturmaktadır.

Tablo 2.4’te 2018 yılında Konya’yı ziyaret eden turistlerin milliyetlerine göre sayıları verilmiştir

**Tablo 2.4.** Konya’da Konaklama Milliyetlerine Göre 2018 Yılı Turist Sayısı



**Kaynak:** Konya İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, 2018

Tablo 2.4'e göre 2017 yılında olduğu gibi ziyaret eden milletler içerisinde Çin Halk Cumhuriyeti, 18464 turist ile ilk sırada yer almaktadır. 2018 yılında ise 1705 turist ile en az turist İtalya'dan gelmiştir.

**Tablo 2.5.** Konya'da 2017 -2018 (2018 Kasım dâhil) Milliyetlerine Göre Turistlerin Karşılaştırması

	ÇİN H.CUMH	JAPONYA	TAYVAN	İRAN	ABD	ALMANYA	IRAK	G.KORE	İTALYA
2017	7.415	2.685	4.938	3.511	3.013	2.812	1.774	1.132	971
2018	18.464	18.029	3.893	3.841	3.716	2.885	1.922	1.843	1.705
DEĞİŞİM (%)	149	571	-21	9	23	3	8	63	76

**Kaynak:** Konya İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, 2018

Tablolar incelendiğinde Konya iline gelen yabancı turist sayısında yıllara göre artış dikkat çekmektedir. Özellikle Çin, Japonya ve Tayvan gibi Uzakdoğu ülkelerinin kültür turizmine meraklı olması, özellikle İran'nın komşu ülke olması ve inanç turizmine olan ilgileri her geçen gün gelen turist sayısında artışa neden olmaktadır.

## 2.2. Konya İlinde Turizm Çeşitliliği

Bu bölümde genel olarak, İnanç ve Kültür Turizmi, Doğa ve Avcılık Turizmi ve Spor- Kongre ve Bilim Merkezi Turizmi hakkında kısaca bilgi verilecektir.

### 2.2.1. İnanç ve Kültür Turizmi

Konya tarih boyunca birçok uygarlığın yaşamına şahit olmuş, M.Ö. 7000 yılına kadar uzanan bir tarih geçmişini barındırmaktadır. Mesire yerleri, tarihi ve mistik alanları ve doğal sit alanları, sivil

mimarinin zengin örnekleriyle muhteşem bir tarih mirasına sahiptir. Konya gerek tarihi geçmişi gerekse sahip olduğu önemli değer varlıkları ve kültürü ile çok güçlü bir doktrine sahiptir. Hz Mevlana'ya ev sahipliği yapmasının yanında manevi olarak da destinasyonları oldukça yüksektir. Ayrıca Konya, Anadolu Selçuklu Devleti'ne başkentlik yapması, tarihi ipek yolu güzergâhında bulunması, dini ve kültürel şahsiyetleri ile cami ve müzelerdeki İslami eserleri ile Müslüman dünyasına, tarihi Roma-İstanbul-Kudüs haç yolu üzerinde bulunması, ilk Hıristiyanlık dönemi kalıntlarına sahip olması ile kilise ve manastırlara sahip olması nedeniyle de Yahudi ve Hristiyan dünyası için mühim bir yeri vardır (www.konyakultur.gov.tr, Maç, 2008).

Tam bir açık hava müzesi mahiyetinde olan Konya şehri Çatalhöyük, Kilistra, İnce Minare Müzesi, Mevlana Müzesi, Nasreddin Hoca Türbesi, Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinden kalma birçok cami, medrese ve kervansarayla tarih ve kültürün zenginliğini göstermektedir (Sezgin, 2004). Ayrıca Mevlana Türbesi, 2017 yılında 2.614.604 kişinin ziyaret etmesinden dolayı Türkiye'nin Topkapı Sarayından sonra en çok ziyaret edilen müzesidir (www.konyakultur.gov.tr).

### **2.2.2. Doğa ve Avcılık Turizmi**

Konya'da bulunan yaylalar ve ormanlık alanlar doğa turizmi açısından potansiyel oluştururken, Karapınar'da bulunan meşhur obruk gölleri, kamp ve karavan turizminin yapıldığı Beyşehir gölü milli parkı, 186 kuş çeşidinin bulunduğu Kulu Düden Gölü, yabani hayatı gözlemlemek için Bozdağ Yaban Hayatı Geliştirme Sahası,

zaman zaman etkinlik ve yarışmaların da düzenlendiği yamaç paraşütü yapmak için düzenlenmiş yerlerin de bulunduğu Beyşehir ve Akşehir ilçeleri görülmeye değer güzellikte önemli destinasyonlardır. Beyşehir, Seydişehir, Doğanhisar, Derebucak, Bozkır, Hadim, Taşkent, Cihanbeyli ve Kulu ilçelerinde yaban koyunu, yaban keçisi ve yaban domuzu avları yapılmaktadır ([www.konyakultur.gov.tr](http://www.konyakultur.gov.tr)).

### **2.2.3. Spor- Kongre ve Bilim Merkezi Turizmi**

Konya 42000 kişilik modern bir stadyuma sahip olduğu gibi 10000 kişilik Spor ve Kongre Merkezi, Saraçoğlu Drag Pisti ve Atış Poligonu, Pamukçu Atlı Rehabilitasyon Merkezi, Akşehir ve Beyşehir yamaç paraşütü pisti gibi tesislerle göz doldurmaktadır. Ulusal ve uluslararası birçok müsabakaya ev sahipliği yapan Konya son yıllarda spor turizmine önem vererek yerli ve yabancı çok sayıda turisti bünyesine çekmiştir ([www.konyakultur.gov.tr](http://www.konyakultur.gov.tr)).

Kültür ve Turizm Bakanlığı Türkiye Turizm Stratejisi 2023 Eylem Planında Konya'nın kongre, toplantı, fuar ve spor turizmi konusunda stratejik önemine ve potansiyeli üstünde önemle durmuştur.

Konya Büyükşehir Belediyesinin çabalarıyla TÜBİTAK tarafından desteklenen, çok çeşitli bilgilerin verildiği, bilimsel deneylerin yapıldığı ve astronomi konusunda kurs ve etkinliklerin düzenlendiği bir bilim merkezi yer almaktadır ([www.kbm.org.tr](http://www.kbm.org.tr)).

### 2.3. Konya İli Sağlık Altyapısı

Konya 2018 TÜİK verilerine göre nüfus olarak Türkiye'nin yedinci büyük şehridir. Konya sınırları içerisinde 2.205.609 kişi yaşamaktadır.

Tablo 2.6.'da Konya'da bulunan sağlık personeli sayısı verilmiştir.

**Tablo 2.6.** Konya İlinde Sağlık Personeli Sayısı

Sağlık Personeli Unvan	Sağlık Bakanlığı	Üniversite Hastaneleri	Özel Hastaneler	Toplam
Uzman Hekim	1045	517	442	2004
Pratisyen Hekim	1253	839	126	2218
Diş Hekimi	304	68	771	1143
Eczacı	71	6	246	323
Hemşire	3105	1084	588	4777
Ebe	1311	15	93	1419
Diğer	3309	414	1113	4836
Toplam	10398	2943	3379	16720

**Kaynak:** Konya Valiliği, 2018

Tablo 2.6'da görüldüğü gibi Konya ilinde kamu, özel ve üniversite dâhil olmak üzere toplam 2.004 Uzman Hekim, 2.218 Pratisyen Hekim, 112 Uzman Diş Hekimi, 1.031 Diş Hekimi, 6.196 Ebe ve Hemşire ile 5.159 Eczacı ve Diğer Sağlık Personeli görev yapmaktadır (Konya Valiliği, 2018). TÜİK (2017) verilerine göre toplam aile hekimliği birim sayısı 688, aile hekimliği birim başına düşen nüfus ise, 3169'dur. Bu parametrenin Türkiye ortalaması

3207'dir. Konya'nın Türkiye ortalamasından daha iyi bir konumda olduğu görülmektedir.

**Tablo 2.7.** Konya İlinde Hastane Yatak Sayıları

Kurumu		Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
Sağlık Bakanlığı	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1	1.182
	Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi	1	395
	Devlet Hastanesi	18	2.158
	İlçe Entegre Hastanesi	9	58
	Üniversite Hastanesi	3	2.256
	Özel Hastane	13	1.031
<b>Toplam</b>		<b>45</b>	<b>7.080</b>

Kaynak: Konya Valiliği, 2018, TUIK, 2018

Tablo 2.7'de de görüldüğü gibi Konya genelinde 18 Devlet Hastanesi, 9 Entegre İlçe Hastanesi, 1 adet Doğum ve Çocuk Hastanesi, 1 adet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3 adet Üniversite Hastanesi, 13 adet Özel hastane ile toplam da 45 hastanede 7.080 yatak kapasitesi mevcuttur. Ayrıca Konya ve bölgeye hizmet edecek 848 yataklı şehir hastanesinin yapımı devam etmektedir (Konya Valiliği, 2018). Ayrıca Konya'da 10.000 Kişiye Düşen Yoğun Bakım Yatağı Sayısı 4,9'dur. Bu oranın Türkiye ortalaması 4,5'tir (TUIK, 2017). Bu durumda Konya Türkiye ortalamasının üstünde bir orana sahip olduğu söylenebilir.

### 3.YÖNTEM

Bu çalışmada amaç Konya ilinde faaliyetlerini sürdüren sağlık kuruluşlarının sağlık turizmi konusunda hizmet vermeye hazır olup olmadıkları, Konya'nın bu konuda nasıl bir algıya sahip olduğu ve il bazında neler yapılabileceği amacıyla hazırlanmış, swot analizi ile güçlü ve zayıf yönleri, fırsatları ve tehditleri ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

SWOT İngilizce “Strength” (güçlü yönler), “Weakness” (zayıf yönler), “Opportunity” (fırsatlar), “Threat” (Tehdit ve tehlikeler) kelimelerinin baş harflerinin birleştirilmesiyle oluşturulmuştur. SWOT analizi, herhangi bir işletmenin içsel durumunu ve etrafındaki dışsal faktörleri tahlil etmek için kullanılan yöntemlerden biridir. İşletmenin o anki mevcut durumunu tüm yönleriyle, iç ve dış etmenleri de göz önünde bulundurarak, fotoğrafının çekilmesidir. Mevcut durumun görülüp, işletmenin geleceğine yönelik gerçekçi ve etkin adımların daha sağlıklı atılmasını sağlar. SWOT analizi yapılarak, işletmenin zayıf ve güçlü yönlerinin ortaya çıkarıldığı bir tabloya kavuşurken, işletmenin yüz yüze kaldığı veya kalacağı tehdit ve fırsatları da görmüş oluruz. Bu tabloyla işletmenin güçlü yönlerine yoğunlaşır, zayıf yönlerini güçlendirir, çevreden gelen tehditleri bertaraf edip, fırsatlardan da maksimum yararlanırsak başarımızı katlamış oluruz (Aktan, 2008).

Nitel araştırma yöntemiyle sağlık turizminde faaliyet gösteren sektör temsilcileriyle yüz yüze görüşmeler sağlanarak, katılımcılara analize yönelik açık uçlu sorular yöneltilmiştir. Nitel araştırma; “sosyal ya da beşeri bir soruna kişilerin ve grupların yüklediği



manaları keşfetmeye ve değerlendirmeye yönelik bir yaklaşım” diye tanımlanabilir (Creswell, 2013). Nitel araştırmaların en büyük avantajı araştırmaya dâhil olan bireylerin fikirlerinin araştırma raporunda sunulabilmesi, katılımcı araştırmacı sayısının az olması fakat veri miktarının fazla olmasıdır (Yıldırım ve Şimşek, 2006). Örneklem seçiminde belirlenen ölçütler şunlardır; Araştırma esnasında Konya ilinde bulunan İl Sağlık Müdürlüğü ve hastanelerde yönetici olmak ve sağlık turizmi alanında çalışmalar yapıyor olmak. Bu çalışmanın verileri örnekleme dâhil olan ve görüşmeyi kabul eden 6 uzman ile yapılan birebir görüşmelerden elde edilmiştir. Nitel araştırmalarda, örnekleme derinlemesine araştırabilmek için örneklem grubu küçüktür. Bu nedenle rastgele örneklem seçimi yerine, amaçlı örnekleme tercih edilir (Miles ve Huberman, 1994).

Katılımcılara 4 katagoride toplam 10 soru sorularak SWOT analizi yapılmıştır. Katılımcılarla yüz yüze görüşme sağlanmış, süre olarak en az 18 en fazla 30 dakika sürmüő, katılımcıların onayı alınarak ses kayıt cihazına kayıt yapılmıştır. Katılımcıların gerçek isimlerinin yerine 1’den 6’ya kadar olan rakamlar kullanılmıştır. Görüşmeler Microsoft Office Word programına aktarılmış, sonrasında ise anlamlı bir şekilde ayrıştırılabilmesi için kodlamalar yapılarak temalar oluşturulmuştur. Bu süreçte NVİVO 10 programından yararlanılmıştır. NVİVO, araştırmacının kodlar kullanarak temalar altında verileri toplayıp, birbirleriyle ilişkilendirerek model, grafik oluşturmasına ve bunu da görselleştirerek raporlaştırmasına olanak veren bir veri analizi programıdır. Araştırmanın geçerlilik ve güvenilirliğı için sonuçlarının tutarlı olmasına ve araştırmacının

nesnel bakış açısıyla yansız yaklaşımına özen gösterilmiştir. Görüşme içeriklerinden ayrıntılı alıntılar yapılmıştır. Araştırmamızda Konya İl Sağlık Müdürlüğü ile kamu, üniversite ve özel hastanelerde görevli sağlık turizmi alanında çalışan yöneticilerin görüşlerine yer verilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Çalışmamızın bu bölümünde veriler temalar oluşturularak gruplandırılmıştır. Sonuçlar NVİVO programından elde edilen şekiller halinde sunulmuştur.

Katılımcıların demografik verileri ve görüşme süreleri Tablo 4.1.'de sunulmuştur.

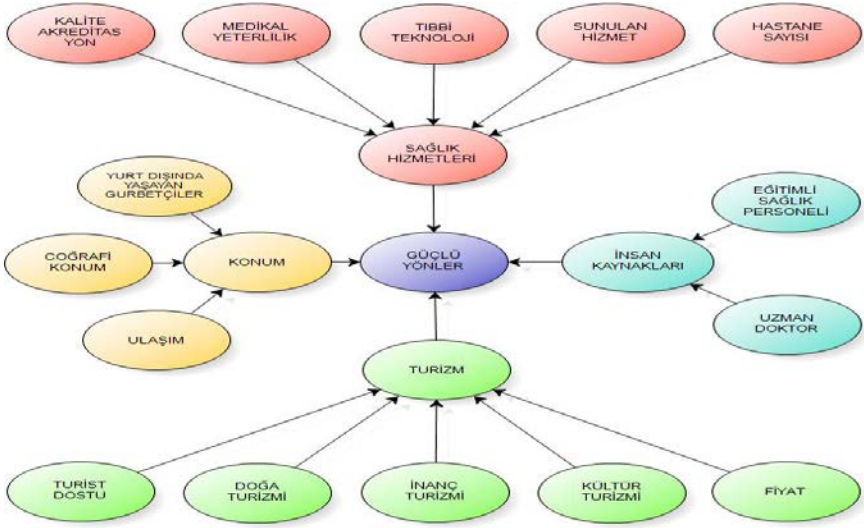
**Tablo 4.1.** Katılımcılara Ait Demografik Veriler ve Görüşme Süreleri

Katılımcı Kod Adı	Yaş Aralığı	Görevi	Kurum	Cinsiyeti	Görüşme Süresi
Uzman 1	29-39	Sağlık Turizmi Yetkilisi	Üniversite Hastanesi	Erkek	30 Dakika
Uzman 2	49-59	Hastane Müdürü	Özel Hastane	Erkek	18 Dakika
Uzman 3	49-59	Hastane Müdürü	Kamu Hastanesi	Erkek	20 Dakika
Uzman 4	49-59	Hastane Müdürü	Kamu Hastanesi	Erkek	20 Dakika
Uzman 5	49-59	Başhekim	Özel Hastane	Erkek	30 Dakika
Uzman 6	29-39	Şube Müdürü	Kamu	Erkek	30 Dakika

Tablo 4.1.'e göre görüşme yapılan altı uzmana ait bilgiler verilmiştir. Buna göre uzmanlarla toplam 148 dakika görüşme yapılmıştır. 29-59 yaş aralığında bulunan uzmanların hepsi idareci konumunda görev yapmaktadırlar.

Şekil 1’de Konya’nın sağlık turizmi açısından güçlü yönleri analiz edilmiştir.

**Şekil 4.1.** Konya’nın Sağlık Turizmi Konusunda Güçlü Yönleri



Şekil 4.1’de de görüldüğü gibi güçlü yönler ana teması üzerinde durulmuştur. Konya’nın sağlık turizminde güçlü yönleri ana temasıyla, sağlık hizmetleri, turizm, insan kaynakları ve konum alt temalara ayrılmıştır. Sağlık hizmetlerinin de alt temaları sağlık kuruluşların kalite akreditasyonuna sahip olması, medikal sağlık alanında iyi durumda olması, tıbbi teknolojik cihazlarla donatılmış hastanelerin olması, sunulan hizmetlerin kaliteli olması ve hastane sayısının (4 üniversite hastanesi, kamu ve özel hastaneleri gibi) fazla olması olarak en alt temalar oluşturulmuştur. İnsan kaynakları konusunda eğitimli sağlık personeli ve alanında uzman hekimlerin varlığı dikkati çekmektedir. Konum olarak alt temalara baktığımız zaman, yurt dışında yaşayan gurbetçi vatandaşların memleketlerinde

sağlık hizmeti almak istemesi, Konya'nın Türkiye'deki merkezi coğrafi konumu ve hızlı tren, havayolu, karayolu ulaşım kolaylığı göze çarpmaktadır. Turizm çeşitliliği olarak ise üzerinde durulan turist dostu bir şehir olması, doğa turizmine uygunluğu, içinde bulundurduğu büyük değerlerin ve medeniyetlere ev sahipliği yapmasından dolayı kültür ve inanç turizminin gelişmiş olması ve fiyat konusunda ekonomik bir şehir olup, turistik faaliyetlerin ucuz olması üzerinde durulmuştur. Konuyla ilgili uzman görüşleri şu şekildedir;

*“Konya hak ettiği yerde değil. Medikal turizmde obezite ve estetik cerrahide çok iyi bir durumdayız. Alanında uzman doktorlarımız, tam teşekküllü hastanelerimiz çok üst düzeyde yer alıyor”(UZMAN 1).*

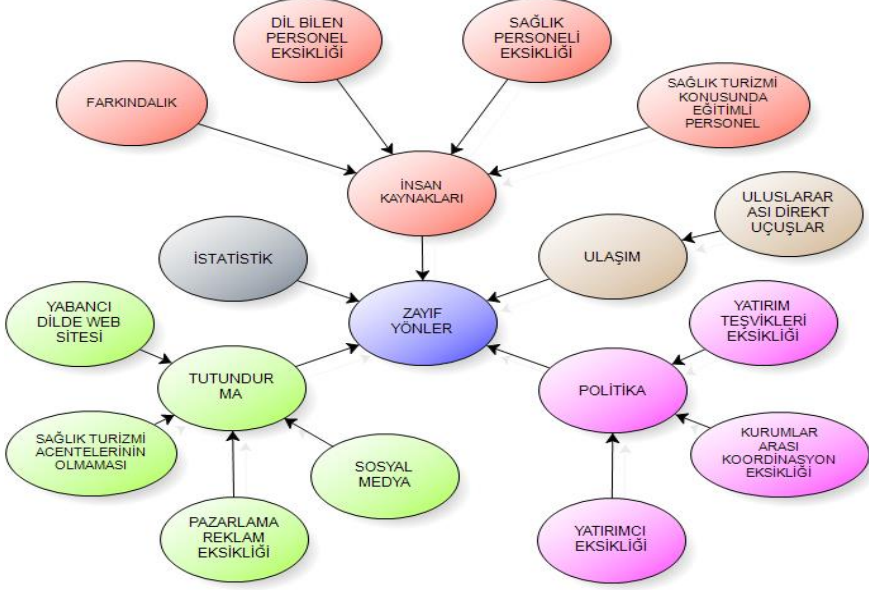
*“Konyalı olup da yurt dışında yaşayan gurbetçi vatandaşlar hizmet almak için ilimizi tercih ediyorlar. Mesela Kulu ilçesi Ankara'ya daha yakın fakat gurbetçiler uzun bekleme süreleri olmadığı için Konya'yı tercih ediyorlar” (UZMAN 2).*

*“Konya'da sağlık hizmeti sunan üniversite, kamu ve özel hastaneleri arasında ciddi yatırımlar yapan hastaneler var. Geriye sunulan sağlık hizmetinin tanımı ve tanıtımı kalıyor” (UZMAN 3).*

*“Konya'da sağlık hizmetleri kalite standartlarında yapılıyor. Devletin denetlemeleriyle yıllar öncesine göre çok ileri bir durumdayız. Yeni teknolojiye ayak uydurup, cihazlarımızı da yeniliyoruz. Hastanelerimiz Avrupa standartlarıyla yarışır durumda. Konya'da da üniversite hastaneleri, kamu ve özel hastaneleri var. Yurt dışından gurbetçi hastalar özellikle yaz döneminde çok geliyorlar. Kendi memleketlerinde dilini bildikleri doktorlara muayene olmak onlara güven veriyor”(UZMAN 5).*

*“Konya ulaşım avantajına sahip ve sağlık tesisleri açısından yeterli altyapıya sahiptir. Turist dostu bir şehir ve konaklama tesisleri açısından iyi durumda”(UZMAN 6).*

Şekil 4.2. Konya'nın Sağlık Turizminde Zayıf Yönleri



Şekil 4.2’de görüldüğü üzere Konya’nın sağlık turizminde zayıf yönleri ana teması üzerinde durulmuştur. Konya’nın sağlık turizminde zayıf yönleri ana teması altında insan kaynakları, ulaşım, istatistik, politika ve tutundurma alt temalarına ulaşılmıştır. İnsan kaynaklarının alt temaları ise sağlık turizmi konusunda eğitilmiş personel eksikliği, farkındalık oluşmaması, çalışan personelin yabancı dil bilmemesi ve sağlık hizmetleri alanında çalışan personelin istihdam yetersizliği olarak değerlendirilmiştir. İstatistik olarak baktığımız zaman verilerin tutulmadığı ve bunun bir eksiklik olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ulaşım alt temasına baktığımız zaman Konya’da uluslararası bir havaalanının olmasına karşın yurtdışı direkt uçuşların gerçekleştirilememesi Uzman görüşleriyle zayıf yön olarak değerlendirilmiştir. Tutundurma temasının alt temaları görüldüğü

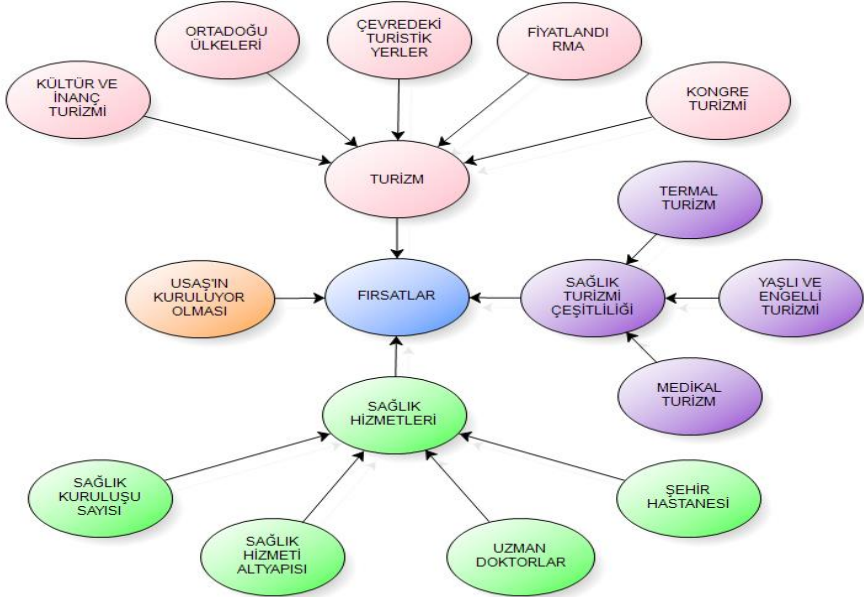
üzere yabancı dilde web sitesinin yetersizliği, sosyal medyanın tanıtım alanında aktif kullanılmaması, pazarlama konusunda reklam eksikliği ve sağlık turizmi acentelerinin olmaması konusunda tekrar alt temalara ayrılmıştır. Zayıf yönler ile ilgili uzmanların görüşlerine aşağıda yer verilmiştir;

*“Tanıtım ve tesis eksikliği var. Daha istatistiki çalışmalar yok. Tam kayıtlar alınmıyor” (UZMAN 1).*

*“Yurt dışından direkt uçak seferleri olsa hasta gelebilir” (UZMAN 5).*

*“Pazarlama ve reklam açısından yasaklar var. Bu politikalarından dolayı reklam yapılamıyor. Yurt dışında reklam ve pazarlama faaliyetlerini yürütebilmek için acentelerin devreye girmesi lazım, maalesef ki Konya’da acente eksik” (UZMAN 2).*

**Şekil 4.3.** Konya’nın Sağlık Turizmi Konusunda Fırsatları



Şekil 4.3’de Konya’nın sağlık turizmi konusunda fırsatları teması ve alt temalarına yer verilmiştir. Turizm, sağlık turizm

çeşitliliği, sağlık hizmetleri ve Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş (USAŞ)'nin kurulması alt temaları üzerinde durulmuştur. Konya'nın kültür ve inanç turizmi kapsamında çok sayıda turisti misafir etmesi, kongre turizminde markalaşması, Kapadokya, Antalya gibi turistlerin ilgisini çeken şehirlere komşu olması, fiyatlandırmada ekonomik olması ve Ortadoğu'nun Konya'yı görmeye istekli olması ve teknolojilerin yetersiz olması alt temaları oluşturulmuştur. Sağlık turizmi alt temalarına baktığımız zaman Ilgın, Köşk gibi kaliteli termal kaynaklardan dolayı termal turizmin gelişmesine elverişli olması, yaşlı ve engelliler için hem manevi hem de rahat bir şehir olması, medikal turizm için iyi durumda bulunması olarak değerlendirilmiştir. Sağlık hizmetleri alt teması sağlık kuruluşlarının sayıca fazla olması, sağlık hizmetleri altyapısının yeterli olması, alanında iyi uzman doktorların bulunması ve yapımı devam eden şehir hastaneleri olarak uzman görüşleriyle oluşturulmuştur. Konya'da sağlık turizminin fırsatları konusunda uzman görüşlerine baktığımızda;

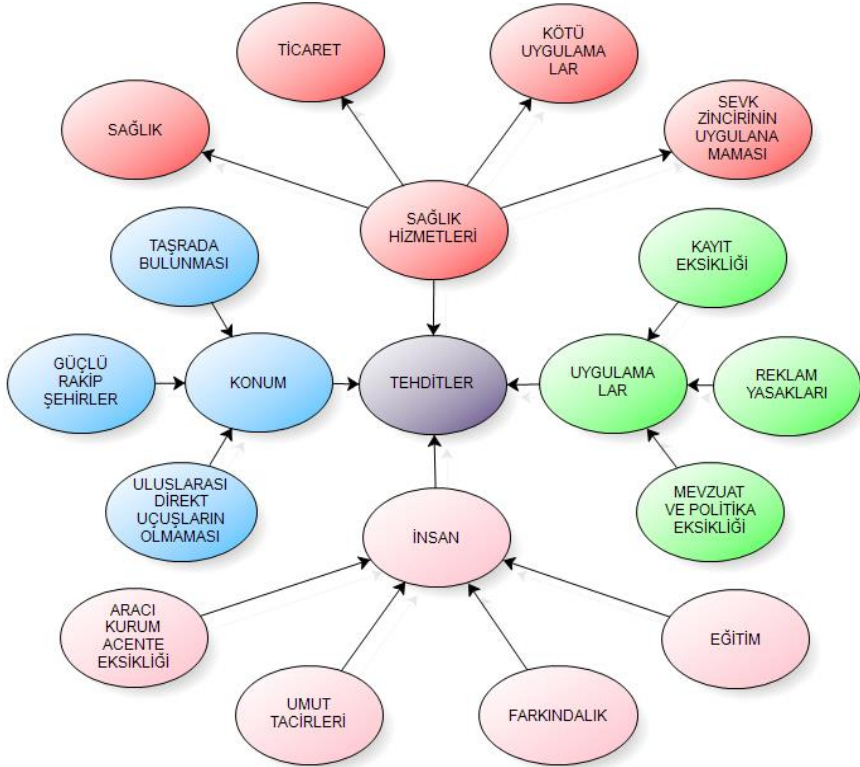
*“Fırsatlar çok büyük. Konya’da 2 adet kamu ve 2 adet özel üniversite hastanesi, araştırma hastanesi, Devlet hastaneleri, çok sayıda özel hastane, alanında uzmanlaşmış hastaneler var. Şehir hastanesi yapılıyor. Bir sağlık şehri potansiyeline sahip bir şehir” (UZMAN 1).*

*“Kültür ve inanç turizmi ile birleştirilerek paketler oluşturulması sağlık turizmini aktive eder. Fırsatı olan bu alana yatırım yapın” (UZMAN 3).*

*“Konya'nın manevi atmosferi çok başkadır. Mevlana hazretleri burada yaşamış. Şeb-i aruz törenleriyle her yıl çok sayıda turisti bünyesine alıyor. Medikal, estetik alanında iyi hekimleri var. Aslında termal turizm de yapılabilir fakat bölge gelişmemiş” (UZMAN 5).*

“Mevcut turlarla yakın bölge Nevşehir, Kapadokya gibi turlara dâhil edilebilir. Özellikle uzak doğu için. Hem de fiyat avantajı var. Yurt dışından hem gezi hem sağlık hizmeti almak için gelebilirler“(UZMAN 6).

Şekil 4.4. Konya'nın Sağlık Turizmi Konusunda Tehditleri



Şekil 4.4'te tehditler ana tema olarak alınmış ve sağlık hizmetleri, uygulamalar, insan, konum alt temalarıyla incelenmiştir. Sağlık hizmetleri alt temasına baktığımız zaman uzmanlar sağlığın kendisinin büyük bir tehdit olduğunu, para kazandırıcı faaliyet olduğu için ticaret olmasının, Türkiye’de sevk zincirinin uygulanmaması nedeniyle 3. Basamak hastanelerde yaşanan doluluk oranı ve sağlık



turizminin aktif uygulanmasıyla beraber oluşabilecek kötü uygulama örnekleri ile en alt temalara ayrılmıştır. Konum alt temasında Konya'nın taşrada bulunması, İstanbul, Ankara ve Antalya gibi şehirlerin direkt yurtdışı uçuşları nedeniyle rakip olması, Konya'da uluslararası direkt uçuşların olmaması en alt temalarına değinilmiştir. Uygulamalar alt teması da kayıt eksikliği, ülkemizde uygulanan reklam yasakları ve mevzuat-politika eksikliği en alt temalarından oluşmaktadır. İnsan alt teması ise uzman görüşlerine göre aracı kurum ve acente eksikliği, sağlık personelinin bu konudaki farkındalığı ve eğitimi, umut tacirlerinin ortaya çıkması olarak en alt temalara ayrılmıştır. Konya'nın sağlık turizmi konusundaki tehditleri için uzmanlarımızın bazılarının konuşmalarına yer verilmiştir;

*“Sağlık insan hayatı üzerine olduğu için üzerinde pazarlık yapılması çok da doğru değil. Sağlık turizmi dediğimizde ticaret, kar elde etme, tanıtım gibi olgular da dâhil oluyor. Bu aslında başlı başına risk ve tehdit. Kötü uygulama örnekleri mevcut. Yapılamayacak cerrahi bir işlem sırf para kazanmak amacıyla yapılırsa, insan hayatı riske giriyor. Acenteler, araçlar ve hastaneler para kazanmak amacıyla umut tacirliği yapmamalıdır. Dünyada umut tacirliği çok büyük problemdir. İnsanların hayalleri ile oynanabilir. Kötü niyetli insanlar olabilir”(UZMAN 1).*

*“İstanbul, Ankara gibi şehirler özellikle direk uçuşlardan dolayı iyi durumda. Konya ulaşım ve acente eksikliğinden dolayı rekabet edebilecek durumda değil. Koordinasyon ve organizasyon eksikliği mevcut”(UZMAN 5).*

*“Bana göre farkındalık en büyük sorun malesef”(UZMAN 6).*

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Konya'da sağlık turizminin, Türkiye'de mevcut bulunan politikalar ve Uluslararası Sağlık Hizmetleri AŞ'nin kuruluş aşamasında olması gibi organizasyonlardan olumlu yönde etkilenecek, pastadan hak ettiği payı alacağı düşünülmektedir. Sağlık kuruluşların kalite akreditasyonuna sahip olması, medikal sağlık alanında iyi durumda olması, tıbbi teknolojik cihazlarla donatılmış hastanelerin olması, sunulan hizmetlerin kaliteli ve ulaşılabilir olması ve hastane sayısının (4 üniversite hastanesi, kamu ve özel hastaneleri) fazla olması gibi güçlü yönlerin varlığı dikkati çekmektedir. Ayrıca kültür ve inanç turizmi açısından potansiyelinin yüksek olduğu ve bunun sağlık turizmi ile harmanlanarak kullanılabileceği düşünülmektedir. Bununla beraber sağlık turizmi konusunda eğitilmiş personel eksikliği, farkındalık oluşmaması, çalışan personelin yabancı dil bilmemesi ve sağlık hizmetleri alanında çalışan personelin istihdam yetersizliği, konuda çalışan acente eksikliği, kurumlar arası koordinasyon eksikliği, istatistiki verilerin tutulmaması, ulaşım problemleri gibi zayıf yönlerin mevcut olduğu görülmüştür. Bu zayıf yönlerin ele alınarak çözümlenmesiyle Konya'nın sağlık turizmi konusunda geleceğinin iyi olacağı düşünülmektedir. Konya'nın kültür ve inanç turizmi kapsamında çok sayıda turisti misafir etmesi, kongre turizminde markalaşması, Kapadokya, Antalya gibi turistlerin ilgisini çeken şehirlere komşu olması, fiyatlandırmada ekonomik olması ve Ortadoğu'nun Konya'yı görmeye istekli olması ve teknolojilerin yetersiz olması, Ilgın, Köşk gibi kaliteli termal kaynaklardan dolayı termal turizmin gelişmesine elverişli olması, yaşlı ve engelliler için

hem manevi hem de rahat bir şehir olması, medikal turizm için iyi durumda bulunması, sağlık hizmetleri altyapısının yeterli olması, alanında iyi uzman doktorların bulunması ve yapımı devam eden şehir hastaneleri Konya'nın değerlendirebileceği fırsatları olarak görülmektedir. Sağlıkın kendisinin büyük bir tehdit olduğunu, para kazandırıcı faaliyet olduğu için sağlık alanında risk arz edebileceği, Türkiye'de sevk zincirinin uygulanmaması nedeniyle 3. Basamak hastanelerde yaşanan doluluk oranı ve sağlık turizminin aktif uygulanmasıyla beraber oluşabilecek kötü uygulama örnekleri, aracı kurum ve acente eksikliği, sağlık personelinin bu konudaki farkındalığı ve eğitimi, umut tacirlerinin ortaya çıkması gibi etmenler Konya ve Türkiye genelinde tehdit olarak algılanabilmektedir. Çalışmamızdan çıkan sonuçlara göre öneriler şu şekilde olmuştur;

### **Öneriler;**

- Sağlık turizmi ile ilgilenen konaklama, hastane ve acentelerde bu konuda donanımlı, temsil ve ikna gücü yüksek nitelikli yönetici ve personel çalıştırılarak, özellikle İngilizce ve Arapça bilen nitelikli yöneticiler ve personellerin istihdam edilmesi,

- Sağlık kurum ve kuruluşlarının sağlık turizminde uluslararası bilinirliği olan JCI kalite akreditasyonunun sağlanması,

- Konya'da mevcut bulunan uluslararası havaalanının yurt dışı uçuşlara açılarak, hasta sirkülasyonun sağlanması ve ulaşımın kolaylaşması,

- Termal turizmin yüksek gelir getiren sağlık turizmi çeşitlerinden olmasından dolayı İlgin kaplıcalarının ön plana

çıkartılması amacıyla, şehircilik alt yapısının düzenlenmesi, projeler yapılarak bölgenin kalkındırılması ve beş yıldızlı spa merkezlerinin yapılması önem arz etmektedir.

- Beyşehir gölü ve çevresinde doğa turizmi kapsamında geriatri ve engelli turizmine yönelik yatırımlar yapılarak, ilçenin doğal güzellikleri, oksijen dolu ormanları değerlendirilebilir,

- İnovasyon ve bilişim teknolojilerini sağlık turizminde uygulamak,

- Özellikle Mevlana, Mesnevi, Şems gibi değerlerin inanç turizmi, terapötik ve bibliyografik tıp ile birleştirilerek geçmişteki şifahaneler örnek alınarak sağlık kampüsleri oluşturulmalı,

- Hedef ülke pazarlarını seçerek tanıtım ve organizasyon faaliyetlerine başlamak,

- Konya Sağlık Turizminin geliştirilmesi için özellikle yurtdışında televizyon kanalları, sosyal medya araçları ve dergilere reklamlar verilerek tanıtım faaliyetlerinin artırılması,

- Uluslararası fuarlara katılım sağlanarak Konya'nın sağlık turizmi ve olanakları konusunda bilgilendirmeler yapmak,

- Konya'ya yurt dışından sağlık turizmi seyahat acenteleri gruplar halinde davet edilerek, tanıtım faaliyetleri yapılmalı,

- İstanbul ve Ankara'da uygulanan paket sistemlerin Konya'da da uygulanması ve iyi uygulama örneklerinin araştırılması,

- Sağlık turizmi konusunda acentelerin açılarak, faal durumda ve etik şekilde çalışmalarının denetimli bir şekilde sağlanması,

- Kurumlar arasındaki koordinasyon eksiklikleri giderilerek, işbirliği içinde çalışmaları sağlanmalı,

- Kurumlarda sevk zincirini uygulanarak, 3.Basamak sağlık kuruluşlarının yükü hafifletilmeli,

- Öncelikle turist ve engelli dostu şehir olmak için altyapıların tamamlanması, daha sonra hastanelerde yabancı dilde web sitesi ve yönlendirme levhaları, engelliler için uygun şartlar sağlanmalı ve dil bilen personeller istihdam edilmeli,

- Tüm dünyada geleneksel tıbbı artan ilgi göz önüne alınarak, Konya'nın manevi ortamında fiziksel ve ruhsal olarak tedavi ve destekler yapılabilir,

- Yabancı dövizlerin TL karşısında yükselişte olması sebebiyle diğer ülkeleri sağlık hizmetleri ve turizm fiyat avantajından dolayı şehrimize çekebiliriz.

## **KAYNAKÇA**

- Aktan C. C. (2008). Stratejik Yönetim ve Stratejik Planlama. Çimento İşveren Dergisi, 4 (22). s:4-21.
- Creswell J. W. (2003). Research Design: Qualitative, Quantitative, And Mixed Methods Approaches. California: Sage Publications.
- Karagülle Z. (2008). Hidroterapi, SPA, Balneoterapi, Talassoterapi. Türkiye Klinikleri, 28(6), s:224-229.
- Konya Bilim Merkezi ([www.kbm.org.tr](http://www.kbm.org.tr)) Erişim tarihi:10.01.2019
- Konya İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü ([www.konyakultur.gov.tr](http://www.konyakultur.gov.tr)) Erişim tarihi: 08.01.2019
- Konya Valiliği ([www.konya.gov.tr](http://www.konya.gov.tr)) Erişim tarihi:25.12.2018
- Maç N. (2008). Konya Ticaret Odası Turizm Sektör Raporu (Rapor No: 255–215). Konya: Konya Ticaret Odası
- Miles, B.M., Huberman A.M., (1994). Qualitative Data Analysis: An Expanded Source Book. 2nd ed. California, USA: Sage Publications, s:27.
- Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu (SATURK) [www.saturk.gov.tr](http://www.saturk.gov.tr) Erişim Tarihi: 09.01.2019
- Sezgin M. (2004). Turistik Güzergâhlarda Strateji Eksenli Pazarlama İletişimi Çabalarının Turizm İşletmelerindeki Yeri ve Önemi (Konya Yöresi İçin Bir Model Önerisi). Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Tapur T. (2009). Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi The Journal of International Social Research Volume 2 / 9 Fall s:478

- Topuz N. (2012). Türkiye Sağlık (Medikal) Turizmi Stratejisi 2023, Kültür ve Turizm Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü. Uzmanlık Tezi, Ankara, s:60
- T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı (www.kultur.gov.tr) Erişim tarihi: 07.01.2019
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2011). Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Uygulama Rehberi. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2012). Sağlık Turizmi El Kitabı. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı (2013). Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu. Ankara.
- TUIK (2017-2018). Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara.
- WHO (2012), World Health Organization Population Ageing – A public health challenge 2012, <http://www.who.int/healthinfo/survey>. Erişim Tarihi: 02.01.2019
- Yıldırım A., Şimşek H., (2006). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

**BÖLÜM 3:**  
**İNSAN KAYNAKLARI PLANLAMASI ve İNSAN**  
**KAYNAKLARI SEÇİMİ**

Dr. Rana ÖZYURT KAPTANOĞLU<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> İstanbul Medipol Üniversitesi



## GİRİŞ

İnsan kaynağı, bir organizasyonun varlığını korumak için en temel unsurlardan biridir (Gülsün Erigüç, 2018). İnsan kaynakları terimi, en üst düzey yöneticilerden en düşük düzeyde çalışanlara kadar bir organizasyondaki her çalışanı kapsamakta organizasyon içindeki işgücünün yanı sıra organizasyon dışındaki potansiyel işgücünü de kapsamaktadır. (Sabuncuoğlu, 1997). Personel yönetimi; personelin aranması, seçimi, eğitim ve yönetimidir. İnsan Kaynakları Yönetimi yedi temel fonksiyondan oluşur.

- Planlama
- Kadrolama
- Değerlendirme
- Ödül
- Eğitim ve Gelişim
- Endüstriyel ilişkiler
- Koruma (Öntaş) .

İnsan Kaynakları Yönetimi, organizasyonda insanı ilgilendiren konuların yapılandırılması, düzenlenmesi, planlanması ve yürütülmesi işlevlerini gerçekleştirir. Bu anlamda, personel yönetimi, esasen insan kadrolama, eğitim ve geliştirme, güdüleme ve elde tutma fonksiyonlarını gerçekleştirmektedir.

### Kadrolama

Personel fonksiyonu; iş analizi, personel planlaması, işe alım ve personel süreçlerinin seçimi. Bu süreçler, organizasyonun hedeflerine

yönelik ihtiyaçlarını belirlemeyi, çalışanların bu ihtiyaçları karşılama gereken özelliklerini incelemeyi, hedef adaylara ulaşmayı, hedef adayları seçmeyi ve pozisyonlara yerleştirmeyi içerir. Kadrolama işlevi, diğer işlevler için bir başlangıç noktasıdır. Bu süreçlerdeki doğru kararlar, tüm personel işlevlerinin başarısı üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir (Özkıran, 2018) .

## **İŞ ANALİZİ**

İş analizinin kısa tanımı, organizasyonlardaki çalışmalarını araştırmaktır. İş hakkında doğru bilgiler toplanır ve iş tanımları bu bilgilere göre hazırlanır. Bir işin parçalarını, gerekli fiziksel ve zihinsel nitelikleri, kullanılan araçları ve ekipmanları, görevde yükselme hatları, gerekli deneyim ve becerileri, ücret seviyelerini, çalışma saatlerini ve koşullarını ve diğer işlerle ilgili ilişkilerini belirlemek mümkündür.)

İş analizi, işin işlevlerini, işin hedeflerini, işin çevresini, işi yapan kişilerin özelliklerini, işin yapıldığı fiziksel ortamı sistematik olarak toplama, değerlendirme ve düzenleme sürecidir.

İş analizi organizasyonlardaki faaliyetler bağlamında gerçekleştirilen işin görev tanımları, sorumluluk ve çalışma koşulları dereceleri incelenir ve işin bazı özellikleri keşfedilir. İş analizi, farklı pozisyonlara ve bölümlere ait görevleri tanımlama sürecidir ve bu görevleri yerine getirmek için çalışanda ne tür işlevler ve ihtiyaçlar bulunmalıdır sorusuna cevap arar. Şirketin faaliyetleri ve gerçekleştirilen çalışmaların görev ve sorumluluklarının sistematik olarak test edilerek personelin bu faaliyeti ve gerekli çalışmalarını

yürütmesi için niteliklerinin değerlendirileceği ve işin başarılı bir şekilde gerçekleştirileceği bir yoldur.

Doğru ve güvenilir iş analizi aşağıdaki soruları cevaplayabilmelidir:

Çalışanlar hangi fiziksel ve zihinsel görevleri yerine getirebilir?

Sipariş ne kadar çabuk tamamlanabilir?

İş nerede ve nasıl yapılabilir?

Neden iş?

İş için gerekli nitelikler nelerdir?

Yukarıdaki sorular anlaşılabilirliğinden, iş analizi, bir işin ne olduğunu, neden yapıldığını ve bunun yapılması için hangi özelliklerin gerekli olduğunu belirleme sürecidir.

Özetle, iş analizini özetlemek için, çalışanların ne yaptığı, nasıl yaptıkları, hangi makineleri, araçları ve ekipmanları kullandıkları, işi yapmak için ne kadar becerinin gerekeceği hakkında bilgi. İş analizi, yöneticileri yeni hedefler belirlemek ve kuruluşlarda mevcut durumu değiştirerek tanımlanmış hedeflere ulaşmak için yardımcı olur ve verimlilik açısından kalite, maliyet, çalışan memnuniyeti hakkında daha rasyonel kararlar sağlar (Balçık, 2018) .

İş analizinin amaçları

Personel planlamasında destek,

İşe alım ve karar verme için kesin ve net kriterler oluşturmak

Burada çalışan insanların kariyer planlarının sağlıklı olmasını sağlamak, her iş ve pozisyon hakkındaki bilgileri açıkça açıklamak, Siparişler ve İş Yüğü değerleri arasındaki ilişkiler oluşturma, İş performansını etkileyen olumsuz çalışma koşullarının ortadan kaldırılması ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve çalışma ortamı(Ülgen, Mirze 2006) .

Buna ek olarak, iş analizi ile elde edilecek iş tanımları ve iş gereksinimleri ile ilgili çalışanın zihninde ortaya çıkabilecek belirsizlik ve sorunlar çözüldür (Balçık, 2018) .

### **İş Analiz Yöntemleri**

Araştırma için aranan bilgilerin toplanması seçilen yöntemle bağlıdır. İş analizinin özü, iş yolu, sorumluluk ve çaba koşulları ile gerekli iş ve beceriler hakkında bilgi toplamaktır. Amaç sağlıklı bir şekilde tam ve doğru bilgi elde etmektir.

Etkili bir iş analiz sistemi, organizasyonda gerçekleştirilen faaliyetleri gerçekleştiren organizasyon ve personel hakkında güvenilir bilgi elde etmek için bir kılavuzdur. İş analizi sadece işin irdelenmesiyle başlamaz. Analiz, organizasyonun özünün, görevlerinin, hedeflerinin ve organizasyon içindeki her bir birimin stratejik fonksiyonunun ve bu hattın gerçekleştirilmesi ile başlamalıdır. Tek başına iş analizi hiçbir şey ifade etmez; organizasyonun ihtiyaçlarına ve hedeflerine katkıda bulunduğu sürece bir rol oynar. İş analizi çalışmalarında çeşitli bilgi edinme yöntemleri kullanılır. Bunlardan bazıları aşağıda verilmiştir:

- Gözlem
- GrŖme
- AraŖtırma
- KarıŖık yöntem
- Günlük not alma
- Liste oluŖturma
- Uzman bilgilerine danıŖma
- KarŖılaŖtırma
- nceki iŖ analizi bilgilerinden yararlanma.

Tek bir iŖ analizi yönteminin kullanılması doğru değildir, ancak tüm yöntemlerin birlikte kullanılması da bir okadar doğru değildir. Aynı anda tüm yöntemlerin kullanımı pratik olmaz ve gereksiz veriler elde edildiğinden, verileri birleŖtirirken karıŖıklık olabilir. İŖletmelerin kullandığı yöntemin belirlenmesinde, iŖletmenin kültürü, alıŖanların sayısı, analizin amacı, iŖletmenin bulunduğu zaman, bu gibi durumlara göre belirlenmelidir. Literatürde dört analiz yöntemi kullanılır: gözlem, mülakat, anket ve karıŖık yöntem.

### **Gözlem Yöntemi**

İŖ analizinde en sık kullanılan yöntemlerden biri gözlem yöntemidir. İŖ analizini yapan analist, alıŖanın iŖine müdahale etmeden iŖgreni alanı içinde, gözlem yapar. Gözlem yönteminde analist, iŖilerin her iŖ gününde alıŖma sırasında gözlemlenmesini ve gözlemlerin sistematik olarak yürütülmesini sağlar. Bunu yazarak yapabilir. Görev listesindeki seçeneklerin ilgili bölümünü ekleyerek veya bazı gözlemleri bu konuyla ilgili tartıŖmalarla birleŖtirerek yapar.

Gözlem yöntemi, basit tekrarların yapıldığı ve kısa süreli işlerde kullanılan bir yöntemdir.

### **Görüşme Yöntemi**

Bu yöntem, iş değerlendirme çalışmalarında iş analizi teknolojisine uyum açısından ve genel sorunlara yakınlık açısından en etkili yöntemdir. Görüşme yöntemi, personelle yüz yüze görüşmeler yoluyla iş analizini yapan kişiler tarafından yapılan iş hakkında bilgi toplama şeklinde yapılır. Bu gerçekleştikten sonra, iş analizini yapan kişi, toplanan verileri gözden geçirmek ve varsa, çalışanlardan sorumlu kişiyle iletişime geçerek verileri toplamaktadır.

Görüşme tek bir çalışanla, yapılabileceği gibi danışman, bir yönetici veya işyeri veya çalışan grubu hakkında bilgi sahibi kişilerle yapılır. Bireysel görüşme yöntemleri maliyetleri yüksek olduğundan in ve grup görüşmeleri çoğu kuruluşta bir önceliktir. Bu görüşmeler genellikle 4 veya 6 işverenin katılımıyla gerçekleşir. İş analisti ayrıca iş ortakları ile kesitsel görüşmeler yapmak veya deneyimli girişimciler veya yöneticiler arasında bir konuşma koordine ederek veya teknik konferans yaklaşımı için başvuruda bulunarak görüşmeler yapabilir. Bireysel görüşme yöntemi etkili bir veri toplama yöntemidir. Bu yöntemin en büyük avantajı, katılımcıların anlamadığı soruları, yani anlaşılamayan soruları ve sorunları açıklamak ve derhal müdahale etmelerini sağlamaktır.

### **Anket Yöntemi**

Anket yöntemi, iş analizinde yaygın olarak kullanılan veri toplama araçlarından biridir. Anket yöntemi hazırlanan soruların

cevaplandırılması olarak tanımlanır. Kullanılan anket, işin unsurları, işin yapıldığı yerin koşulları ve işi yapacak kişinin özellikleri ile ilgili sorular içerebilir. Anket, sadece işin mevcut durumu değil, iş için var olabilecek durumlar hakkında sorular içermelidir.

### **Karma (Bileşik) Yöntemi**

Başka bir deyişle, kompozit bir yöntem, daha önce bahsedilen emek analiz yöntemlerinin birlikte kullanıldığı bir yöntem türüdür. İş analizi yöntemleri, tek başına kullanıldığında sağlıklı ve güvenilir sonuçlar sağlamadığından, karışık yöntem, bir yöntemin eksik ve zayıf yönleri ile desteklenerek ve diğer yöntemlerle tamamlanır. Bir yöntemin eksik ve zayıf yönleri için farklı yöntemlerin eşzamanlı kullanımı sayesinde daha doğru ve güvenilir analiz sonuçları olmuştur (Balçık, 2018).

### **İŞ ETÜDÜ ve İŞ TASARIM**

İş etüdü, çalışma sistemlerinin çalışması ve düzenlenmesi, çalışanların kapasitesi ve çalışanların ihtiyaçları ile ilgili yöntem ve tecrübeleri kullanarak işi iyileştirmeyi ve şirketi daha ekonomik hale getirmeyi amaçlamaktadır.

İş tasarımı, işin içeriğinin düzenlenmesini, işin niteliklerini ve işin insan unsurlarını en uygun şekilde birleştirmektir.

Hareket çalışması, üretim ve hizmet şirketlerinde en uygun çalışma yöntemlerini genişleterek ve standartlaştırarak verimliliği artıran bir ölçüdür. Çalışmanın amacı, emek, malzeme, alet ve makinelerin mümkün olan en iyi şekilde kullanılmasını sağlamak için bir iş veya süreç yapmak için en basit, en ekonomik, en az zorlu yolu

veya yöntemi bulmaktır. Bu nedenle, hareket çalışması, yöntem geliştirme ile eşanlı olarak kullanılır.

İş ölçümü, çalışma süresi standart çalışma ölçümü ile elde edilir. İngiliz standardı, iş ölçümünü, belirli bir çalışma için gereken süreyi belirlemek için geliştirilen tekniklerin uygulanması olarak tanımlar.

### **İş Ölçüm Yöntemleri**

- \* Zaman Etüdü
  - \* Etkinlik Örnekleme
  - \* Sentetik Zaman
  - \* Önceden planlanmış hareket ve zaman çalışmaları
- Analitik Tahmin Yöntemleri

### **İŞ TASARIMI**

İş tasarımı, işin içeriğinin düzenlenmesini, işin niteliklerini ve işin çeşitli şekillerde ve işin insan unsurlarının en uygun şekilde birleştirilmesidir (İnsan Kaynakları Yönetimi) .

### **İş Tasarım Yaklaşımları**

Fredrick W. Taylor'un zamanından ve bilimsel yönetimin gelişmesinden bu yana, işler verimlilik için tasarlanmıştır. Bu nedenle, geleneksel olarak işler tasarlanmıştır ve daha sonra insanlar uygun işler için seçilmiştir. Bununla birlikte, günümüzün dinamik ve küresel ortamı bu gerçekliğini değiştirdi. Bugün, iş tasarımı, kuruluşların yaş, cinsiyet, yaşam tarzı ve becerileri açısından farklı bir işgücünü yönlendirmesi ve motive etmesi için önemli bir yoldur.



## **İş Tasarım Teknikleri**

- İş Süreçlerinin Basitleştirilmesi
- İş Rotasyonu
- İş genişleme ve iş zenginleştirme
- Takım Tabanlı İş Tasarımı
- İşgücü Esnekliği
- Esnek Çalışma Durumu
- Esnek Çalışma Saatleri
- Sıkıştırılmış Çalışma Haftası
- Evden Çalışma

## **İNSAN KAYNAKLARI PLANLAMASI**

İnsan kaynakları planlaması, İnsan Kaynakları Yönetiminin en önemli işlevlerinden biridir. Tüm personel planları personel işleri yönetimi tarafından oluşturulur. Personel alımı, kariyer planlaması, ücret yönetimi, performans yönetimi insan kaynakları tarafından yürütülmektedir (Uyğun, 2018) .

### **Personel Planlama ve Norm Kadro**

Bir kurumun işgücü talebi, belirlenen örgütsel hedeflere ulaşmak için ne kadar personelin gerekli olduğunu açıklar. Asıl soru şu: "kaç personel / kaç çalışan gerekiyor, organizasyonun belirlenen hedeflerine ulaşması için gerekli çalışmalar ve önlemler neler biçiminde ifade edilebilir. Yanıtın doğruluğu, personel önlemlerinin başarısı için çok önemlidir. İşletme analizi sayesinde, Enstitü şirkette bulunacak pozisyonları belirler. (Timur, 2004) . Her pozisyonda çalışan çalışanların sayısı İş Yüğü analizi ile belirlenir. İş Yüğü analizi

belirli bir süre içinde belirli bir görevi gerçekleştirmek için gerekli çalışanların sayısını belirlemenize olanak sağlar. Kurumun personelinin ihtiyaçları, kurumun operasyonel önlemlerine bağlı olarak değişir. Örneğin, bir üretim şirketinde, üretim miktarı arttıkça, gerekli iş miktarı artacaktır. Bir işletmenin veya işletmenin istenen amacına ulaşmak için, kullanılan teknolojiyi hesaba katmak ve işi istenen amaca uygun olarak yapmak için gereken iş yükünü belirlemek gerekir. Standart personelin amacı gereksiz istihdamı önlemek ve işgücü verimliliğini artırmaktır.

### **İşgücü Planlamasının Nedenleri**

Kuruluşlarda İKP yapma ihtiyacı nedenleri şunlardır:

- Artan İşgücü Maliyetleri
- Sürekli hızlı teknolojik gelişmeler
- Vasıflı işçi eksikliği
- Hızlı sosyal ve kültürel gelişmeler
- Hukuki ve politik gelişmeler
- Küreselleşme ile ortaya çıkan yeni dünya düzeni

### **İnsan Kaynakları Planlama Süreci**

Aşama 1: Stratejik Planlama

- Örgütsel felsefenin tanımı
- Çevre koşullarının analizi
- Oorganizasyonun zayıf ve güçlü yönlerinin değerlendirilmesi
- Amaç ve stratejilerin belirlenmesi

**Aşama 2:** Mevcut çalışanların durumu,

- İş tanımları ve gereksinimleri seçimi
- Personelin hazırlanması
- Personel hareketliliğinin gözden geçirilmesi
- Personel transferi

**Aşama 3:** personel sayısının tahmini

- Kısa, orta ve uzun vadede üretilecek mal ve hizmet miktarı ile istihdam edilen kişi sayısının belirlenmesi

**Aşama 4:** sonuçların değerlendirilmesi ve uygulanması

## **Planlama**

İnsan gücü yaklaşık 5 yıllık planlanır. Talep tahmini farklı yöntemler kullanılarak gerçekleştirilebilir ve farklı tahmin sonuçları belirlenebilir. En sık kullanılan yöntemler, geleceği temsil eden geçmiş eğilimler ve değişkenler arasındaki ilişkilerdir. Örneğin, verimlilik oranı, üretilen birim sayısındaki artışa bağlı olarak sabit veya özel bir eğimi takip edebilir. İş planları, satış tahminleri vb. bununla birlikte, organizasyonun gelecekte ne olacağını anlamaya yardımcı olacaktır. Bu tür tahminler elbette yeni oluşturulan bir şirket için geçerli değildir.

## **Organizasyonda Personel Fazlası**

Birçok durumda, organizasyon ihtiyaç duyduğundan daha fazla personel istihdam edebilir.

• Bu durum personel maliyetlerini artırmada rol oynadığından, personel fazlalığını azaltmak gerekir. Bu amaçla:

1. Sınırlama, Geçici Atama
2. Çalışma Süresinin Azaltılması
3. Erken emeklilik gibi yollar izlenebilir.

### **İnsan Gücü Sağlama Süreci**

İnsan kaynaklarının yapacağı ilk ve en önemli görev, organizasyondaki uygun pozisyonlara uygun ve doğru kişileri bulmak ve yerleştirmektir. Bu uygulama önemlidir, çünkü süreçte doğru uygulamaları yapmak için sürece baştan doğru adımlarla başlanmalıdır. Yanlış başlamış bir işi düzeltmek kesinlikle kolay olmayacak ve maddi manevi kayıplara yol açacaktır. Doğru seçim, iş-personel ve organizasyon personeli uyum ve verimliliğini artıracaktır. Seçim süreçleri sistematik olarak tasarlanmıştır, gerekli bilgi, beceri ve yeteneklerle doğru personelin seçimini sağlanabilir. İnsan kaynakları yönetiminde personelin sağlanması, organizasyon için çalışmaya hazır yeterli aday personelin bulunmasını ve tutulmasını içerir. Bu, organizasyonun ihtiyaç duyduğu anda kullanabileceği personel birikimini yaratır. İnsan kaynaklarında personel sağlama sürecinde, önce personel ihtiyaçlarının sayısı ve özelliklerini belirlemek, daha sonra bu gereksinimi farklı kaynaklardan karşılamak için farklı şekillerde adaylar bulmak ve son olarak uygun adayları farklı yöntemlerle seçmek ve kazandırmak gerekir.

## **Örgütsel Kaynaklar**

Şirket kaynağından faydalanma iç kaynakların kullanımı ifade eder. Terfi veya transfer yoluyla boşalan şirket kadroları örgüt personeli olarak çalışanlar tarafından doldurulur. Kaynakların etkin kullanımı için iç kaynaklardan yararlanılır. Üst yönetimin ve uzmanlık gerektiren kadroların dış emek piyasasından karşılanması organizasyona yeni fikirler girmesi açısından önemlidir. Şirket içinde açık bir pozisyon olduğunda ve iç kaynaklardan karşılanmaya karar verildiğinde kullanılabilir iki yöntem vardır: Terfi ve transfer (Öntaş) .

## **Örgütsel Olmayan Kaynaklar**

İç kaynaklar yeterli değilse, personel seçimi için dış kaynaklar kullanılır. Özel beceri ve uzmanlık gerektiren işler için kullanılır.

- İş Duyuruları
- Kişisel Başvurular
- Mevcut Çalışanların ve Tanıdıkların Önerileri
- İş ve Çalışan Bulma Ajansları  
(Resmi işletmeler ve işçi örgütleri )  
( Özel iş ve çalışan arama kurumları)
- Eğitim kurumları
- Bazı yabancı kaynaklardır.

## **İş Duyuruları**

Personelin ihtiyaçlarını karşılamada önemli adımlardan biri duyuru. Şirket bir danışmanlık firması ile işbirliği yapmazsa ya da

sadece sınırlı bir ölçüde çalışıyorsa, gereksinimi karşılamada ilk somut adım gereksinimi ifşa etmektir. Personelin karşılanmasında en çok tercih edilen yöntemdir. Kurumun iş ilanı bilgileri gerekli personel için pozisyon, nitelikler, çalışma koşulları ve başvuru yapılacak yeri içermelidir.

### **Kişisel Başvurular**

Personel seçiminde, personel kendi kendine ilgili birimlere bir alana veya başka herhangi bir görev isteği için başvuruda bulunur. Bu uygulamalar, ilgili kişiler tarafından dosyalanır ve arşivlenir. Örgütün yeri, itibarı ve diğer nedenler göz önüne alındığında, birçok kişi doğrudan kuruma başvurur ve bir iş ister. Bu şekilde, uygulamaların sakıncalı yönü, uygulama sırasında gereken işin çoğunun boş olmamasıdır.

### **Mevcut Çalışanların ve Tanıdıkların Önerileri**

Çalışanları bulmak için başka bir yaygın araç şirket içinde veya dışında bazı insanların tavsiyelerini değerlendirmektir. Şirketteki çalışanlar, açık pozisyonları yakından gözlemledikleri için bu açık pozisyonlara girmek için akrabaları ya da tanıdıklarına vesile olabilir veya iletilebilirler. Özellikle, küçük işletmelerde boş pozisyonlara iş almak için kullanılabilir. Personel, işyerinin ihtiyaçlarını ve niteliklerini tam olarak bildiği ve iyi niyetli olduğu takdirde, kurumun personel bulmasına gerçekten yardımcı olabilir. Ancak çalışanların bu aracı kötüye kullanma varsayımı son derece yüksektir. Bazı çalışanlar, tanıdıklarına ve arkadaşlarına, talep edilmeseler bile gelenlerin gözünde onlara şirkete yakın olduklarını göstermeye çalışırlar. Sonuç

olarak, düşük üretkenlik ve doğal gruplanma gibi durumlar ortaya çıkabilir. Kurumun yöneticileri bu yolu sosyal ve insani amaçlar için açık tutarsa pozisyon boşluklarında benzer teklifler yapılabilir.

### İş ve Çalışan Bulma Ajansları

Resmi çalışma ve istihdam büroları

Birçok ülkede resmi çalışma ve istihdam büroları vardır. Ticari amaçlarla kamu hizmeti olarak işlevlerini yerine getirirler. İŞKUR bu yükümlülüğü Türkiye'de yerine getirmektedir. İŞKUR aracılığıyla hem Türkiye'de hem de yurtdışında açık iş bilgilerine erişmek mümkündür. Bu kurumlar, özellikle işçilerin statüsündeki, adayların arzının önemli bir kaynağıdır.

### Özel İstihdam Büroları

Buna ek olarak kurumların bu konuda rehberlik hizmeti sunan özel İstihdam bürolarında aday araştırmalarını yapmaları giderek daha yaygın hale geliyor. Bu kurumlar, şirket tarafından ya iş ilanları ya da kendi aday havuzlarından istenen pozisyon için nitelikli adayların özgeçmişlerini gözden geçirecektir. Genel olarak, adaylar ilk duyuruya gidip görüşme yapar ve ilgili adaylar şirkete duyurulur. Bir sonraki seçim prosedürü personel arayan şirket tarafından gerçekleştirilir

### Eğitim Kurumları

Şirketler eğitim kurumları ile iletişime geçebilir. Özellikle teknik ve mesleki eğitim sunulan okullar ve okullarla yakın ilişki, şirketin ihtiyaç duyduğu çalışanları bulmak için iyi bir kaynaktır.

Özellikle batı ülkelerinde bu kaynağın şirketler tarafından çok değerli olduğu bilinmektedir.

## **İşveren Kiralama**

Personel kiralama "geçici statü"de çalışanların istihdamını açıklar. Çalışanlar özellikle kiralayan şirketin çalışanlarıdır. Çalışanların ihtiyacı olan şirket ile kiralama şirketi arasında kira sözleşmesi yapılır. Burada şirket ayrıca memnun olmadığı personel yerine yeni personel istihdamı isteyebilir. Bu uygulamada, kiralama şirketi, seçim için onları eğitir ve ihtiyacı olan şirketlere bu çalışanları kiralar. Böylece, personelin, özellikle işçilik maliyetlerinin ve çalışanların sürekli statüsünün sağlanması, çalışmanın bazı dezavantajlarıyla ilgili olarak tercih edilir. "İşveren taşeronoğlu" olarak da adlandırılan bu yöntemde, şirket sosyal yardım, sigorta, vergi vb. sunmaktadır Şirket işten çıkarılma için tazminat ödemez ve çalışanlar için tek bir ücret öder. Öte yandan, iş talebi azaldığında, bu insanlar kolayca reddedilir.

## **Çalışan Seçimi Teknikleri**

- Ön görüşme ve başvuru formu

Başvuru formlarında bulunan ilgili bilgiler incelenir ve potansiyel olarak başarılı veya başarısız adaylar ayrıştırılır. Başvuru formlarının bir başka avantajı, yazılı bilgilerin yanıltıcı veya yanlış olması durumunda işverenin işini feshetme hakkına sahip olmasıdır.

- Psikometrik testler



Psikoteknolojinin özü, bireyin zihinsel ve fiziksel yeteneklerini, kişilik yapılarını, bilgilerini ve eğilimlerini analiz etmek ve iş-k işi uyumunu kolaylaştırmaktır. Bu tekniğin temel amacı, insanları işe adapte etmektir, aynı zamanda çalışanları mümkün olduğunca iyi yapmaktır.

- Akıl yürütme testleri

İş için başvuran adaylar arasındaki zihinsel farklılıkları ölçmeyi amaçlamaktadır. Ancak iş türüne bağlı olarak, akıl yürütme beklenti seviyesi farklı olabilir. Örneğin, doktorlar, öğretmenler ve ekonomistler, en çok akıl gerektiren meslekler, bant ve kuru temizleme işçileri için en düşük seviyede akıl yürütme yeterli olmaktadır.

- Kişilik Testleri

Kişilik, belirli bir insanı karakterize eden ve diğer insanlarla arasındaki farkı ortaya koyan tüm psikolojik özelliklerdir. Bu özelliklerin ne olduğu, başka bir deyişle, kişinin psikolojik nitelikleri ve kişilik yapısı belirlenmeye çalışılır. Kişilik ayrıca, genel zeka gibi bir grup karakterin veya yeteneğin özelliklerine bağlıdır. Psikologlar, bireyin kişiliğinin öncelikle bir işe veya organizasyona uyum sağlamada etkili olduğunu kişiliğin, fiziksel ve zihinsel faktörlerin etkisi altında edinilen tecrübeye göre değiştiğini söylemektedirler.

- Mülakat

Görüşme çalışmalarını başarıyla gerçekleştirmek için hazırlık önceden gereklidir. Bu hazırlıklar, başvuru formundaki bilgilerin incelenmesinden görüşülecek yeri seçmeye ve hazırlamaya kadar bir dizi işlemi içerir. İş analizinden, tanımlardan ve gerekliliklerden faydalanmak, referanslarınızı gözden geçirmek, başvuru formunu hazırlayarak uygulamaları değerlendirmek, mülakat hakkında bilgi toplamak, mülakat planını ve yapısını belirlemek ve zamanı ayarlamak. Adayı ortamda rahat hissettirmek için hazırlıklar da tamamlanmalıdır.

Kullanılan temel mülakat teknikleri;

- Standart Görüşme
- Fre Görüşme
- Baskı Görüşmesi
- Grup toplantısı
- Problem Çözme Görüşmesi

### **Referans Araştırma**

Başvuru sınavları ve görüşme sürecinden sonra uygun bulunan ve işe alınacak adayla ilgili olarak yapılır. Bu kontrolün iki amacı vardır. Birincisi, adayın önceki çalışmalarında tutum ve davranışları, gösterdiği başarı hakkında bilgi toplamak ve ikincisi, adayın bazı pozisyonlar ve görevler için sakıncalı bir statüye sahip olup olmadığını belirlemektir. Başvuru kontrolü sırasında, adayın çalıştığı yöneticiden bilgi alınmalıdır.

## **İşe Alma Kararı**

Seçim döneminin sonunda alınacak karar askıya alma veya işe kabul olacaktır. Birçok işletmede nihai kararı verecek kişi veya komite yürütme gücü ile yürütme düzeyindedir. İnsan kaynakları departmanı öngörüşmeleri yürütür, testler uygular (kullanılıyorsa) ve referansları denetler. Çoğu zaman, insan kaynakları departmanı seçim sürecinde uygulanacak performans kriterleri ve prosedürleri yerine getirir. Aday bir çalışan olarak kabul edilmezse, insan kaynakları departmanı tekrar bilgilendirecektir. İş teklifi genellikle çalışanın işe alındığı bölüm başkanı tarafından yapılır. Görüşmeye davet edilmeden önce, insan kaynakları departmanı, şirketteki genel ücret yapısını ve diğer işe alım prosedürlerini ve politikalarını dikkate alarak kararı onaylar.

## **Teklif Verme**

Bu öneri adaya aciliyet meselesi olarak gönderilmelidir. Bir gecikme durumunda, adayın diğer şirketlerle olan ilişkisi nedeniyle kaçırılma riski vardır. Bu durumda, aday ile ilgili seçim prosedürü şirket için maliyet ve zaman kaybına neden olur. Bunun dışında, şirketin bir süre daha boшта kalacak olan pozisyonu ek maliyetlere sebep olacaktır. Dikkate alınması gereken bir başka önemli nokta olumsuz sonucun, istihdam edilmeyen adaylara sebebiyle birlikte bildirilmesidir. Adaya teşekkür edip onun bilgi ve deneyimlerinden gelecekte uygun bir pozisyon doğduğunda faydalanılacağı nazikçe ifade edilmelidir. Bu tür bir işlem ve davranış, şirketin halkla ilişkiler politikasının bir uzantısıdır.

## **Sağlık Kontrolü**

Bu prosedür, işe almadan önce adayın sağlık durumunu ve yeteneklerini ve olası fiziksel eksiklikleri belirlemek için yapılır. Adayın organizasyonda işe alınmadan önce sağlık kontrolü, adayın elimine edildiği ve seçildiği bir denetim süreci değildir, ancak adayın adayın yeteneklerine göre işe alımını etkileyen bir süreçtir.

## **İşe Yerleştirme**

Adayın seçim aşamasının bitiminden sonra yapılması gereken bir takım prosedürler vardır. Personel tarafından personel kayıt dosyasına bir dizi belge yerleştirilir ve sigorta işlemleri yapılabilir. Bu belgeleri tamamlayan çalışanlar, işi tamamlayarak hizmet sözleşmesini imzalarlar.

## **SONUÇ**

Günümüzde nitelikli personelin işletmeler için önemi artmaktadır; işletmelerde personel yönetiminde aynı yönde önemi artmaktadır. İstenilen sayıda ve kalitede personelin nasıl ve ne şekilde alınacağını belirlenmesi ve uygun yerlere personel yerleştirme şirketin başarısı üzerinde büyük bir etkiye sahiptir (Kızıloğlu, 2012) .

İnsan kaynaklarının kalitesi, kurumların gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Personel yönetiminden insan kaynakları yönetimine geçilmesi, çalışanların seçimi, süreçlerin hazırlanması ve geliştirilmesi profesyonelce yönetilmesi gereğini ortaya çıkarmıştır.

Personel aranması, seçimi ve çalışanın gelişimi önemli maliyetler getirdiğinden personel seçimi giderek daha da önem kazanmaktadır.

## KAYNAKÇA

- Altan Doğan, E. Ö. (2014). İnsan Kaynakları Temin ve Seçiminde Çok Kriterli Karar Verme Tekniklerinin Kullanılması ve Bir Uygulama. 34.
- Balçık, G. (2018). İş Analizini Kullanarak İş Değerleme Prosedürünün Dizaynı Tekstil Sektöründe Bir Uygulama. *Yüksek Lisans Tezi* .
- Gülsün Erigüç, F. Ş. (2018). Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Alanında Yapılan Çalışmaların İncelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* , 18 (1), 49-64.
- İnsan Kaynakları Yönetimi*. (tarih yok). www.kolayaof.com. adresinden alınmıştır
- Kızıloğlu, S. D. (2012). İnsan Kaynakları Yönetiminde İşe Alım. *Yüksek Lisans Tezi* .
- Öntaş, T. (tarih yok). Eğitimde İnsan Kaynakları Yönetimi ve Personel Seçimi. *Yüksek Lisans Tezi* .
- Özkıran, D. (2018). İnsan Kaynakları Bölümlerinde Başlangıç Düzeyi Çalışanlarda Aranacak Yetkinliklerin Belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi* .
- Sabuncuoğlu, Z.(1997). Personel Yönetimi: Politika ve Yönetimsel Teknikler. Bursa .*Uludağ Üniversitesi*.
- Timur, H. (2004). Norm Kadro Saptama Teknikleri ve Norm Kadro Kılavuzunu Hazırlama Yöntemi. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi* , 22 (2), 201-221.
- Uyğun, Y. (2018). Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamalarının Performans Yönetimi Bağlamında Çalışanlar Üzerindeki Etkisine Yönelik Bir Araştırma. *Yüksek Lisans Tezi* .

**BÖLÜM 4:**  
**SAĞLIK KURUMLARINDA LİDERLİK**  
Dr. Öğr. Üyesi Menekşe KILIÇARSLAN<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi İstanbul, 2019

## GİRİŞ

Liderlik insanlık tarihi kadar eski bir kavram olmakla beraber insanlığın gelişip daha iyi bir yaşam sürmeleri için oldukça önemli bir kavramdır. Liderlik daha iyi anlaşılıp insanlar arasındaki karmaşıklığı gidermek için üç yaklaşımı ele almıştır. Bu yaklaşımlardan ilki Özellikler yaklaşımıdır. Özellikler yaklaşımı, insanların özellikleri üzerinde durup bireylerin sahip oldukları psikolojik, kişisel özellikleri bireyin lider olmasını sağlamakta olmasıyla beraber tam olarak etkili olmamıştır. Bu sebepten dolayı ikinci yaklaşım olan Davranışçı Yaklaşım gündeme gelmiştir. Bu yaklaşım liderlerin özelliklerinin yanı sıra liderlik süreci içerisinde sergilemiş olduğu davranışı ele almaktadır. Gerek özellikler yaklaşımı gerekse davranışçı yaklaşımının değişikliklere ve yeniliklere ayak uyduramaması sonucunda yeni yaklaşım olan Durumsallık Yaklaşımı meydana gelmiştir. Bu yaklaşımda liderliği daha iyi anlayıp liderliğin bütün alanlarında gelişme göstermesi için geniş çalışmalara gerek duyarak araştırmalar yapmıştır.

Sağlık hizmetleri verilen hizmetler profesyonelleşmiş iş gören gruplarının ortak ve uyumlu bir şekilde çalışmasıyla gerçekleşmektedir. Bir sağlık kuruluşunun başarılı olabilmesi için vermiş oldukları hizmetleri istekli ve uyumlu bir şekilde yerine getirebilmeleri gerekmektedir. Bu sebeple sağlık kuruluşlarında çalışanların örgüte ve motivasyonunu etkisi altına alan temel unsur “liderlik davranışları“ olarak ele alınmaktadır.

## 2. LİDERLİK

Antik dönemlerde geniş kitlelerde etkisi bulunan kişilerle birlikte ele alınan liderlik ve içerisinde yer alan düşünceler, zaman zaman çeşitli tanrılarla özdeşleştirilmiştir. Liderliğin iletişim erdeminin Hermes, strateji geliştirebilme özelliğinin Athena ve gücünün Zeus'la ilişkilendirildiği ele alınabilmektedir. (Şahne vd. 2015 s.110).

Lider kelimesinin ilk olarak ortaya çıkışı 1300'lü yıllara kadar uzanmasıyla birlikte liderlik kavramı ise 19. yüzyılın başlarında ilk olarak İngiliz parlamentosunun kontrolü ve politik yazıları doğrultusunda ortaya çıkmıştır (Demir vd. 2010 s.130). Bu durumda liderlik, Platon tarafından “çevreyi dolaşarak yönetme” şeklinde ele aldığı söylenmektedir.

İlk ve Orta çağlarda liderlik daha çok güç ve iktidar olarak ele alınmaktaydı. Sadece ülkeyi yöneten insanlara yakıştırılan bir kavram olmakta iken, aydınlanma çağının oluşmasıyla birlikte daha çok demokratik kavramlara yönelerek değişime uğrayarak 20. yüzyılda yalnızca ülke yönetimiyle değil aynı zamanda her türlü örgüt yönetimi ile ilişkilendirilmektedir (Tabak vd. 2012 s.100-101). Günümüzde liderlik, yoğun rekabet içerisinde işletmelerin rekabet gücünün göstergesi durumundadır. Sürdürülebilir örgütsel başarı ve firmaların varlıklarını koruyabilmeleri için anahtar kavram olarak ele alınmaktadır (Hakemli 2015 s.90).

Liderlik, organizasyonu başarıyla gerçekleştirebilmesi için çalışanların motivasyonlarını arttırmak ve iyi bir şekilde yönetmek; yönetimdeki güven açıklık, dürüstlük ve çalışanlara saygı gösterme olarak ele alınabilmektedir (Uğur, Sevtap 2014 s.124).



Liderin geleneksel olarak ele alınabilecek birçok görevi vardır. Liderin görevleri; kurduğun ilişki, buldukları yer, personel yapısı, örgütün ya da grubun büyüklüğü ile ilgilidir. Bu görev ve roller şunlardır;

- Lider amaçların neler olduğunu göz önünde bulundurur.
- Lider örgüt içerisinde bulunan kişilerin amaçlarını gerçekleştirebilmeleri için planlayıcı ve gerçekleştiricidir.
- Lider gerekli faaliyet, karar ve ilişkileri analiz ederek organize etmektedir.
- Liderin bir diğer özelliği ise grup çalışanlarını koordine etmektir.
- Gruplar büyüdükçe grup üyelerinin başka gruplarla doğrudan iletişimi sağlayabilmeleri için asıl kanal liderdir.
- Grup içerisinde yer alan kişilerin amaçlara uyma derecelerine veya belirlenmiş grup kurallarına göre ödül veya ceza uygulaması liderin üstlendiği bir uygulamadır.
- Liderlerin hakem ve aracı olma özellikleri bulunmaktadır.
- Lider, izleyicilerinin eksiklerini tamamlama, eğitme ve geleceğin liderliğine onları hazırlamaktadır.
- Lider taşıdığı özelliklerle grubun sembolü olabilmektedir. Grubun devamlı liderliğini üstlenip sürekliliğini sağlıyorsa bu kişi grubun sembolü olmaya başlar.
- Lider, grubun üyelerine karşı örnek bir davranış göstermesi gerekmektedir. Çünkü, liderin genel davranışı grup içerisinde yer

alan kişilerin neyi, nasıl yapacakları konusunda yol gösterici olmasıdır (Budak 2013 s. 320-322).

Liderlik örnekleri içerisinde en karizmatik liderlerden birisi Mustafa Kemal Atatürk'tür. Atatürk; politik, askeri, sivil alanlarda güçlü bir lider olma farklılığına sahip olan Türk milletinin kurucusu olarak tarihte yerini almıştır. Atatürk, başarılı bir yönetimle, büyük bir dönüşümü gerçekleştirerek ve milleti arkasına alarak dünya üzerinde önemli izler bırakmıştır. Böylece bütün liderlik özelliklerini bir arada taşıdığını gösteren bir değerlendirmedir. Aynı zamanda vizyonu, akli ve karakteriyle örnek bir lider olduğu hiç şüphesiz kabul edilmiştir (Şahne vd. 2015 s.110).

### 3. Liderlikte Güç Kavramı

French ve Raven, liderlerin izleyicilerini etkileyebilmeleri için güç kaynaklarını beş grupta incelemiştir. Bunlar;

- **Ödül Gücü:** Lider, izleyicileri cezalandırıyorsa veya ödüllendiriyorsa bu durumu bir güç aracı olarak kullanabilmektedir. İfade edilen ödüller, ek ödeme, statü değişimi, övgü, taktir vs. gibi araçlar kullanarak gerçekleştirilebilmektedir.

- **Zorlayıcı Güç:** cezalandırmayı esas almaktadır. Bu güç korkuyu ele almaktadır. Liderin direktiflerine karşı astların karşı gelinmesi durumunda kontrol etme ve cezalandırma gücünü ön planda tutmaktadırlar (Uysal 2012 s.29).

- **Yasal Güç:** Örgütsel hiyerarşi tarafından sağlanan güçtür. Hastane yöneticisi astlarından vermiş olduğu görevi yapmalarını ister, fakat astlar bu görevi yerine getirmezlerse onları kınar hatta cezalandırma yoluna kadar gidebilir. Bu konuda yasal güç yetki ile benzerlik göstermektedir, fakat yalnızca yasal güce sahip olmak bir yöneticiyi lider kılmamaktadır (Can, Kavuncubaşı ve Yıldırım 2012 s. 387).

- **Beğeni Gücü:** Çalışanların kendisini önderle özdeşleştirmelerine bağlıdır. Önderin çalışanlar üzerindeki etkisini kişisel özellikleri ve karizmasını kullanarak yaratmış olduğu etkidir. Yönetici cezalandırma ve ödüllendirme gücünü kullanmadan çalışanlarını etkileyebilmektedir (Atıgan 2011 s.287).

- **Uzmanlık Gücü:** Önderin sahip olduğu bilgi, beceri, uzmanlık, tecrübe ve tekniklerden oluşmaktadır. Bilginin değeri ne kadar yüksek olursa ve bu bilgilere ne kadar az kişi ulaşabilirse kişinin sahip olduğu uzmanlık gücü artar. Bir örgütte bir kişi özgün bilgiye sahip ve bu sahip olduğu bilgi karar almak için önemli ise, bu kişinin uzmanlık düzeyini bulunduğu söylenebilmektedir (Can, Kavuncubaşı ve Yıldırım 2012 s. 388).

Unutulmaması gereken yukarıda yer alan güç kaynaklarının yönetici etkilerini çalışanların algılamalarına göre şekillendiğidir. French ve Raven, bu beş kaynağının kullanımının birbirleriyle bağlantılı olduğu ve bu güç kaynaklarından birinin kullanımı diğerlerinin de etkilenmesine sebep olmasıdır (Atıgan 2011 s.287).

## 4. Liderlikle İlgili Yaklaşımlar

Liderlikle ilgili literatür incelemesi yapıldığında liderlikle ilgili çok çeşitli liderlik yapılarının bulunduğu ele alınmaktadır. Bunlar, özellik yaklaşımı, davranışçı yaklaşım ve durumsallık yaklaşımıdır.

### 4.1. Özellikler Yaklaşımı

Özellikler yaklaşımı ilk olarak birinci dünya savaşı sırasında ortaya çıkmıştır. ABD ordusu, birinci dünya savaşının başlangıcında, Amerikan Psikolojik Derneğinden bir grup psikologu askeri elemeleri ve personel seçiminde görevlendirmişlerdir. Psikologların çalışmaları sonucunda çok sayıda seçme ve ölçme aracı geliştirmişlerdir. Bu araçların ve benzer tekniklerin kullanımıyla birlikte özellikler yaklaşımı ortaya çıkmıştır.

1920-1950 yıllarında gelişme sağlayan psikolojik testler ile liderin sahip olduğu özellikler bulunmaya çalışılmıştır. Bu durumda bir liderin taşıması gereken özellikler şunlardır;

- Fiziksel Özellikler
- Zeka ve Yetenek Özelliği
- Kişilik: dürüst, açık sözlü, yaratıcı
- İş ile İlgili Özellikleri; kendini ileride görme arzusu, amaçlara ulaşmada sorumluluk alma, başarı güdüsü
- Bireyin Sosyal Özellikleri; kişiler arası beceri, sosyal katılım, popüler ve sosyal olunması

Şeklinde özelliklere yaklaşımı oluşmaktadır (Bakan, Büyükebeş 2010 s.74).

Özellikler yaklaşımının amacı, liderleri etkili hale getiren özellikleri bulup bu yönde geleceğin liderini oluşturma yönünde ilerlemeler sağlamaktır. Bu yaklaşıma göre bireyin sahip olduğu psikolojik ve kişisel özellikleri bireyi lider yapabilmektedir. Liderliğin doğuştan geldiğini ve kişilerin her koşulda kendilerini lider olarak gösterebileceklerini savunmuşlardır (Şimşek 2006 s.10).

Özellikler yaklaşımına göre lider, fiziksel özellikleri, kişilik özellikleri ve bireysel yetenekleri açısından izleyicilerden farklıdır ve bu farklılık bireyin lider olmasındaki sebebidir. Liderlik sürecini yalnızca “lider” değişkeni çerçevesinde inceleyen “Özellikler Yaklaşımının” geçerlilik düzeyi oldukça düşüktür. Yapılan araştırmalar sonucunda etkin liderlerin aynı özelliklere sahip olmadıkları belirtilmiştir. Özellikler yaklaşımında Nasıl Lider Olunur? Sorusunu açıklamakta yetersiz kalınması sonucunda farklı yaklaşımları ele almaya yönelmişlerdir (Uysal 2012 s.30).

#### **4.2. Davranışçı Yaklaşımı**

Özellik yaklaşımından sonra meydana gelen yaklaşım “davranışçı yaklaşım” dır. Koçel, 1950-1970 yılları arasında liderlik tanımları içerisinde davranış teorisi önem kazandığını belirtmektedir. Davranışçı liderlik yaklaşımının ana fikri ise; lideri etkin ve başarılı yapan unsurun liderlik özelliklerinin yanı sıra liderin liderlik süreci içerisinde sergilemiş olduğu davranışlardır. Davranış yaklaşımının özellikleri içerisinde iki noktada durulmuştur. Bunlar, ilki “göreve dönük liderlik” ikincisi ise, “insana dönük liderlik” tarzı şeklinde ön planda tutulmaktadır (Çetin 2008 s.77).

Davranışçı yaklaşımın amacı ise; davranışın etkin liderlikle nasıl bir bütün olacağını belirlemesi ve bir liderin etkin bir lider olabilmesi için ne gibi çalışmalar yapabileceğine yönelik sorulara cevap aramasıdır. Bu yaklaşımda planlama, örgütlenme, yürütme, eşgüdüm, denetim, haberleşme, yetki devri, karar alma gibi fonksiyonları yerine getirirken, liderin kendisinin yanı sıra izleyicilerine ve koşullarına da yer verilmektedir (Tezcan 2006 s.19).

Davranışçı yaklaşımda çeşitli çalışmalar gerçekleştirilmiştir. İlki; 1945'te Ohio Devlet Üniversitesinde yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda liderlik yaklaşımının tanımlanmasında iki ana eksenin varlığı ortaya konulmuştur. Bunlar, "yapıyı kurma" ve "analiz gösterme" dir. Yapıyı kurma analizi gösteren liderler, bireysel talep ve beklentilerinden çok örgütü önemserler. Analiz gösterme ise, örgütün amaç ve faaliyetlerini dikkate almakla beraber bireysel beklentilere ve taleplere daha fazla önem verilmektedir (Bakan, Bulut 2004 s.155).

İkinci, Michigan Üniversitesi Liderlik araştırmasıdır. Rensis Likert'in önderliğinde yapılan bu çalışma sonucunda iş merkezli ve birey merkezli olmak üzere iki temel davranış modeli meydana gelmiştir. İş merkezli davranış sergileyen lider, örgüt ve örgüt çalışmalarına önem vererek, grup üyelerini yakın denetim altında tutarak onların neler yaptıklarını ve yapmış oldukları işleri ne oranda başardıklarını değerlendirirler. Birey merkezli davranış içerisinde bulunan lider, örgüt içerisinde çalışanların örgütün vazgeçilmez ve en önemli unsuru olarak görmektedirler. Bu liderler astlarıyla ve izleyenleriyle bir birey olarak ilgilenmektedirler (Bakan, Bulut 2004 s.155).

Likert, Michigan Araştırmalarının devamı olarak önderlik davranışlarını dört ana başlıkta toplamışlardır. Bunlar (Bay, Akpınar 2017 s. 966);

- Sistem 1, Sömürücü-Otoriter Liderlik: Astlarına güvenmemekte ve tüm kararları kendisi almakta astlarına söz vermemekte, yukarıdan aşağıya iletişim söz konusudur. İş görenleri korkutma ve cezalandırma ile güdülemektedir
- Sistem 2, Yardımsever-Otoriter Liderlik: Astlarına azda olsa güvenmekte, aşağıdan yukarıya iletişimde azda olsa olanak tanımakta, korkutma ve cezalandırmanın yanında ödüllendirme yolu ile astlarını güdülemektedir. Az da olsa astların katılımına olanak sağlayarak yakın denetimde bulunmaktadır.
- Sistem 3, Katılımcı Lider: Astlarına tamamen olmasa büyük ölçüde güvenmektedir. Kararlara katılımları olanak ve özgürlüğünü tanımakta ve karar alırken onların fikirlerini dikkate almaktadır. Aşağıdan yukarıya doğru bir iletişim tercih edilmektedir. Cezalandırma ve korkutma yerini ödüllendirmeye vererek güdüleme ağırlık kazanmıştır.
- Sistem 4, Demokratik Liderlik: Liderler astlarına çok güvenmektedirler. Bu sebepten dolayı kararları ortaklaşa almaktadırlar. Aşağıdan yukarıya doğru bir iletişime sahip olup, grup katılımı ve başarıya dayalı ödüllendirme söz konusudur.

Likert araştırmaları sonucunda elde edilen; Sistem 3 ve Sistem 4 liderlik tarzları altında çalışan personellerin yüksek seviyede üretim

yaptıkları, Sistem 1 ve Sistem 2 liderlik tarzları altında çalışanların ise düşük seviyede ürettikleri meydana gelmiştir (Küçüközkan 2016 s. 95).

### **4.3. Durumsallık Yaklaşımı**

Endüstri devrimi sonrasında gerek davranış gerekse özellikler yaklaşımlarının, organizasyonların çevrelerinde meydana gelmiş olan hızlı değişikliklere uyum sağlamalarının yetersiz olduğu savunulmuş ve bu durumda liderliği daha iyi anlamaya yönelik daha geniş çalışmalara gerek duyulmuştur (Uysal 2012 s.30). Yani liderlik sürecinde lider, izleyiciler ve koşullar içerisindeki ilişkiden meydana gelen karmaşık bir süreçtir. Bu durumda liderliğin teorilerini belirleyen faktörler; izleyicilerin yetenekleri, amacın niteliği ve beklentileri organizasyonun özellikleri gibi faktörlerdir (Tengilimoğlu 2005 s.5)

Durumsallık yaklaşımında çeşitli modeller bulunmaktadır. Bunlar;

#### *Durumsal Önder Etkililiği Modeli*

Durumsallık yaklaşımı ilk olarak Fiedler'in Durumsallık yaklaşımıdır. Fiedler liderlik tarzını ele alırken "En Az Tercih Edilen İş Arkadaşı" ölçeğinde değişiklikler yaparak geliştirmiştir. (Akca 2013 s. 45).

Fiedler'in Durumsallık yaklaşımında, en önemli yönü, koşullarla önderlik yaklaşımını birlikte ele alınmasıdır. Fiedler kuramının temel varsayımı, önderlik yaklaşımının durumdan duruma değişiklik göstermeyeceğidir. Bu sebepten dolayı Fiedler yöneticinin davranışlarını değiştirmek yerine, yöneticinin içinde bulunduğu davranışa uygun bir yerde çalıştırmanın uygun olacağını göz önüne



almıştır. Friedler'e göre, ilişki ve görev yönelimli yöneticinin davranışlarının etkili olduğu kavramlar üç şekilde oluşmaktadır. Bunlar; önder-üye ilişkisi, önderin yasal gücü ve görev yapısı şeklinde bölümlere ayrılmıştır (Can, Kavuncubaşı ve Yıldırım 2012 s.394).

#### *Yol Amaç Kuramı*

1970'li yılların başında Robert House ile Martin Evans tarafından geliştirildiği kabul edilen bu teori, Vroom'un güdüleme konusundaki bekleyiş kuramına dayanmaktadır. Bu kuramda insan davranışları iki aşamada ele alınmıştır. Bunlar;

- İnsanın davranış aracılığı ile ulaşmak istediği sonuç
- Bu sonuçlarla birlikte kişinin vermiş olduğu değer etkilemesi

Yol amaç modelinde önderin astlarını bireysel güçler ile iş başarımlarını gücü üzerinde nasıl bir etki bırakacağı ve bu iki amaç seti arasında nasıl bir yol izleyeceği araştırır. Yol amaç modelinde 4 aşamada ele alınmıştır. Bunlar;

- Emredici Önderlik: Yapılacak olan işi belirler ve astlarına dağıtır. Astların standart düzen ve kurallara uymasını bekler.
- Destekleyici Önderlik: Önder için astlarının refah ve mutluluğu önemlidir.
- Katılımcı Önderlik: Grup kararı alınır. Önder bir konuda karar vermeden önce iş görenlerin fikirlerini almakta ve onları karar verme sürecine dahil etmektedir.

- Başarı Yönelimli Önderlik: Önder yüksek ve önemli hedefler belirlemektedir. Astlarının bu işleri en iyi şekilde gerine getireceğine inanmaktadır (Sökmen, Boylu 2009 s.2384-2385)

## **5. Sağlık Hizmetlerinde Liderlik**

İç ve dış çevreyle kurulan, ayırt edici, tutarlı ve yapılanmış bir ilişki yapısı olarak ele alınan kişilik; yönetim açısından bireyler arası iletişim, belirli kademelerde terfi edilmesi ve çalışanların motivasyonlarında ve liderlik rollerinde etkili olan, bireylerin örgüt içi ve dışı çevre ile ilişkilerinde çalışmalarını düzenleyen, liderlik biçimini ve kişisel değerlerini etkileyen bir kavramdır (Bulut, Çağla 2004 s.279).

İyi bir liderlik her organizasyon için önemli olduğu gibi sağlık organizasyonları içinde önemli bir yere sahiptir. Organizasyonun başarısı liderlerle gerçekleşmektedir. Sağlık sektöründe entelektüel, takım başarısına önem vererek kendisine güvenilen, katılımcı bir şekilde otoriteyi kullanan liderlere ihtiyaç duyulmaktadır. Etkili bir şekilde sağlık hizmetleri liderliği vizyon belirleme, stratejik, problemlere çeşitli çözümler üretmek ve yeniliklerden fırsat oluşturulması gerekmektedir (Uysal 2012 s. 27).

Hastane işletmelerinin uzun dönemli rekabet güçlerini korumada, çalışanları yönlendirmede, çalışanlar için vizyon belirleyerek bu vizyonun içerisine alt kademede çalışanları da dahil etmede, çalışanların yaratıcılığını ortaya çıkartarak rekabeti arttırmak gibi yaklaşımlarla işletmeyi ileriye götürmede önemli bir paya sahip olan işletme yöneticilerinin sergilemiş olduğu liderlik davranışıyla

personellerin üzerinde büyük etkiye sebep olmaktadır (Tengilimoğlu, Yiğit 2005 s.378).

Hastaneler hem iş hem de sosyal amaçlı organizasyon özelliğine sahip olmaktadır. Hastanelerde aşırı iş bölümü karmaşıklığa sebep olmaktadır. Son yıllarda tıp ve teknoloji alanlarında hızla gelişmeler meydana gelmesiyle yeni meslekler ortaya çıkmıştır. Bu gelişmelerle birlikte hastanede hem personel hem de hizmet birimlerinin sayıları artmasına neden olmuştur (Örücü, Teker 2014 s.80). Bu durum hastane hizmetlerinin sorumluluk ve etki alanlarının genişlemesine sebep olmuştur. Meydana gelen başarı ya da belirlenen hedeflere ulaşma ve sunulan hizmetlerdeki etkinlik ve verimlilik sergilenen liderlik davranışlarıyla yakından ilgilidir (Tengilimoğlu, Yiğit 2005 s.378).

Hizmet sektörünün dünya ve Türkiye ekonomisi içerisindeki değerinin her geçen gün artmasıyla beraber hemen hemen tüm dünya ülkelerinde yükselmesi ve bunun sonucunda sağlık sektöründeki teknolojik gelişmeler ve ekonomik büyümelerle beraber hizmetin kalitesinin önemini arttırmaktadır (Yağcı, Duman 2004 s.219). Hastanelerde meydana gelen sorunların azaltılması ve sürekli olarak hastanenin gelişiminin sağlanabilmesi için etkili, bilgili, yaratıcı ve ilkeli liderlerin varlığı oldukça önemlidir. Bunu gerçekleştirebilmeleri için yöneticilerin liderlik yapabilmelerine katlı sağlayabilecek olan etkili, nitelikli özelliklerin ele alınması gerekmektedir (Karahana 2008 s. 147).

Sağlık sektöründe meydana gelen değişmeler ve gelişmeler sağlık yöneticileri için hem liderlik hem de yöneticilik açısından gelişme göstermektedir. Yöneticiler ve liderler için potansiyel seviyenin en üst

düzeyle olabilmeleri için bir bütün içerisinde olmaları gerekmektedir.

Bunlar;

- Uzun vadeli düşünürlerin olması,
- Bakış açıları geniş tutulması,
- Takipçilerine ve farklılaşmaya karşı hassas olup, vizyon, değerler ve motivasyonu vurgulamaktadırlar,
- Dünyanın değişen şartlarını takip ederek ayak uydururlar, değişim ve yenilik odaklıdırlar (Keklik 2012 s. 81).

Sağlık yönetimi içerisinde yer alan liderlerin, sözlerinden çok davranış şekilleriyle kendilerini göstermeleri gerekmektedir. Eğer bir lider gerçekleşen değişikliklere ayak uydurmuyorsa çalışanlarında ayak uydurması beklenemez. Vazgeçmesi mümkün olmayan alanlar içerisinde yer alan sağlık sektöründe görev yapan yöneticilerin kendilerini yetenekleri konusunda geliştirmesi gerekmektedir. Ayrıca sağlık sektöründe liderlerin diğer sektördeki liderlere oranla daha özenli ve duyarlı olunması gerekmektedir. Toplumda yaşam kalitelerinin artması sonucunda sağlıkla ilgili hizmet veren kuruluşlar arasındaki rekabet düzeyi artmasıyla birlikte güçlü liderlere ihtiyaç duyulmaktadır (Şahne vd. 2015 s.111).

## **5. Kültür ve Liderlik Üzerine Etkisi**

Yönetme ve yürütme olarak farklı isimlerin altında ele alınan liderlik fonksiyonu, kültürel liderlikten etkilenmektedir. Kültür; liderlik özelliklerinin neler olması, tutumları, liderlik tarzı gibi birçok alanda etkisini göstermektedir (Yeşil, 2013 s.62).

Liderlik ülkelere göre farklılık göstermesindeki en önemli sebep kültürel yapılarının farklı olmasıdır. Buna örnek verecek olursak, Marcoulides ve ark. Amerika ve Türkiye'yi liderlik açısından karşılaştırdığımızda altı liderlik tarzının (danışıcı, katılımcı, otoriter, serbestçi, iyiliksever ve uzlaşmacı) her iki ülkede de var olduğu belirtilmiş olup farklılıkları ise, ortak görüşle hareket etmeyi ve otoriter yapıyı benimseyen yönetim tarzı konularında ortaya konulmuştur. Amerikalı yöneticiler Türk yöneticilere oranla daha az otoriter oldukları görülmüştür, diğer taraftan Türklerin ortak görüş doğrultusunda hareket etmeye, Amerikalılardan daha az önemli olduğunu vurgulamışlardır.

## 6. Sonuç

İşletmenin rekabet ortamı içerisinde ayakta kalabilmesi ve kendini geliştirebilmesi için yenilikleri takip eden, vizyon sahibi olan ve kitleleri etkileme gücüne sahip olmasıyla dönüşümcü bir liderin varlığı ile doğrudan orantılı olmaktadır. Etkin lider, işletmenin sahip olduğu misyonuna kişilik özelliklerine sahip olarak takımı güçlendiren kişidir.

Bir liderin liderlik özelliklerine sahip olabilmesi için öncelikle çalışanlarıyla bir bütün içerisinde olup onlara her konuda destek sağlaması gerekmektedir. Bireyin liderlik özelliği ne kadar yüksekse kurum içerisindeki etkililiği ve saygınlığı o kadar artış sağlamaktadır.

Liderin esas önemli olduğu noktalardan bir tanesi de hastanelerdir. Çünkü, hastaneler aşırı iş bölümü ve karmaşıklığa sebep olmasıyla birlikte yönetimi en zor olan alanlar arasında yer almaktadır. Günümüzde hastanelerde yönetim kararlarının alınması ve bu

kararların uygulamaya konulması yöneticinin görevidir. Bu sebeple mevcut yönetim sisteminde, Toplam Kalite Yönetimini uygulanmasıyla hastanede çalışan personellerin katkısı ve katılımı oldukça çoktur. Bundan dolayı gerek yöneticilik gerekse liderlik açısından kişisel özellikler son derece önemli bir yere sahiptir.

## KAYNAKÇA

- Akcan, Göksu. "Liderlik davranışlarının çalışanların stres düzeylerine etkisi: bir alan araştırması." (2013).
- Atıgan Fatma " Yönetim ve Organizasyon" Nobel yayınevi 1.basım 2011
- Bakan, İsmail, and Tuba Büyükbeşe. "Liderlik "Türleri" Ve "Güç Kaynakları" na İlişkin Mevcut-Gelecek Durum Karşılaştırması." *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 2010.2 (2010): 73-84.
- Budak Gülay ve Budak Gönül "İşletme Yönetimi" Barış yayınevleri 7. basım 2013
- Bulut, Dilek, and Çağla İşman. "Muğla ili sağlık yöneticilerinde kişisel değer analizi." *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 7.3 (2004).
- Bakan, İsmail, and Yakup Bulut. "Yöneticilerin uyguladıkları liderlik yaklaşımlarına yönelik algılamaları: likert'in yönetim sistemleri yaklaşımı'na dayalı bir alan çalışması." *SİYASAL/Journal of Political Sciences* 31 (2004): 151-176.
- Bay, Murat, And Selahattin Akpınar. "Liderlik Tarzları Ve Girişimcilik Özellikleri Üzerine Bir Uygulama." *Journal Of International Social Research* 10.52 (2017).
- Can Halil, Kavuncubaşı Şahin ve Yıldırım Selami "Kamu ve Özel Kesimde İnsan Kaynakları Yönetimi" siyasal kitapevi 7.baskı 2012
- Çetin, Necip. "Kuramsal Liderlik Çözümlemelerinin Işığında, Okul Müdürlüğü Ve Eğitilebilir Durumsal Liderlik Özellikleri." *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 23.23 (2008): 74-84.
- Demir C, Yılmaz MK, Çevirgen A. Liderlik yaklaşımları ve liderlik tarzlarına ilişkin bir araştırma. Alanya İşletme Fakültesi Dergisi 2010;2:129-52.
- Hakemli, Uheyaduluslararası. "Sağlık Hizmetlerinde Etkin Liderlik Modeli Arayışı1 Quest For Effective Leadership Model In Health Care Services."
- Karahan, Atila. "Hastanelerde Liderlik Ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi."
- Keklik, Belma. "Sağlık Hizmetlerinde Benimsenen Liderlik Türlerinin Belirlenmesi: Özel Bir Hastane Örneği."

- Küçüközkan, Yasemin. "Liderlik ve Motivasyon Teorileri: Kuramsal Bir Çerçeve| Leadership and Motivation Theories: A Theoretical Framework." *Uluslararası Akademik Yönetim Bilimleri Dergisi* 1.2 (2016).
- Örücü, Edip, And Said Kerem Teker. "Hastanelerde Liderlik Ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma." *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi* 12.24 (2014): 73-90.
- Şahne, Bilge Sözen, and Sevgi Şar. "Liderlik kavramının tarihçesi ve Türkiye'de ilaç endüstrisinde liderliğin önemi." *Marmara Pharmaceutical Journal* 19.2 (2015): 109-115.
- Sökmen, Alptekin, and Yasin Boylu. "Yol amaç modeli kapsamında önderlik davranışlarının incelenmesine yönelik bir araştırma." *Journal of Yasar University* 4.15 (2009): 2381-2402.
- Şimşek, Aslı. "Duygusal Zekanın, Ana-Baba Tutumunun ve Doğum Sırasının Tercih Edilen Liderlik Tarzına Etkisi." *Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara* (2006).
- Tabak A, Polat M, Coşar S, Türköz T. Otantik liderlik ölçeği: Güvenirlilik ve geçerlik çalışması. İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi 2012;14:89-106.
- Tezcan, Yelda. *Liderliğin çalışanların motivasyonu üzerindeki etkisi*. Diss. DEÜ Sosyal Bilimleri Enstitüsü, 2006.
- Tengilimoğlu, Dilaver, and Arzu Yiğit. "Hastanelerde liderlik davranışlarının personel iş doyumuna etkisini belirlemeye yönelik bir alan çalışması." *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 8.3 (2005).
- Tengilimoğlu, Dilaver. "Kamu Ve Özel Sektör Örgütlerinde Liderlik Davranışı Özelliklerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması." *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 14.14 (2005).
- Uğur, Sevtap Sarıoğlu, And U. Ğ. U. R. Uğur. "Yöneticilik Ve Liderlik Ayrımında Kişisel Farklılıkların Rolü."
- Uysal, Şerife Alev, et al. "Hastane yöneticilerinin liderlik özellikleri ile çalışanların iş üretkenlik düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi." *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 15.1 (2012).
- Yağcı, Mehmet İsmail, and Teoman Duman. "Hizmet kalitesi-müşteri memnuniyeti ilişkisinin hastane türlerine göre karşılaştırılması: devlet, özel ve üniversite hastaneleri uygulaması." (2006).



Yeşil, Salih. "Kültür Ve Kültürel Farklılıklar: Liderlik Açısından Teorik Bir Değerlendirme." *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 44.44 (2013).

## **BÖLÜM 5:**

### **ÇOCUK ACİL SERVİSİNE İNTİHAR GİRİŞİMİYLE BAŞVURAN OLGULARIN KLİNİK DEĞERLENDİRMESİ**

Dr. Öğretim üyesi Halil KAZANASMAZ<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Şanlıurfa, Türkiye kazanasmazhalil2@gmail.com

## GİRİŞ

İntihar; öz kıyım kendi ölümünü, günlük hayatta yaşadığı problemlerin ve ümitsizliğin tek çaresi olarak gören bireyin eylemine verilen isimdir (Ercan vd., 2016:1). Özellikle günümüzde stres faktörlerinin artmasıyla birlikte kişilerin yaşamını tehdit eden sıkıntılar olabilmekte ve bu kişilerin çaresizlik düşünceleri sonucu intihara yöneldiği görülmektedir. İntihar karmaşık ve yıkıcı bir halk sağlığı problemidir ve dünya çapında her yıl cinayet ve savaştan daha fazla ölüme neden olmaktadır (Rogers vd., 2014:77). Küresel intiharların oranı son 45 yılda % 45 artış göstermiştir. İntihar davranışını sergileyen bireylerin büyük bir kısmı arasında intihar eyleminin tamamlanmasını öngörmek büyük bir zorluktur. Aslında, her intihar ölümü için sekiz ile 25 kadar intihar teşebbüsü mevcuttur. Tepki veren normal kişilerden ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara kadar geniş bir popülasyonda görülebilmektedir. Yapılan çalışmalar, intihar davranışında rolü olabilecek birçok risk faktörüne işaret etmektedir. İntihar davranışına yatkınlıkta: yaş, cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey, yalnız yaşama, psikiyatrik hastalıklar, stresli yaşam olayları, ailesel ve genetik sorunlar, fiziksel hastalıklar, çocukluk dönemi yaşantıları, psikososyal destek sistemleri, olumsuz bilişsel yapılanmalar ve ölümcül silahlara ulaşılabilirlik gibi çok çeşitli risk faktörleri rol oynamaktadır (Gökçen ve Köylü, 2011:10; Horowitz vd., 2012:166).

Bu çalışmada, intihar girişimi nedeniyle çocuk acil servislerine başvuran bireylerin bazı sosyodemografik ve klinik özellikler açısından taranması ve ayrıca bu konudaki kayıtların değerlendirilerek

intihar girişimlerine yönelik koruyucu sağlık politikalarının oluşturulmasına katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

## **Materyal Metod**

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Acil Servisi'ne 1 Ocak-31 Aralık 2018 tarihleri arasında intihar teşebbüsü şüphesiyle getirilen yaşları 1 ay-17 yaş arasında değişen olgular çalışmaya dahil edildi. Klinikte yatırılarak takip ve tedavi edilen olguların dosya bilgilerinden: yaş, cinsiyet, sosyal güvence, ikamet edilen semt, acil servise başvuru mevsimi, zehirlenme etkeni, karşılaşma yolu, maddeyi kimin verdiği, hastaneye getirilene kadar geçen süre, getirilmeden önce ailelerin girişimleri, ilk başvuru sırasındaki bulgular ve aynı hastada ya da aynı aile içinde başka bir bireyde daha önce zehirlenme olayının olup-olmadığı incelendi. Olguların tamamı çocuk psikiyatri kliniği tarafından taburcu olmadan değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilen olguların tamamının ebeveynlerinden aydınlatılmış onam alındı.

İstatiksel Analiz: Statistical Package for the Social Sciences sürüm 24.0 yazılımı (SPSS Inc, Chicago, IL, ABD) kullanılarak yapıldı.

## **Sonuçlar**

Çalışmaya 2018 yılı içerisinde intihar girişiminde bulunan 20 olgu dahil edildi. Olguların % 80'i (n=16) kız olup % 20'si (n=4) erkek cinsiyetteydi. Olguların ortalama yaşı  $15.85 \pm 1.22$  yıl idi (Tablo 1). Olguların % 60'ı Şanlıurfa merkezdeyken % 40'ı ilçelerde ikamet

etmekteydi. Olguların %'90'ı Türkiye Cumhuriyeti vatandaşıyken % 10'u mülteciydi. Olguların çoğu sırasıyla aralık ( %25) ve şubat (% 15) aylarında kliniğimize başvurmuşlardı (Şekil 1).

Olguların genel zehirlenme etkenleri incelendiğinde; sekiz olguda analjezik ve antipiretik ilaçlar, dört olguda santral sinir sistemine etkili ilaçlar, üç olguda gastro intestinal sistem ile ilgili ilaçlar, iki olguda antihistaminikler, iki olguda kostik ve koroziv özelliği olan kimyasal maddeler ve bir olguda da tarımda kullanılan pestisit ve insektisitler olduğu tespit edildi (Şekil 2). Etken maddeler incelendiğinde en sık parasetamol tespit edildi. Olguların maruz kaldığı etkenlerin % 65'i kendilerine ait değilken % 35'inin maruziyet etkeni bizzat kendilerinin kullandığı ilaçlardı. Olguların % 80'i yoğun bakıma yatırılırken % 20'si genel çocuk servisine yatırılarak tedavi edildi. Olguların % 90'nına aktif kömür ve mide lavajı uygulanırken % 10'nuna sadece intravenöz sıvı ve izlem tedavisi uygulandı. Olguların ortalama laboratuvar değerlerinin normal referans aralığında olduğu görüldü (Tablo 2). İntihar teşebbüsünde bulunan olguların tamamı şifa ile taburcu edildi.

Olguların çocuk psikiyatrisi muayene sonuçları incelendiğinde; bir olguda madde kullanımı tespit edilirken sekiz olguda sadece psikoterapi, 11 olguda ise medikal terapiyle birlikte psikoterapi uygulandığı görüldü. Olguların sadece % 10'nunda kendine zarar verme eyleminin belirtisi mevcuttu (el bileklerini kesme teşebbüsü şeklinde). Olguların % 10'nunda intihar isteği devam ederken % 90'ı ise intihar teşebbüsünden pişmanlık duyduğunu belirtmişti. Olguların belirttikleri intihar nedenleri; % 70'inde aile baskısı, % 15'inde okul

başarısızlığı ve % 15'inde ise ilişkileriyle ilgili problemlerdi. Olguların psikiyatrik tanıları incelendiğinde; % 40'ında herhangi bir patolojik bulgu tespit edilmezken, % 35'inde depresif bozukluk, % 20'sinde davranış problemleri ve anksiyete bozukluğu, % 5'inde maddeyi kötüye kullanım olduğu görüldü. Olguların sadece birinde kronik hastalık (Epidermolizis Bülloza) tespit edilirken yine sadece bir olguda suistimal şüphesi mevcuttu. Kız olguların hiçbirinde gebelik tespit edilmedi.

### **Tartışma**

Bu çalışmada intihar teşebbüsünde bulunan olguların % 80'ninin kız çocuğu olduğu tespit edilmiştir. Literatür tarandığında intihar teşebbüsünde bulunan çocukluk çağı olguların çoğunlukla kız cinsiyette olduğu görülmektedir (Fedyszyn vd., 2016:77; Gökçen ve Köylü, 2011:10). Bununla birlikte intihar teşebbüsünün tekrarı kız çocuklar arasında daha yaygın olduğu gösterilmiştir (Fedyszyn vd., 2016:77). Çalışmamızda devam eden intihar düşüncesi yalnızca iki olguda mevcut olup bu iki olgu da kız cinsiyetteydi. Olguların tamamının intihar teşebbüs şekli ağız yoluyla ilaç alımıydı. Ağız yoluyla ilaç alımı dışında kendine zarar verme eylemi sadece iki olguda görülmüştü. Nitekim literatür tarandığında çocukluk çağı olgularda özellikle kız çocuklarında en yaygın intihar teşebbüsü şeklinin ağız yoluyla ilaç alımı olduğu bilinmektedir (Mercado vd., 2017:318). Alkolün kötüye kullanımı ve altta yatan psikiyatrik mental rahatsızlıklar intihar teşebbüsü için risk teşkil etmektedir (Bowden vd., 2017:13; Trigylidas vd., 2016:22). Bizim çalışmamızda yalnızca

bir olguda alkolün kötüye kullanımı tespit edilmiş ayrıca da olguların % 55'inde altta yatan psikiyatrik mental rahatsızlıklar olduğu görülmüştür. Çalışmamızda intihar teşebbüsünün yaygın nedeninin ailesel problemler olduğu görülmüştür. Suistimal şüphesi ise yalnızca bir olguda görülmüştür.

İntihar teşebbüslerinin tamamını çocuk acil serviste önlemek mümkün olmasa da tekrarlayan intihar teşebbüslerinin önüne geçilebilmesi için acil servislerde özellikle kötü muamele ve suistimal şüphesi olan olguların tespit edilmesi ve uygun psikososyal tedavinin verilebilmesi son derece önemlidir (van Konijnenburg vd., 2016:53). İntihar teşebbüsünde bulunan her vaka için muhakkak risk faktörleri detaylı bir şekilde gözden geçirilmeli ve gerekli psikososyal destek tedavisi uygulanmalıdır.

## KAYNAKÇA

- Bowden, B., John, A., Trefan, L., Morgan, J., Farewell, D., & Fone, D. (2018). Risk of suicide following an alcohol-related emergency hospital admission: An electronic cohort study of 2.8 million people. *PloS one*, 13(4), e0194772.
- ERCAN, S., AKSOY, Ş. M., YALÇIN, A., ŞİMŞEK, A. Ç., ACAR, S. R., & ŞAHİN, T. E. (2016). Ankara'da Acil Servislere Başvuran İntihar Girişim Olgularının Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1, 5-12.
- Fedyszyn, I. E., Erlangsen, A., Hjorthøj, C., Madsen, T., & Nordentoft, M. (2016). Repeated suicide attempts and suicide among individuals with a first emergency department contact for attempted suicide: a prospective, nationwide, Danish register-based study. *The Journal of clinical psychiatry*, 77(6), 832-840.
- Gökçen, C., & Köylü, R. (2011). Acil Servisten İntihar Girişimi Nedeniyle Psikososyal Destek Birimine Yönlendirilen 18 Yas Altı Olguların Değerlendirilmesi/Evaluation of Cases Under 18 Years Admitted for Attempted Suicide to the Emergency Service and Transferred to the Psychosocial Support Unit. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 10(1), 18.
- Horowitz, L. M., Bridge, J. A., Teach, S. J., Ballard, E., Klima, J., Rosenstein, D. L., ... & Joshi, P. (2012). Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 166(12), 1170-1176.

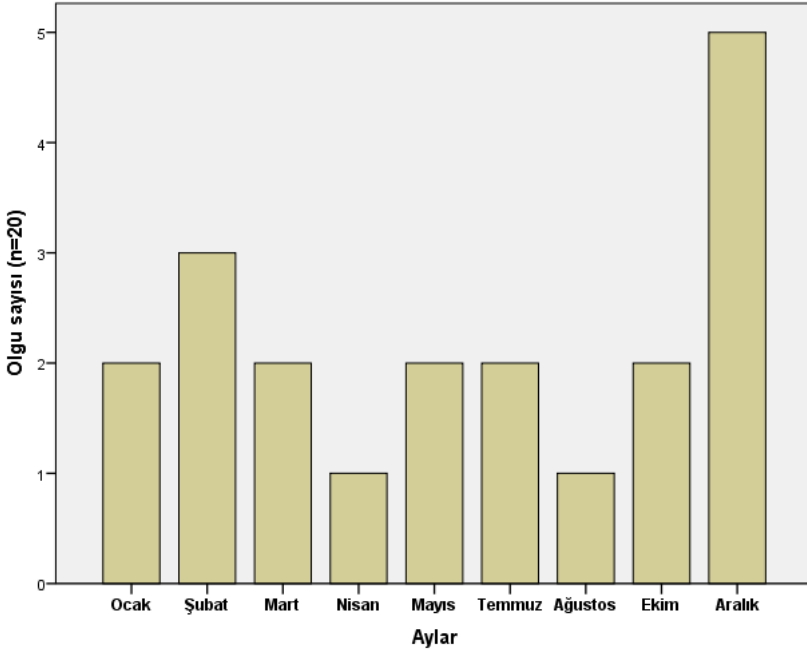


- Mercado, M. C., Holland, K., Leemis, R. W., Stone, D. M., & Wang, J. (2017). Trends in emergency department visits for nonfatal self-inflicted injuries among youth aged 10 to 24 years in the United States, 2001-2015. *Jama*, 318(19), 1931-1933.
- Rogers, S. C., DiVietro, S., Borrup, K., Brinkley, A., Kaminer, Y., & Lapidus, G. (2014). Restricting youth suicide: Behavioral health patients in an urban pediatric emergency department. *Journal of trauma and acute care surgery*, 77(3), S23-S28.
- Trigylidas, T. E., Reynolds, E. M., Teshome, G., Dykstra, H. K., & Lichenstein, R. (2016). Paediatric suicide in the USA: analysis of the National Child Death Case Reporting System. *Injury prevention*, 22(4), 268-273.
- Van Konijnenburg, E. M. H., Diderich, H. M., Teeuw, A. H., Velderman, M. K., Oudesluys-Murphy, A. M., van der Lee, J. H., ... & van Goudoever, J. B. (2016). Comparing policies for children of parents attending hospital emergency departments after intimate partner violence, substance abuse or suicide attempt. *Child abuse & neglect*, 53, 81-94.

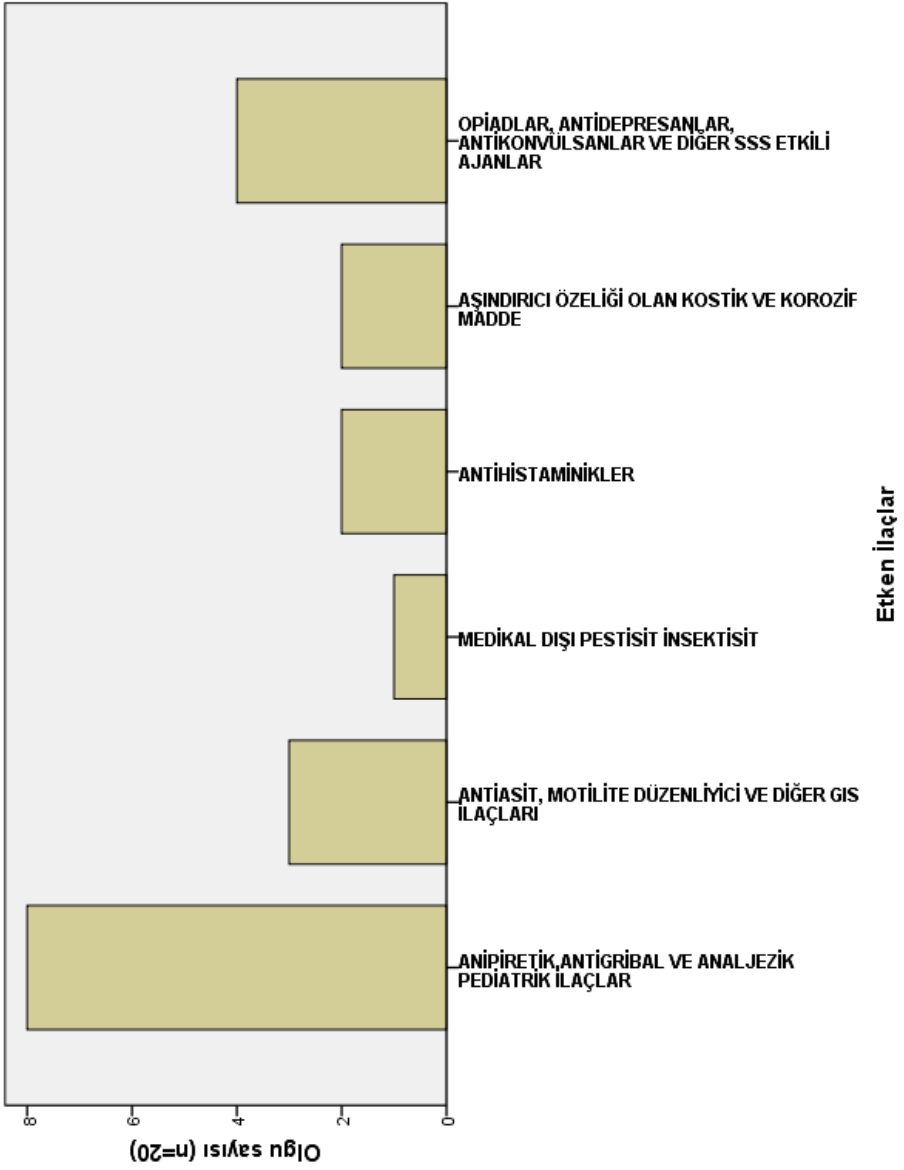
**Tablo 1.** İntihar teşebbüsünde bulunan olguların sosyodemografik özellikleri

	N (%)
<b>Cinsiyet dağılımı</b> Erkek/Kızı	4/16(20/80)
<b>Ortalama yaş/yıl</b> (ort±SS)	15.85±1.22
<b>T.C. vatandaşı/Mülteci</b>	18/2(90/10)
<b>Etken madde kendisinin mi?</b> Evet/Hayır	7/13(35/65)

SS:Standart sapma; N:Olgu sayısı



**Şekil 1.** İntihar teşebbüsü olgularının aylara göre dağılımı



**Şekil 2.** İntihar teşebbüsünde bulunan olguların etken maddelere göre sınıflandırılması

**Tablo 2.** Olgularım ortalama laboratuvar değer sonuçları

<b>Kan sayımı analizi</b>	
Beyaz kan hücresi (10E3/uL)	11.40±3.54
Hemoglobin (gr/dL)	13.50±1.64
Trombosit (10E3/uL)	282.54±75.64
<b>Kan gazı analizi</b>	
pH	7.35±0.4
Laktat (mmol/L)	2.03±1.04
PCO <sub>2</sub> (mmHg)	41.96±6.47
HCO <sub>3</sub> (mmol/L)	22.62±2.60
<b>Kanama Pıhtılaşma zamanı analizi</b>	
PT INR (INR)	.96±0.67
APTT (saniye)	23.10±2.55
<b>Biyokimya analizi</b>	
Glukoz (mg/dL)	109.10±27.38
Üre (mg/dL)	21.48±5.30
Kreatinin (mg/dL)	.65±0.7
AST (U/L)	15.05±3.89
ALT (U/L)	14.95±4.81

AST: Aspartat aminotransferaz; ALT: Alanin aminotransferaz; PT INR: prothrombin time-international normalized ratio



**BÖLÜM 6:**  
**SAĞLIK İŞLETMELERİNDE KURUMSAL YÖNETİM VE**  
**FİNANSAL PERFORMANS YÖNETİMİ: KAVRAMSAL BİR**  
**DEĞERLENDİRME**

Yasemin KÜÇÜKÖZKAN<sup>1</sup>

Hüseyin ERİŞ<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Dr, Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü, Email: yasmin\_kn\_@hotmail.com

<sup>2</sup> Dr, Harran Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO, Email: erisharran@hotmail.com

## GİRİŞ

Günümüzde, değişen rekabet koşulları sağlık işletmeleri üzerinde finansal ve yönetim açısından olumsuz etkilere sahiptir. İşletmeler artan rekabet ve değişen çevre koşullarına uyum sağlayabilmek ve belirledikleri hedeflerin hangi aşamasında olduklarını tespit edebilmek için performans ölçümüne ihtiyaç duymaktadırlar. Performans ölçümü, bir kurumun kullandığı kaynakları, ürettiği ürünleri ve hizmetleri, elde ettiği sonuçları takip etmesi için düzenli ve sistematik biçimde veri toplanması, bunların analiz edilmesi ve raporlanması süreci olarak tanımlanmaktadır. Performans ölçümü, kurumun önceden belirlenen stratejik amaçları ve hedefleri doğrultusunda ne kadar ilerleme gösterdiğinin, kurumun güçlü ve zayıf yönlerinin ve kurumun gelecekteki önceliklerinin belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Performansın en önemli boyutlarından birisi ise finansal performans ölçümüdür. İşletmelerin finansal performans yapması yürütmekte olduğu faaliyetlerin geçmiş dönemdeki finansal durumuyla karşılaştırma yapmasına olanak tanımaktadır ve işletmenin devamlılığı açısından faaliyetlerine yönelik yatırım ve finansman konularında alacağı kararların etkinliğinin artırmasını sağlamaktadır.

Söz konusu kavramların ele alındığı bu çalışmanın ilk bölümünde kurumsallaşma ve kurumsal yönetim ile finansal yönetim kavramları literatürden elde edilen bilgiler ışığında tanımlanmıştır. Çalışmanın ikinci bölümünde genel olarak performans kavramından bahsedilmiş ve tanımı yapılmıştır. Daha sonra çalışmanın konusu ile bağlantılı olarak finansal performans kavramına değinilmiştir ve

finansal performans ölçümü ve ölçümünde kullanılan yöntemler hakkında genel bilgiler verilmiştir. Çalışmanın üçüncü bölümünde sağlık işletmelerinde performans değerlendirme ve finansal performans konuları hakkında bilgiler verilmiştir. Sağlık işletmeleri açısından performans ölçümü ve finansal performans konusunun nasıl ele alındığı ve bu tür işletmelerinde nasıl bir öneme sahip olduğu irdelenmiştir. Çalışmanın dördüncü ve son kısmında ise, kurumsal yönetim, performans değerlendirme ve finansal performans kavramları ele alınarak, sağlık işletmeleri çerçevesinde genel değerlendirmeler sunulmuştur.

## **1. KURUMSAL YÖNETİM ve FİNANSAL YÖNETİM KAVRAMLARININ TANIMLARI**

### **1.1. Kurumsal Yönetim**

Kurumsal yönetim ilkeleri ile hedeflenen firmanın performansının ölçülmesi ve geliştirilmesidir. Bir firmanın tek paydaşı hissedarları değildir. Bunun yanında çalışanlar, rakipler, tedarikçiler, finans kuruluşları, toplum, çevre ve devlet gibi diğer paydaşlar da firma üzerinde hak ve beklentilere sahiptir. Kurumsal yönetim ilkeleriyle hissedarlara değer katılması hedeflenirken aynı zamanda diğer paydaşların da haklarını gözeterek toplumsal değerlere saygılı bir organizasyon yaratılmak istenmektedir. (Aktaş, 2013:8)

Kurumsallaşma ise, en genel tanımıyla, “örgütsel istikrar, meşruluk, tahmin edilebilirlik, çok kaynak ve çevreye uyum sağlamak için, kararlı olmayan ya da gevşek organize olmuş ve dar teknik eylemler ve yapılardan düzenli, kararlı ve sosyal olarak



kurumsal çevreye entegre olmuş yapılanmaya giderek, bunun içselleştirilmesi ve bütün çalışanlarca ve yöneticilerce aynı algılama düzeyine ulaşıp, değişik şartlarda ve ortamlarda, bu yapılanma ve buna bağlı davranış biçimlerinin otomatik olarak uygulanmasıdır” (Apaydın, 2008:122).

Kurumsallaşma yeni normların değerlerin ve yapıların mevcut normlar, değerler ve yapı şekilleri ile birleşmesidir. Bu süreç sosyal ilişkilerde denge ve tahmin edilebilirlik sağlamaktadır ve buna bağlı olarak bu ilişkilerin devam etmesi gerçekleşmektedir (Apaydın, 2009:3). Karpuzoğlu (2004:45) tarafından yapılan tanımlamaya göre, kurumsallaşma, “bir işletmenin kişilerden bağımsız olarak kurallara, standartlara, prosedürlere sahip olması, değişen çevre koşullarını takip eden sistemleri kurması ve gelişmelere uygun olarak organizasyonel yapısını oluşturması; kendisine özgü iletişim ve iş yapma yöntemlerini “kültür” haline getirmesi ve böylece diğer işletmelerden farklı ve ayırt edici bir kimliğe bürünmesi sürecidir”. Bu durumda kurumsallaşma, amaçlara uygun bir örgüt yapısı oluşturmayı, iş ve görev tanımlarını oluşturmayı, iç yönetmelikleri oluşturmayı, yetki ve sorumlulukların dağıtımını gerektirmektedir (Kırım, 2001:11)

Kurumsallaşma, bir işletmenin, piyasanın ve günün koşullarına uygun yönetim ve örgüt yapılarını oluşturarak ihtiyaç duyulan sistemleri kurması, bir kurum olmaya ilişkin davranış, standart ve ilkeleri belirleyerek bunları yazılı bir biçime getirmesi ve uygulayabilmesidir. Bir işletme için kurumsallaşma kavramı; işletmeyi ilgilendiren her konuda, kendine özgü usullerin mevcudiyeti, kemikleşmiş kuralların hâkimiyetini ifade etmektedir. Bu kurallar

işletmenin tüm çalışanları tarafından benimsenmektedir (Civan ve Yaşar, 2005: 261). Özellikle sağlık kurumlarını geleceğe taşımanın en etkin yolu kurumsallaşma olarak gösterilmektedir. Hatta birçok sağlık işletmesi son yıllarda kurumsallaşma yönünde önemli adımlar atmıştır. İyi bir kurumsallaşma için ise başarılı bir kurumsallaşma süreci ve etkin bir kurumsal yönetim gerekmektedir (Kiracı ve Alkara 2009: 174).

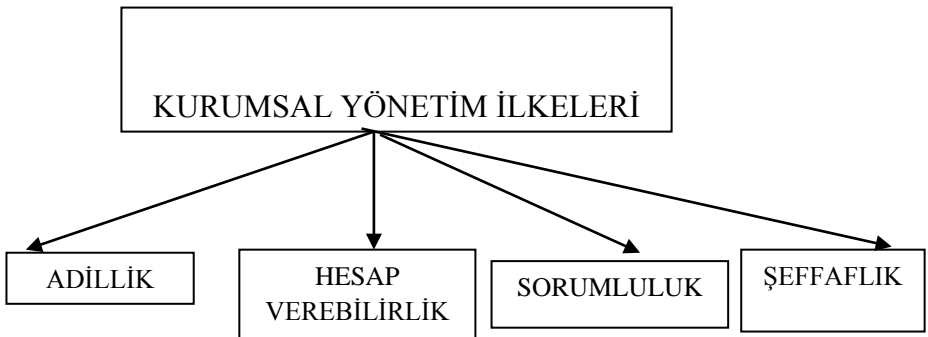
Örgütsel yapıların ve işletme uygulamalarının gelişmesi geri besleme ve çevresel şartların yeniden şekillendirilmesi ile başlamaktadır (Levinthal ve Myatt 1994, ss.45-62 içinde aktaran Yazıcıoğlu ve Koç 2009, s.499). Söz konusu uyumun düzeyi işletmelerin kurumsallaşma düzeyleri ile doğru orantılı olarak artacak ya da azalacaktır. Kurumsallaşma düzeyi yüksek olan işletmeler çevresel koşullara uyum sağladıktan sonra kurumda yer etmiş olan misyon, amaç, kural ve değerler ile çevrelerini etkileyerek, işletmenin işleyişini kişisel değer ve inançlardan uzak tutacaklardır (Bilgin, 2007:28).

Daha önce de belirtildiği gibi, kurumsallaşma, bütün sosyal yapılar için çok önemli olmakla birlikte, sağlık işletmeleri için çok daha önemlidir. İşletmelerde kurumsallaşmanın işareti, özel örgütsel formlara başvurulması ve örgütsel hayatın alanı olarak kabul edilen örgütsel sahanın oluşturulmasıdır (Yazıcıoğlu ve Koç 2009: 499). Sağlık işletmelerinin kurumsallaşmasının birinci adımı sağlık kurumunun anayasasının hazırlanmasıdır. Sağlık kurumu anayasası, esasen işleyişin kurallı hale gelmesini sağlayan ve ortakları aynı

zeminde buluşturan kuvvetli bir araç olacağı belirtilmektedir (Özkaya ve Şengül, 2006: 111- 112).

Kurumsal yönetim anlayışının temel unsurları olarak uluslararası alanda geçerli olan; adillik, sorumluluk, şeffaflık ve hesap verebilirlik olarak adlandırılan dört temel unsur belirlenmiştir. Kurumsal yönetimin bu dört temel unsuru, performans ölçümü ve geliştirilmesi esasına dayalı olarak birbirleriyle ilişkilendirilmekte ve böylece, hem işletmelerin hissedarları için değer yaratmakta hem de toplumsal değerlerle de uyumlu çalışması beklenmektedir (TKYD ve Deloitte, 2006: 4-5). Bu konudaki en etkin sivil toplum kuruluşlarından biri olan Kurumsal Yönetim Derneği'ne göre, kurumsal yönetimin evrensel kabul ve geçerliliği olan ana ilkeleri; adillik, hesap verebilirlik, şeffaflık ve sorumluluktur. Şekil 1'de görüldüğü gibi adillik, hesap verebilirlik, şeffaflık ve sorumluluktur (Kiracı ve Alkara 2009:174).

### Şekil 1. OECD Kurumsal Yönetim İlkeleri



**Kaynak:** OECD Kurumsal Yönetim İlkeleri, Aktaran Dökümbilek, 2010:13.

Bu ilkeler aşağıda kısaca açıklanmaktadır.

**Eşitlik (Adillik):** Bu ilke işletmenin tüm paydaşlarına eşit mesafede olmasını ifade etmektedir. Örneğin, azınlık payı sahiplerinin haklarının korunması ve sözleşme hükümlerine riayet edilmesi bu ilkenin gereğidir. Eşitlik/Adillik, işletme yönetiminin bütün hak sahiplerine karşı eşit davranmasını ifade etmektedir (Aktaş, 2013:8). Bu ilke, azınlık hissedarlar ve yabancı ortaklar da dâhil olmak üzere bütün hissedar haklarının korunmasını ifade etmektedir. Bu ilkeye göre; kurumsal yönetim çerçevesi, hissedarlık haklarını korumalı ve bu hakların kullanılabilmesini kolaylaştırmalıdır. Kurumsal yönetim ile hissedarlara eşit muamele yapılması güvence altına alınmalıdır. Bütün hissedarlar haklarının ihlali halinde yeterli telafi ya da tazminat elde etme imknına sahip olmalıdır (Pamukçu, 2011:135)

**şeffaflık:** İşletmenin tüm faaliyetlerin tam ve doğru bir şekilde kamuoyu ile paylaşılması şeffaflık ilkesinin temel vurgusudur. Mevcut pay sahipleri ile olası yatırımcıların şirket hakkında doğru bilgi sahibi olabilmeleri için mali tabloların zamanında ve doğru olarak paylaşılması gerekmektedir. Mali tabloların UFRS'ye göre hazırlanması da bu ilkenin bir gerekliliğidir (Aktaş, 2013:8). şeffaflık, ticari sır niteliğindeki ve henüz kamuya açıklanmamış bilgiler hariç olmak üzere, işletme ile ilgili finansal ve finansal olmayan bilgilerin, zamanında, doğru, eksiksiz, anlaşılabilir, yorumlanabilir, düşük maliyetle kolay erişilebilir bir şekilde kamuya duyurulması yaklaşımıdır. Bu ilke, faaliyet öncesini, faaliyetlerin devam ettiği süreci ve faaliyetler sonrasını kapsamaktadır. (Pamukçu, 2011:136)

**Hesap Verebilme:** İşletmeyi yöneten kişilerin hesap vermelerini sağlayacak denetim mekanizmaları kurulması ve yürütülen çalışmaların gerçekçi bir şekilde değerlendirilmesi bu ilkenin gereğidir. Yürütülen faaliyetlerden dolayı sorumsuz bir yöneticinin yanlış yollara sapması daha muhtemeldir. Hesap verilebilirlik, performansa dayalı kontrol sistemi ile mümkün olan ve yöneticiyi daha özenli olmaya iten bir ilkedir. (Aktaş, 2013:8)

**Sorumluluk:** Bu ilke ile şirket içi birimlerin sorumluluklarının ve şirketin dış paydaşlarına karşı sorumluluklarının belirlenmesi ifade edilmektedir. Böylece şirket, paydaşları için değer artırıcı faaliyetlerde bulunurken toplumsal sorumluluklarını da yerine getirmek durumunda olduğunu unutmayacaktır (Aktaş, 2013:8). Sorumluluk, işletme yönetiminin tüzel kişiliği adına yaptığı tüm faaliyetlerin ilgili mevzuata, esas sözleşmeye, işletme içi düzenlemelere, toplumsal ve etik değerlere uygunluğunu ve bunun denetlenmesini ifade etmektedir. Kurumsal yönetim ile işletmeler ve hissedarlar arasında etkin ve mali yapıyı güçlendirici bir işbirliğinin yapılması desteklenmelidir (Pamukçu, 2011:135).

## **1.2. Finansal Yönetim**

İşletmelerin esas amacı, kâr sağlamaktır ve bu sebeple çeşitli varlıklara yatırım yaparlar. Bu varlıkların elde edilmesi içinse gerekli fon kaynağı, firma tarafından oluşturulan nakit akışına göre sağlanmaktadır. Ancak yetmediği takdirde gerekli fon kaynağı tahvil ve hisse senedi sahiplerinden (yatırımcı) sağlanmaktadır. Bu nedenle

finansal yönetim, işletme yönetiminden bağımsız değildir. Finansal yönetim ile firmanın değeri maksimize edilerek, bu değeri belirleyen hisse senedi değeri de maksimize edilmiş olmaktadır (Demirkol, 2013:20). Finansal yönetim, bankalar ve diğer finansal kurumların yanı sıra endüstriyel ve perakende firmaları da dahil olmak üzere bütün iş çeşitleri için önemlidir. Finansal yönetim, okullardan, hastanelere, karayollarına kadar devlet kurumları için oldukça önemlidir (Özdemir, 1997:387).

Finansal yönetim bölümü, bir işletmenin yatırım, finans ve kâr payı kararlarından sorumlu olan birimdir. Günümüzde küçük ölçekli işletmeler dışında bu işletme fonksiyonunun bir kişi tarafından değil, işletme üst yönetimine doğrudan bağımlı olan ayrı bir bölüm tarafından yürütüldüğü göze çarpmaktadır. Finansal yönetim bölümünün temel amacı, artık kârı ya da kârlılığı maksimize etmek değil, işletmenin piyasa değerini veya işletme hissedarlarının servetini maksimize etmektir. Çünkü piyasa değerini maksimize etmek amacı hem getiri yanında risk boyutunu da göz önünde bulundurmaya sağlamakta hem de finans yöneticisinin sorumlu olduğu kararların (yatırım, finans ve kâr payı kararları) etkinlik derecesini ölçmeyi olası kılmaktadır. (Aktaş, 2013:3)

Finansal yönetim, işletmenin gereksinim duyduğu fonları en uygun koşullarla sağlamak, bu fonları korumak ve etkin olarak kullanımını sağlamaktır (Kolb, Rodriguez ve Carlin, 1996:2). Bunu gerçekleştirmek için finansal yöneticinin iyi yatırım olanaklarını bulması ve bunları firma için yüklenmesi gerekir. Yatırım için fonları sağlamak ve bunları iyi yatırımlara yatırmak kritik açıdan önemlidir

(Kolb ve diğeri, 1996:2). İşletme elde ettiği kârın ne kadarının dağıtılacağını, ne kadarının bünyesinde kalacağını finansal yönetim ile belirlemektedir. Finansal yönetimin birincil amacı kârı maksimum yapmak değil, işletmenin piyasa değerini en yükseğe çıkarmak yani hisse senetlerinin piyasa fiyatını arttırarak hissedarların servetini en üst düzeye çıkarmaktır (Demirkol, 2013:20).

Finansal yönetimin amacı, genelde işletme amaçlarıyla aynı doğrultudadır ve işletme amaçlarına zıt bir politika izlemesi söz konusu değildir. Bu genel amaç doğrultusunda, finansal yönetimin üç temel amacı vardır (Özdemir, 1997:2):

- İşletmenin yatırımları için gerekli olan varlıkların seçimi
- Bu varlıklara yatırılacak olan toplam fon (kaynak) miktarının belirlenmesi
- Bu yatırılacak fonların nasıl ve hangi kaynaklardan sağlanacağını kararlaştırılması.

Finansal yönetimin amacı özetle; firmanın net şimdiki değerini firma ortakları için maksimum kılmaktır. Anonim ortaklıklarda firmanın değerini hisse senedi yansıtmaktadır. Bu bakımdan finansal yönetimin amacı; firma ortaklıklarının, ortaklıktaki paylarının net şimdiki değerini maksimum kılmaktır (Özdemir, 1997:9).

## **2. FİNANSAL PERFORMANS YÖNETİMİ VE ÖNEMİ**

### **2.1. Performans Kavramı**

Performans, belirlenen amaçların gerçekleştirilmesi için gösterilen planlı tüm çabaların ve sonuçlarının nitel ya da nicel olarak

değerlendirilmesidir. Performans, bir objenin, öncelikleri belirlenmiş bir konuda belli bir süre içinde bir hedefe bağlı olarak sonuçlar üretme yeteneği olarak tanımlanabilmektedir (Erdil ve Kalkan, 2005:105) Performans, bir işi yapan bireyin veya işletmenin yapılan işle amaçlanan hedefe yönelik olarak nelerin yapılabildiği veya sağlanabildiğini gösteren nicel ve nitel olarak anlatımıdır (Canki, 2014:38)

Literatürde performansa yönelik yapılan tanımlara göre, genel olarak performans, işletmelerin misyon ve stratejilerine göre farklılık gösterebilen performans kavramında önemli olan, belirlenen hedefler doğrultusunda, firma stratejilerine uygun tanımın yapılmasıdır (Canki, 2014:38). Diğer bir açıklama ile performans; “hedeflere ulaşmada çıktılarının ve çıktılarının üretiminde kullanılan kaynakların ölçülmesi; belirlenen bir amaca ulaşma düzeyi; amaçlı bir faaliyetin verimliliği, etkililiği olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca etkililik, verimlilik, kalite, çalışma hayatının kalitesi, müşteri memnuniyeti, esneklik, yenilik, kârlılık, gibi bazı performans göstergeleri arasındaki karşılıklı ve karmaşık ilişkiler bütünü olarak da tanımlanmaktadır (Ağca ve Tunçer, 2006: 175-176).

Performansı oluşturan faktörler üretilen mal ve hizmetlere göre değişmektedir. Fakat performans literatürde değişmeyen faktörleri olarak ekonomiklik, verimlilik ve etkinlik kavramları kabul edilmektedir. Ekonomiklik, en az masrafla girdi kaynaklarını uygun kalitede elde etme olarak tanımlanmaktadır. Performans kavramı ve unsurlarında yaşanan değişim sürecinde, değişmeyen ve önemini kaybetmeyen tek boyut ise ekonomikliktir. Diğer bir ifadeyle



performans istenilen amacı en düşük maliyetli kaynaklarla ve en uygun zamanda gerçekleştirmeyi öngörür. Verimlilik, belli bir dönemdeki üretim faaliyeti sonucu gerçekleştirilen çıktı ile bu çıktının elde edilmesi için kullanılan girdi arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Etkinlik ise; işletmelerin amaçlarına ulaşmada yeterli olup olmadığını gösterir. Başka bir ifadeyle etkinlik, önceden belirlenen programın gerçekleştirilme derecesini saptamaktadır (Canki, 2014:37).

İşletmeler rekabet güçlerinin farkına varabilmek ve faaliyetlerinin etkinliğini arttırabilmek için var olan durumlarını nitel ve nicel olarak belirleyebilmelidir. Performans bir faaliyetin sonucunda varılan noktayı hem nitel hem de nicel olarak belirleyen bir kavramdır. Draft (1997) göre performans bir işletmenin kaynaklarını etkin ve verimli kullanarak amaçlarına ulaşabilme yeteneğidir. Performans konusu, özellikle sağlık sektörüne büyük miktarlarda kaynak ayıran gelişmiş ülkelerde geniş çapta ilgi odağı olmuştur. Hızla artan maliyetlerin kontrol edilmesi gereğinin kaçınılmaz bir gerçek ve sorumluluk olduğundan hareketle, sağlık bakım hizmeti sunan örgütler ve hizmet sunucu grupları (örneğin hekimler), teknik performans anlamında mercek altına yatırılmaya başlanmıştır (Çam, 2008: 32).

Son dönemlerde sağlık hizmetlerinde performansa olan ilginin arttığı görülmektedir. Sağlık sektöründe rekabetin ve maliyetlerin artması ve bu konuda kamuoyunda farkındalığın oluşmasıyla açıklanmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin üretiminde büyük bir paya sahip olan, pahalı tıbbi teknoloji yanında yoğun işgücü istihdam eden ve sağlık harcamaları içinde önemli paya sahip olan

hastanelerde, mevcut kaynaklarla artan talebe cevap vermenin oldukça güçleşmesi ve maliyetlerin hızla artması performans analizlerinin yapılmasını gerekli kılmaktadır. Özellikle rekabetin artmakta olduğu hastane sektöründe hastaların ihtiyaçlarını miktar, kalite ve hizmet olarak en iyi düzeyde karşılayabilmek, hastanenin gerçek amaçlarına uygun doğru işleri, doğru biçimde yapmak, sürekli gelişimi yenileşmeye eşzamanlı olarak sağlamak, çalışanların iç doyumunu yükseltmek, yönetimi kontrol eden değil yönlendiren niteliğe kavuşturmak gibi temel amaçlar söz konusudur (Kırılmaz, 2013: 12-13).

## **2.2. Performans Ölçme ve Değerlendirme**

Daha önce de açıklandığı gibi, performans, bir işletmenin başarısını, amaçlarına ulaşma düzeyini tanımlayan bir kavram olarak ifade edilmektedir. Dolayısıyla bir işletmenin başarısı ve devamlılığı ise performans ölçümüyle belirlenebilmektedir. İşletmeler performanslarını ölçerek tüm kaynaklarını ne kadar başarılı bir şekilde çıktığı haline getirdiklerini ölçebilmektedirler (Canki, 2014:38).

Ölçme, herhangi faaliyetin ölçülmek istenen özelliğinin, bu özelliğin ölçülmesine yarayan bir standart ile aslına uygun olarak betimlenmesi olarak tanımlanabilir. Performans ölçümleri işletme performansının geliştirilmesinde önemli bir etmendir (Ünal, 2013:85). İşletmelerin var olan durumlarının belirlenmesinde ve geleceğe yönelik etkili adımlar atabilmesi bağlamında performans ölçümü giderek önem kazanmaktadır. Bir faaliyetin etkenliğinin ve etkinliğinin belirlenmesi için kullanılan kriterler performans

ölçütleridir ve bu ölçütlerin içinde yer aldığı sisteme de performans ölçüm sistemi adı verilmektedir (Aslanertik, 2007: 54).

Performans ölçümü, “bir kurumun önceden belirlenen amaçlara ve hedeflere göre ortaya çıkan ürünleri, hizmetleri ve/veya sonuçları birlikte değerlendirmesine yönelik analitik bir süreçtir. Performans ölçümü, örgütün hedeflerinin tanımlanması ve bu sürecin çalışanlara neler sağlayabileceğini göstermesi açısından son derece önemlidir (Karaman, 2010:102). İşletmelerin performansları; sermaye yapısı, örgüt yapısı ve faaliyet süreçleri gibi pek çok alanda değerlendirilebilmektedir. İşletmeler performanslarını değerlendirirken gerek mevcut kabiliyet ve kalitelerini gerekse de sahip olunması gereken kabiliyet ve kalite düzeyini de tespit etmeyi istemektedirler. İşletmeler finansal performans ölçümlerini çeşitli nedenlerle incelemektedirler. Bu nedenler; kaynak kullanım tercihlerini belirlemek ve etkin hale getirmek, dönemler ve an itibarıyla işletmenin durumu hakkında bilgi sahibi olabilmek, işletmenin finansal olarak nerede olduğunun belirleyebilmek ve gerek sektördeki diğer işletmelerin durumları gerekse de kendi işletmelerinin zaman içindeki durumu ile karşılaştırabilmek olarak sıralanabilmektedir. (Sayman, 2012:123)

Performans ölçümü bir grup iş, program, ya da örgütün başarısını belirlemek için önceden planlanmış olanla şu anda elde edilen sonuçların karşılaştırılmasıdır. Performans ölçümü amaçlanan hedeflere ne kadar yaklaşabildiğimizi anlamamıza yaramaktadır. Performans ölçütü spesifik olarak tespit edilmiş kantitatif kapasite, süreç ya da çıktıyı ifade etmektedir. Bu nedenle, performans

ölçütünün geçerli, güvenilir, ihtiyaca cevap verebilen, fonksiyonel, üçüncü şahıslarca kabul edilebilen, anlaşılır, her an kullanılabilir olması gereklidir (Kavuncubaşı ve Kısa, 2003: 253). Performans ölçümü özel sektör tarafından geliştirilmiş bir uygulama olup, özellikle imalat alanında faaliyet gösteren kurumlarca yaygın olarak kullanılmaktadır. Üretim faaliyetlerinin iyileştirilmesi ve verimliliğin artırılmasına yönelik olarak hammaddenin elde edilmesinden işlenmiş ürünün son kullanıcıya ulaştırılmasına kadar geçen süreçte kullanılan bir yönetim aracıdır. (Köseoğlu, 2005:12)

Performans yönetimi uygulamalarının amacına ulaşabilmesi için sürekli geribildirim esastır. Bilgilendirmenin devamlılığının sağlanması, hedeflere ulaşmada kaydedilen aşamaların ve karşılaşılan düşük performans örneklerinin değerlendirilene iletilmesi, değerlendirilenin gelişimi için çok önemlidir. Dönem boyunca değerlendirilene sürekli geribildirimde bulunmak yöneticinin önceliği olmalıdır. Ancak geri bildirim vermek sadece yöneticilerin sorumluluğu değildir. Seçilen performans izleme yöntemi doğrultusunda, herkes bir başkasının performansını izleyerek geri bildirimde bulunmalıdır. (Özer, 2010:147)

Değerlendirme sürecinde ölçüm sonuçları alınır ve belirlenmiş standartlarla karşılaştırılır ve istenen sonuca ulaşıp ulaşılamadığına bakılır. Performans değerlendirme süreci, bir işletmenin faaliyetlerini sürdürebilmek için gerekli olan kaynakların ve elde edilen sonuçların, bilimsel ve sistematik olarak analiz edilmesi ve raporlanması olarak tanımlanabilmektedir (Canki, 2014:39).

Performans değerleme faaliyetleri sonucunda belirli bir girdinin hangi çıktıyı vereceği belirlenmektedir. Buna göre performans yönetiminde işletmelerin beklenen ekonomik değeri sağlayıp sağlamadıkları ve gereken faydayı gerçekleştirip gerçekleştirmedikleri önem kazanmaktadır (Sayman, 2012:120). Dolayısıyla performans yönetimi belirlenen amaçlarla ilgili olarak performansın ölçülmesini, geri bildirim ve işletmenin stratejisini ortaya koymaya çalışan alandır. Başka bir ifadeyle performans yönetimi, işletme performansının ölçülmesinde kullanılacak bütün işlemlerin belirlenmesi, ölçüm faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi ve ölçümlerin işletme amaçlarının gerçekleştirilmesi için kullanımının yönetilmesi faaliyetidir. (Zerenler, 2005:3)

Performans lmnn yapılabilmesi için performans kriterlerine ihtiyaç vardır. Performans kriterleri etkililik ve etkinlik temelinde; girdi, çıktı, verimlilik sonuç ve kalite göstergeleri olarak sınıflandırılabilir. Girdi, ıktı ve verimlilik göstergeleri kurumun kaynak kullanımındaki etkinliği hakkında bilgi verirken, sonuç ve kalite göstergeleri ise amaçlara ulaşmadaki etkililik hakkında bilgi vermektedir. Girdi, rn ya da hizmetin üretilmesi için gereken beşeri, mali ve fiziki kaynakları, çıktı ise üretilen ürün ya da hizmetin miktarını ifade etmektedir. Verimlilik ise kullanılan girdiler ile üretilen çıktı arasındaki oransal bir ilişki ile tanımlanır. Kaynak kullanımındaki etkinlik açısından kullanılan girdilerin düşük, üretilen çıktının yüksek ve verimliliğin yüksek olması arzulanır (Güran, 2005: 132).

Performans yönetiminde, kuruluş performansından bireysel performansların planlanması, yönlendirilmesi, güdülenmesi ve değerlendirilmesine kadar, her aşamada artan düzeyde ölçüm verilerine ihtiyaç duyulmaktadır. Performans ölçümleri, performansın geliştirilmesinde önemli bir güdüleyicidir. (Özer, 2010:10)

Performans ölçümünün başarılı olabilmesi için öncelikle işletmeler ana hedeflerini belirlemeli ve sistemin içerisindeki herkes sahip olduğu sorumluluğu bilmelidir. Belirlenmiş olan gruplar ana hedeflere bağlantılı olarak kendi performans hedeflerine sahip olmalıdır. Grupların hedefleri açık, anlaşılabilir ve ulaşılabilir olmalıdır. Çalışanlar ise sürekli eğitilmeli ve yönlendirilmelidir (Carney, 1999:4).

Performans, amaçlı ve planlanmış bir faaliyet sonucunda elde edilen sonucu, nicel veya nitel olarak ifade edilen bir kavramdır. İşletmeler performans çalışmalarıyla; şu andaki durumlarını nerde olmaları gerektiğini ulaşabilecekleri optimal noktayı bulmayı amaçlarlar. Başka bir ifadeyle belirlenmiş bir hedefe ulaşım seviyesinin bir göstergesidir. Bu nedenle işletmeler değerlendirmelerini işletme performansı ve finansal performans yönünden değerlendirirler. Finansal performans ölçümlerinde (Kabakçı, 2007:83);

- Öz sermaye ve borçlanma düzeylerini irdelerler. Likiditelerini aktiflerini gözden geçirirler.
- Performans düzeylerini yıllar itibarıyla ele alarak değerlendirirler

- Performans ölçüm ve çalışmalarını rakip işletmelerin performans düzeyleriyle karşılaştırırlar.

Yöneticiler değerlendirme yaparken genellikle finansal ölçütlerden yararlanmaktadır. Çünkü finansal ölçütler, finansal olmayan ölçütlere göre ölçülmesi ve yorumlanması daha kolaydır. Dolayısıyla muhasebe sistemi tarafından sunulan ve geçmiş yıllarda alınmış kararların sonuçlarını gösteren sonuçlara daha fazla üzerinde durulurken, gelecekte işletmenin performansının nasıl olacağına dair ölçütlere çok fazla önem verilmemektedir (Wheelen ve Hunger, 2002:250). Ölçütler ise daha çok karlılık, piyasa değeri, satışlar gibi değerler üzerine odaklanmıştır. Fakat günümüzde finansal konular yanında finansal olmayan performans ölçütleri de kullanılmaktadır. Müşteri ve tedarikçi memnuniyeti, itibar, kalite gibi finansal olmayan performans ölçütleri kullanılmaktadır (Yıldız, 2010:181). Belirlenen bu ölçütler sektörün ve baz alınan işletmenin özelliklerine göre farklılık göstermektedir. İşletmeler finansal performans ölçümü yaptığında objektif verilerden yani nicel ölçütler kullanarak, finansal olmayan performans ölçümünde ise işletme beklentilerine göre performans hakkındaki subjektif verilerden oluşturulmaktadır. İşletmeler uygulamadaki kolaylığı ve yorumlamada ki objektifliği açısından finansal performans ölçüm yöntemleri daha yaygın olarak kullanılmaktadır.

İşletmelerde performans ölçümü bir yönüyle yönetim aracı diğer yönüyle işletmenin hissedarlarına hesap verme sorumluluğunu yerine getirmektedir. Performans yönetimi nihai olarak işletmelerin hesap

verme sorumluluğu ile ilgili bir konudur ve söz konusu işletmelerin ürettiği çıktıları ve ulaştığı sonuçları yönetmesini ifade etmektedir. Bu açıdan işletme performansının etkin bir şekilde yönetilmesinde performansın ölçülmesi ve performans ölçütlerinin tespit edilmesi önemli rol oynamaktadır. Performans ölçümü sonucunda elde edilen sonuçlar işletmenin daha etkin bir şekilde yönetilmesi sağlamaktadır ve aynı zamanda işletme dışına hesap verme sorumluluğu çerçevesinde oluşturulan raporlamaya yardımcı olmaktadır. Dolayısıyla işletmelerin yürüttüğü faaliyetlerde hedeflenen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığı, hizmetlerinin verimli, etkin ve karlı bir düzeyde gerçekleşip gerçekleşmediği konularının değerlendirilmesinde performans ölçümü önemli bir yönetim aracı olarak kullanılmaktadır (Canki, 2014:42).

İşletme performansının ölçümünde en çok kullanılan ölçütler karlılık ölçütleridir. Karlılık finansal performansın en önemli boyutu olarak ele alınmaktadır. Çünkü karlılık işletmelerin likiditelerini ve sermaye yapılarını etkilemektedir (Ünal, 2013:85). İşletme performansının tüm boyutlarıyla tam olarak ölçülebilmesi için çok çeşitli performans ölçütlerinin oluşturulması gerekmektedir. Performans ölçüm sistemlerinin oluşturulması üç aşamada ele alınabilir. Bunları kısaca şu şekilde özetlemek mümkündür (Aslanertik, 2007: 54-55):

1. Tasarım: İşletmelerin stratejik amaç ve hedefleri doğrultusunda ölçütlerin tasarımı yapılmaktadır.



2. Uygulama: Performans ölçümünün tam ve düzenli olarak gerçekleştirilebilmesi için verilerin toplanmasını, bilgiye dönüştürülmesini, yorumlanmasını ve raporlanmasını içermektedir.

3. İzleme: Belirlenen ölçütlerin etkin olup olmadığının, stratejilerin başarılı olarak gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğinin belirlenebilmesi için sistemin, uygulamaların izlenmesi, denetlenmesi sürecidir. Eğer sistem bekleneni veremiyorsa gerekli iyileştirmelerin ve geliştirmelerin yapılması gerekmektedir.

### **2.3. Performans Yönetimi**

Performans yönetimi, bir kurum veya örgütün en yüksek stratejik önceliklerini belirleme ve bu öncelikleri örgütün en üst seviyesinden tabana, örgütün tüm birimlerine ve çalışanlarına yayarak stratejik çıktılara dönüştürme ve optimum sonuç alma süreci olarak tanımlanmaktadır (Ünal, 2013:93). Performans yönetimi, yeniden yapılanmanın yöneleceği ve örgütleneceği bir takım amaçlardan, bu amaçlara ulaşabilmek için izlenecek yol ve benimsenecek yaklaşımlardan, bu yaklaşımları etkili kılacak olan kurumsal düzenlemelerden ve bütün bunları destekleyip, besleyen bir performans bilgi sisteminden oluşmaktadır (Güran, 2005: 62).

Performans yönetimi; örgütlerde tüm çalışanları performansın sürekli gelişimini hedefleyen ortak amaçlarda birleştirmeyi ve bu amaçlara ulaşmak için gerekli planlama-ölçme-yönlendirme-kontrol işlevlerini, yönetimin diğer işlevleri ile eşgüdümlü olarak yürütmeyi öngören bir yönetim biçimidir (Ateş ve diğerleri, 2007: 310).

Performans yönetimi, kurumların inceleme konusu yapılan hesap verme sorumlulukları hakkındaki meseleler ve kurumlarca elde edilen çıktılar ve sonuçlardır (Aral, 2001: 3).

Performans yönetimi; istenen amaçlara doğru yöneltmek için örgütün mevcut ve geleceğe ilişkin durumları ile ilgili bilgi toplama, bunları karşılaştırma ve performansın sürekli gelişimini sağlayacak yeni ve gerekli düzenlemelerle ilgili etkinlikleri planlama, başlatma, sürdürme ve geliştirme görevlerini üstelenen bir süreç olarak tanımlanabilir (Benligiray, 1999: 27 ve Zerenler, 2005: 2). Bir başka şekilde performans yönetimi, gerçekleştirilmesi istenen örgütsel amaçlara ve buna bağlı olarak personelin ortaya koyması gereken performansa ilişkin ortak bir anlayışın örgütte yerleştirilmesi ve personelin bu amaçlara ulaşmak için gösterilen ortak çabalara çalışmalarıyla yapacağı katkıyı arttırıcı bir şekilde yönlendirilmesi, değerlendirilmesi, ödüllendirilmesi ve geliştirilmesi süreci şeklinde tanımlanabilir (Benligiray, 1999: 27).

Yukarıda yapılan tanımlar çerçevesinde performans yönetimi anlayışının temel bileşenlerini; görev tanımı ve hedeflerin (misyon ve vizyon) belirlenmesi, hedeflere ulaşmaya yönelik hedef ve stratejilerin oluşturulması ve bu hedeflere ulaşma derecesini gösteren performans değerlendirmesi olarak ifade edebiliriz. Dolayısıyla performans yönetimi yaklaşımı açısından, geleneksel kamu yönetimindeki girdilere odaklı anlayış tam tersine, çıktılara odaklı bir yaklaşımın benimsenmesi söz konusudur (Ünal, 2013:93).

Performans yönetiminden beklenen yararlar; faaliyetin planlara uygunluğunu sağlar, geleceğe yönelik eylem planı için özgün veri sağlar, kıyaslamalar sayesinde en iyi uygulamaların belirlenmesini ve benimsenmesini sağlar, ödül sisteminin işletilmesine zemin oluşturur, motivasyonu artırır, iyileştirme önceliklerini gösterir (Ünal, 2013:93).

Performans yönetiminin işletmelerde temel amacı; örgütsel amaçlarla ve stratejilerle performans değerlendirme arasında bağlantı kurmak, örgütün kültürünü güçlendirmek, personelin katılımını sağlamak, etkili gruplar geliştirmek, etkili idari kararlar vermek ve personelin performansını arttırmak ve sürekli gelişimini sağlamaktır. Bu amaçların gerçekleştirilmesi sonucunda işletmelerde var olan insan kaynaklarından en etkili ve verimli bir şekilde yararlanabilecekler, örgütsel etkililiği arttırabilecekler ve rekabet avantajı kazanabileceklerdir (Benligiray, 1999: 30).

### **3. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE PERFORMANS DEĞERLEME VE FİNANSAL PERFROMANS**

#### **3.1. Sağlık İşletmelerinde Performans Değerleme**

Günümüzde artan rekabet koşullarında işletmelerin başarılı olabilmeleri etkin bir performans değerlendirme sistemine sahip olmalarıyla yakından ilişkilidir. İşletmeler, varlıklarını sürdürebilmeleri ve rakiplerine üstünlük sağlayabilmeleri için stratejilerini gerçekleştirilebilir hedeflere dönüştürmeleri ve bu dönüşümleri ölçmeleri gerekmektedir. Bu anlamda örgütsel performansın sistematik olarak ölçülmesi sürekli değişmelerin ve

gelişmelerin yaşandığı 1990'lü yıllardan itibaren temel rekabet faktörü haline gelmeye başlamıştır (Ağca ve Tunçel, 2006, 175).

Sağlık sektörü açısından bakıldığında, sağlık çalışanlarını motive etmek, onların daha verimli işler yapmasını sağlamak ve kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmek için ölçülebilir hizmet tanımlamaları yapılmak zorundadır. Performans yönetimi için bu tanımlamaların tartışmaya fırsat vermeyecek şekilde net olarak yapılmış olması gerekmektedir. Bu amacı gerçekleştirmek için farklı performans ölçütleri üzerinde durulmaktadır. Hizmet sunulan insanların mutluluğunu sağlamak, daha iyi bir sağlık düzeyi (çıktı) elde etmek, iyi tanımlanmış kaliteli bir sağlık hizmet sunum sürecine uymak, bu hizmeti sunmak için kullanılan alt yapı, insan ve malzeme kaynaklarında (girdi) tanımlanmış normları yerine getirmek bu ölçütlerin başlıcalarıdır (Ateş ve diğerleri, 2007: 266 ve Ünal, 2013: 93-94).

Geleneksel performans değerlendirme yöntemlerinde, işletmelerin performanslarını değerlemek için “kârlılık” ve “büyüme” gibi daha çok niceliksel(finansal) göstergeler kullanılmaktadır. Eğer işletme kâr ediyor ve satışlarda bir önceki dönemlere göre artışlar söz konusu ise içeride çoğu zaman pek sorun algılanmaz. Bu yaklaşım, günümüzde performans ölçümü önündeki en önemli engellerden biri olarak değerlendirilmektedir (Ünal, 2013: 95). Geleneksel ölçüm sistemlerinin tüm bölümlerde kullanılan önceden belirlenmiş standart biçimi, esnekliğe imkân vermemekte ve her bölümün kendine ait önceliklerini ortadan kaldırmaktadır. Finansal ölçümlerin kullanımındaki zorlukların başında finansal ölçütlerin sayısının fazla

olması nedeniyle hangi ölçütlerin kullanılacağına karar vermede çekilen güçlük olarak ifade edilmektedir. Ayrıca, ölçüm ve raporlar ortaklara yönelik gerçekleştirildiği için çalışanlar, tedarikçiler, devlet, kredi verenler ve endüstri gibi diğer menfaat grupları dikkate alınmamaktadır (Ağca ve Tunçel, 2006: 176-177).

Hastaneler, sağlık ve insan yaşamı gibi talep elastikliği olmayan hizmetlerin verildiği bu nedenle maliyet ve etkinlik hesaplarının pek geçerli olmadığı kuruluşlardır. Hastanelerde verilen tıbbi hizmetin üstün gerekleri ve kamusal düzenin mevzuat kısırlıkları bir araya geldiğinde özellikle kamu hastanelerinde ciddi yönetim ve kontrol sorunları gözlenmektedir. Bu sorunlar hastanelerde sağlıklı bir performans değerlemeyi de zorlaştırmaktadır. Hastane yönetimi, politikanın öngördüğü hizmetin gereklerini, geliştirme planlarını ve kontrollerini içeren aşamaları, hedefleri, sorumlulukları belirler. Bu planlama projesinde aşağıdaki aşamalar izlenir (Çam, 2008: 41-42):

1. Mevcut durumun analizi
2. Bölümlere duyurulması
3. Uygulamayla ilgili bölüm görüşlerinin alınması
4. Bölümlerden gelen görüşlerin entegrasyonu
5. Hastane iletişim ve performans iyileştirme politikasının hazırlanması
6. İzleme ve değerlendirme faaliyetleri
7. Tepe yönetim değerlendirmesi
8. Yönetim gözden geçirme toplantı kararları
9. Veritabanına kayıt

Sağlık organizasyonlarının etkin ve verimli hizmet verebilmesi idari ve genel personelin ortak misyon ve vizyonlarını gerçekleştirebilmeleri periyodik olarak performans değerlendirme ve kontrollerinin yapılmasına ve sonuçların doğru şekilde, doğru yorumlanmasına bağlıdır. Hastane ve sağlık kurumları açısından bakıldığında çeşitli teknik performans göstergelerinden söz edilebilir. Bu performans göstergeleri ile işletmenin geçmiş yıllardaki faaliyet sonuçları (iç analiz), benzer işletme faaliyet sonuçları (sektör ortalamaları) hakkında bilgi edinilebilir. Bu oranlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Tuncer, 2008: 83 ve Ünal, 2013: 105-109):

### 1. Giren hastalar

Girenlerin miktarı en az bir gece kalmak zorunda olan ve hastanede geçici olarak kaldıkları süre içinde tıbbi tedavilerini orada yaptırmak için hastaneye bir yıl içinde kabul edilen hastaların miktarıdır.

### 2. Çıkan Hastalar

Sene içinde çıkanların miktarı, hastaneden ayrılan hastaların sayısını (iyileşme ve tedaviden sonra), başka bir sağlık kurumuna veya sosyal kuruma gönderilen hastaların sayısını ve ölen hastaların sayısını kapsamaktadır.

### 3. Yatak Sayısı

Hasta yatağı, özel personeli, gerekli teşhis ve tedavi araçları bulunan ve hastaların kullanımına hazır bulundurulmuş yataktır.

#### 4. Hasta Günü

Hastanede yatılan gün sayısı, hastanın hastanede kaldığı günlerin toplamıdır. Hesaplanmasında hastanın giriş günlerinden yalnız girdiği gün sayılır çıkış günü sayılmaz hastanın çıkış tarihinden giriş tarihi çıkarılarak elde edilir. Aynı gün yatıp çıkan hastanın hasta günü 1 gün olarak kabul edilir.

#### 5. Ortalama Kalış Günü Oranı

Bir hastanın hastanede kaldığı ortalama gün sayısıdır. Dönem içinde yatılan toplam günün, dönem içinde taburcu olan ve ölen hasta sayısının toplamına oranlanmasıyla bulunur.

#### 6. Yatak İşgal Oranı

Bir hastanede bulunan hasta yataklarının kullanımda olduğu ortalama sürenin oranıdır. Diğer bir ifadeyle hastane yataklarının hangi oranda kullanıldığını gösterir.

#### 7. Kapasite Kullanım Oranı

Hastanelerde kapasite, hastanenin hizmet sunma potansiyelini ifade eder ve birçok ölçüyle tanımlanabilir. Bunlardan en önce geleni, hastanenin genişliği ya da büyüklüğüdür. Hastane işletmeleri emek yoğun işletmeler olduğu için, hastane büyüklüğü istihdam edilen personel sayısı ile de belirlenebilir. Başka bir kapasite ölçüm oranı ise yatak kullanım oranıdır. Bu oran kullanılan yatak sayısının toplam yatak sayısına bölünmesiyle elde edilir. Sonuç kullanılan kapasiteyi verir.

#### 8. Poliklinik Hizmet Oranı

Hekimlerin verdikleri poliklinik hizmet sayısını gösterir.

#### 9. Operasyon Hekim Oranı

Hekimlerin gerçekleştirdikleri operasyon hizmet sayısını gösterir.

#### 10. Yatak Devir Hızı Oranı

Yatak başına düşen hasta sayısını belirleyen orandır. Hastane yataklarının etkin ve ekonomik kullanılıp kullanılmadığını analiz etmekte kullanılır.

#### 11. Yatan Hasta Oranı

Yatan hasta oranı, yatan hasta sayısının, ayakta tedavi edilen hasta sayısına oranlanmasıyla bulunur. Belli bir dönemde (4 ay veya 1 yıl) hastanede yatan toplam hasta sayısı, acil servis ve poliklinikten başvuran toplam hasta sayısına bölünür ve sonuç 100 ile çarpılır.

#### 12. Yatak Devir Aralığı Oranı

İki yatak işgali arasında bir yatağın ortalama kaç gün boş kaldığını gösterir.

#### 13. Gelir-Gider Oranı

Gelirin giderleri karşılama oranını gösterir

#### 14. Gider Hasta Günü Oranı

Hasta günü başına yapılan gideri gösterir



## 15. Hastane Büyüklüğü

Hastane büyüklüğü ile maliyetler arasında ters orantılı bir ilişki vardır. Hastanelerin büyümesiyle hizmetlerin verilmesinde uzmanlaşma artacaktır. Bu durumda verimlilik artacak ve maliyetler düşecektir. Büyüklüğün maliyetlerle ter orantılı olmasının diğer nedeni ise sabit maliyetlerdir. Yardımcı hizmet yeri maliyetleri için maliyet düşürücü yöntemler kullanılabilir.

## 16. Teknolojik Düzey

Hastanelerde teknoloji hastaların iyileştirilmesinde kullanılan yöntem ya da yöntemler birleşimidir. Tedavide kullanılan diğer alet ve teçhizat ise teknolojiye hizmet eden araçlardır. Hastanelerde esas konu teknolojinin olup olmaması değil, düzeyidir. Teknolojik düzey büyük hastanelerde daha yüksektir. Teknolojik düzeyde iyileşme iki sonuç ortaya çıkarır, birincisi teşhis ve tedavide yeni araç ve gereçlerin kullanılması ve bunları kullanabilecek bilgiye sahip doktora gereksinim duymasındır. İkincisi, hastaların yüksek teknolojiye sahip hastaneleri tercih etmesidir.

## 17. Hizmet Kalitesi

Hastanelerin hizmet kaliteleri arasından farklılıklar olabilir. Bir hastanenin hizmet kalitesini ölçebilmek için pek çok faktör vardır. Bunlardan biri, tıbbi ve cerrahi ölüm oranı ile başarılı bir ameliyat sonrası ortaya çıkan kötüleşme (komplikasyon) oranıdır. Bu iki oran en fazla kullanılan kalite ölçüm oranlarıdır.

## 18. Atıl Kapasite

Bu oran yatağın boş kaldığı gün miktarıyla belirtilen ortalama süreyle ilişkilidir. Başka bir deyişle bir hastanın çıkışıyla başka birinin girişi arasında geçen ortalama süredir. Bu süre, sene içinde hastanede kalınması mümkün olan toplam miktardan fiilen hastanede kalınan günleri çıkararak ve aynı yıl içinde toplam çıkanlar miktarına bölünerek elde edilir.

### **3.2. Sağlık İşletmelerinde Finansal Performans Ölçümü ve Önemi**

Sağlık kurumlarında performans ölçüm ve denetimlerinin; sağlık işletmelerinin varlığını devam ettirebilmeleri için işletmede performans ve verimlilik anlayışı oluşturup devam ettirmek, performans yönetiminde kontrolü geliştirmek, planlama yeteneğini arttırmak, mevcut ve muhtemel sonuçlarını önceden tespit ederek gerekli tedbirleri almak, gerçekleştirilen faaliyetlerin sonuçlarını değerlendirerek elde edilen bilgilerin her seviyeye iletilmesini sağlamak ve yöneticiler ile çalışanları amaçlara motive etmek gibi rolleri vardır. Ayrıca performans ölçümünün amacı bilgi sağlamaktır (Özgülbaş, 2005:12 ve Toprak, 2013:26). Bunun yanı sıra; Sağlık kurumlarında finansal performansın değerlendirilmesi, hastane yönetiminin temel sorumlulukları arasındadır. Finansal performans yöneticilerin örgütsel amaçlarına ulaşmak için ihtiyaç duyduğu bilgiler açısından önemlidir. Bu bilgiler zamanında elde edilmeli, eksiksiz ve doğru olmalıdır (Özgülbaş ve diğerleri, 2000).

Bununla birlikte, performans ölçümü, özel sektör tarafından geliştirilmiş bir uygulamadır. Bugünün küresel rekabet şartları;

performans ölçülerinin de (zaman, esneklik, kalite vb.) bir işletmede kullanılmasını gerekli kılmaktadır. Çünkü performans ölçümü işletmedeki stratejik karar vermeyi etkilemektedir (Aydeniz, 2009). Performans ölçümünden beklenen başlıca faydalar ise aşağıdaki gibi sıralamaktadır (Köseoğlu, 2005);

- Hesap verme sorumluluğu
- Müşteri beklentilerine cevap verme
- Stratejik planlama
- Bütçeleme ve kaynak tahsisi

Bu konu bir hastane açısından ele alındığında, finansal performansın yüksek olması hastanelere;

- Finansal kaynakları etkin kullanmak,
- Finansal riski azaltmak,
- Finansal başarı ve diğer hastanelere göre durumunu belirlemek,
- Makro ve hastane bazında finansal planlara veri sağlamak,
- Reform çalışmaları için veri sağlamak ve oluşturulacak politikalara ışık tutmak,
- Reform çalışmaları kapsamında mevzuatın şekillenmesi için veri sağlamak,
- Hızlı değişime ve getirdiklerine karşı hazırlıklı olmak,
- Gelecekte, alternatif finansman ve yatırım alternatifleri yaratabilecek finansal güce sahip olmak,

gibi katkılar sağlamaktadır (Özgülbaş ve Koyuncugil, 2009).

Hastane işletmelerinin özellikle varlıklarını sürdürebilmek için finansal performanslarını yüksek tutmaları gereklidir. Finansal performans kimi yazarlara göre kar elde etme olarak algılanmakta, kimi yazarlarca da finansal oranlarda istenen seviyelerin yakalanması olarak ifade edilmektedir (Gider, 2011: 89).

### **3.3. Sağlık İşletmelerinde Finansal Performans Ölçümünde Kullanılan Yöntemler**

Finansal performansı ölçmek amacıyla geliştirilmiş modellerin uygulanmasında teknik açıdan en önemli konu ölçümlerin niçin, nerede ve kim için yapıldığına bağlı olarak kullanılacak ölçüm göstergelerinin seçimidir. Modellerde yeterince çok, yineleyici olmaya, doğru, düzenli ve karşılaştırılabilir nitelikteki verilerle ölçülebilen ve gerçekten önemli olan kullanımına özen gösterilmelidir (Özgülbaş, 1999: 478).

#### **3.3.1. Rasyo Analizi**

Uygulamada kullanılan birçok yöntem ve model olmasına rağmen, bunların sağlık sektöründe kullanımı oldukça kısıtlıdır. Hastanelerde finansal performansı ölçmede en yaygın olarak kullanılan yöntem finansal rasyo analizi yöntemidir. Finansal rasyo analizi hastanelerin bilançoları, gelir tabloları ve diğer finansal raporlarından yararlanılarak bu tablolardaki kalemler arasındaki ilişkilerin incelenmesi şeklinde gerçekleştirilir (Özgülbaş, 1999: 478).

Yatırımcı açısından geleceğin tahmini, finansal tabloların analizi demektir. Yönetim açısından finansal tablolar analizi hem gelecekteki

koşulları tahmin etmenin bir yolu olduğu için ve hem de gelecekteki durumları etkileyecek faaliyetleri planlarken bir başlangıç noktası olması nedeniyle daha önemlidir. Bir işletmenin ya da hastanenin finansal oranlarının analizi genel olarak firma değerlemesinde ilk aşamadır. İşletmelerin kasa ve diğer cari varlıkları ile cari yükümlülükleri arasındaki ilişkiyi gösteren "likidite rasyoları", işletmenin varlıklarını ne ölçüde etkin olarak kullandığını ölçen "aktif yönetimi rasyoları", firmanın ne ölçüde borçla finansmana başvurduğunu gösteren "borç yönetimi rasyoları" ve kârlılık düzeyini ölçen "kârlılık rasyoları" temel finansal oranlardır. Finansal performans analizlerinde pek çok finansal oran kullanılmakla birlikte Özsermaye Getiri Oranı (Return On Equity-ROE) , Toplam Aktiflerin Getiri Oranı (Return On Assets-ROA), Net Kâr Marjı gibi oranlar en çok tercih edilen ölçümler olarak dikkat çekmektedir (Gider, 2011: 89).

Sağlık performansını ölçmede ve değerlendirmede kullanılan finansal rasyolardan bazıları çok standart hale gelmişlerdir ve performans değerlendirmesinin ayrılmaz parçası olmuşlardır. Bu standart rasyoların yanında finansal analistler tarafından kullanılan farklı rasyolar da mevcuttur. Sağlık kuruluşlarının finansal performansını ölçmede kullanılan finansal rasyoları dört grupta toplamak mümkündür. Ayrıca bu rasyolardan sağlık sektöründe en çok kullanılanlar aşağıdaki gibidir (Özgülbaş, 1999:478-479 ve Ünal, 2013:115-116):

- Sermaye Yapısını Gösteren Rasyolar
  - \*Borç- Özsermaye Oranı
  - \*Borç- Toplam Varlık Oranı
  - \*Özsermaye- Toplam Varlık Oranı
- Karlılık Durumunu Gösteren Rasyolar
  - \*Kar Marjı
  - \*Özsermayenin Karlılığı
  - \*Yatırımın Karlılığı
  - \*Kaynakların Karlılığı
- Likidite Durumunu Gösteren Rasyolar
  - \*Cari Oran
  - \*Alacakların Devir Hızı
- Faaliyet Rasyoları
  - \*Toplam Varlık Devir Hızı
  - \*Sabit Varlık Devir Hızı
  - \*Dönen Varlık Devir Hızı

Bu oranlara ek olarak finansal kaldıraç oranı adı verilen borçların aktif toplamına oranı ve temel kazanç gücü oranı (Basic Earning Power-BEP) da bulunmaktadır. Türk Sağlık Sektöründe kamu veya özel hastanelerin finansal performans analizinde akademik düzeyde bazı çalışmalar olmakla birlikte genel kabul görmüş standart oranlar bulunmamaktadır (Gider, 2011: 89).

Borç- özsermaye oranı, borç-toplam varlık oranı ve özsermaye-toplam varlık oranı gibi ölçütler, hastanelerin kaynaklarını temin etme

şeklini ve ödeme sıkıntısı içinde olup olmadığını gösteren, sermaye yapısı oranlarıdır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2003: 259).

Sağlık kuruluşlarında karlılığı ölçmede en çok kullanılan oran kar marjıdır. Sağlık kuruluşları kar marjını genellikle yıllar arası karşılaştırmalar yaparken kullanmaktadırlar (Ünal, 2013:116). Karlılığı ölçmek için kar marjının yanında özsermayenin karlılığı, yatırımın karlılığı ve kaynakların karlılığı gibi oranlar da sık kullanılan ölçütlerdendir. Özsermayenin karlılığı oranında, hastanenin özsermayesine karşılık sağladığı kar (getiri) hesaplanır. Yatırımın karlılığı (getiri oranı), net karın yatırım tutarına oranlanmasıyla bulunur ve yatırımın ne kadar başarılı ölçmede iyi bir göstergedir. Net karın varlık toplamına oranlanması ile bulunan varlıkların karlılığı oranı ise varlıkların işletmede ne ölçüde karlı kullanıldığını göstermekte kullanılan bir orandır (Uzkesici, 2002:254).

### **3.3.2. Katma Değer Analizi**

Finansal performans ölçümünde kullanılan diğer bir yöntem ise ekonomik katma değer analizleridir. EVA (Economic Value Added) olarak adlandırılan bu yöntem 1980'li yıllarda geleneksel finansal ölçüm yöntemlerinin eksikliklerini tamamlamak üzere ortaya çıkan ve hem borcun hem de öz kaynağın maliyetini dikkate alan bir yöntemdir (Çam, 2008: 72).

Ekonomik katma değer, bir işletmede yaratılan değeri izlemek için kullanılan bir ölçüdür. EKD, bir strateji değil; sonuçları ölçmemizi sağlayan bir araçtır. Stern Stewart tarafından ortaya atılan EKD ölçütü, işletmelerin performans ölçümü alanında karşılaştıkları

problemlerin üstesinden gelmelerine yardımcı olmaktadır. İşletmelerde ekonomik değer olarak yönetilmeye ihtiyaç duyulan pek çok kalem bulunmaktadır (Tanç, 2012: 210).

Temelde EKD kuramı iki ana ilkeye dayalıdır (Ünal, 2013:117):

1. Bir işletme yatırılan sermayeden, sermayenin alternatif maliyetinin üzerinde bir getiri elde etmedikçe gerçekte kârlı değildir.

2. İşletmenin yöneticileri pozitif NBD (net bugünkü değer)'ye sahip yatırım kararları verdiğinde hissedarlar için zenginlik yaratılmış olur.

Hissedar, yönetici ve çalışan faydalarını uyumlaştırmak bu grupların faydalarının çatışması sonucu ortaya çıkan temsilcilik maliyetlerini ortadan kaldırmakta, çalışan ve yöneticilerin de nihai amaç olarak değer yaratmayı benimsemesini sağlamaktadır (Ertuğrul, 2009: 34).

EKD, bir işletmenin sermaye üzerinden sağladığı kazanç ile bu sermayenin maliyeti arasındaki farklılığı ölçmektedir. Hem pozitif hem de negatif olup, pozitif EKD işletme faaliyetleri sonucunda ortaya çıkan hissedar değerini gösterirken, negatif EKD' nin ise hissedar değerini düşürdüğü söylenebilir. Bu kapsamda EKD, bir işletmenin kazançlarının, sermaye maliyetini karşılayıp karşılamadığını ölçen bir yöntemdir. Ayrıca EKD, kârın hesaplanmasında sermayenin maliyetini de dikkate alarak, diğer ölçüm sistemlerinden farklılaştırmaktadır. Aslında EKD, içeriğinde performans ölçüm aracı olmaktan daha farklı özellikleri de bulundurur. Bu sistem, finansal yönetimin ve teşvik sisteminin esasını oluşturarak, üst yönetimden en alt kademeye kadar, işletmelerin



alacağı tüm kararlara kılavuzluk etmektedir. Bu durum, örgütte bulunan herkesin daha başarılı olmasına ve bunun sonucunda da daha güvenilir ve kusursuz bir işletme kültürünün oluşmasına yardımcı olur. Bütün bunların sonucunda EKD sayesinde hem hissedarların hem müşterilerin hem de çalışanların varlık düzeyi artmaktadır (Tanç, 2012: 210-211).

EVA ölçütüne göre firma değerinin tespitinde en önemli unsurlardan birisi ağırlıklı ortalama sermaye maliyetinin hesaplanmasıdır. Ağırlıklı ortalama sermaye maliyeti, borçların ve özsermayenin defter değerleri yerine piyasa değerlerine göre ağırlıklandırılarak hesaplanır. Çünkü işletmenin hisse senedi, tahvil ihraçları piyasa değerleri üzerinden yapılır (Gücenme ve Arsoy: 72).

Yapılan çalışmalar, kar amaçsız sağlık kuruluşlarında EKD'nin işletmenin gerçek karını yansıtmamasından ve diğer yöntemlerden farklı olarak özsermayenin maliyetini de dikkate almasından dolayı kullanabileceğini belirtmiştir. Hastane finansmanları, EKD'nin örgütün gerçek karını yansıtmamasından dolayı sağlık kuruluşlarında finansal performansı ölçmede ve değerlendirmede iyi bir ölçüt olduğunu belirtmiştir (Kavuncubaşı ve Kısa, 2003: 261).

### **3.3.3. Veri Zarflama Analizi**

Veri zarflama analizi yöntemi son yıllarda gerek kamu gerekse özel sektörde etkinlik ölçümlerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Özellikle, üretim, hizmet ve finans sektörlerinde kaynak kullanımı etkinliğinin ve işletme performansının değerlendirilmesi amacıyla yoğun bir şekilde uygulanmaktadır. Başta bankalar olmak üzere

değişik türdeki hizmet ve üretim işletmelerinin etkinliklerini veri zarflama analizi ile ölçmeye yönelik pek çok çalışma yapılmıştır (Ata ve Yakut, 2009: 82).

Veri zarflama analizi, benzer işlem yapan, çoklu girdi-çıkıya sahip organizasyonel birimlerin göreceli etkinliklerini ölçmede kullanılan matematiksel programlama tabanlı bir yöntemdir. Özellikle, birden fazla girdi ya da çıktının ağırlıklı bir girdi ya da çıktı setine dönüştürülemediği durumlarda VZA etkin bir yaklaşım olarak kabul görmüştür. VZA yöntemi, homojen oldukları varsayılan üretim birimlerini kendi aralarında mukayese etmektedir. En iyi gözlemi etkinlik sınırı olarak kabul ettikten sonra, diğer gözlemler bu etkin gözleme göre değerlendirilir. Dolayısıyla etkinlik sınırı, varsayılan bir durum değil; gerçekleşen bir gözlemdir. Etkinlik sınırı bu şekilde tespit edildiği için, bu yöntemde rastsal hata kullanılmaz (Seyrek ve Ata, 2010: 70).

VZA yaklaşımı, referans gruplarının bütün birimlerine dayanarak kuramsal etkinlik sınırı oluşturmada doğrusal programlamadan faydalanmaktadır. Kuramsal birime ait çıktı , referans grubundaki bütün çıktıların ağırlıklı ortalamalar yardımıyla hesaplanmaktadır. Kuramsal birime ait girdi ise yine bütün referans grubundaki girdilerin ağırlıklı ortalamalar ile belirlenmektedir. Doğrusal programlama modelindeki kısıtlar; kuramsal birim çıktılarının, incelenen birim çıktılarından büyük veya eşit olmasını gerektirmektedir. Kuramsal birimin girdilerinin incelenen birimden daha düşük olması kuramsal birimin aynı veya daha fazla çıktıyı daha düşük girdi kullanarak elde ettiğini göstermektedir. Bu durumda;

kurumsal birimin, incelenen birimden daha verimli olduğu yorumu yapılmaktadır (Tetik, 2003: 222).

Veri zarflama analizi performans değerlendirme yönteminin şu özellikleri taşıması beklenmektedir (Güran, 2005: 140-141):

-Çok girdi ve çok çıktının bulunduğu, girdi ve çıktılara ilişkin değerlerin farklı birimlerle ifade edildiği organizasyonlarla ilgili olarak, üretim faaliyetinin başarısını bütün olarak değerlendirmelidir.

-Organizasyonun kullanmış olduğu girdileri ortak bir paydada buluşturmaya hedefleyen subjektif ağırlıklar belirleme zorunluluğuna son verilmelidir.

-Farklı uzmanlıkları ya da amaç fonksiyonları olan, fakat aynı ürün ya da hizmet üreten karar birimlerinin özelliklerini dikkate alabilmelidir.

- Ekonomi teorisinin temel mantığı ile uyumlu olmalıdır

-Organizasyonun performans sonuçları üzerinde belirleyici olan performans bileşenlerinin belirlenebilmesine uygun olmalıdır.

-Gerektiğinde zaman boyutunu dikkate alacak şekilde, dinamik performans değerlendirmesine müsait olmalıdır.

### **3.3.4. Karlılık ve Bütçeye Uygunluk**

Karlılık analizleri oran analizleri içerisinde de sıklıkla kullanılmaktadır. Bunun yanında kârlılık ölçütleri kendi başına bir finansal ölçüt olarak da kullanılabilir. Oran analizlerinde daha ayrıntılı değinildiği gibi net kâr marjı, özsermaye kârlılığı, brüt kâr

marjı gibi kârlılık ölçütleri hastaneler açısından kullanılabilen finansal ölçütlerdir. Bütçe yoluyla performans ölçümü firmalar tarafından sıklıkla kullanılan bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. İşletmeler bütçeleri, iş grupları, departmanları, bölümleri ve işletmenin geneli için kurabilirler. Hastanelerde de aynı şekilde oluşturulacak bütçeler ile bütçe dönemi sonlarında ortaya çıkan sonuçlar karşılaştırılarak bütçenin ne ölçüde uygun kaldığı ve bütçede meydana gelen sapmalar ortaya çıkarılarak performans ölçümü yapılmaya çalışılır. Bu şekilde yapılacak performans ölçümünde, planlanan performanstan sapmaların nedenleri ortaya çıkarılmaktadır (Çam, 2008: 72).

Çoğu zaman gerçek performans ile planlanan ve bütçelenen performans karşılaştırılarak performansın geliştirilmesi sağlanır. Planlanan performanstan sapmalar aşağıdaki 3 nedenden oluşabilir (Çam, 2008: 72-73) :

1. Plan ya da bütçe yetersiz hazırlanmış olabilir. Eğer bütçe dikkatlice oluşturulmasıyla fiili sonuçların planlanan sonuçlardan farklı çıkması sürpriz olmayacaktır.

2. Bütçeler dikkatlice hazırlanmış olsa bile koşullar değişmiş olabilir. Ekonomide ani değişimler meydana gelirse fiili satışlar bütçelenmiş satışlardan az olabilir.

3. Yöneticiler iyi ya da yetersiz yönetim göstermiş olabilirler. Bu durumda, iyi performans gösteren yöneticiler ödüllendirilecek (prim, terfi ...); kötü performans gösteren yöneticiler ise cezalandırılacaktır.

### **3.3.5. Finansal Performans Ölçümünde Kullanılan Endeksler**

Finansal performans ölçümünde kullanılan endeksler sağlık kurumları açısından aşağıda açıklanmıştır.

#### **3.3.5.1. Finansal Esneklik Endeksi (FEE)**

Finansal performansı ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir endekstir. Finansal esneklik; sağlık kuruluşlarının, ödeme programlarında değişimler, alacaklarının tahsilinde aksamalar ya da rekabet koşullarının değişmesi gibi olağanüstü finansal durumlarda faaliyetlerini sürdürebilme yeteneğini değerlendiren bir kavramdır. Finansal esnekliği düşük olan kuruluşların başarısızlığa uğrama ve kapanma ihtimali finansal esnekliği yüksek olanlardan daha fazladır. Finansal esnekliğin düşük olması aynı zamanda nakit yetersizliği yüzünden hizmet kalitesinin düşmesine neden olabilir. Finansal esnekliğe etki eden dört faktör vardır. Bunlar karlılık, likidite, borç kapasitesi ve fiziksel imkanlardır. FEE, yedi finansal değişkenin toplamından oluşmaktadır. Bunlar; net kar marjı, faaliyet dışı gelir oranı, yenileme gücü oranı, özsermaye oranı, alacakların tahsil süresi, nakit akışının borçlara oranı, ortalama kullanım süresi (Uzkesici, 2002: 261).

#### **3.3.5.2. Hastane Finansal Yaşam Endeksi**

Finansal oranları ayrı ayrı kullanmak yerine finansal performansı her boyutu ile daha gerçekçi değerlendirmek ve kurumun tüm finansal durumunu yansıtmak amacıyla geliştirilmiş bir endekstir. Bu endeks sermaye yapısı oranı, faaliyet oranı ve cari orandan oluşmaktadır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2003: 266-267).

### **3.3.5.3. Finansal Performans Endeksi**

Veri Zarflama Analizinin kullanıldığı bir endekstir. Burada girdi değişkeni olarak 1; çıktı değişkeni olarak da 4 farklı finansal oran kullanılmaktadır. Bu oranlar; varlıkların karlılığı, kar marjı, varlık devir hızı, yatak başına gelirdir (Kavuncubaşı ve Kısa, 2003: 267).

## **4. SONUÇ VE GENEL DEĞERLENDİRME**

Daha önce de belirtildiği gibi, kurumsallaşma, bütün sosyal yapılar için çok önemli olmakla birlikte, sağlık işletmeleri için çok daha önemlidir. İşletmeler için yaşamsal bir öneme sahip olan kurumsallaşma; bir işletmenin kişilerden bağımsız olarak kurallara, standartlara, prosedürlere sahip olması, değişen çevre koşullarını takip eden sistemleri kurması ve gelişmelere uygun olarak örgütsel yapısını oluşturması, kendisine özgü iletişim ve iş yapma yöntemlerini kültür haline getirmesi ve böylece diğer işletmelerden farklı ayırt edici bir kimliğe bürünmesi sürecidir (Karpuzoğlu, 2004:45). Bununla birlikte, kurumsallaşma ve kurumsal yönetim anlayışı içerisinde, finansal yönetimden beklentiler gün geçtikçe artmış ve karmaşık hale gelmiştir. Artık, günümüzde firma değerinin maksimize edilmesi amacı temel prensip olarak kabul görmektedir. Bunun için de yalnızca kaynak temininin yeterli olmayacağı, yatırım ve temettü kararlarının da önemli olduğu anlaşılmıştır. Başarılı olmak isteyen bir finans yöneticisinin piyasalar, yatırım ve finansal yönetim arasındaki ilişkiyi ve karşılıklı bağımlılığı iyi anlaması gerekir. Finansal analiz, finansal planlama ve denetim, fonların sağlanması, fonların yatırımı ve özel

finansal sorunların çözümü finans yöneticisinin yerine getirmesi gereken temel işlevlerdir (Aktaş, 2013:11). Kurumsal yönetimin temel amacı, işletmenin etkili bir şekilde yönetilmesini sağlayacak bir yapı kurmak ve paydaşların ihtiyaçlarının karşılanmasını kolaylaştıracak bir sistem oluşturmaktır (Anand, 2008: 87).

Finansal analiz ise, işletmenin finansal tablolarından yararlanarak, mevcut durumunun değerlendirilmesi ve geleceğe ilişkin tahminlerin yapılmasıdır. Finansal analiz; iç finansal analiz ve dış finansal analiz şeklinde olabilir. İç analiz finans biriminin yaptığı ve firma yöneticilerine yönelik bir çalışma iken, dış finansal analiz dışarıdan bazı kişi veya kuruluşlara yaptırılan, dış paydaşlara bilgi sunan bir çalışmadır. Böyle bir çalışmanın tüm işletmeler için olduğu gibi sağlık işletmeleri açısından da önemi oldukça büyüktür.

Çalışmamızda belirtildiği gibi, performans kavramı belirlenen amaçların gerçekleştirilmesi için gösterilen planlı tüm çabaların ve sonuçlarının nitel ya da nicel olarak değerlendirilmesi olarak tanımlanabilmektedir. Başka bir ifadeyle performans bir objenin, öncelikleri belirlenmiş bir konuda belli bir süre içinde bir hedefe bağlı olarak sonuçlar üretme yeteneğidir. Söz konusu hedefler standartlar olarak ifade edilmektedir ve planlanan hedeflerle ulaşılan hedeflerin ne derece ulaşıldığının tespit edilmesini sağlamaktadır. Dolayısıyla işletmeler için performans, amaçların gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğini gösteren çabalar bütünüdür.

İşletmeler finansal performans analizi ile sağlıklı karar alma, planlama ve denetim faaliyetini etkin bir şekilde sürdürme olanağı elde ederler. İşletme yöneticileri bu sayede başarılı bir finansal

performans yönetimi gerçekleştirebilmekte ve işletme değerini artırabilmektedir. Aynı zamanda finansal performans ölçümü işletme yöneticileri kadar işletmeye yatırım yapmayı isteyen potansiyel yatırımcılar için de önem taşımaktadır. Dolayısıyla bu çalışmanın amacı, kurumsal yönetim ve performans değerlendirme kararlarının ve finansal performans yönetiminin önemini incelenmesi ve sağlık işletmeleri açısından söz konusu kavramları irdelenmesi olarak belirlenmiştir.

Sağlık sektörü açısından bakıldığında ise yine diğer işletmelerde olduğu gibi burada da finansal performansın önemi ön planda yer almaktadır. Özellikle hastanelerin performanslarının ölçülmesinde farklı akademik disiplinlerin tercihlerine göre şekillenen ve hastanelerin farklı performans boyutlarını ölçen geleneksel ve modern olarak nitelendirilen iki analitik yaklaşım bulunmaktadır (Özgülbaş, 2005). Geleneksel yöntemler daha çok muhasebe ve finans alanında kullanılan oran analizi ve parametrik yöntemlerden olan ve geçmişten geleceği öngörmeyi amaçlayan regresyon analizi yöntemlerinden oluşmaktadır. Modern analiz yöntemi olarak ise son 30 yıldır kullanım alanı giderek yaygınlaşan ve parametrik olmayan veri zarflama analizi tekniği kullanılmaktadır. Bu durumda performans ölçümünde kullanılan yöntemleri oran analizi, regresyon analizi ve veri zarflama analizi olarak sınıflamak mümkündür (Toprak, 2013).

Literatürde elde edilen çalışmalarda belirtildiği üzere, sağlık sistem performansı ölçümü iki açıdan önemlidir: Birincisi, sağlık sistemlerinin eksikliklerini tanımlamanın ve finansmanda adalet, insanların beklentilerine yanıt vermek ve benzer sağlık düzeylerine



ulaşmak gibi konularda ülkelerin benzer gelir düzeyleri ile neden başarısızlığa düştüğünü açıklamaya yardımcı olur; ikincisi, bir sağlık sisteminin yıllara göre değerlendirilmesini sağlayacak göstergeleri sağlamaktadır. Bu faydaların her ikisi de, eğer belirli sağlık sistemi politikaları (finansman ve sunum mekanizmalarını içeren), belirli sosyo-ekonomik koşullar altında özellikle farklılaşıyorsa, gelecekte bu politikaları doğrulamak ya da reddetmek için bir temel sağlayabilir (Toprak, 2013).

Günümüzde sağlık sistemi paydaşlarının beklentileri ve sosyal devlet olma ilkelerinin yerleştirilmesi yönünde gelişmektedir. Beklentilerin karşılanması için sürekli gelişen teknolojinin, bilimsel bilgi birikiminin, verimli bir şekilde, öncelikle insan sağlığını korumak, daha sonra tedavi etmek ve rehabilite etmek gibi alanlara olabildiğince hızlı ve doğru olarak aktarılması gerekmektedir. (Türkeli, 2013). Bir ülkenin en önemli kaynağı insandır. Toplumu oluşturan bireylerin ve dolayısıyla toplumun en büyük zenginliği ise sağlığıdır. Bu nedenle sağlık sorunlarını belli düzeyde çözmüş olan ülkelerde genel olarak ekonomik, siyasal ve sosyal yapılarda sağlıklıdır. Birey ve toplum hayatında önemli bir yeri olan sağlık ve sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar giderek artmaktadır. Ülkeler Gayri Safi Yurtiçi Hâsıllarının, bireylerde gelirlerinin önemli bir kısmını sağlık harcamaları için kullanmaktadır. Bunun bir sonucu olarak sağlık hizmetleri maliyeti sürekli olarak gündemde olan önemli konulardan biridir (Toprak, 2013).

Bu bağlamda, bilimsel hayat ve hizmet sektörünün bir arada en uygun hizmeti paydaşlara taşıması ve diğer sektörlerde olduğu gibi her an sürekli gelişim mantığı ile yeniliklere devam etmesi gerekmektedir. Bu düşünce standartlarının ortaya konması ve bu standartlar temel alınarak, sistemin yeni ihtiyaçları da ön görerek kendini hazırlaması, önleyici yaklaşımı benimsemesi ve kişisel davranışın yerini ekip çalışmasının alması gerekmektedir. Özellikle sağlık sektörünün kendini dönüştürme süreci iletişim araçlarının yaygınlaşmasıyla hızlı karar alıp hızlı icra kabiliyeti olan bir yöne doğru çevrilmektedir. Teknolojik ve hızlı dönüşüm, modern hizmet sektörüyle birleşince paydaşlarda büyük oranda artan bir beklenti meydana getirmiştir. Bu hususta ihtiyaçların doğru belirlenmesi, bunlara yönelik doğru istihdam projelerinin geliştirilmesi, modern kurum kültürünün oluşturulması, toplumsal beklentileri karşılanması, bunları gerçekleştirmek için yeni yöneticilerin yetiştirilmesi, kaynakların doğru yönetilmesi, doğru ölçme metotları ile kurumların gerek makro gerekse performans tabanlı mikro yapılarını değerlendirilmesi ve hizmet verimliliğini yükseltilmesi gibi noktalar ön plana çıkmaktadır. Bu noktada, çok boyutlu bir yaklaşım (eğitim, iç verimlilik, müşteri memnuniyeti ve finansal) alanlarda yapılması gereken yenilikler sağlık sektörü için kaçınılmazdır. Sonuç olarak, kurumsal yönetim, performans yönetimi ve finansal performans değerlendirme ve ölçütlerinin geliştirilmesi, sağlık işletmelerinin başarısının, hizmet kalitesinin ve sürdürülebilirliğinin sağlanmasında önemli birer faktör olarak öne sürülebilmektedir.

## **KAYNAKLAR**

- Ağca, V. ve Tunçer, E. 2006. Çok Boyutlu Performans Değerleme Modelleri ve Bir Balanced Scorecard Uygulaması. Afyon Kocatepe Üniversitesi. İİBF. Dergisi C.8, s.1. 170-188.
- Aktaş, R. (2013). Kurumsal Yönetim İlkeleri ve Finansal Yönetime İlişkin Genel İlkeler. Sakarya Üniversitesi Sürekli Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayını, 1-17.
- Anand, S. (2008). Essentials of Corporate Governance, USA: John Wiley&Sons.
- Apaydın, f. (2008). Kurumsallaşmanın Küçük ve Orta Ölçekli İşletmelerin Performansına Etkileri. Zonguldak Kara Elmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 4(7), 118-129.
- Apaydın, F. (2009). Kurumsal Teori ve İşletmelerin Kurumsallaşması. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 10(1), 1-12.
- Aral, S. (2001). Performans Ölçümü: Performans Denetimlerinde Araştırılması Gerekenler. Sayıştay Yayın İşleri Müdürlüğü. Ankara.
- Ata, H. A. ve Yakut, E. (2009). Finansal Performansa Dayalı Etkinlik Ölçümü: İmalat Sektörü Uygulaması. Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (18) 2, 80 -100.
- Ateş, H. Kırılmaz, H. ve Aydın, S. (Ed.). 2007. Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği. Ankara. Asil Yayın Dağıtım. Baran Ofset.
- Aydeniz, Ş. (2009). Makroekonomik Göstergelerin Firmaların Finansal Performans Ölçütleri Üzerindeki Etkisinin Ölçülmesine

- Yönelik Bir Araştırma: İMKB'ye Kote Gıda Ve İçecek İşletmeleri Üzerine Bir Uygulama. Marmara Üniversitesi, İ.İ.B.F Dergisi, 27(2), 1-18.
- Benligiray, S. (1999). İnsan Kaynakları Açısından Otellerde Performans Yönetimi. Eskişehir. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları; No. 1174, 1-30.
- Bilgin N. (2007). Aile Şirketleri Kurumsallaşma Eğilimleri Ankara Kobi Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi Atılım Üniversitesi, Ankara.
- Canki, A.(2014). Finansal Performans Ölçümünde Sermaye Yapısının Etkisinin Değerlendirilmesi: Borsa İstanbul'da Bir Uygulama. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Carney, KÇ (1999). Successful Performance Measurement: A Checklist, Harvard Management Update.
- Civan,M. ve Yaşar, Ö. (2005). Aile işletmelerinde kurumsallaşma süreci; Gaziantep ilinde bir uygulama. TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi 4. Orta Anadolu İşletmecilik Kongresi, 13-14 Mayıs, Ankara.
- Çam, H. (2008). Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansın Değerlendirilmesi: Karaman Devlet Hastanesi Örneği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sanayi ve Teknoloji Yönetimi Ana Bilim Dalı, Konya.
- Demirkol, E. (2013). Sermaye Piyasası'nda Faaliyet Gösteren Dayanıklı Tüketim Sektöründeki İşletmelerin Finansal Yönetim

- Süreci ve Bir Uygulama. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Sermaye Piyasası ve Borsa Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- Dökümbilek, F. (2010). Aile şirketlerinde nepotizm ve bir araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Draft, R.L. (2000). Management, U.S.A.: Prentice Hall.
- Erdil, O. ve Kalkan, A. (2005). Kobilere Sağlanan Desteklerin Kobilerin Performanslarına Etkisi. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 4(7), 100-121.
- Ertuğrul, M. (2009). Finansal Performans Ölçümünde Dönüşümlerin Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. Anadolu Üniversitesi. Sosyal Bilimler Dergisi, 9(1), 19-46.
- Gider, Ö. (2011). Ekonomik Kriz Dönemlerinin Özel Hastanelere Etkileri: Bir Özel Hastanenin Oran Analizleri Yöntemiyle Finansal Performansına Bakış. Finansal Yönetim, 9(36), 87-103.
- Gücenme, Ü. ve Arsoy, A. P. (2013). Muhasebe Standartlarındaki Sınıflandırılmış Nakit Akım Tablosu Formatı ile Finansal Performansın Ölçülmesi. Uludağ Üniversitesi, 30, <http://journal.mufad.org.tr/index.php/tr/arsiv/925-sayi-30>.
- Güran, M. C. (2005). Kamu Hizmetlerinde Performans Ölçümü: Türkiye'deki Kamu Üniversiteleri İçin Bir Performans Ölçümü Uygulaması. Ankara.
- Kabakçı, Y. (2007). Sermaye Yapısı ile İşletme Performansı Arasındaki İlişki: Gıda Sektöründe Bir Uygulama. Ege Akademik Bakış, 8(1), 167-182.

- Karaman, R. (2010). İşletmelerde Performans Ölçümünün Önemi ve Modern Bir Performans Ölçme Aracı olarak Balanced Scorecard. Selçuk Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 409-120.
- Karpuzoğlu, E. (2004). Büyüyen ve gelişen aile şirketlerinde kurumsallaşma, İstanbul: Hayat Yayınları.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Kısa, A. (2003). Sağlık Kurumları Yönetimi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1429.
- Kırılmaz, H. 2013. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(1), 1-17.
- Kırım, A. (2001). Aile Şirketlerinin % 3. 3 ü Üçüncü Kuşağa Kadar Yaşıyor. Capital Dergisi.
- Kıracı, M. ve Alkara, İ. (2009). Aile işletmelerinde kurumsallaşmaya verilen önem ve turizm sektöründeki konaklama işletmeleri üzerine bir araştırma: Alanya-Eskişehir örneği. Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 11(1), 167-197.
- Kolb, R., Rodriguez, R.J. ve Carlin, A.E. (1996). Finansal Yönetimin Yardımcı Kitapları 1 - Sorular, Problemler ve Çözümleri, Ali İhsan Karacan (çev.), Ankara: SPK Yayınları No: 36.
- Köseoğlu, M.A. (2005). Kamu İktisadi Teşebbüslerinde Performans Ölçümü. Devlet Planlama Teşkilatı Uzmanlık Tezleri, Ankara.
- Köseoğlu, M.A. (2005). Kamu İktisadi Teşebbüslerinde Performans Ölçümü. DTP Uzmanlık Tezleri, Ankara.
- Özdemir, M. (1997). Finansal Yönetim, Ankara: Gazi Büro Kitabevi.

- Özer, M.A. (2010). Performans Yönetimi Uygulamalarında Performansın Ölçümü ve Değerlendirilmesi. Sayıştay Dergisi, 73, 1-29.
- Özgülbaş, N. (2005). Türkiye’de Kamu Hastanelerinin Finansal Durum Değerlendirmede Kullanılabilecekleri Bir Yöntem: Trend Analizi. Muhasebe ve Finansman Dergisi, 29, 129-139.
- Özgülbaş, N. ve Koyuncugil, S. (2009). Uluslar Arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi”, Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Antalya.
- Özkaya, M. ve Şengül, C.M. (2006). Aile şirketlerinde kurumsallaşma ve ikinci kuşağın “kurumsallaşma” konusuna bakış açısı, Dokuz Eylül Üniversitesi İ.İ.B.F.Dergisi, 21(1), 109-126.
- Pamukçu, F. (2011). Finansal Raporlama ile Kamuyu Aydınlatma ve Şeffaflıkta Kurumsal Yönetimin Önemi. Muhasebe ve Finansman Dergisi, Nisan, 133-148.
- Sayman, Y. (2012). Sahiplik Yapısının Firma Performansı ve Sermaye Yapısı Üzerine Etkileri: İMKB’de İşlem Gören Üretim Firmalarında Bir Uygulama. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Başken Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Seyrek, İ. H. ve Ata, H. A. (2010). Veri Zarflama Analizi ve Veri Madenciliği ile Mevduat Bankalarında Etkinlik Ölçümü. BDDK Bankacılık ve Finansal Piyasalar, 4(2), 1-22.
- Tanç, Ş. G. (2012). Yeni Performans Ölçüm Yöntemleri (Faaliyete Dayalı Maliyetleme, Performans Karnesi ve Ekonomik Katma Değer) Entegrasyonu ve Örnek Bir Uygulama. Trakya Üniversitesi. Sosyal Bilimler Dergisi, 14(2), 203-230.

- Tetik, S. (2003). İşletme Performansını Belirlemede Veri Zarflama Analizi. Celal Bayar Üniversitesi. İ.İ.B.F. Yönetim ve Ekonomi Dergisi, 10(2), 1-24.
- Toprak, C. (2013). Özel Sağlık Sektöründe İnovasyon: Özel Sağlık Sektöründe İnovasyon Ve Finansal Performans İlişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başken Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Tuncer, Ö. (2008). Hastane İşletmelerinde Finansal Yapı ve Performans Ölçümlerinde Oran Analizinin Uygulanması: Acıbadem Hastanesi Örneği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Anabilim Dalı. Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara.
- Türkeli, A. (2013). Sağlık Sektöründe Stratejik Yönetim Modeli Olarak Kurumsal Karne Uygulaması: Vakıf Gureba Hastanesi Örneği. <http://www.academia.edu/637804/>.
- Türkiye Kurumsal Yönetim Derneği ve Deloitte (2006). Nedir Bu Kurumsal Yönetim?, İstanbul.
- Uzkesici, N. (2002). Sağlık Kurumları Yönetimi. <<http://books.google.com.tr/books?id=>.
- Ünal, E. (2013). Özel Sağlık Sektöründe Sermaye Yapısı: Özel Sağlık Sektöründe Sermaye Yapısı Ve Finansal Performans İlişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Wheelen, T.L. ve Hunger, D.J. (2002). Strategic Management and Business Policy, New Jersey: Prentice Hall.



- Yazıcıoğlu, İ. ve Koç, H. (2009). Aile İşletmelerinin Kurumsallaşma Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Karşılaştırmalı Bir Araştırma. Selcuk University Social Sciences Institute Journal, 21, 1-24.
- Yıldız, S. (2010). İşletme Performansının Ölçülmesi Üzerine Bankacılık Sektöründe Bir Araştırma. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 36, 175-192.
- Zerenler, M. (2005). performans Ölçüm Sistemleri Tasarımı ve Üretim Sistemlerinin Performansının Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma. Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 1-23.

**BÖLÜM 7:**  
**KUTANÖZ *LEISHMANIASIS* TANISINDA GÜNCEL  
YAKLAŞIMLAR**

Nebiye YENTÜR DONİ<sup>1</sup>

Gülcan GÜRSES<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Doç. Dr., n\_doni@hotmail.com, Harran Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Laboratuvar Programı, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, ŞANLIURFA

<sup>2</sup> Dr. Öğr.Üyesi, ggurses@hotmail.com, Harran Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Laboratuvar Programı, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, ŞANLIURFA

## GİRİŞ

*Leishmaniasis* dünyada yaygın olarak görülen *Leishmania* cinsi kamçılı kan protozoonlarının neden olduğu tropikal bir enfeksiyon hastalığıdır. *Leishmaniasis*, *L. donovani* and *L. infantum*'un neden olduğu visseral leishmaniasis (VL); *L. tropica*, *L. major*, *L. aethiopica*, *L. mexicana*, *L. guyanensis*, *L. peruviana* ve *L. amazonensis*'in neden olduğu kutanöz leishmaniasis (KL); *L. subgenus Vianna braziliensis* ve *L. subgenus Viannia guyanensis*'in neden olduğu mukokutanöz leishmaniasis (MKL) olmak üzere üç temel şekilde gruplandırılmaktadır [1]. Dünyada, KL formu hastalığın en sık görülen formu olup, deri lezyonları, ülserler ve vücutta yol açtığı ömür boyu kalıcı izlerle karakterizedir. Dünyada *leishmaniasis*e neden olan 21 leishmania türü ve 30 çeşit te tatarcığın hastalığı bulaştırmasından sorumlu olduğu bildirilmektedir [2]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre KL olgularının %95'inin Amerika, Akdeniz Havzası, Orta Doğu ve Asya'da; yeni KL olgularının üçte ikisinden fazlasının Afganistan, Brezilya, Cezayir, Kolombiya, İran İslam Cumhuriyeti ve Suriye Arap Cumhuriyeti olmak üzere 6 ülkede görüldüğü bildirilmektedir [3]. DSÖ verilerinde, dünyada 98 ülkede yaklaşık 12 milyon insanın *leishmaniasis*e yakalandığı, 350 milyon kişinin ise *leishmaniasis* riski altında olduğu bildirilmektedir. Her yıl 2 milyon yeni *leishmaniasis* olgusunun eklendiği, bu olguların yaklaşık 1.5 milyonunun KL olduğu tahmin edilmektedir [4].

Günümüzde geleneksel ekzotik hastalık olarak kabul edilen *leishmaniasis*, uluslar arası seyahat ve AIDS hastalarında fırsatçı patojen olması gibi nedenlerle büyük ilgi uyandırmaktadır [5].

KL'nin tanısı genellikle epidemiyolojik, klinik özelliklerin değerlendirilmesi ve laboratuvar testlerinin sonuçlarına dayanmaktadır. KL tanısında, hastalığın endemik olarak görüldüğü bölge, endemik bölgeye seyahat öyküsü epidemiyolojik tanı için önemli bir kriterdir. Günümüze kadar KL tanısında mikroskopik, histopatolojik bakı ve kültürü içeren direk parazitolojik tanı; serolojik bakı ve moleküler teknikleri içeren indirek tanı yöntemleri ve hücresele immün cevabı belirleyen *leishmania* intradermal deri testleri olmak üzere birçok tanı yöntemi kullanılmaktadır. Genellikle *leishmaniasis*in tanısı klinik ve epidemiyolojik olarak yapılmaktadır. Yanlış tanı konulmaması, uygun tedavinin verilmesi için hastalığın tanısı, mutlaka en az bir parazitolojik laboratuvar tanı ile desteklenmelidir [6].

Kutanöz *leishmaniasis*, göç, savaş, seyahat gibi çeşitli nedenlerle nüfus hareketliliğinin artmasına bağlı olarak tüm dünyada ve Türkiye'de önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Kutanöz *leishmaniasis*, Türkiye'de endemik olduğu bölgelerde sınırlı kalmayıp Türkiye geneline göç, yoğun nüfus hareketleri sayesinde yayılım göstermektedir.

Bu çalışmanın amacı kutanöz *leishmaniasis*in klinik ve laboratuvar tanısında geçmişten günümüze kadar literatürde yer alan önemli tanı yöntemlerini sunmak, *Leishmania*nın tanımlanmasında eski ve yeni yöntemlerin özgüllük ve duyarlılıklarının, konağın bağışıklık sisteminin, antijenik durumunu araştırmaktır. Hastalığın yayılımının önlenmesi, kontrol altına alınmasında olguların doğru tanı almasının ve bildirimlerinin yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

## **Kutanöz Leishmaniasis Tanısı**

Kutanöz Leishmaniasis (KL) tanısı genellikle epidemiyolojik, klinik özelliklerin değerlendirilmesi ve laboratuvar testlerinin sonuçlarına dayanmaktadır. KL tanısında, hastalığın endemik olarak görüldüğü bölgede yaşamak, endemik bölgeye seyahat öyküsü epidemiyolojik tanı için önemli bir tanı kriteridir. Günümüze kadar KL tanısında mikroskopik, histopatolojik bakı ve kültürü içeren direk parazitolojik tanı; serolojik bakı ve moleküler teknikleri içeren indirek tanı yöntemleri ve hücresele immün cevabı belirleyen leishmania intradermal deri testleri olmak üzere birçok tanı yöntemi kullanılmaktadır [7, 8].

## **Ayırıcı Tanı**

Büyük taklitçi olarak bilinen KL birçok dermatozu taklit etmektedir [9]. Bu taklitçilik bazen tanıda yanılgılara ve buna bağlı olarak yanlış tedavilere yol açmaktadır. KL'nin ayırıcı tanısında kutanöz sporotrikoz, deri tüberkülozu, travmatik ülser, sarkoidoz, şarbon, cüzam, kaposi sarkoması, squamöz hücreli karsinom, bazal hücreli karsinom, B hücreli lenfomalar, seboreik keratoz, miyazis, blastomikozlar, psoriasis, pyoderma gangrenozum, piyojenik ektima ve idiyopatik cilt hastalıkları ve bakteriyel deri hastalıkları dikkate alınmalıdır [7, 10]. Doğru tanı, hastalık komplikasyonların azaltılması ve doğru tedavinin uygulanması ve hastalığın kontrol altına alınması açısından önem arz etmektedir.

## **Klinik Tanı**

KL endemik bölgelerde klinik tanın konulması kolaydır. Çünkü, endemik olmayan bölgeden endemik bölgeye seyahat ve endemik bölgede yaşamak önemli epidemiyolojik tanı kriterlerini oluşturmaktadır. Klinik özellikler, KL parazit türlerine ve konağın immün durumu gibi konak faktörlerine göre farklılık göstermesine rağmen tatarcığın ısırdığı bölgede lezyonların başlangıcı genellikle benzerlik göstermektedir. 2 hafta - 3 aylık bir inkübasyon döneminden sonra oluşan küçük kaşıntılı eritematöz papül ya da nodül oluşur bazen bunlara lenfadenopati de eşlik edebilir. Oluşan bu lezyon kendiliğinden düzelebileceği gibi birkaç ay sonra çok farklı klinik özelliklerde gelişebilir [7, 11, 12]. Vücudun açıkta kalan bölgelerinde (yüz, el, kol, vb) papüller, nodüller, plaklar ve ülserler şeklinde oluşan, en az bir ay sürede iyileşmeyen, ağrısız olan lezyonlarda KL düşünülmelidir.

<b>Tablo 1. Eski ve Yeni Dünya Leishmaniasis türlerinin neden olduğu kutanöz leishmaniasisn klinik özellikleri</b>	
<b><i>Leishmania</i> türleri</b>	<b>Deri hastalığının klinik özellikleri</b>
<b>Eski Dünya <i>Leishmaniasisi</i></b>	
<i>L. donovani infantum</i>	Basit kutanöz ya da yaygın
<i>L. tropica</i>	Basit kutanöz, antroponotik, kuru tip, kentsel Kronik lupoid (Rezidivan)
<i>L. major</i>	Basit kutanöz, yaş tip, kırsal
<i>L. aethiopica</i>	Yaygın, anerjik Kendi kendine iyileşen, nodüler
<b>Yeni Dünya <i>Leishmaniasisi</i></b>	
<i>L. mexicana</i> kompleksi	Basit kutanöz, nodüler, ülser Mukokutanöz Yaygın, anerjik Şiklero ülseri
<i>L. (Viannia) ve braziliensis</i> kompleksi	Mukokutanöz Basit kutanöz, nodüler, ülser lenfanjit Ülser tipi şiklero Espundia

Eski ve yeni *leishmaniasis* türlerinin neden olduğu KL'nin tipik klinik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir [13].

## **Parazitolojik Tanı**

Geleneksel olarak parazitolojik tanı, altın standard olarak kabul edilmektedir. KL'nin laboratuvar tanısı, başlıca KL şüpheli hastaların lezyonlarından alınan seröz lezyon sıvısı veya çeşitli doku örnekleri veya deney hayvanları inokülasyonu sonucu elde edilen örneklerle hazırlanan Giemsa boyasıyla hazırlanmış preparatlarda amastigotların ışık mikroskopuyla görülmesi esasına dayanmaktadır. *Leishmania* amastigotlarının ve kültürden elde edilen *Leishmania* promastigotlarının mikroskopta görülmesi kesin tanı koydurucudur. Amastigotlar, *Leishmania*'nın 2-4 µm çapında, yuvarlak veya oval

şeklinde içerisinde çekirdek ve kinetoplastları olan formudur [14]. Tür düzeyinde ayırım yapılamaması, direkt mikroskopik bakının en önemi dezavantajı kabul edilmektedir.

## **Parazit Kültürü**

*Leishmania* parazit kültürünün tanıda duyarlılığı artırdığını belirten çalışmaların [15] yanı sıra Novy-MacNeal-Nicolle besiyerine ekim yapılması ve *Leishmania* promastigotlarının en az 2-3 gün sonra görülmesi, işin ehli çalışana ihtiyaç duyulması ve zaman alıcı olması gibi nedenleri vurgulayan çalışmalar da mevcuttur [16, 17]. Parazit kültürü, steril koşullarda alınan örneklerin, Rossel Park Memorial Institute (RPMI) 1640, Medium 199, Schneider's besiyeri, Grace's besiyeri gibi besiyerlerine ekimi sonucu gerçekleştirilmektedir [18].

## **İmmünolojik Yöntemler**

Günümüzde KL tanısında en sık kullanılan serolojik tanı yöntemleri indirek fluoresan antikor testi (IFA), ve enzime bağlı immunosorbent test (ELISA), western blot, lateral flow assay direk aglütinasyon testidir. Fakat bu testler, düşük duyarlılık ve enfeksiyona karşı oluşan zayıf humoral yanıt nedenleriyle yaygın olarak kullanılmamaktadır [7, 14, 19]. Ayrıca, şu anda mevcut olan serolojik testlerin çalışma prensibi, parazitin toplam lizatı ya da tam promastigot haliyle özel reaksiyonlara yol açması esasına dayanmaktadır. Son çalışmalar da spesifik saflaştırılmış antijenler ya da rekombinant *Leishmania* antijenleri serolojik testlerin operasyonel karakteritik özelliklerini artıracığı bildirmektedir. Visseral *leishmaniasis* tanısında rK39 antijeni kullanılması; heat shock



proteinleri (HSPs) ve özellikle rekombinant HSP83 bazlı ELİSA'nın KL tanısı performansını artırdığı rapor edilmektedir [20]. Sağlıklı bireylerle KL'li bireylerin serumlarında bulunan anti-a-galactosyl antikörlerin kemilüminesan ELISA ile araştırıldığı bir çalışmada anti-a-galactosyl antikörlerin *L. major* ve *L.tropica* ile enfekte KL hastalarında anti-a-Gal IgG düzeylerinin 9 kat arttığı ve mikroskopiden daha duyarlı olduğu bulunmuştur [21].

### ***Leishmania* Deri Testi (Montenegro deri testi)**

*Leishmania* deri testi (MST) ilk defa Montenegro tarafından *L.donovani* kültür antijenlerinin deri içine inokülasyonu ile allerjik bir test olarak kullanılmıştır. *Leishmania* deri testi hücresel bağışıklığın bir göstergesidir [22]. Deri içine verilen antijen sonucu, lenfosit ve makrofajların bol miktarda infiltrasyonuna bağlı deride görülen endürasyon reaksiyonu çapı  $\geq 5$  mm ise pozitif,  $<5$  mm ise negatif kabul edilir [23, 24]. *Leishmania* deri testinin kolay uygulanabilirliği ve % 86.4% ile %100% arasında değişen yüksek duyarlılığı nedeniyle KL tanısında kullanıldığı bildirilmektedir [25-28]. *Leishmania* deri testi negatif olan ve diğer testlerle hastalığı onaylanan bireylerin relaps ve başarısız tedavilere daha yatkın oldukları yapılan bazı çalışmalarda görülmektedir [8, 29]. *Leishmania* deri testinin en önemli dezavantajı, MST antijenin üretilmesi için kültüre gereksinim duyulmaktadır. Farklı şekillerde hazırlanan MST antijeni test duyarlılığını etkilemekte ve test enfeksiyonun şu anda mı geçmişte mi geçirildiğini ayırt edemez [14, 30].

## **Nükleik Asit Amplifikasyon Testleri**

Günümüzde KL tanısı ve tür ayırımı için moleküler yöntemlerden de faydalanılmaktadır.

### **Polimeraz Zincir Reaksiyonu**

Duyarlı ve özgül moleküler tanı testlerinden polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) KL tanısı için geliştirilmiştir [1, 31]. Polimeraz zincir reaksiyonu yönteminde, *Leishmania* DNA'sında multilocus microsatellite DNA, kopya ribozomal RNA (rRNA), kinetoplast DNA (kDNA), miniexon türevli RNA (medRNA), beta-tubulin gen bölgesi, gp63, internal transcribed spacer gen bölgesi gibi hedef genler kullanılmaktadır [7, 32-40]. PCR ile *Leishmania* tür ve alt türleri seviyesinde tanı konulabilmektedir. *Leishmania* türlerinin identifikasyonu tedavinin yönlendirilmesi ve prognozun belirlenmesinde önem taşımaktadır [13].

Tanıda kullanılmak üzere birçok PCR yöntemi geliştirilmiştir:

### **Real-time ve Kantitatif PCR (qPCR)**

Fluoresan ışımaya veren boya veya prob ile çalışan standart PCR yöntemidir. Real Time-PCR veri toplanmasının ve analizinin reaksiyonun gerçekleşmesi esnasında yapılabilmesini tanımlamaktadır. Nükleik asit amplifikasyonu ile eş zamanlı olarak artış gösteren floresans sinyalin görülmesiyle kısa sürede, kantitatif sonuç vermektedir. Bu yöntem hedef genin çoğaltılmasını kantitatif olarak analiz etme imkanı sunmaktadır. Floresans sinyalin gözlenebilmesi için ışımaya yapan SYBR Green I boyası ya da Taqman, Floresan

Rezonans Enerji Transferi (FRET) gibi oligoproblar kullanılmaktadır [41].

### **Nested PCR**

Reaksiyonda *Leishmania* parazitlerinin ssr RNA geninden dizayn ettikleri spesifik primerler kullanılarak parazitin tespiti yapılmaktadır [40]. PCR reaksiyonunda özgülüğü arttırmak, çoğaltılan bölge içinde daha küçük bir bölgenin çoğaltılması için spesifik primer çifti kullanılmaktadır.

### **Multipleks PCR**

Multipleks PCR aynı tüpe farklı hedefler için özgül olan iki veya daha fazla primerin birlikte konulduğu ve aynı anda çok sayıda hedef dizini, eşzamanlı çoğaltıldığı bir amplifikasyon reaksiyonudur [42].

### **Rastgele çoğaltılmış polimorfik DNA (Random Amplified Polymorphic DNA: PCR-RAPD)**

Bu yöntemde bilinen özgül bir DNA bölgesini çoğaltmak yerine, rastgele seçilen bir veya daha fazla primerle, DNA'daki birçok bölgenin çoğaltılması hedeflenmektedir. *Leishmania* türlerinin tanımlanmasında zaman-maliyet etkin PCR-RAPD kullanılmaktadır [43].

### **DNA Dizi Analizi (Sekanslama)**

Sekanslama, DNA'nın nükleotid dizilerinin saptanması, genetik varyantları saptamak, bilinmeyen genleri tanımlayarak haritalarını çıkartmaktır. Sekans analizinde öncelikle hedef gen bölgesi PCR ile

amplifiye edilmekte, sonra dizilme analizi yapılmaktadır. Uygun yazılımların yüklendiği bilgisayar yardımlı yöntemlerin kullanılması ile dizi verilerinin biriktirilmesi ve birbiri ile karşılaştırılabilmesi, bu çalışmaların önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Günümüzde *Leishmania* parazetine ait bir gen bölgesinin özelliklerinin moleküler olarak tanımlanması sekanslama ile yapılmaktadır [44, 45].

### **High Resolution Melting Analysis (HRMA) Yöntemi**

PCR işleminden sonra mikrobiyal genotipleme için hızlı, verimli, uygun maliyetli, basit uygulanabilir HRMA yöntemi gibi yeni analiz teknikleri geliştirilmektedir. HRMA real time PCR'den sonra DNA'nın ayrışma kinetiğinin nicel olarak görüntülediği bir yöntemdir [46, 47].

### **Mikrosatellitler**

Mikrosatellitler; basit dizi tekrarları (Simple Sequence Repeats, SSR) ya da kısa ard arda tekrarlar (Short Tandem Repeats, STR) olarak da isimlendirilmektedir. Mikrosatellitler lokusa özgü olmaları, genom içinde düzgün ve geniş yayılımları, yüksek mutasyon oranı, genom hakkında fazla bilgi vermeleri ve ko-dominant olmaları nedeniyle birçok çalışmada kullanılmıştır. *Leishmania tropica*'nın genetik yapısının araştırıldığı bir çalışmada 21 mikrosatellit lokusu ve 117 suş tanımlanmıştır [48].

### **PCR-restriksiyon parça uzunluk polimorfizmi (RFLP)**

PCR-RFLP, DNA çoğaltılmasının ardından bir PCR ürününün restriksiyon endonükleazları ile kesilmesi, jel elektroforezi ile ayrılabilen bir kaç fragman oluşturulması ve elde edilen ürünlerin

büyüklüğüne göre belli profillerin ortaya çıkmasını sağlayan bir yöntemdir. Bu yöntemle KL tanısı ve tür tayini yapılmaktadır [49-51].

Kutanöz *leishmaniasis*, göç, savaş, seyahat gibi çeşitli nedenlerle nüfus hareketliliğinin artmasına bağlı olarak tüm dünyada ve Türkiye’de önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Kutanöz *leishmaniasis*, Türkiye’de endemik olduğu bölgelerde sınırlı kalmayıp Türkiye geneline göç, yoğun nüfus hareketleri sayesinde yayılım göstermektedir. Bu nedenle KL endemik olan ve olmayan bölgelerde KL olgularının erkenden tespit edilmesi, kesin tanılarının koyulması ve doğru tanılara göre tedavilerinin yapılması, hastalığın yayılımının önlenmesinde ve hastalığın kontrol altına alınmasında önem arz etmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Reithinger R, Dujardin JC, Louzir H, Pirmez C, Alexander B, Brooker S. (2007) Cutaneous leishmaniasis. *Lancet Infect Dis* 7:581–96.
2. Herwaldt BL. (1999) Leishmaniasis. *Lancet*. 354:1191-9.
3. WHO. Leishmaniasis Fact sheet N°375 2015. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/en/>.
4. WHO. Control of the Leishmaniases: report of a meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniases, Geneva: WHO Technical Report Series, 949; 2010 [updated 22-26 March 2010]. Available from: [http://www.who.int/neglected\\_diseases/integrated\\_media/integrated\\_media\\_2010\\_leishmaniasis\\_2/en/](http://www.who.int/neglected_diseases/integrated_media/integrated_media_2010_leishmaniasis_2/en/).
5. Plock A, Sokolowska-Kohler W, Presber W. (2001) Application of flow cytometry and microscopical methods to characterize the effect of herbal drugs on *Leishmania* spp. *Experimental parasitology*. 97(3):141-53. doi: 10.1006/expr.2001.4598
6. Pearson RD, De Queiroz Sousa A, Jeronimo SMB. (2001) *Leishmania* species: visceral (kala-azar), cutaneous and mucosal leishmaniasis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Principles and practice of infectious diseases*. Churchill Livingstone, New York p. 2831–45.
7. Goto H, Lauletta Lindoso JA. (2010) Current diagnosis and treatment of cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis. *Expert Review of Anti-Infective Therapy*. 8(4):419-33. doi: 10.1586/eri.10.19

8. Antonio LdF, Fagundes A, Oliveira RVC, Pinto PG, Bedoya-Pacheco SJ, Vasconcellos ÉdCFE, et al. (2014) Montenegro Skin Test and Age of Skin Lesion as Predictors of Treatment Failure in Cutaneous Leishmaniasis. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo*. 56(5):375-80. doi: 10.1590/s0036-46652014000500002
9. Douba MD, Abbas O, Wali A, Nassany J, Aouf A, Tibbi MS, et al. (2012) Chronic cutaneous leishmaniasis, a great mimicker with various clinical presentations: 12 years experience from Aleppo. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 26(10):1224-9. doi: 10.1111/j.1468-3083.2011.04266.x
10. Reithinger R, Dujardin JC, Louzir H, Pirmez C, Alexander B, Brooker S. (2007) Cutaneous leishmaniasis. *Lancet Infectious Diseases*. 7:581-96.
11. Machado P, Araujo C, Da Silva AT, Almeida RP, D'Oliveira Jr A, Bittencourt A, et al. (2002) Failure of early treatment of cutaneous leishmaniasis in preventing the development of an ulcer. *Clin Infect Dis*. 34(12):E69-73. doi: 10.1086/340526
12. Walton BC. (1987) American cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis. In: Peters W, Killick-Kendrick R, editors. *The Leishmaniases in Biology and Medicine*. Volume II. London, UK,: Academic Press; p. 637-64.
13. Vega-Lopez F. (2003) Diagnosis of cutaneous leishmaniasis. *Curr Opin Infect Dis*. 16(2):97-101. doi: 10.1097/01.aco.0000065077.06965.4d

14. de Vries HJ, Reedijk SH, Schallig HD. (2015) Cutaneous leishmaniasis: recent developments in diagnosis and management. *Am J Clin Dermatol.* 16(2):99-109. doi: 10.1007/s40257-015-0114-z
15. Ertabaklar H, Ozlem Caliskan S, Boduc E, Ertug S. (2015) [Comparison of direct microscopy, culture and polymerase chain reaction methods for the diagnosis of cutaneous leishmaniasis]. *Mikrobiyol Bul.* 49(1):77-84.
16. Handler MZ, Patel PA, Kapila R, Al-Qubati Y, Schwartz RA. (2015) Cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis Differential diagnosis, diagnosis, histopathology, and management. *Journal of the American Academy of Dermatology.* 73(6):911-28. doi: 10.1016/j.jaad.2014.09.014
17. Boggild AK, Miranda-Verastegui C, Espinosa D, Arevalo J, Martinez-Medina D, Llanos-Cuentas A, et al. (2008) Optimization of microculture and evaluation of miniculture for the isolation of *Leishmania* parasites from cutaneous lesions in Peru. *Am J Trop Med Hyg.* 79(6):847-52.
18. Elmahallawy EK, Sampedro Martinez A, Rodriguez-Granger J, Hoyos-Mallecot Y, Agil A, Navarro Mari JM, et al. (2014) Diagnosis of leishmaniasis. *J Infect Dev Ctries.* 8(8):961-72. doi: 10.3855/jidc.4310
19. Kar K. (1995) Serodiagnosis of leishmaniasis. *Crit Rev Microbiol.* 21(2):123-52. doi: 10.3109/10408419509113537
20. Maia Z, Lirio M, Mistro S, Mendes CM, Mehta SR, Badaro R. (2012) Comparative study of rK39 *Leishmania* antigen for



- serodiagnosis of visceral leishmaniasis: systematic review with meta-analysis. *PLoS Negl Trop Dis.* 6(1):e1484. doi: 10.1371/journal.pntd.0001484
21. Al-Salem WS, Ferreira DM, Dyer NA, Alyamani EJ, Balghonaim SM, Al-Mehna AY, et al. (2014) Detection of high levels of anti-alpha-galactosyl antibodies in sera of patients with Old World cutaneous leishmaniasis: a possible tool for diagnosis and biomarker for cure in an elimination setting. *Parasitology.* 141(14):1898-903. doi: 10.1017/s0031182014001607
  22. De Luca PM, Mayrink W, Pinto JA, Coutinho SG, Santiago MA, Toledo VP, et al. (2001) A randomized double-blind placebo-controlled trial to evaluate the immunogenicity of a candidate vaccine against American tegumentary leishmaniasis. *Acta Trop.* 80(3):251-60.
  23. Skraba CM, de Mello TF, Pedroso RB, Ferreira EC, Demarchi IG, Aristides SM, et al. (2015) Evaluation of the reference value for the Montenegro skin test. *Rev Soc Bras Med Trop.* 48(4):437-44. doi: 10.1590/0037-8682-0067-2015
  24. Carvalho EM, Correia Filho D, Bacellar O, Almeida RP, Lessa H, Rocha H. (1995) Characterization of the immune response in subjects with self-healing cutaneous leishmaniasis. *Am J Trop Med Hyg.* 53(3):273-7.
  25. de Bustamante MC, Pereira MJ, Schubach Ade O, da Fonseca AH. (2009) Epidemiological profile of cutaneous leishmaniasis in an endemic region in the State of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Bras Parasitol Vet.* 18(3):34-40.

26. Manzur A, Bari A. (2006) Sensitivity of leishmanin skin test in patients of acute cutaneous leishmaniasis. *Dermatol Online J.* 12(4):2.
27. Schubach AD, Marzochi KBF, Moreira JS, Schubach TMP, Araujo ML, do Vale ACF, et al. (2005) Retrospective study of 151 patients with cutaneous leishmaniasis treated with meglumine antimoniate. *Revista Da Sociedade Brasileira De Medicina Tropical.* 38(3):213-7.
28. Faber WR, Oskam L, van Gool T, Kroon NC, Knecht-Junk KJ, Hofwegen H, et al. (2003) Value of diagnostic techniques for cutaneous leishmaniasis. *J Am Acad Dermatol.* 49(1):70-4. doi: 10.1067/mjd.2003.492
29. Passos VMA, Barreto SM, Romanha AJ, Krettli AU, Volpini AC, Costa MFFLE. (2000) American cutaneous leishmaniasis: use of a skin test as a predictor of relapse after treatment. *Bulletin of the World Health Organization.* 78(8):968-74.
30. Weigle KA, Valderrama L, Arias AL, Santrich C, Saravia NG. (1991) Leishmanin skin test standardization and evaluation of safety, dose, storage, longevity of reaction and sensitization. *Am J Trop Med Hyg.* 44(3):260-71.
31. Bensoussan E, Nasereddin A, Jonas F, Schnur LF, Jaffe CL. (2006) Comparison of PCR assays for diagnosis of cutaneous leishmaniasis. *Journal of clinical microbiology.* 44(4):1435-9. doi: 10.1128/JCM.44.4.1435-1439.2006
32. Cruz I, Millet A, Carrillo E, Chenik M, Salotra P, Verma S, et al. (2013) An approach for interlaboratory comparison of

- conventional and real-time PCR assays for diagnosis of human leishmaniasis. *Experimental parasitology*. 134(3):281-9. doi: 10.1016/j.exppara.2013.03.026
33. de Vries HJC, Reedijk SH, Schallig HDFH. (2015) Cutaneous Leishmaniasis: Recent Developments in Diagnosis and Management. *American Journal of Clinical Dermatology*. 16(2):99-109. doi: 10.1007/s40257-015-0114-z
  34. Dieterle R, Pillekamp H. (2014) Cutaneous leishmaniasis. Diagnosis and therapy in northern Afghanistan. *Hautarzt*. 65(2):125-9. doi: 10.1007/s00105-013-2725-8
  35. Luis L, Ramirez A, Aguilar CM, Eresh S, Barker DC, Mendoza-Leon A. (1998) The genomic fingerprinting of the coding region of the b-tubulin gene in *Leishmania* identification. *Acta Trop*. 69:193-204.
  36. Miranda A, Saldana A, Gonzalez K, Paz H, Santamaria G, Samudio F, et al. (2012) Evaluation of PCR for cutaneous leishmaniasis diagnosis and species identification using filter paper samples in Panama, Central America. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 106(9):544-8. doi: 10.1016/j.trstmh.2012.05.005
  37. Russell R, Iribar MP, Lambson B, Brewster S, Blackwell JM, Dye C, et al. (1999) Intra and inter-specific microsatellite variation in the *Leishmania* subgenus *Viannia*. *Molecular and biochemical parasitology*. 103(1):71-7.
  38. Satow MM, Yamashiro-Kanashiro EH, Rocha MC, Oyafuso LK, Soler RC, Cotrim PC, et al. (2013) Applicability of kDNA-PCR

- for routine diagnosis of American tegumentary leishmaniasis in a tertiary reference hospital. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo*. 55(6):393-9. doi: 10.1590/S0036-46652013000600004
39. Toz SO, Culha G, Zeyrek FY, Ertabaklar H, Alkan MZ, Vardarli AT, et al. (2013) A real-time ITS1-PCR based method in the diagnosis and species identification of *Leishmania* parasite from human and dog clinical samples in Turkey. *PLoS Negl Trop Dis*. 7(5):e2205. doi: 10.1371/journal.pntd.0002205
40. van Eys GJ, Schoone GJ, Kroon NC, SB. E. (1992) Sequence analysis of small subunit ribosomal RNA genes and its use for detection and identification of *Leishmania* parasites *Molecular and biochemical parasitology*. 51:133-42.
41. Galluzzi L, Ceccarelli M, Diotallevi A, Menotta M, Magnani M. (2018) Real-time PCR applications for diagnosis of leishmaniasis. *Parasites & vectors*. 11(1):273. doi: 10.1186/s13071-018-2859-8
42. de Cassia-Pires R, de Melo MF, Barbosa RD, Roque AL. (2017) Multiplex PCR as a tool for the diagnosis of *Leishmania* spp. kDNA and the *gapdh* housekeeping gene of mammal hosts. *PLoS One*. 12(3):e0173922. doi: 10.1371/journal.pone.0173922
43. Saadabadi F, Mohajery M, Poostchi E, Shamsian AS. (2013) Identification of *Leishmania* species causing cutaneous leishmaniasis using Random Amplified Polymorphic DNA (RAPD-PCR) in Kharve, Iran. *Rep Biochem Mol Biol*. 1(2):69-73.

44. Ramezany M, Sharifi I, Babaei Z, Ghasemi Nejad Almani P, Heshmatkhah A, Keyhani A, et al. (2018) Geographical distribution and molecular characterization for cutaneous leishmaniasis species by sequencing and phylogenetic analyses of kDNA and ITS1 loci markers in south-eastern Iran. *Pathog Glob Health*.1-10. doi: 10.1080/20477724.2018.1447836
45. Van der Auwera G, Ravel C, Verweij JJ, Bart A, Schonian G, Felger I. (2014) Evaluation of four single-locus markers for *Leishmania* species discrimination by sequencing. *Journal of clinical microbiology*. 52(4):1098-104. doi: 10.1128/JCM.02936-13
46. Vossen RH, Aten E, Roos A, den Dunnen JT. (2009) High-resolution melting analysis (HRMA): more than just sequence variant screening. *Hum Mutat*. 30(6):860-6. doi: 10.1002/humu.21019
47. Nasereddin A, Jaffe CL. (2010) Rapid diagnosis of Old World Leishmaniasis by high-resolution melting analysis of the 7SL RNA gene. *Journal of clinical microbiology*. 48(6):2240-2. doi: 10.1128/JCM.00553-10
48. Schwenkenbecher JM, Wirth T, Schnur LF, Jaffe CL, Schallig H, Al-Jawabreh A, et al. (2006) Microsatellite analysis reveals genetic structure of *Leishmania tropica*. *Int J Parasitol*. 36(2):237-46. doi: 10.1016/j.ijpara.2005.09.010
49. Eksi F, Ozgoztasi O, Karşligil T, Sağlam M. (2017) Genotyping *Leishmania* promastigotes isolated from patients with cutaneous

- leishmaniasis in south-eastern Turkey. *J Int Med Res.* 45(1):114-22. doi: 10.1177/0300060516677155
50. Gurses G, Ozaslan M, Zeyrek FY, Kilic IH, Doni NY, Karagoz ID, et al. (2017) Molecular identification of *Leishmania* spp. isolates causes cutaneous leishmaniasis (CL) in Sanliurfa Province, Turkey, where CL is highly endemic. *Folia Microbiol (Praha)*. doi: 10.1007/s12223-017-0556-1
51. Ertabaklar H, Ertuğ S, Çalışkan SÖ, Bozdoğan B. (2016) Determination of *Leishmania* Species by PCR-RFLP in the Smear Samples Taken from the Lesions of Cutaneous Leishmaniasis Cases. *Mikrobiyoloji Bulteni.* 50(2):300-6. doi: 10.5578/mb.22070



978-605-7875-27-3



**IKSAD**  
Publishing House