

Sağlık

Yönetimi

Cilt: 1 Sayı: 1 Yıl: 2019

Dergisi



SÜLEYMAN DEMİREL
ÜNİVERSİTESİ

Süleyman Demirel University

**Healthcare
Management**

J o u r n a l

VOLUME: 1 ISSUE: 1 YEAR: 2019

Sağlık Yönetimi

Dergisi

Yıl / Year: 2019

Cilt / Volume: 1

Sayı / Issue: 1

Derginin Sahibi / Owner of the Journal

Prof. Dr. Ramazan ERDEM
(Süleyman Demirel Üniversitesi Adına / On Behalf of Süleyman Demirel University)

Editör / Managing Editor

Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Erdal EKE

Editör Yardımcıları / Editorial Assistants

Arş. Gör. / Res. Assist. Dilruba UĞURLUOĞLU
Arş. Gör. / Res. Assist. Merve KİŞİ
Arş. Gör. / Res. Assist. Selin EROYMAK

Yabancı Dil Editörü / Foreign Language Editor

Arş. Gör. / Res. Assist. Merve KİŞİ

Kapak Tasarımı / Cover Design

Durmuş Ali GÜRTOKLU
(SDÜ Kurumsal İletişim Merkezi Grafik Tasarım Bölümü)

Yayın Kurulu / Editorial Board

Doç. Dr. Vahit YİĞİT
Süleyman Demirel Üniversitesi
Doç. Dr. Belma KEKLİK
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Nezihe TÜFEKÇİ
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ALKAN
Süleyman Demirel Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi. Arzu YİĞİT
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Elif KAYA
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Necla YILMAZ
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Aynur TOROMAN
Süleyman Demirel Üniversitesi

Danışma Kurulu / Advisory Board

Prof. Dr. Sıdika KAYA
Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA
Erciyes Üniversitesi
Prof. Dr. Hacer ÖZGEN NARCI
İstinye Üniversitesi
Prof. Dr. Haydar SUR
Üsküdar Üniversitesi
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK
Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşegül KAPTANOĞLU
Beykent Üniversitesi
Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Prof. Dr. Türkan YILDIRIM
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU
Atılım Üniversitesi
Prof. Dr. Nilgün SARP
İstanbul Bilgi Üniversitesi

Doç. Dr. Sinem SOMUNCUOĞLU İKİNCİ
Uludağ Üniversitesi
Doç. Dr. Oğuz IŞIK
Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU
Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Serap DURUKAN KÖSE
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Doç. Dr. Sedat BOSTAN
Ordu Üniversitesi
Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK
Ankara Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Aslan KAPLAN
Hacettepe Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Perihan ŞENEL TEKİN
Ankara Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Tuncay KÖSE
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Pınar Yalçın BALÇIK
Hacettepe Üniversitesi

Sağlık Yönetimi

Dergisi

Yıl / Year: 2019

Cilt / Volume: 1

Sayı / Issue: 1

Prof. Dr. Gülsün ERİGÜÇ
Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN
Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Prof. Dr. Mahmud KHAN
University of South Carolina
Assoc. Prof. Dr. Amir Hossein TAKIAN
Tehran University

Amaç / Aim

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nün yayın organıdır. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, sağlık yönetimi alanındaki ulusal ve uluslararası gelişmelerin takip edilmesi, sağlık yönetimi odaklı akademik yayınları içermesi ve alanla ilgili nitelikli ve güncel bir kaynak oluşturması başta olmak üzere çeşitli amaçlarla yayın hayatına başlamıştır. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, hakemli ve yılda iki kez yayınlanan süreli bir yayındır.

Kapsam / Scope

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, iktisadi ve idari bilimler ile ilgili tüm konularda Türkçe veya İngilizce hazırlanmış araştırma makaleleri, derleme makaleler ve olgu sunumlarını kabul etmektedir. Dergi Haziran ve Aralık aylarında olmak üzere yılda iki sayı olarak yayımlanmaktadır. Dergiye gönderilen makalelerden değerlendirme ücreti ve başvuru ücreti alınmamaktadır. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlanmış olmalıdır. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları yönetimi, sağlık politikası ve planlaması, sağlık ekonomisi, sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetimi, sağlık hizmetlerinde pazarlama, üretim, finansman ve kalite yönetimi, hastane işletmeciliği, sağlık kurumlarında muhasebe-finance, sağlık hukuku, halk sağlığı ve epidemiyoloji başta olmak üzere sağlık yönetimi alanındaki konularda yazılmış araştırma, derleme, gözlem ve görüş, bildiri, rapor, çeviri ve duyuru türündeki Türkçe ve İngilizce bilimsel yazılar yayımlanmaktadır.

İletişim Adresi / Contact Info

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi
Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Doğu Kampüsü, 32260, Çünür, Isparta / TURKEY
<http://dergipark.gov.tr/sdusyd>
<http://saglikyonetimibolumudergisi@sdu.edu.tr>
+90 246 2110568

Hakem Kurulu / Referee Board

Prof. Dr. Musa ÖZATA Ahi Evran Üniversitesi	Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Ayhan ULUDAĞ Necmettin Erbakan Üniversitesi
Prof. Dr. Durmuş ACAR Süleyman Demirel Üniversitesi	Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Oğuzhan ÇARIKÇI Süleyman Demirel Üniversitesi
Prof. Dr. İsmail BEKÇİ Süleyman Demirel Üniversitesi	Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Arzu YİĞİT Süleyman Demirel Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Vahit YİĞİT Süleyman Demirel Üniversitesi	Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Rukiye ÇELİK Süleyman Demirel Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK Selçuk Üniversitesi	Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Nezihe TÜFEKÇİ Süleyman Demirel Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Burcu ASLANTAŞ ATEŞ Süleyman Demirel Üniversitesi	

Liste dergimizin bu sayısında yayınlanan makaleleri değerlendiren hakemlerden oluşmaktadır. Hakemlerimize dergimize yapmış oldukları katkıdan dolayı teşekkürlerimizi sunarız.

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Araştırma Makalesi / Research Article

Zeynep KUH

Prof. Dr. Ramazan ERDEM

Fatalizm Eğiliminin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisi

The Effects of Fatalism Tendency on Healthy Lifestyle Behaviors

1-16

Araştırma Makalesi / Research Article

Arş. Gör. Dr. İzzet ERDEM

Drapetomania Bağlamında Sağlık Hizmetlerinde Çalışan ve Yönetici İlişkisi Üzerine Bir İnceleme

A Study on the Relationship Between the Health Care Personnel and the Manager in Health Services in Context

with Drapetomania

17-25

Araştırma Makalesi / Research Article

Arş. Gör. Fevzi AKBULUT

Prof. Dr. Mehmet GENÇTÜRK

Hastanelerde Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemi ve Genel Cerrahi Biriminde Örnek Bir Uygulama

Activity-Based Costing Method in Hospitals and a Sample Application in General Surgery Unit

26-45

Derleme Makalesi / Review Article

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Süheyl POZANTI

Hastanelerde Kurum İçi İletişim

Internal Communication in Hospitals

46-63

YAYIN İLKELERİ

1. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, altı ayda bir ve gerektiğinde özel sayı olarak yayınlanır. Derginin yayın dili Türkçe olup gerektiğinde İngilizce yazılara da yer verilebilir.
2. Dergiye iktisadi ve idari programlar ile ilgili tüm konularda bilimsel ve özgün makaleler gönderilebilir.
3. Dergiye gönderilen makaleler başka bir yerde yayınlanmamış ya da yayınlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır.
4. Makaleler Türkçe veya İngilizce dillerinde yazılmış olmalıdır.
5. Makaleler yazım kurallarımıza uygun bir şekilde hazırlanarak sisteme yüklenmelidir. Yazarlar; unvanlarını, görev yaptıkları kurumları ve iletişim bilgilerini sisteme eksiksiz bir şekilde eklemelidir. Sistem üzerinden makale gönderemeyen yazarlar saglikyönetimidergisi@sdu.edu.tr adresine e-mail yoluyla da çalışmalarını gönderebilir.
6. Çalışmalarını gönderen yazarlar; makalede hiçbir şekilde intihal yapmadığını, intihalden doğan tüm sorumlulukların kendilerine ait olduğunu, bu konuda derginin hiçbir sorumluluğunun olmadığını beyan etmiş olmalıdır.
7. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlanmış olmalıdır.
8. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler ilk olarak intihal programından geçirilmektedir. Benzerlik indeksi oranı yüksek olan makaleler değerlendirme sürecine alınmadan reddedilmektedir.
9. Makaleler içerik ve biçim açısından incelenmek üzere en az iki hakeme gönderilmektedir. Makaleyi değerlendiren hakemlerin kimlikleri hakkında yazarlara, makalenin kime ait olduğu konusunda da hakemlere bilgi verilmemektedir. Hakem raporlarından biri olumlu, diğeri olumsuz olduğu takdirde, editör makaleyi üçüncü hakeme gönderilebilir veya hakem raporları çerçevesinde nihai kararı verebilir.
10. Hakemlerden gelen değerlendirme raporları doğrultusunda makalenin yayınlanmasına, yazardan düzeltme istenmesine ya da makalenin geri çevrilmesine karar verilecektir. Yazardan düzeltme istenmesi durumunda, düzeltmenin en geç üç ay içinde yapılarak dergimize ulaştırılması gerekmektedir.
11. Yazım yanlışlarının çok fazla olması, bilimsellik şartlarına uyulmaması makalenin geri çevrilmesi için yeterli görülecektir.
12. Yayınlanmayan makaleler yazarına geri gönderilmeyecektir.
13. Dergide yayınlanan makalelerdeki görüşler derginin görüşleri değildir. Tüm sorumluluk yazarına aittir.
14. Dergide yayınlanan makalelerin her hakkı saklıdır. Derginin ismi olmadan hiçbir şekilde çoğaltılamaz.
15. Dergide yayınlanan makalelerin yazarlarına nakit olarak telif ücreti ödenmez.
16. Yayın ilkelerine uygun olmayan makaleler hakem değerlendirme sürecine alınmayacaktır.

YAYIN ETİĞİ

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi yayın etiği konusunda COPE (Committee on Publication Ethics) ve ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) tarafından belirlenen yayın etiği ilke, standart ve tavsiyelerini gözetmektedir. Buna göre kabul edilen etik standartlara uygun olmayan tüm makaleler yayından çıkarılır. Yayından sonra tespit edilen olası kuraldışı, uygunsuzluklar içeren makaleler de buna dahildir. Yayın etiği kapsamında tüm paydaşların özetle aşağıdaki etik sorumlulukları taşıması beklenmekte olup, her türlü etik vakası COPE kuralları gereğince değerlendirmeye tabi tutulacaktır.

Yazarların Etik Sorumlulukları:

- Yazarlar dergiye gönderdikleri makaleleri başka bir yerde yayınlamamış ya da yayınlanmak üzere göndermemiş olmalıdır.
- Yazarlar makalelerinde kullandıkları tüm alıntılara kaynak göstermiş olmalıdır.
- Yazarlar makalenin kendi çalışmaları olduğunu, hiçbir şekilde intihal yapmadıklarını, intihalden doğan tüm sorumlulukların kendilerine ait olduğunu, bu konuda derginin hiçbir sorumluluğunun olmadığını beyan etmiş olmalıdır.
- Yazarlar makaleye bilimsel katkı verdiklerini garanti etmeli ve tüm yazarların makale üzerinde eşit sorumluluğa sahip olduğu bilinmelidir.
- Sorumlu yazar makalede adı geçen tüm ortak yazarların yayına ve ortak yazar olarak adlandırılmaya razı olduğunu garanti etmelidir. Çalışmaya önemli katkılar sağlayan tüm kişiler ortak yazar olarak adlandırılmalıdır. Bunun dışındaki kişilere teşekkür kısmında yer verilmelidir.
- Yazarlar gönderdikleri çalışmaları destekleyen kuruluşları, finansal kaynakları veya çıkar çatışmasını beyan etmekle yükümlüdür.
- Yazarlar gerekli görülmesi halinde makalede yer alan veri setlerine ulaşım imkanı sağlamalıdır.

Hakemlerin Etik Sorumlulukları:

- Araştırmayı incelemek için yeterli nitelikte olmayan veya makaleyi hızlı bir şekilde değerlendirmesinin imkansız olacağını bilen seçilmiş herhangi bir hakem, editöre bu durumu bildirmeli ve inceleme sürecinden mazurunu istemelidir.
- Hakemler kendilerine ulaşan makaleleri gizli tutmak ve hakemlik sürecinden elde ettikleri bilgileri kişisel menfaatleri için kullanmamakla yükümlüdürler.
- Hakemler raporlarını veya makale hakkındaki bilgileri başkalarıyla paylaşmamalıdır ve editörün izni olmadan yazarlarla doğrudan iletişim kurmamalıdır.
- Hakemler makaledeki potansiyel etik meseleler konusunda özenli olmalı ve bunları editörün dikkatine sunmalıdır. Buna, değerlendirmedeki makale ile hakemin kişisel bilgi sahibi olduğu herhangi başka bir yayınlanmış çalışma arasındaki özlü benzerlik ve örtüşme dâhildir.
- Hakemlik nesnel bir şekilde yapılmalıdır. Yazarlara dair kişisel eleştirilerde bulunulmamalı, değerlendirmeler yapıcı, dürüst ve kibar olmalıdır.
- Hakemler yazarlarından herhangi biriyle rekabetçi, işbirlikçi veya başka türlü bir ilişki veya bağlantıdan kaynaklanabilecek potansiyel bir çıkar çatışmasına sahip olduğu bir makaleyi değerlendirmeyi kabul etmeden önce editöre danışmalıdır.

Editör Kurulunun Etik Sorumlulukları:

- Dergide hangi makalelerin yayınlanacağına karar vermek editör kurulunun sorumluluğundadır. Yazarların makalelerini değerlendiren editör kurulu; ırk, cinsiyet, cinsel yönelim, dini inanç, etnik köken, vatandaşlık ya da politik felsefelerinden bağımsız olarak değerlendirme yapmalıdır. Alınacak karar, makalenin doğruluğu, geçerliliği ve önemi ile derginin kapsamının uygunluğuna dayanmalıdır. İftira, telif hakkı ihlali ve intihal ile ilgili mevcut yasal gereklilikler de dikkate alınmalıdır.
- Editör veya herhangi bir editör kurulu üyesi, ilgili yazar, hakemler, potansiyel hakemler, diğer editör danışmanları ve yayıncılardan başka kimseye bir makale hakkında bilgi ifşa etmemelidir.

Sağlık Yönetimi

Dergisi

Yıl / Year: 2019

Cilt / Volume: 1

Sayı / Issue: 1

- Sunulan bir makalede açıklanan yayınlanmamış malzemeler, yazarın açık yazılı izni olmaksızın editörün veya editör kurulunun kendi araştırmalarında kullanılmamalıdır.

YAZIM KURALLARI

1. Makaleler “Office Word” programında A4 boyutlarında hazırlanmalıdır.
2. Makalelerin uzunluğu dergi formatında 30 sayfayı geçmemelidir.
3. Sayfa düzeni; Üst: 3 cm, Alt: 3 cm, Sol: 4 cm ve Sağ: 2,5 cm olmalıdır.
4. Makaleler 11 punto ve “Times New Roman” karakteri ile tek satır aralığı kullanılarak yazılmalıdır. Yazımda, virgül ve noktalardan sonra bir karakter ara verilmelidir.
5. Paragraflarda başlangıç girintisi kullanılmamalı, paragraftan önce ve sonra ise 6nk boşluk bırakılmalıdır. Paragraflar arasında ilave boş satır bırakılmamalıdır.
6. Makalenin ilk sayfasında 11 punto olarak Türkçe ve İngilizce başlık, 9 punto olarak 150 kelimeyi geçmeyecek Türkçe ve İngilizce özet ile en az 3 en fazla 5 tane olmak üzere Türkçe ve İngilizce anahtar kelimeler bulunmalıdır.
7. Yazarın unvanı ile ad ve soyadı, 10 punto olarak makale başlığının sağ altında belirtilmelidir. Aynı sayfanın dipnotlar için ayrılan kesim çizgisinin altında ise 8 punto olarak yazarın görev yeri ve e-mail adresi gösterilmelidir.
8. Makalede ana başlıklar ve alt başlıklar kalın (bold) ve sola yaslı (girintisiz) olarak 1., 1.1., 1.1.1., 1.1.2., 1.1.2.1. gibi ondalıklı şekilde numaralandırılmalıdır. Ana başlıkların bütün harfleri büyük yazılmalı, alt başlıkların ise sadece baş harfleri büyük yazılmalıdır. Ana başlıklardan önce 1 satır boşluk bırakılmalı, başlık sonrasında ise boşluk bırakılmamalıdır. Alt başlıkların ise hem öncesinde hem de sonrasında herhangi bir satır boşluğu bırakılmamalıdır.
9. Makale içindeki tüm tablo, şekil ve grafikler metnin uygun yerlerinde ardışık olarak numaralandırılmış bir şekilde sayfaya ortalı olarak gösterilmelidir. Her tablo, şekil veya grafiğe bir başlık verilmelidir. Başlık; tablo, şekil veya grafiğin üstünde, sayfaya ortalı, yalnızca kelimelerin baş harfleri büyük olacak şekilde ve 10 punto olarak yer almalıdır. Tablo, şekil ve grafik içindeki metin 8-10 punto aralığında olmalıdır. Tablo, şekil veya grafikler yukarıda verilen sayfa yapısına (sayfa marjlarını aşmayacak şekilde) uygun olmalıdır.
10. Dergiye gönderilecek başvurularda aşağıdaki kurallar göz önüne alınacaktır.

KİTAP

Tek Yazarlı Kitap

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (Yayın yılı), Kitap Adı, Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi.
Dağ, R., (2007), Kırsal Kalkınma Siyaseti, 2. Baskı, Ankara: Dipnot Yayınları.

İki -Altı Yazarlı Kitap

Uyarı: İkidenden altıya kadar (altı yazar da dâhil) yazarı olan kitaplarda tüm yazarlar kaynakçada gösterilmelidir.

Birinci Yazar Soyadı, Birinci Yazar isminin baş harf(ler)i., İkinci Yazar Soyadı, İkinci Yazar isminin baş harf(ler)i. ve Üçüncü Yazar Soyadı, Üçüncü Yazar isminin baş harf(ler)i., (Yayın yılı), Kitap Adı, Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi.

Üçok, C., Mumcu, A. ve Bozkurt, G., (2008), Türk Hukuk Tarihi, 3. Baskı, Ankara: Turhan Kitabevi.

Not: İngilizce yayınlarda “ve” yerine “and” kullanılmalıdır.

Yedi ve Daha Fazla Yazarlı Kitap

Altıncı yazara kadar (altıncı yazar da dâhil) tüm yazarlar kaynakçaya yazılarak altıncı yazardan sonra Türkçe kitaplarda “vd.” İngilizce kitaplarda “et al.” kısaltması yapılmalıdır.

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i. vd., (yayın yılı), Kitap Adı, Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi.

Erdem, R., Alkan, A., Yılmaz, N., Çelik, R., Akkaş, E., Erdem, İ. vd., (2018), Sağlık Kurumlarına Sosyolojik Bakış, 1. Baskı, Isparta: Hayal Yayınları.

Not: İngilizce yayınlarda “vd.” yerine “et al.” kullanılmalıdır.

Editörlü Kitap

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (Yayın yılı), “İçerideki makalenin veya bölümün adı”, içinde Editörün İsmi'nin Baş Harf(ler)i. Editör Soyadı (Ed.), Kitabın Adı, (ss. Makale veya bölümün sayfa aralığı), Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi.

Çarıkçı, İ. H. ve Arslan, E. T., (2010), “Türk Yönetim Geleneğinde Kayırmacılığın Tarihi Seyri”, içinde R. Erdem (Ed.), Yönetim ve Örgüt Açısından Kayırmacılık, (ss. 27-39), 1. Baskı, İstanbul: Beta Yayınları.

Not: Editör ikiden fazlaysa ikinci yazardan sonra “vd.” kısaltması yapılmalıdır.

Çeviri Kitap

Uyarı: Çeviri kitaplarında metin içerisinde ve kaynakçada kitabın orijinalinin hangi yılda yayınlandığı belirtilmelidir.

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (yayın yılı), Kitap Adı, (Çev. Kitabı Çeviren Yazarın İsmi'nin Baş Harf(ler)i. Yazarın Soyadı), Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi

Neiman, S., (2006), Modern Düşüncede Kötülük, (Çev. A. Sargüney), 1. Baskı, İstanbul: Ayrıntı Yayınları. (Orijinal Baskı: 1999)

Not: Metin içi: (Neiman, 1999/2006: 155).

Bildiri Kitabı

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (yayın yılı), “Bildirinin adı”, içinde Editörün İsmi'nin Baş Harf(ler)i. Editör Soyadı (Ed.), Kongrenin Adı, (ss. Bildirinin sayfa aralığı), Yayın Yeri: Yayınevi.

Atman, Ü., (2010), “Kalite, Hastane Yönetimi ve Liderlik”, içinde H. Kırılmaz (Ed.), II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, (ss. 80-88), Ankara: Bakanlık Yayınları

MAKALE

Tek Yazarlı Makale

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (yayın yılı), “Makalenin Adı”, Makalenin Yayınlandığı Derginin Adı, Makalenin cildi(sayısı): Makalenin Sayfa Aralığı.

Pazarlıoğlu, M. V., (2007), “İzmir Örneğinde İç Göçün Ekonometrik Analizi”, Yönetim ve Ekonomi Dergisi, 14(1): 121-135.

Stouffer, S. A., (1940), “Intervening Opportunities: A Theory Relating Mobility and Distance”, American Sociological Review, 5(6): 845-867.

İki -Altı Yazarlı Makale

Uyarı: İki'den altıya kadar (altı yazar da dahil) yazarı olan makalelerde tüm yazarlar kaynakçada gösterilmeli, son yazarın soyadından önce Türkçe makalelerde “ve” yabancı makalelerde “and” konulmalıdır..

Birinci Yazar Soyadı, Birinci Yazar isminin baş harf(ler)i., İkinci Yazar Soyadı, İkinci Yazar isminin baş harf(ler)i, Üçüncü Yazar Soyadı, Üçüncü Yazar isminin baş harf(ler)i., (yayın yılı), “Makalenin Adı”, Makalenin Yayınlandığı Derginin Adı, Makalenin cildi(sayısı): Makalenin Sayfa Aralığı.

Koçak, Y. ve Terzi, E., (2012), “Türkiye’de Göç Olgusu, Göç Edenlerin Kentlere Olan Etkileri ve Çözüm Önerileri”, Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 3(3): 163-184

Pissarides, C. A. and Wadsworth, J., (1989), “Unemployment and the Inter-Regional Mobility of Labour”, The Economic Journal, 99(397): 739-755.

İslamoğlu, E., Yıldırım, S. ve Benli, A., (2013), “Türkiye’de Tersine Göç ve Tersine Göçü Teşvik eden Uygulamalar: İstanbul İli Örneği”, Sakarya İktisat Dergisi, 2(4): 46-66.

Yedi ve Daha Fazla Yazarlı Makaleler

Uyarı: Altıncı yazara kadar (altıncı yazar da dâhil) tüm yazarlar kaynakçaya yazılarak altıncı yazardan sonra Türkçe makalelerde “vd.” İngilizce makalelerde “et al.” kısaltması yapılmalıdır.

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i. vd., (yayın yılı), “Makalenin Adı”, Makalenin Yayınlandığı Derginin Adı, Makalenin cildi(sayısı): Makalenin Sayfa Aralığı.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, A. Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. et al., (2010), “Health Professionals for A New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World”, The Lancet, 376: 1923-1958.

Erdem, R., Gökçaya, D., Vergili, A., İzgüden, D., Eroymak, S., Uysal, M. vd., (2009), “Sağlık Hizmetlerinde Ters Bakım Yasasının Kent-Kır Ekseninde Değerlendirilmesi”, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5(4): 95-104.

TEZ

Sağırılı, M., (2006), Eğitim ve İnsan Kaynağı Yönünden Türk Beyin Göçü: Geri Dönen Türk Akademisyenler Üzerine Alan Araştırması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, İstanbul.

SÖZLÜK

Jackson, Y. (Ed.). (2006). Encyclopedia of Multi Cultural Psychology, London & New Delhi: Sage Publications.

İNTERNET KAYNAĞI

http://dictionary.cambridge.org/dictionary/british/discrimination_1?q=discrimination, Erişim Tarihi: 03.07.2013.

DİĞER KAYNAKLAR (Rapor, Yasa, Sözleşme, Bildiri vs.)

1961 Anayasası (Kabul tarihi: 09.07.1961, Karar sayısı: 10859, Resmi Gazete: 20.07.1961).

AİHS: Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, (Kabul edildiği yer: Roma, Kabul tarihi: 04.11.1950, Değişiklik: 01.06.2010).

Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirisi (Kabul: 05.04.1975, Resmi Gazete: 27.04. 1977).

Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Çalışan Personelin Kılık ve Kıyafetine Dair Yönetmelik (Karar sayısı: 5105, Kabul Tarihi: 16. 07. 1982, Resmi Gazete: 25. 10. 1982).

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

FATALİZM EĞİLİMİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ETKİSİ*

THE EFFECTS OF FATALISM TENDENCY ON HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS

Uzm. Zeynep KUH¹

Prof. Dr. Ramazan ERDEM²

ÖZET

Bireylerin varoluşa dair varsayımları hayat pratiklerini büyük ölçüde etkilemektedir. Fatalizm eğilimi de bu temel varoluş varsayımlarından birisidir. Fatalizm eğilimi fazla olanlar, olanlara ve olacak olan her şeye dışsal bir atıf yaparak, ne yapılırsa yapılsın sonuçların değişmeyeceğini düşünürler. Bunun karşıtı nokta olan fatalizm eğilimlerinin düşük olduğu kişiler ise, olan biteni dışsal güçlere değil de insanın kendisine bağlamaktadırlar. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireylerin sağlıklı olabilmek adına yaptıkları çabalarla ilgilidir. Bu kapsamda beslenme, egzersiz, stres yönetimi, manevi gelişim öne çıkmaktadır. Bu çalışmanın amacı bireylerin fatalizm eğilimlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Bu amaçla Isparta il merkezinde kolayda örnekleme yolu ile 148 kişiye ulaşılmıştır. Veri toplama aracı olarak Walker ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilen Türkiye'deki geçerliliği ve güvenilirliği Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmış Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği kullanılmıştır. Ayrıca kişilerin fatalizm eğilimini ölçmek için de Kaya ve Bozkur (2015) tarafından geliştirilen Kadercilik Eğilimi Ölçeği kullanılmıştır. Veriler SPSS programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Fatalizm eğilimlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisi çoklu regresyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma sonunda katılımcılar en yüksek puanı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları içinde yer alan "manevi gelişim" (3.915) ve "kişilerarası ilişkiler" (3.870) boyutlarından; en düşük puanı da "fiziksel aktivite" (2.705) boyutundan almışlardır. Fatalizm boyutları içinde en yüksek puan "kişisel kontrol" (3.939) boyutundan, en düşük puan ise "batıl inanç" (2.097) boyutundan alınmıştır. Fatalizm eğilimi boyutlarından "önceden belirlenmişlik" ve "kişisel kontrol" boyutunun sağlıklı yaşam biçimi boyutlarından "manevi gelişim" ve "kişilerarası ilişkiler" boyutu üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu; "önceden belirlenmişlik" boyutunun aynı zamanda "beslenme" boyutunu pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Fatalizm, Sağlıklı Yaşam Biçimi, Davranış.

ABSTRACT

Individuals' assumptions about existence greatly influence the practice of life. The tendency of fatalism is also one of these basic assumptions of existence. People with a high tendency to fatalism, by making an external reference to events, think that the consequences of what is done will not change. On the other hand, those who have a low tendency to fatalism look for the causes of events not in external forces but in man himself. Healthy lifestyle behaviors are related to efforts that individuals make in order to be healthy. In this context, nutrition, exercise, stress management, spiritual development is prominent. The aim of this study is to examine the effects of individual fatalism tendencies on healthy lifestyle behaviors. For this purpose, it was reached to 148 participants by the

*Bu çalışma 3-6 Ekim 2018 tarihlerinde, Sofya'da düzenlenen 3rd International Health Sciences and Managment Conference isimli uluslararası bilimsel kongrede bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, kuh.zeynep@gmail.com

² Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, raerdem@yahoo.com

convenience sampling method in Isparta province center. As data collection instruments, Healthy Lifestyle Behaviors Scale II is used that developed by Walker et al (1987) and validity and reliability in Turkey conducted by Bahar et al (2008). In addition, the Fatalist Tendency Scale developed by Kaya and Bozkur (2015) was used to measure the tendency of fatalism. The data were analyzed by SPSS program. The impact of the tendency of fatalism on healthy lifestyle behaviors was assessed using multiple regression analysis. At the end of the study, the participants scored highest on the dimensions of "spiritual development" (3.915) and "interpersonal relations" (3.870), which are included in healthy lifestyle behaviors; and the lowest score from "physical activity" (2.705). Among the dimensions of fatalism, the highest score was taken from the dimension of "personal control" (3.939) and the lowest score was taken from the dimension of "superstition" (2.097). The "pre-determined" and "personal control" dimensions of the fatalism tendency have a positive effect on the dimension of "spiritual development" and "interpersonal relationships" from the healthy lifestyle dimensions; It has been found that the "pre-determined" dimension also affects the "nutrition" dimension positively.

Key Words: Fatalism, Healthy Lifestyle, Behavior.

1. GİRİŞ

Fatalizm kelimesinin aslı, ezeli değişmez anlamına gelen “Fatum” kelimesinden türemiştir (Kam, 1985: 128). Fatalizm, olan biten her şeyin kişinin alinyazısına göre önceden belirlenmiş olduğuna, insanın önceden belirlenmiş olan bu alinyazısını hiçbir şekilde değiştiremeyeceğine olan inançtır (Akarsu, 1998: 198). Fatalizm öğretisi, kişiye tercih hakkı ya da seçeneklerini belirleme fırsatı sunmamaktadır (Yıldırım, 2004: 211). Başka bir tanıma göre fatalizm, her koşulda olması gereken şeyin olacağını, dolayısı ile olayların akışı sırasında insanın eylem ve düşüncelerinin bir anlam ifade etmeyeceğini ve etkisinin olmayacağını ileri süren görüş olarak tanımlanmıştır. Özgür irade diye bir şeyin olmadığını, insanın değil geleceğini kendi eylemlerini bile etkileyemeyeceğini söylemektedir (Cevizci, 2015: 247). Fatalizm kavramı, Türkçede yazgıcılık ya da kadercilik olarak karşılık bulmaktadır.

Bilimsel bilgilerden mahrum kalmış insanlar, olup biten her şeyin nedenini doğa-üstü bir gücün varlığına bağlamışlardır. Hiçbir zaman değiştirilemeyecek olan bir sonucun önceden belirlenmesi olan yazgı ya da alinyazısı insana en küçük bir özgürlük tanımamaktadır. Antikçağ Yunan felsefesinde de fatalizmin izlerine rastlanmaktadır. Örneğin Sofokles’in Antigon’unda toplumun sesi olan koro şöyle bağırır: “*İnsanlar alınlarına yazılmış olan felaketlerden asla kaçıp kurtulamazlar.*” (Hançerlioğlu, 1996: 458). İnsanlar doğa-üstü güce çok eski zamanlardan beri inanmaktadırlar. Bu inanca göre insan yaşamı, geleceği önceden belirlenmiştir ve kişinin buna hiçbir şekilde müdahale etme ihtimali yoktur (Timuçin, 2004: 512).

Fatalizm olgusu mitoloji, psikiyatri, felsefe, ilahiyat, sosyoloji ve antropoloji gibi birçok alanda ilgi çeken ve incelenen bir kavramdır. Bu kavramın ele alındığı çalışmalara bakıldığında zaman fatalizmin açıklaması yapılmaya çalışılmakta ve sosyal, ekonomik, kültürel, psikolojik ve dini etkileri tartışılmaktadır (Kaya ve Bozkur, 2015: 935).

Kişinin sağlığını korunması ve devam ettirmesi, sağlığını geliştirilmesi sağlıklı olma durumunu ifade etmektedir. Kişiler, sağlıklı davranışlar sergileyerek sağlık durumlarını kontrol edebilmektedir. Bunun için de günlük alışkanlıkları içerisine sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını entegre etmeleri gerekmektedir (Komduur vd., 2009: 310). Kişinin sağlıklı olma durumunu devam ettirmesi ve hastalığa yakalanmaması için uyguladığı davranışların tümü sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak tanımlanmaktadır (Özkan ve Yılmaz, 2008: 95).

Sağlık üzerinde etkili olan yaşam biçimi, eski tarihlere kadar dayanmaktadır. Eski Roma ve Yunan’da bu konunun önemi üzerinde durulmuştur. Ortaçağ ve Rönesans süresince kişinin kendi sağlık durumu üzerindeki sorumluluk kavramından bahsedilebilmektedir (Minkler, 1999: 123). Kişi doğru beslenmeli, gereken egzersizleri düzenli bir program çerçevesinde yapabilmeli ve kendisini olası stresli ortamlardan uzak tutabilmelidir. Bunların yapılması

kişinin sağlığını koruması ve geliştirebilmesi için üzerine düşeni yapmış olacağı anlamına gelmektedir.

Fatalist düşünce olanları ya da olacakları dışsal faktörlere (kadere) bağladığı için, bu eğilime sahip olmanın sağlıklı olma, hastalıklar için önlem alma veya tedavi imkânı arama davranışlarını etkileyeceği düşünülebilir. Powe ve Finnie (2003) kanser fatalizminin kanser tarama programlarına katılım, hastalığa ilişkin teşhis ve tedavi süreçlerinin kullanımı konusunda bir engel olabileceğinin, buna dair araştırmaların yapılması gerektiğinin üzerinde durmuşlardır. Fatalizm ile sağlıklı yaşama davranışları arasındaki ilişkileri inceleyen birçok çalışma bulunabilir (Hamed ve Daniel, 2017; Vrinten vd., 2016; Keeley vd., 2009; Powe ve Johnson, 1995) ancak çalışmalarda henüz bir konsensüs sağlanmış değildir. Bazı çalışmalarda fatalizmin sağlık hizmeti kullanımını azalttığı, bazı çalışmalarda da hastalıkların tedavisine yönelik bir engel oluşturduğuna dair güçlü deliller bulunmadığı neticesine varılmıştır. Bu bağlamda konuya dair Türkiye’de de bir çalışma bulgusu oluşturmak adına yapılan bu çalışmanın amacı kişilerin fatalizm eğiliminin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ne ölçüde etki ettiğini incelemektir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Amaç ve Önem

Bu çalışma ile kişilerin fatalizm eğiliminin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine olan etkisi incelenecektir. Çalışma, fatalizm eğilimi konusunda Türkiye’de yapılmış olan çalışmaların eksik olması ve sağlık hizmetleri alanında bu konuya ilişkin yeterli çalışmanın mevcut olmamasından ötürü öncül bir nitelik taşımaktadır.

2.2. Problem Cümlesi

Fatalizm eğilimi dört, sağlıklı yaşam biçimi davranışları altı boyuttan oluşmaktadır. Her bir fatalizm boyutunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisi analiz edilecektir. Bu çerçevede araştırma sorusu şu şekilde oluşturulmuştur: “Kişilerin fatalizm eğiliminin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde etkisi var mıdır?”

2.3. Varsayımlar

Araştırma kapsamında olan Isparta merkezde yaşayan bireylerin bilgi toplama aracı olarak anket sorularına verdikleri cevapların gerçek durumu yansıttığı varsayılmaktadır.

2.4. Evren ve Örneklem

Kişilerin fatalizm eğiliminin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisini ölçen bu çalışmada araştırmanın evrenini Isparta il merkezinde yaşayan yaklaşık 240.000 kişi oluşturmaktadır. %95 güven düzeyi, %10 hata payı düşünüldüğünde bu evrenden seçilecek 96 kişilik örneklem yeterli olabilmektedir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004: 50). Hata payının %10 alınması araştırmanın kısıtlarından birisidir. Bu çerçevede kolayda örnekleme yöntemiyle araştırma için 148 kişiye ulaşılmıştır.

2.5. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak kişilerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek için Walker ve diğerleri (1987) tarafından geliştirilen, 1996 yılında tekrar gözden geçirilip SYBDÖ II olarak adlandırılan, Türkiye’deki geçerliliği ve güvenilirliği Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmış 52 ifadeden oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği kullanılmıştır. Ayrıca kişilerin fatalizm eğilimini ölçmek için de Kaya ve Bozkur (2015) tarafından geliştirilen 24 ifadeden oluşan Kadercilik Eğilimi Ölçeği kullanılmıştır.

Veri toplama aracı olarak kullanılan anket iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde kişilerin SYBD II ölçeğinde Walker ve diğerlerinin geliştirmiş olduğu ölçek boyutlarına sadık kalınarak sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi boyutları olmak üzere 6 boyut ele alınmıştır. İkinci bölümde de kişilerin fatalizm eğilimi ölçeğinde Kaya ve Bozkur'un geliştirmiş olduğu ölçek boyutları esas alınarak önceden belirlenmişlik, kişisel kontrol, batıl inanç ve şans boyutları olmak üzere 4 boyut ele alınmıştır. Veri toplama aracında 5'li Likert tipi ölçek kullanılmış olup ankete cevap verenlerin ifadelerine katılma düzeyi hiç katılmıyorsa "1", tamamen katılıyorsa "5" puan aralığında ölçeklendirilmiştir.

2.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendiren ölçeğin bazı boyutlarının güvenilirlik katsayıları 0.70'in altında bulunmuş, bazı sorular da güvenilirlik katsayılarını düşürdüğü için boyutlardan çıkarılmıştır. Yine fatalizm eğilimlerini değerlendiren ölçeğin bir boyutunun güvenilirlik katsayısı 0.70'in altında çıkmıştır. Evrenden çekilen örneklem sayısı da, literatürde yaygın olarak referans alınan %5'lik hata payı yerine %10'luk hata payı alınarak hesapmış ve daha küçük bir örneklem sayısı üzerinde çalışılmıştır.

2.7. Analiz Yöntemi

Anket formları aracılığıyla elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16.0) programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve verilerin analizinde bu programdan yararlanılmıştır. Ankette 5'li likert ölçeği kullanılmış ve toplanan veriler aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde hesaplamaları ile analiz edilmiştir ve istatistiksel değerlendirmeler bu puan ortalamaları üzerinden yapılmıştır.

Veriler normallik testine tabi tutularak her bir boyutun basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri bulunmuştur (Tablo 4). Bunun sonucunda fatalizm eğilimi alt boyutları ve SYBD alt boyutlarının test istatistiği değerlerinin -1.96 ve +1.96 aralığında kaldığı görülmüştür. Fatalizm eğilimlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisi çoklu regresyon analizi ile ortaya konmuştur.

3. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın bulgular kısmı anlatılacaktır.

3.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Çalışmaya katılan katılımcıların demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Yaş (Yıl)		
-24	59	40.4
25-35	55	37.7
35+	32	21.9
Cinsiyet		
Erkek	71	48.0
Kadın	77	52.0
Medeni Durum		
Evli	37	25.0
Evli Değil	111	75.0
Eğitim Durumu		
-Lise	23	15.6
Ön Lisans + Lisans	81	55.1

Lisansüstü	43	29.3
Gelir (TL)		
-1999	30	23.1
2000-3999	50	38.5
4000+	50	38.5
Kronik Rahatsızlık		
Evet	18	12.2
Hayır	130	87.8
Toplam	148	100.0

Tablo 1’de görüleceği üzere, araştırmadaki katılımcıların %40.4’ünün 24 yaş ve altında, %37.7’sinin 25-35 yaş aralığında ve %21.9’unun 35 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların %48’i erkeklerden oluşurken, %52’si kadınlardan oluşmaktadır. Medeni durumlarına bakıldığında zaman katılımcılarının yarısından fazlasının (%75.0) evli olmadığı görülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde %15.6’sının lise ve altı, %55.1’i ön lisans ve lisans, %29.3’ünün ise lisansüstü eğitime sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların gelir durumuna bakıldığında ise, %23.1’inin 1999 TL ve altında, %38.5’inin 2000-3999 TL arasında ve %38.5’inin 4000 TL ve üzerinde olduğu görülmektedir.

Son olarak katılımcıların %12.2’sinin kronik bir rahatsızlığı bulunurken %87.8’inin kronik bir rahatsızlığının olmadığı ortaya çıkmıştır.

3.2. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgular

Araştırmadaki katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Anketinde yer alan ifadelere vermiş oldukları cevapların aritmetik ortalaması ve standart sapması Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımları

No	İfadeler	X	SS
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.	3.938	1.001
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.	2.966	1.262
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.	4.040	1.052
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.	2.424	0.974
5	Yeterince uyurum.	3.312	1.226
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.	3.765	0.971
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.	4.462	0.778
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.	2.996	1.346
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.	2.579	1.188
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).	2.979	1.430
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.	3.082	1.278
12	Yaşamın bir amacı olduğuna inanırım.	4.290	1.038
13	İnsanlarla anlamlı ve olumlu ilişkiler sürdürürüm.	4.094	0.883
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim	2.142	1.182
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.	3.646	1.145
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm.	3.168	1.367
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.	3.224	1.248
18	Geleceğe umutla bakarım.	3.848	1.156
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.	4.020	0.939
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim.	2.705	1.204

21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.	3.040	1.127
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fiziki aktiviteler yaparım.	2.741	1.309
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.	3.224	1.209
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.	3.756	0.937
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.	3.768	1.098
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim.	2.569	1.088
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.	3.659	1.219
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.	2.184	1.138
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.	2.898	1.035
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.	3.993	1.101
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.	4.108	1.014
32	Her gün 3-4 kez süt içerim, yoğurt veya peynir yerim.	2.795	1.329
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.	2.331	1.186
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (Örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim).	3.236	1.439
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.	3.175	1.158
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.	2.666	1.029
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.	2.932	1.291
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta gibi gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.	2.695	1.152
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.	2.770	1.272
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.	2.527	1.163
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.	2.554	1.144
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.	4.189	0.827
43	Benzer soruları olan kişilerden destek alırım.	3.408	1.064
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	3.163	1.385
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.	2.210	1.124
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.	2.358	1.228
47	Yorulmaktan kendimi korurum.	2.668	1.219
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım.	4.503	1.016
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.	4.135	0.893
50	Kahvaltı yaparım.	3.770	1.360
51	Gereksinin duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.	3.777	1.129
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.	4.229	0.926

Tablo 2’de Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Anketinde yer alan her bir ifadenin aritmetik ortalamasına ve standart sapma dağılımlarına yer verilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları anketinin ifadeleri arasında 48. sırada olan “İlahi bir gücün varlığına inanırım.” ifadesi (4.503) katılımcılar tarafından katılım düzeyi en yüksek ifade olurken, anketin 14. sırasında yer alan “Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.” ifadesi (2.142) ise katılımcılar tarafından katılım düzeyi en düşük olan ifade olarak görülmektedir.

3.3. Katılımcıların Fatalizm Eğilimine İlişkin Bulgular

Araştırmadaki katılımcıların Fatalizm Eğilimi Anketinde yer alan ifadelerle vermiş oldukları cevapların aritmetik ortalaması ve standart sapması Tablo 3’te gösterilmektedir.

Tablo 3. Katılımcıların Fatalizm Eğilimi ile İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımları

No	İfadeler	\bar{X}	SS
54	Hayatımızda olacak şeyler önceden belirlenmiştir.	3.585	1.323
55	Yaşadığım her şeyin kendi davranışlarımın bir sonucu olduğunu düşünürüm.	3.876	0.953

56	Bazı nesnelerin (nazar boncuğu, tütsü, şans yüzüğü vb.) koruyucu olduğuna inanırım.	2.189	1.415
57	Başıma gelecek şeylerin kaderim olduğuna inanırım.	3.598	1.274
58	Bazı nesnelerin uğursuzluk getirdiğine inanırım.	2.033	1.316
59	Geleceğimin gösterdiğim çabaya göre şekilleneceğine inanırım.	4.224	0.977
60	İnsanların yaşamlarındaki mutsuzluklar kötü şanslarına bağlıdır.	2.189	1.180
61	Yaşadığımız şeyler seçimlerimizin bir sonucudur.	4.075	0.921
62	Kötü şeylerin gelip beni bulduğuna inanırım.	2.274	1.267
63	Bazı sözleri söylersem (cin, vb.) çarpılacağıma inanırım.	1.863	1.076
64	Kendi irademle bazı şeylere yön verebileceğime inanırım.	4.020	0.935
65	Kaderimde varsa hastalığa yakalanırım.	3.101	1.302
66	Bazı insanların doğuştan şanslı olduklarına inanırım.	3.513	1.262
67	Hayatımın kontrolü benim elimdedir.	3.306	1.150
68	Hiç kimse yazgısını değiştiremez.	3.136	1.469
69	Kaderimin zaman zaman bana oyun oynadığını düşünürüm.	2.547	1.243
70	Bazı ritüellerin (tahtaya vurmak, sağ ayakla odaya girmek vb.) koruyucu olduğuna inanırım.	2.439	1.395
71	İstediğim bir şey olmayınca “kısmet değişmiş” derim.	3.810	1.225
72	Kaderimiz bizi nereye savurursa oraya gideriz.	3.000	1.176
73	Bazı davranışlarda bulunursam çarpılacağıma inanırım.	2.251	1.232
74	İnsan kendi tercihlerini kendisi yapar.	4.155	0.797
75	Kaderimin hayatıma yön vermesine razı olurum.	2.952	1.219
76	Bazı durumların (kara kedi görmek, gece tırnak kesmek, vb.) uğursuzluk getireceğine inanırım.	1.790	1.162
77	Her iş olacağına varır diye düşünürüm.	3.557	1.228

Tablo 3'te Fatalizm Eğilimi Anketinde yer alan her bir ifadenin aritmetik ortalaması ve standart sapma dağılımlarına yer verilmektedir. Fatalizm eğilimi anketinin ifadeleri arasında 59. sırada olan “*Geleceğimin gösterdiğim çabaya göre şekilleneceğine inanırım.*” (4.224) ifadesi katılımcılar tarafından katılım düzeyi en yüksek ifade olurken, 76. sırada yer alan “*Bazı durumların (kara kedi görmek, gece tırnak kesmek, vb.) uğursuzluk getireceğine inanırım.*” (1.790) ifadesi katılımcılar tarafından katılım düzeyi en düşük ifade olarak görülmektedir.

3.4. Katılımcıların SYBD ve Fatalizm Eğilimi Boyutlarının Psikometrik Özellikleri

Araştırmada katılımcıların SYBD 6 boyut çerçevesinde Fatalizm Eğilimi 4 boyut çerçevesinde değerlendirilmiş ve her bir boyutun aldığı değerler Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. SYBD ve Fatalizm Eğilimi Boyutlarının Psikometrik Özellikleri

Boyutlar	İfade Sayısı	Max-Min	Cronbach Alfa	\bar{X}	SS	Normallik Testi		
						Kurtosis	Skewness	
SYBD	Sağlık Sorumluluğu	9	1-5	0.789	3.119	0.706	-0.030	-0.442
	Fiziksel Aktivite	8	1-5	0.823	2.705	0.844	-0.612	-0.149
	Beslenme	7	1-5	0.643	2.956	0.701	-0.328	-0.208
	Manevi Gelişim	9	1-5	0.801	3.915	0.610	1.493	-0.947
	Kişilerarası İlişkiler	9	1-5	0.760	3.870	0.612	0.374	-0.528
	Stres Yönetimi	7	1-5	0.636	2.989	0.668	-0.355	0.142
Fatalizm Eğilimi	Önceden Belirlenmişlik	8	1-5	0.854	3.339	0.911	0.064	-0.612
	Kişisel Kontrol	6	1-5	0.674	3.939	0.615	-0.504	-0.329
	Batıl İnanç	6	1-5	0.800	2.097	0.908	0.258	0.800
	Şans	4	1-5	0.735	2.619	0.918	-0.482	0.199

Tablo 4’te gösterilen her bir boyuta ait bilgiler aşağıda verilmiştir.

Sağlık Sorumluluğu: Bu boyut 9 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade katılımcıların kendi sağlığına yönelik koruyucu ve sağlığını geliştirmek için ne gibi davranışlar sergilediğini ifade etmektedir. Sağlık sorumluluğu boyutunun aritmetik ortalaması 3.119 ve standart sapması 0.706 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0.789 olarak güvenilir bulunmuştur.

Fiziksel Aktivite: Bu boyut 8 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade katılımcıların günlük egzersizlerini ne derecede gerçekleştirdiklerini ifade etmektedir. Fiziksel aktivite boyutunun aritmetik ortalaması 2.705 ve standart sapması 0.844 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0.823 olarak güvenilir bulunmuştur.

Beslenme: Boyut içerisindeki ifadelerden iki tanesi (anketteki 8 ve 14’üncü sorular) güvenilirlik katsayısını düşürdüğü için boyuttan çıkarılmıştır. Bu nedenle boyut 7 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade katılımcıların öğünlerini seçme ve düzenleme davranışlarını ifade etmektedir. Beslenme boyutunun aritmetik ortalaması 2.956 ve standart sapması 0.701 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0.643 olarak güvenilir bulunmuştur.

Manevi Gelişim: Bu boyut 9 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade katılımcıların kendini ve yaratılışlarının ötesindeki manevi güce ne derece inandıklarını ifade etmektedir. Manevi gelişim boyutunun aritmetik ortalaması 3.915 ve standart sapması 0.610 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0.801 olarak bulunmuştur.

Kişilerarası İlişkiler: Bu boyut 9 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade katılımcıların çevresindeki insanlarla olan iletişimini ve bu iletişimin devamlılık derecesini ifade etmektedir. Kişilerarası ilişkiler boyutunun aritmetik ortalaması 3.870 ve standart sapması 0.612 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0.760 olarak bulunmuştur.

Stres Yönetimi: Boyut içerisindeki ifadelerden bir tanesi (anketteki 17’inci soru) güvenilirlik katsayısını düşürdüğü için boyuttan çıkarılmıştır. Bu nedenle boyut 7 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade katılımcıların olası gergin ya da stresli bir durumda kendilerini ne şekilde kontrol edebildiklerini ifade etmektedir. Stres yönetimi boyutunun aritmetik ortalaması 2.989 ve standart sapması 0.668 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0.636 olarak bulunmuştur.

Önceden Belirlenmişlik: Bu boyut 8 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade katılımcıların yaşadıkları olayların ve eylemlerin ne derece kendi ellerinde olduğunu ifade etmektedir. Önceden belirlenmişlik boyutunun aritmetik ortalaması 3.339 ve standart sapması 0.911 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0.854 olarak bulunmuştur.

Kişisel Kontrol: Bu boyut 6 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade katılımcıların tercihlerinin ve eylemlerinin kendi kontrollerinde olması durumunu ifade etmektedir. Kişisel kontrol boyutunun aritmetik ortalaması 3.939 ve standart sapması 0.615 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0.674 olarak bulunmuştur.

Batıl İnanç: Bu boyut 6 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade katılımcıların olaylara ya da bazı objelere mantıklı nedenler yükleyemeden anlam çıkarılmasını ifade etmektedir. Batıl inanç boyutunun aritmetik ortalaması 2.097 ve standart sapması 0.908 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0.800 olarak bulunmuştur.

Şans: Bu boyut 4 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade katılımcıların yaşamlarında başlarına gelen olayların nedeni olarak şans faktörünü ne kadar etkili gördüklerini ifade etmektedir. Şans

boyutunun aritmetik ortalaması 2.619 ve standart sapması 0.918 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach alpha) ise 0.735 olarak bulunmuştur.

3.5. Fatalizm Eğiliminin SYBD Üzerine Etkisinin Analizi

Bu başlık altında çalışmanın önemli konusu olan fatalizm eğilimi boyutlarının SYBD üzerindeki etkilerine dair elde edilen bulgular ortaya koyulacaktır.

3.5.1. Fatalizm Eğilimi Boyutlarının Sağlık Sorumluluğu Üzerine Etkisinin Analizi

Fatalizm Eğilimi boyutlarının SYBD boyutlarından “sağlık sorumluluğu” boyutu üzerine etkisinin regresyon analizi sonuçları Tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5. Fatalizm Eğilimi Boyutlarının Sağlık Sorumluluğu Üzerine Etkisinin Analizi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	R	R ²	F	p	β	t	p
Önceden Belirlenmişlik	Sağlık Sorumluluğu	0.129	0.017	0.603	0.661	0.063	0.692	0.490
Kişisel Kontrol						0.057	0.686	0.494
Batıl İnanç						0.057	0.571	0.569
Şans						0.038	0.398	0.691

Regresyon analizi sonucunda sağlık sorumluluğu değişkenindeki değişimin %1.7’si ($R^2=0.017$) bağımsız değişkenler (önceden belirlenmişlik, kişisel kontrol, batıl inanç, şans) tarafından açıklanmaktadır.

Yapılan regresyon analizi sonucunda bağımsız değişkenlerden önceden belirlenmişlik ($\beta=0.063$, $t=0.692$, $p=0.490$) kişisel kontrol ($\beta=0.057$, $t=0.686$, $p=0.494$), batıl inanç ($\beta=0.057$, $t=0.571$, $p=0.569$) ve şans ($\beta=0.038$, $t=0.398$, $p=0.691$) boyutlarının sağlık sorumluluğu üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

3.5.2. Fatalizm Eğilimi Boyutlarının Fiziksel Aktivite Üzerine Etkisinin Analizi

Fatalizm Eğilimi boyutlarının SYBD boyutlarından “fiziksel aktivite” boyutu üzerine etkisinin regresyon analizi sonuçları Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. Fatalizm Eğilimi Boyutlarının Fiziksel Aktivite Üzerine Etkisinin Analizi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	R	R ²	F	p	β	t	p
Önceden Belirlenmişlik	Fiziksel Aktivite	0.195	0.038	1.411	0.233	-0.070	-0.779	0.438
Kişisel Kontrol						0.056	0.675	0.500
Batıl İnanç						-0.153	-1.552	0.123
Şans						0.183	1.922	0.057

Regresyon analizi sonucunda fiziksel aktivite değişkenindeki değişim %3.8'i ($R^2=0.038$) bağımsız değişkenler (önceden belirlenmişlik, kişisel kontrol, batıl inanç, şans) tarafından açıklanmaktadır.

Yapılan regresyon analizi sonucunda bağımsız değişkenlerden önceden belirlenmişlik ($\beta = -0.070$, $t = -0.779$, $p=0.438$) ve batıl inanç ($\beta = -0.153$, $t = -1.552$, $p=0.123$) boyutlarının fiziksel aktivite boyutu üzerinde negatif bir etkisinin olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Bağımsız değişkenlerden kişisel kontrol ($\beta = 0.056$, $t=0.675$, $p=0.500$) ve şans ($\beta = 0.088$, $t=1.922$, $p= 0.057$) boyutlarının ise fiziksel aktivite boyutu üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu ancak anlamlı olmadığı görülmüştür.

3.5.3. Fatalizm Eğilimi Boyutlarının Beslenme Üzerine Etkisinin Analizi

Fatalizm Eğilimi boyutlarının SYBD boyutlarından “beslenme” boyutu üzerine etkisinin regresyon analizi sonuçları Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Fatalizm Eğilimi Boyutlarının Beslenme Üzerine Etkisinin Analizi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	R	R ²	F	p	β	t	p
Önceden Belirlenmişlik	Beslenme	0.204	0.041	1.545	0.192	0.185	2.057	0.041
Kişisel Kontrol						0.113	1.369	0.173
Batıl İnanç						-0.076	-0.778	0.438
Şans						-0.064	-0.671	0.504

Regresyon analizi sonucunda beslenme değişkenindeki değişimin %4.1'i ($R^2=0.041$) bağımsız değişkenler (önceden belirlenmişlik, kişisel kontrol, batıl inanç ve şans) tarafından açıklanmaktadır.

Regresyon analizi sonucuna göre; bağımsız değişkenlerden kişisel kontrol ($\beta=0.113$, $t=1.369$, $p=0.173$) boyutunun beslenme boyutu üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Bağımsız değişkenlerden batıl inanç ($\beta = -0.076$, $t = -0.778$, $p= 0.438$) ve şans ($\beta = -0.064$, $t = -0.671$, $p=0.504$) boyutlarının beslenme boyutu üzerinde negatif bir etkisinin olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Önceden belirlenmişlik ($\beta=0.185$, $t=2.057$, $p=0.041$) boyutunun beslenme boyutu üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Katılımcıların önceden belirlenmişlik düşüncesine sahip olma düzeyi onların beslenme davranışı sergileme eğilimlerini de olumlu bir şekilde etkilemektedir.

3.5.4. Fatalizm Eğilimi Boyutlarının Manevi Gelişim Üzerine Etkisinin Analizi

Fatalizm Eğilimi boyutlarının SYBD boyutlarından “manevi gelişim” boyutu üzerine etkisinin regresyon analizi sonuçları Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Fatalizm Eğilimi Boyutlarının Manevi Gelişim Üzerine Etkisinin Analizi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	R	R ²	F	p	β	t	p
Önceden Belirlenmişlik	Manevi Gelişim	0.453	0.205	9.246	0.000	0.337	4.111	0.000
Kişisel Kontrol						0.351	4.662	0.000
Batıl İnanç						-0.060	-0.671	0.503
Şans						-0.121	-1.401	0.163

Regresyon analizi sonucunda manevi gelişim değişkenindeki değişimin %20.5'ini (R²=0.205) bağımsız değişkenler (önceden belirlenmişlik, kişisel kontrol, batıl inanç ve şans) açıklamaktadır.

Yapılan regresyon analizi sonucuna göre; batıl inanç (β= -0.060, t= -0.671, p= 0.503) ve şans (β= -0.121, t= -1.401, p=0.163) boyutlarının manevi gelişim boyutu üzerinde negatif bir etkisinin olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Önceden belirlenmişlik (β=0.337, t=4.111, p= 0.000) ve kişisel kontrol(β=0.351, t=4.662, p=0.000) boyutlarının manevi gelişim boyutu üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu ve bu etkinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Katılımcıların önceden belirlenmişlik ve kişisel kontrol düzeyi manevi gelişim eğilimlerini olumlu bir şekilde etkilemektedir.

3.5.5. Fatalizm Eğilimi Boyutlarının Kişilerarası İlişkiler Üzerine Etkisinin Analizi

Fatalizm Eğilimi boyutlarının SYBD boyutlarından “kişilerarası ilişkiler” boyutu üzerine etkisinin regresyon analizi sonuçları Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Fatalizm Eğilimi Boyutlarının Kişilerarası İlişkiler Üzerine Etkisinin Analizi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	R	R ²	F	p	β	t	p
Önceden Belirlenmişlik	Kişilerarası İlişkiler	0.299	0.090	3.520	0.009	0.201	2.287	0.024
Kişisel Kontrol						0.248	3.078	0.002
Batıl İnanç						-0.120	-1.250	0.213
Şans						0.001	0.010	0.992

Regresyon analizi sonucunda kişilerarası ilişkiler değişkenindeki değişimin %9.0'ı (R²=0.090) bağımsız değişkenler (önceden belirlenmişlik, kişisel kontrol, batıl inanç ve şans) tarafından açıklanmaktadır.

Yapılan regresyon analizi sonucunda batıl inanç (β= -0.120, t= -1.250, p=0.213) boyutunun kişilerarası ilişkiler boyutu üzerinde negatif bir etkisinin olduğu ancak istatistiksel olarak

anlamli olmadığı görülmektedir. Bağımsız değişkenlerden şans ($\beta= 0.001, t=0.010, p=0.992$) boyutunun kişilerarası ilişkiler boyutu üzerinde pozitif ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir.

Önceden belirlenmişlik ($\beta= 0.201, t=2.287, p= 0.024$) ve kişisel kontrol ($\beta= 0.248, t=3.078, p= 0.002$) boyutlarının kişilerarası ilişkiler boyutu üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.

3.5.6. Fatalizm Eğilimi Boyutlarının Stres Yönetimi Üzerine Etkisinin Analizi

Fatalizm Eğilimi boyutlarının SYBD boyutlarından “stres yönetimi” boyutu üzerine etkisinin regresyon analizi sonuçları Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10. Fatalizm Eğilimi Boyutlarının Stres Yönetimi Üzerine Etkisinin Analizi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	R	R ²	F	p	β	t	p
Önceden Belirlenmişlik	Stres Yönetimi	0.182	0.033	1.227	0.302	0.123	1.363	0.175
Kişisel Kontrol						0.149	1.794	0.075
Batıl İnanç						-0.041	-0.418	0.676
Şans						0.039	0.406	0.685

Regresyon analizi sonucunda stres yönetimi değişkenindeki değişimin %3.3’ü ($R^2= 0.033$) bağımsız değişkenler (önceden belirlenmişlik, kişisel kontrol, batıl inanç ve şans) tarafından açıklanmaktadır.

Yapılan regresyon analizi sonucunda önceden belirlenmişlik ($\beta=0.123, t=1.363, p=0.175$), kişisel kontrol ($\beta=0.149, t=1.794, p=0.075$) ve şans ($\beta= 0.039, t=0.406, p=0.685$) boyutlarının stres yönetimi boyutu üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Batıl inanç ($\beta= -0.041, t= -0.418, p= 0.676$) boyutunun stres yönetimi boyutu üzerinde negatif bir etkisinin olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

4. TARTIŞMA

Bu bölümde; yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular tartışılarak, fatalizm eğilimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili yapılan çalışmaların bulguları karşılaştırılmıştır.

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin ifadelerin ortalamalarına bakıldığında; ifadeler arasında en yüksek “İlahi bir gücün varlığına inanırım.” (4.503) ifadesinde yer alan davranışları sergiledikleri tespit edilmiştir. Buradan anlaşılacağı üzere, katılımcıların maneviyata ve bir yaratıcının varlığına olan inanç düzeyleri diğer ifadelerle oranla daha yüksek seviyededir.

Katılımcıların fatalizm eğilimine ilişkin ifadelerin ortalamalarına bakıldığında; “Geleceğimin gösterdiğim çabaya göre şekilleneceğine inanırım.” (4.224) ifadesi katılımcılar tarafından katılım düzeyi en yüksek ifade olurken, “Bazı durumların (kara kedi görmek, gece turnak kesmek, vb.) uğursuzluk getireceğine inanırım.” (1.790) ifadesi ise katılımcılar tarafından katılım düzeyi en düşük ifade olarak görülmektedir. Buradan, araştırmada yer alan

katılımcıların, kişisel kontrol boyutu ifadelerinden olan “*Geleceğimin gösterdiğim çabaya göre şekilleneceğine inanırım*” ifadesine katılım düzeylerinin yüksek olduğu, yani katılımcıların ileride yaşayacakları hayatın kendi seçimleri doğrultusunda yön alacağı fikrine sahip oldukları sonucuna ulaşılmaktadır. Bunun yanı sıra elde edilen sonuçlara göre, katılımcıların batıl inanç düzeylerinin düşük olduğu ortaya koyulabilmektedir.

Çalışmada elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların SYBD alt boyutlarının puanları sırasıyla manevi gelişim (3.915), kişilerarası ilişkiler (3.870), sağlık sorumluluğu (3.119), stres yönetimi (2.989), beslenme (2.956) ve fiziksel aktivite (2.705) şeklindedir. Buradan anlaşılacağı üzere, katılımcıların kendini ve yaratılışlarının ötesindeki manevi güce inanma derecesi en yüksek sonucu sağlamıştır.

Çalışmada elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların fatalizm eğiliminin alt boyutlarının puanları sırasıyla kişisel kontrol (3.939), önceden belirlenmişlik (3.339), şans (2.619) ve batıl inanç (2.097) şeklindedir. Buradan anlaşılacağı üzere, katılımcıların tercihlerinin ve eylemlerinin kendi kontrolünde olduğu düşüncesinin yüksek olduğu sonucunu vermektedir.

Fatalizm eğilimi boyutlarının beslenme üzerindeki etkisini ortaya koymak için yapılan regresyon analizi sonuçlarına bakıldığında; önceden belirlenmişlik boyutunun beslenme üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. İnsanların hayatlarına dair bazı şeylerin önceden belirlendiğini düşünmesi sağlıklı beslenme konusundaki duyarlılıklarını artırmaktadır. Bu sonuç İslâm inancındaki kader inancıyla birlikte değerlendirilmelidir.

İslam dininde kadere iman irade-i külliye ve irade-i cüz'ie ayrımı ile açıklanmaktadır. İrade-i cüz'ie, yaratıcının kuluna vermiş olduğu sınırları belli olan yetki ve tercih hakkı anlamına gelmektedir (URL:1, 2018). Önceden belirlenmişlik, insan hayatına dair bazı şeylerin irade-i külliye çerçevesinde önceden belirlendiğine ancak irade-i cüz'ie çerçevesinde de insanlara inisiyatif hakkı verildiğine dair inancı ifade etmektedir. Katılımcıların önceden belirlenmişlik puanlarının yüksek olmasının, sağlık sorumluluğu olarak beslenme konusuna dikkat etmelerini etkilemesi bu şekilde açıklanabilir.

Fatalizm eğilimi boyutlarının manevi gelişim üzerindeki etkisini ortaya koymak için yapılan regresyon analizi sonuçlarına bakıldığında; önceden belirlenmişlik ve kişisel kontrol boyutlarının manevi gelişim üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Önceden belirlenmişlik ve manevi gelişim boyutları arasında şöyle bir ilişki olduğu düşünülebilir; katılımcıların sahip olduğu kader inancı ve bu inanca bağlı olarak gerçekleştirdikleri eylemler ile kendilerini ve yaratılışlarının ötesindeki manevi güce inançları doğru orantılı olabilmektedir. Aynı şekilde kişisel kontrol ve manevi gelişim arasında şu şekilde bir ilişki olduğu söylenebilir; kişinin yaşamında olan olayların ve eylemlerin kendi tercihleri doğrultusunda yön aldığı (irade-i cüz'ie) düşünmesi, diğer yandan bir yaratıcının ve manevi bir gücün varlığına inandığını göstermektedir.

Fatalizm eğilimi boyutlarının kişilerarası ilişkiler üzerindeki etkisini ortaya koymak için yapılan regresyon analizi sonuçlarına bakıldığında; önceden belirlenmişlik ve kişisel kontrol boyutlarının kişilerarası ilişkiler üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Önceden belirlenmişlik ve kişilerarası ilişkiler boyutları arasındaki anlamlı ilişki şu şekilde yorumlanabilir; katılımcıların yaşamlarında meydana gelen olayların ve gerçekleştirdikleri eylemlerin kendi tercihleri doğrultusunda şekil aldığı düşünmesi, insanlarla olan iletişimin niteliğini ve bu iletişimin devamlılığını etkileyebilmektedir. Son olarak, kişisel kontrol ve kişilerarası ilişkiler boyutları arasındaki anlamlı ilişkinin yorumu şöyle yapılabilir; katılımcılar tercihlerinin ve eylemlerinin kendi

kontrollerinde olduğunu düşünmesi, çevrelerindeki insanlarla olan iletişimlerini ve bu iletişimin devamlılık derecesini etkileyebilmektedir.

Yoksulluğun ve eğitimin kişilerin sağlık hizmetlerine karşı tutumlarında etkili olabileceği düşünülmektedir. Örneğin fakir insanlar hastalıklara karşı önlem almak yerine hastalığa yakalandıktan sonra tedbir almayı tercih etmektedirler. Yoksul mahallelerde yaşayan insanlar egzersiz yapma ya da taze sebze meyve tüketme konusunda isteksiz olabilmektedirler. Powe bu durumun bir güçsüzlük duygusu oluşturduğunu ve daha fakir, daha az eğitilmiş insanlar arasında bir kadercilik üstünlüğüne yol açabileceğini öne sürmektedir (Akt. Schmidt, 2007: 1). Tabak ve Akköse (2006: 127)'nin çalışmasında ise sigara içmeyen öğrencilerin iç denetim odağı algılamaları kaderci yaklaşımlardan anlamlı seviyede yüksek çıkmış ve bu sigara içmeyen öğrencilerin şans kader gibi unsurlardan ziyade kendi benlik ve mantıkları doğrultusunda tercihler yaptıklarını göstermektedir. Kısacası kadercilik anlayışı ile hareket edip sağlıklı yaşam davranışlarından uzak durma gibi bir durum sergilememektedirler. Görüldüğü gibi, bazı çalışmalarda fatalizm eğilimi sağlık hizmeti kullanımını olumsuz etkilerken, bazılarında da tam tersine fatalist düşüncenin sağlıklı olmak adına olumlu bir motivatör olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

5. SONUÇ

Bu çalışmada, bireylerin fatalizm eğiliminin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi incelenmiştir. Bu kapsamda, araştırmanın yapıldığı Isparta il merkezinde yaşamakta olan toplamda 148 katılımcıya ulaşılmıştır. Anketin birinci bölümdeki 52 ifadeyle katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyleri, ikinci bölümdeki 24 ifadeyle ise katılımcıların fatalizm eğilimleri ölçülmüştür. Çoklu regresyon analizi kullanılarak fatalizm eğilimlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları değerlendirilmiştir.

Çalışmada, katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin ifadelerin ortalamalarına bakıldığında; ifadeler arasında en yüksek "*İlahi bir gücün varlığına inanırım.*" (4.503), en düşük ise "*Her gün 6-11 öğün ekme, tahıl, pirinç ve makarna yerim.*" (2.142) ifadesi olmuştur. Katılımcıların fatalizm eğilimine ilişkin ifadelerin ortalamalarına bakıldığında; "*Geleceğimin gösterdiğim çabaya göre şekilleneceğine inanırım.*" (4.224) ifadesi katılımcılar tarafından katılım düzeyi en yüksek ifade olurken, "*Bazı durumların (kara kedi görmek, gece turnak kesmek, vb.) uğursuzluk getireceğine inanırım.*" (1.790) ifadesi ise katılımcılar tarafından katılım düzeyi en düşük ifade olmuştur.

Çalışmada, SYBD manevi gelişim (3.915), kişilerarası ilişkiler (3.870), sağlık sorumluluğu (3.119), stres yönetimi (2.989), beslenme (2.956) ve fiziksel aktivite (2.705) olmak üzere 6 alt boyutta incelenmiştir. Fatalizm eğiliminin alt boyutları da kişisel kontrol (3.939), önceden belirlenmişlik (3.339), şans (2.619) ve batıl inanç (2.097) olmak üzere 4 alt boyutta ele alınmıştır. Fatalizm eğilimi boyutlarından "önceden belirlenmişlik" ve "kişisel kontrol" boyutunun sağlıklı yaşam biçimi davranış boyutlarından "manevi gelişim" ve "kişilerarası ilişkiler" boyutları üzerinde pozitif yönlü bir etkiye sahip olduğu; önceden belirlenmişlik boyutunun aynı zamanda "beslenme" boyutu üzerinde pozitif yönlü bir etkiye sahip olduğu görülmüştür.

Fatalizm eğilimlerinin sağlık hizmeti kullanımı ya da sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkilerinin farklı ölçeklerle ve daha geniş örneklemeler üzerinde araştırılması önerilmektedir. Ayrıca fatalizm eğilimlerinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının farklı değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediği de incelenebilir. Literatürde kullanılan ve ölçülen fatalizm düşüncesinin Türk toplumunun inanç ve kültür yapısına uygunluğu tartışmalıdır. Bu açıdan Türk kültürüne uygun ölçeklerin geliştirilmesi ihtiyacı da kendini göstermektedir.

6. KAYNAKÇA

- Akarsu, B., (1998), *Felsefe Terimleri Sözlüğü*, 11. Baskı, İstanbul: İnkılap Kitabevi.
- Bahar, Z., Beşer A., Gördes N., Ersin F. ve Kıssal, A., (2008), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1): 1-13.
- Cevizci, A., (2015), *Felsefe Sözlüğü*, 5. Baskı, İstanbul: Say Yayınları.
- Hamed, D. H. and Daniel, M., (2017), The Influence of Fatalistic Beliefs on health Belief among Diabetics in Khartoum, Sudan: A Comparison Between Coptic Christians and Sunni Muslims, *Global Health Promotion*, July, 1-8.
- Hançerlioğlu, O., (1996), *Felsefe Sözlüğü*, 10. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Kam, Ö. F., (1985), *Dini Felsefi Sohbetler*, 5. Baskı, Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları.
- Kaya, A. ve Bozkur, B., (2015), Kadercilik Eğilimi Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması, *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(3): 935-946.
- Keeley, B., Wright, L. and Condit, C. M. (2009), Functions of health Fatalism: Fatalistic Talk as face Saving, Uncertainty Management, Stress Relief and Sense Making, *Sociology of Health and Illness*, 31(5), 734-747.
- Komduur, R.H., Korthals, M., Molder, H., (2009), The Good Life: Living For Health and a Life Without Risks? On a Prominent Script of Nutrigenomics, *British Journal of Nutrition*, 101: 307-316.
- Minkler, M., (1999), Personal Responsibility for Health? A Review of the Arguments and the Evidence at Century's End, *Health Education and Behavior*, 26(1): 121-140.
- Özkan, S. ve Yılmaz, E., (2008), Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7): 88-105.
- Powe, B. D. and Johnson, A., (1995), Fatalism as a Barrier to Cancer Screening Among African-Americans: Philosophical Perspectives, *Journal of Religion and Health*, 34 (2), 119-125.
- Powe, B.D. and Finnie, R., (2003), Cancer Fatalism: The State of the Science, *Cancer Nursing*, 26(6): 454-467.
- Schmidt, C., (2007), Fatalism may fuel cancer-causing behaviors. *Journal of the National Cancer Institute*, 16(99), 1222–1223.
- Tabak, R.S. ve Akköse K., (2006), Ergenlerin Sağlık Denetim Odağı Algılama Düzeyleri ve Sağlık davranışlarına Etkileri, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5(2), 118-130.
- Timuçin, A., (2004), *Felsefe Sözlüğü*, 5. Baskı, İstanbul: Bulut Yayınları.

URL:1 <https://www.notdefteri.net/irade-i-cuziye-irade-i-kulliye-ne-demek/>, Erişim Tarihi: 24.09.2018.

Vrinten, C., Wardle, J. and Marlow, L. A., (2016), Cancer Fear and Fatalism Among Ethnic Minority Women in the United Kingdom, *British Journal of Cancer*, 114: 597-604.

Walker, S. N., Sechrist, K. R. and Pender, N. J., (1987), The Health Promoting Lifestyle Profile Development and Psychometric Characteristics, *Nursing Research*, 36(2): 76-80.

Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S., (2004), *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Ankara Detay Yayıncılık.

Yıldırım, C., (2004), *Çağdaş Felsefe Sözlüğü*, 2. Baskı, Ankara: Doruk Yayıncılık.

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

DRAPETOMANİA BAĞLAMINDA SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN VE YÖNETİCİ İLİŞKİSİ ÜZERİNE BİR İNCELEME*

A STUDY ON THE RELATIONSHIP BETWEEN THE HEALTH CARE PERSONNEL AND THE MANAGER IN HEALTH SERVICES IN CONTEXT WITH DRAPETOMANIA

Dr. Arş. Gör. İzzet Erdem¹

ÖZET

Drapetomania ilk defa Amerika'lı doktor Samuel A. Cartwright tarafından Amerika'da zenci köleleri kontrol altında tutmak için kavramlaştırılmış ve zamanın tıp literatürüne ruhsal bir hastalık olarak sokulmuştur. Bu kavram kölenin kaçma arzusu ya da kölenin efendisinden kaçma hastalığı olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde söz konusu hastalar ve hayatları olduğundan kurum içinde üst ilişki ve kişiler arası iletişim meseleyi daha önemli hale getirmektedir. Ayrıca çalışanın moral ve motivasyonu da verimlilik ve performans açısından bir diğer önemli konudur. Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde işgörenlerin yöneticilerden kaçma davranışı drapetomania kavramı çerçevesinde incelenmeye çalışılmıştır. Araştırma kapsamında Aksaray il ve ilçelerinde Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı farklı hastanelerde görev yapan yedi sağlık çalışanı ile birebir görüşme yapılmıştır. Görüşmeler neticesinde çalışanların yöneticilerden başlıca kaçınma sebeplerinin aşırı iş yüklemesi, yöneticinin çalışanın işine gereksiz müdahalesi ve kendi yapması gereken işi astına yıkması olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca sağlık çalışanlarının kaçınma davranışlarının "drapetomania" da olduğu gibi zihinsel bir hastalık olmadığı, organizasyonda normal kabul edilebilecek bir davranış olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Drapetomania, Efendi-Köle, Kaçınma, Hastane Çalışanları, Sağlık Hizmetleri.

ABSTRACT

Drapetomania was first conceptualized by American doctor Samuel A. Cartwright to keep black slaves in America under control and introduced into the medical literature of the time as a mental disease. This concept is defined as the desire of the slave to escape or the disease of the slave to escape from his master. Since in healthcare services the subject in question is the patients and their lives, the escape behaviors of the subordinate from the super-ordinate and interpersonal communication in the institution make matters even more important. This avoidance behavior is also additionally important in terms of employee morale and motivation as well as their efficiency and performance. In this study, escape behaviors of employees in healthcare services from administrators was tried to be examined within the framework of the drapetomania concept. In the framework of the research, interviews were conducted with seven health workers working in hospitals affiliated with Public Hospitals Union in Aksaray province and its districts. As a result of the interviews, it was concluded that the main reasons of avoidance of the employees are excessive workload, unnecessary intervention of the manager to the work of the manager and demolition of the work to be done. In addition, it was concluded that the avoidance behaviors of the health care workers are not a mental disorder as in ed drapetomania "and it is considered as normal behavior in the organization.

Keywords: Drapetomania, Master-Slave, Avoidance, Hospital Staff, Medical Services.

* Bu çalışma "Humanities and Social Sciences Conference, Barcelona, Spain 26-29, January, 2017 Casa Convalescència" da sözel olarak sunulan aynı başlıklı bildirden türetilmiştir.

¹ Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi, izzeterdem42@gmail.com

1. GİRİŞ

Modern tıp tarihinden önceki çağlarda insan davranışlarının marazileştirilmesi, bedensel fonksiyonlar ile anatomik özellikler normal ve sıradan kabul ediliyordu. Hastalık olgusu döneme özgü sosyal, kültürel, politik, dini ve ekonomik ihtiyaçlar ile şekillenmekteydi. Bu da hastalık olgusunu kavramsallaştıranlar ve geniş toplum tarafından bir belirsizlik teşkil etmekteydi. Çözüm olarak zaman zaman toplumun belli kesimlerine hastalık teşhisi konulmuştur (Hodges, 1999). Bunlardan biri de “Drapetomania”dır. Bu kavram iki yunanca kelimenin birleşimiyle oluşturulmuştur. Drapetes; kaçmak, mania ise; çılgınlık ve delilik anlamlarını ifade etmektedir. Dr. Cartwright liderliğinde Louisiana Sate Medical’de topluca bir rapor yayınlanmış ve bu rapor New Orleans Medicaland Surgical Journal’de firar etme hastalığı (rahatsızlığı) olarak kayda geçmiştir. Dr. Cartwright bu kavramı Tanrı tarafından verilmiş bir görevi terk etme arzusunda bulunan kölenin zihinsel bir rahatsızlığı olarak tanımlamıştır (Verhagen, 2012). Drapetomania sözde bilimsel bir terimdir ve bir kölenin sahibinden kaçmasına ithafen tasarlanmış tıbbi durumla ilişkilendirilmiş zihinsel bir rahatsızlıktır (Encyclopedia of Multicultural Psychology, 2006). Bu kavram Amerika’da 1850’li yıllarda kölelik taraftarlarının köleliğin devamı için komiteler oluşturup, kölelere hükmetme ve yönetme konusunda fikir alışverişi yapmalarının bir sonucuydu. Carwright’ın ortaya attığı bu kavram yalnızca dilsel bir kullanım değil aynı zamanda bilimsel ırkçılığın başına taç olarak giydirilmiş bir kavramdır (Verhagen, 2012).

Drapetomania efendi-köle bağlamında zenci ırka yönelik hastalık ve gariplik durumu olarak tanımlanmıştır. Kavramın önemli yanı köle yönetimine ait olması ve köleleştirilmiş Afrika asıllı insanların tedavisine yönelik çözümler de sunmasıydı. Carwright’e göre bu hastalık tedavi edilebilir ve önlenebilir bir hastalıktır. Yine Dr. Cartwright bu kavramı dini bir zemine oturtturarak köleliği destekleyen meşru bir yol arayışına girmiştir. Ona göre “drapetomania” Pantateuch (tevratin ilk beş kitabı) ile de ilgili idi. Buna göre yaratıcı, zencilere efendilerine karşı diz çökmüş vaziyette itaatkâr olmaları, asla kaçma girişiminde bulunmamaları ve bu yönde bir arzu duymamaları gerektiğini söylemekteydi. Zencilerin anatomik yapısı da zaten buna uygundu. En esnek ve bükülmeye uygun vücut yapısı zencilerindi ve Tevrat’ta da zencilerin fiziki yapısı yazılmıştı (Cartwright, 1859; Akt. Bankole,1998).

The Myte of Mental adlı kitabın yazarı Thomas S. Szasz, “Sane Slave”, (Akıllı Köle) başlıklı makalesinde drapetomaniayı psikiyatrinin politik bir fonksiyonu olarak görmektedir. Szasz, psikiyatristik teşhislerin bazılarının tarihin bazı dönemlerinde sosyal kontrol mekanizmalarının kuralcı yapısından kaynaklandığını ifade etmektedir (Encyclopedia of Multicultural Psychology, 2006). Köleliğe uyum sağlayamayan, sahibinden kaçmaya çalışan kölenin durumunu belirten drapetomanianın günümüz tıbbi için geçerliliğini yitirdiği söylenebilir (Özen, 1994).

Sağlık kurumları matriks örgüt yapısına sahip olduğu kadar bürokratik ve hiyerarşik örgüt yapısına da sahiptir. Dikey yönlü örgütlenmeye sahip kurumlar kendilerine has bir takım problemleri de içinde barındırırlar. Sebepleri muhtelif olan bu problemler kurum çalışanlarını karşı karşıya getirebilmekte; açıktan, imalı ya da gizliden bir psikolojik veya eylemsel harbe dönüşebilmektedir. Kurum içi mücadeleler işlerin yürümemesinden, karakter aşınmasına, mutsuz iş yaşamından paydaşların (hasta, hasta yakınları ve tedarikçilerin) zarar görmesine kadar belli başlı sonuçlar doğurabilmektedirler. Bu mücadelede üstün makam ve yetki gücünü asta yönelik illegal şekilde kullanımının bir yolu da onu çeşitli olumsuz sıfatlarla damgalamaktır. Bu bağlamda drapetomania (kaçma arzusu hastalığı) damgalamanın ileri bir türü olarak ele alınarak drapetomanianın sağlık hizmetlerinde mevcudiyetinin sorgulanma düşüncesi bu çalışmanın tasarımına zemin hazırlamıştır.

Sağlık çalışanları doğrudan veya dolaylı olarak hastaların tedavisine ve hastalıklarının teşhisine katkıda bulduklarından, her daim dikkatli olmakla, hata ve ihmali minimize etmekle mükelleftirler. Kurum içinde hastaların tedavileri ile ilgilenen üst pozisyonadaki tıbbi uzmanlara, sorumlu hemşirelere ve diğer idari yöneticilere kayıtsız kalma, onları dinlememe, karşı karşıya gelmek istemeyerek protesto etme girişimleri hastaların tedavi ve iyileşme sürecini zora sokabileceğinden ve hatta can kayıplarına yol açabileceğinden drapetomania sağlık hizmetleri bağlamında irdelenmiştir.

2. AMAÇ

Sağlık çalışanlarının üstlerinden kaçma/kaçınma davranışlarının psikolojik bir rahatsızlığa işaret edip etmediğini görmek veyahut astların yöneticileri/sorumluları ile makul derecede haklı gerekçelere dayalı karşı karşıya gelmeme isteğinin üstler tarafından hastalık olarak nitelendirilme durumunun tespiti ve drapetomania kavramının sağlık hizmetlerinde fonksiyonelliğinin sorgulanması bu çalışmanın amacını oluşturmaktadır.

3. YÖNTEM

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının görev yaptıkları birimlerde yöneticileri (üstleri) ile ilişkilerini ve bunun kaçma/kaçınma davranışına etkisini incelemek amacıyla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. Görüşme ya da daha yaygın bir ifadeyle yüz yüze görüşme yöntemi, araştırmacı ile cevaplayıcı bir araya getirmektedir (Şenol, 2012: 203).

Katılımcıların tespiti esnasında kolayda örnekleme ve ölçüt örnekleme yöntemleri kullanılmıştır. Kolayda örnekleme yönteminin kullanılması düşük maliyet ve uygulama kolaylığı nedeni ile tercih edilmiştir. Ölçüt olarak görüşmecilerin en az üç yıl hizmet etmiş olması şartı aranmıştır. Ast ve üstlerin genel itibari ile birbirlerini tanımaya olanak vermesi açısından üç yıl hizmet süresi ölçütü aranmıştır.

Zaman ve görüşme zorluğu açısından Aksaray ilinde yedi katılımcı ile sınırlandırılan bu çalışma esnasında sağlık hizmetlerinde drapetomania kavramını irdelemekte olup, nitel araştırmanın doğası gereği bulgu ve sonuçları bakımından ancak katılımcılar ile sınırlıdır.

4. ÇALIŞMA GRUBU

Bu çalışma 2015 yılı Kasım ayında Aksaray ilinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya Aksaray il ve ilçe merkezlerinde Kamu Hastane Birliğine bağlı hastanelerde çalışan ve hizmet süresi en az üç yılı doldurmuş yedi sağlık personeli katılmıştır. Çalışmada yer alan katılımcıların beşini kadın, ikisini ise erkek çalışanlar oluşturmaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Katılımcılar	Cinsiyet	Görev	Kıdem Yılı	Yaş	Medeni Durum
K1	Kadın	Hemşire	5	25	Bekâr
K2	Kadın	Hemşire	4	22	Bekâr
K3	Kadın	Hemşire	4	24	Evli
K4	Kadın	Tıbbi Sekreter	5	24	Evli
K5	Erkek	Diş Teknisyeni	13	37	Evli
K6	Kadın	Hemşire	3	21	Bekâr
K7	Erkek	Tıbbi Sekreter	6	28	Evli

5. VERİ TOPLAMA ARACI

Veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Yöneticiden kaçma eylemi ve sebepleri doğrudan sağlık çalışanlarına sorulmuş, araştırmanın doğallığı ve objektifliğini sağlamak için sorular görüşmecilerin anlatımları doğrultusunda sorulmaya çalışılmıştır. Görüşme formunda, “yönetici ile yaşanan problemler, katılımcının kaçınma davranışı, diğer çalışanların kaçınma davranışı, kaçınma davranışının sonuç ve yansımaları” konularını ele alan sorular yer almaktadır. Görüşmeler Aksaray Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’nda yapılmıştır. Bu görüşmeler 15-20 dakika sürmüştür.

6. BULGULAR

Katılımcıların görüşleri gizlilik esasına dayanılarak isimleri aktarılmadan kullanılmıştır. Buna göre katılımcı olduğunu temsilen her bir görüşmeci “K” olarak kodlanmış ve her katılımcıya kodunun yanında “K1, K2, K3, K4, K5, K6, ve K7” şeklinde bir numara verilmiştir. Çalışmada öne çıkan genel düşüncelerle ilgili bilgi verilerek ilginç bulunan ifadelerde ise aynen sunulma yoluna gidilmiştir. Bulgular sorularla paralel şekilde 4 temaya ayrılmıştır. Bunlar; “yönetici/amir ile ilgili yaşanan problemler”, “katılımcıların (yöneticilerden) kaçma/kaçınma davranışı”, “kaçma/kaçınma davranışının sonuçları ve yansımaları” başlıklarında ele alınmıştır.

6.1. Yönetici/Amir İle İlgili Yaşanan Problemler

Katılımcıların kaçma ve kaçınma davranışlarının belirlenmesine yönelik ilk olarak yöneticileri ile yaşadığı problemleri sorulmuştur. Katılımcıların yöneticileri ile yaşadığı problemlerin; “şikayetlerin göz ardı edilmesi, tehdit alma, mobbing, kayırmacılık, baskı görme, iş yükü ve promosyon dağıtımı” konularında olduğu görülmüştür. Temaya ilişkin katılımcıların bazı ifadeleri şöyledir:

Katılımcılardan biri “Yöneticilerle bireysel olarak değil ama çalıştığım birimde toplu olarak sorun yaşadık. Bizim bir şikâyetimiz vardı, dile getirdik, gerekenler yapılmadı. Bir üst merciye başvurduk fakat şikâyet kişisel olarak algılandı. Serum sayacı bozdu, sağlam olanlarıyla değiştirilmesini istedik. Fakat kalite birimi ihalenin yapıldığını, kendilerinin başka yapabileceği bir şey olmadığını söyledi. Mecburen tutanak yazdık ve toplantılarda dile getirildi. Fakat yöneticiler “bize tutanak gelmedi, ulaşmadı” diyerek sorumluluktan kaçındılar. Daha sonra bize “siz silsileyi aştınız” deyip olayı kişisel algıladılar. Tehdit ve mobbinge maruz kaldık. Hepinizi dağıtırız dediler.”(K1) şeklindeki açıklamasıyla basit bir sorun bildirim sürecinde yöneticiler ile bağlı bulunan çalışanların sorunlarının nasıl büyüdüğünü anlatmaktadır. Aynı katılımcı (K1) “Şikâyete uğrayan yöneticiler artık şimdi sadece iş için bizimle muhatap oluyor, önceden öyle değildi.” diyerek şikâyet nedeniyle iletişimde de bir resmileşme sürecinin yaşandığını söylemektedir. İletişim sıkıntıları ve şikâyetlerin göz ardı edilmesi ile ilgili olarak (K3) “... Şikâyetim oldu. Birlikte çalıştığımız için ast üst ilişkimiz oluyor ama iletişimde sıkıntı yaşadıklarımız oldu genelde. Bizim onlar hakkındaki şikâyetlerimizin ulaşması ya da çalışma şartlarının daha düzgün hale getirilmesine dair önerilerimizin genellikle bir çözüme kavuşmadığı yönünde şikâyetlerimiz oldu. Bu yönde çatışmışızdır. Onların bizden beklentileri, bizim onlardan beklentilerimiz yönünde oturuyoruz konuşuyoruz ama çözüm yok. Bir uyumsuz durum var.” sözleriyle yöneticileri ilgilendiren problemlere işaret etmektedir. Bir katılımcı da “Aynı mesleği yapan arkadaşlar arasında, kayırma, taraf tutma davranışını sergileyenler amirler var.” (K2) diyerek yöneticilerine karşı içindeki serzenişini dile getirmektedir. İş yükünün de kendisi için bir problem olduğunu K6: “...Çünkü idarede olan sıkıntılarımız şu: Her iş yükünü hemşirelere yüklüyorlar, idare

açısından hastanemiz çok kötü. Herkes birbirinin üstüne atmaya çalışıyor. Doktorların işini de yeri geliyor biz yapıyoruz.” şeklinde ifade etmektedir.

6.2. Katılımcıların (Yöneticilerden) Kaçma/Kaçınma Davranışı

Normal şartlarda anormal bir davranışın sergilenmesi için o süreçte bazı problemlerin olması beklenmektedir. Yönetici ve çalışan sorunlarına değinildikten sonra ikinci aşamada katılımcıların ne tür kaçma/kaçınma davranışında bulduklarına dair görüşler bu temanın içeriğini oluşturmaktadır. Katılımcıların ifadelerinden anlaşıldığına göre kaçma/kaçınma davranışı; “görmek istememe, yolunu değiştirme, geri çekilme” eylemleri şeklinde tezahür etmektedir.

Katılımcılardan K2 yöneticisiyle karşılaşmak istememesinin nedenini *“Aynı ortamda bulunmak istemediğim için.”* diyerek gerekçelendirmektedir. K7 *“... Özellikle konuşmak istemediğim mevzuları soracakları ve konuşacakları düşüncesiyle geri çekildiğim oldu.”* ifadesiyle bir nevi kaçınma eylemi içinde bulunduğunu ifade etmiştir. Benzer şekilde bir başka katılımcı ise (K5) *“Ben kendim elimden geldiği kadar yöneticimin odasına gitmemeye gayret ediyorum. Elimden geldiği kadar kaçıyorum.”* sözleriyle yöneticisinden kaçma davranışını alenen ifade etmektedir. Fakat burada kaçma eyleminin hareketli bir kaçış değil, geri çekilme ve kaçınma düzeyinde olduğu anlaşılmaktadır.

6.3. Diğer Çalışanların Yöneticilerden Kaçma/Kaçınma Davranışı

Bu tema katılımcıların kurumlarındaki diğer çalışanlara ilişkin kaçma/kaçınma davranışına yönelik düşünceleri kapsamaktadır. Katılımcıların diğer çalışanlarla ilgili gözlem ve tecrübelerine bakıldığında, “kaytarma, ego, iş yükü ve kişisel sıkıntıların” yöneticilerle minimum düzeyde karşılaşma isteğinin sebeplerinden olduğu anlaşılmaktadır. Bir katılımcı ifadesinde kişisel problemlere dikkat çekmektedir. *“İdarecisiyle sıkıntı yaşayan çalışma arkadaşlarımdan, amiri geldiği zaman aynı ortamda bulunmaktan rahatsızlık duyan, iletişimden kaçmak isteyen çalışanlar olabiliyor.”* (K3). Buradan anlaşıldığı kadarıyla yöneticilerle yaşanan şahsi problemlerin kaçınma davranışını tetikleyebildiği görülmektedir. *“Kaçma davranışı kişisel oluyor, egonun düşük olduğu doktorlarda rahatız, egosu yüksek olan doktorlar işi daha abartılı hale getiriyorlar. Yönetmenlikte olmayan ekstra şeyler de istiyorlar. İster istemez çalışanlar kaçınıyorlar.”* ifadesiyle K2 egonun kendisinde hissedildiği doktorlardan diğer çalışanların kaçınmaya ittiğini ifade etmektedir. Çalışanların görevi tanımı dışında bir işin yapılması istendiğinde işten ve doğal olarak işi buyurandan kaçınma durumu da söz konusu olabilmektedir. Katılımcılardan K5 bu durumu *“Kendi alanınız dışında işlere buluşturduğunuzda kaçma eğilimi gösterirsiniz. Çünkü sizin sorumluluk alanınızın dışında bir vaka vardır.”* demeciyle vurgulamaktadır. Benzer bir durumu K6 *“Bulduğumuz bölümde şirket elemanı olarak satın almada bulunan bir arkadaş var ve satın alma dışındaki bütün işler de bu arkadaşın üzerinde. İster istemez yöneticiden kaçmak istiyor.”* sözleriyle izah etmektedir.

6.4. Kaçma/Kaçınma Davranışının Sonuçları Ve Yansımaları

Katılımcılardan elde edilen bulgulara göre “kurum değiştirme, tedirginlik, korku, verimsizlik, iletişimsizlik ve hastaya maliyet” kaçma/kaçınma davranışının sonuç ve yansımalarındandır. Katılımcıların beyanları şu şekildedir:

Katılımcılardan K7; *“... İş verimliliğini düşürür. Yöneticilerin çalışanlar üzerindeki otoritesini azaltır. Çalışanların hastalara olan etkinliği azalır.”* sözleriyle verimlilik ve etkinliğe dikkat çekerken, *“Çalışan yöneticiler tarafından baskı görüyorsa önce kaçınma davranışı olarak; önce çalıştığı birimi, daha sonra çalıştığı hastaneyi, eğer hala baskı devam ediyorsa başka bir kuruma geçmeyi düşünebilir.”* demeciyle kaçınmanın kurum değiştirme

niyetine kadar varabileceğini belirtmektedir. K2 *“Daha rahatsız hissediyorum. Bizim amirimiz doktorlar. Sorun yaşadığım doktorun çalıştığı gün daha tedirgin oluyorum. Nöbete gidesim gelmiyor. Sürekli bir olay olacak korkusuyla diken üstünde hissediyorum.”* cümleleriyle kaçınmayla birlikte tedirginliğin de sürdüğünü anlatmaktadır. Çalışanların, hastanelerde yöneticilerinden ve üstlerinden kaçınma ve kendini geri çekme eylemlerinin hastalara yansıyan olumsuz yönleri olabileceği de bulgulanmıştır. Aynı katılımcı ihtimalleri şöyle özetlemektedir: *“Yanlış veya eksik tedaviye sebep olabilir. Bu da şöyle olabilir: Doktorun hastaya uygulanmak üzere yazdığı talimatı ondan kaçındığım için sormak istemem. Hastayı bekletebilirim. Kendim sormak istemediğimden dolayı bir başkasını gönderebilirim, iletişimsizlikten dolayı. Hastaya serum takılacaktır, içine konacak maddeler vardır. Doktor yazısı karışık olur; birini anlarsınız ikisini anlamazsınız. Tecrübeli olmayan yeni memurlar sormaktan da çekinir.”* Kaçınmanın hastaya maliyet olarak yansıyabileceği bir durumun açıklamasını ise benzer şekilde; *“Bir işgören aldığı yöneticisiyle problem yaşadığı zaman hastaya yansması hemşire açısından nasıl olur? Hastanın tedavisi her zaman yapılır. Çözülmeyen şeyler vardır. Ama şöyle bir sıkıntı vardır: sözel order, yazılı order vardır. Biz sözel orderi kabul etmiyoruz. Acilde uygulanmıyor. Söylemlerle yazılanlar farklı oluyor, bu yönden hastaya yansması olabiliyor, ya da hastanın tedavisinde gecikme olabiliyor iletişim sıkıntısından dolayı hasta bekleyebiliyor.”* cümleleriyle K3 açıklamaktadır.

7. SONUÇ

Literatür taramasında sağlık hizmetlerinde “drapetomania” kavramını ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Fakat bu kavram dışında sağlık hizmetlerinde liderlik ve ast üst ilişkilerine dair çalışmalar mevcuttur. Yapılmış çalışmaların sonuçları ile bu çalışmanın kısmen ilgili olduğu söylenebilir.

Yönetimsel etkinlik yönetimin ya da yöneticinin her türlü faaliyetlerle ilgili amaçlarını gerçekleştirilmesini ve başarmasını ifade etmektedir. Yönetim başkaları aracılığı ile iş yapma olarak tanımlandığı ve uygulandığı için yönetimin temelini beşeri ilişkilerin oluşturduğu söylenebilir (Şahin, 2010: 31). Buna göre çalışanın yöneticisi ya da amirinden kaçma ve kaçınma davranışının da yönetimin bir konusu olduğu söylenebilir. Demirel (2009: 137) yaptığı çalışmada örgütsel adaletin yönetici çalışan ilişkilerini olumlu etkilediği bulgulanmıştır. Bu çalışmada hastanede kayırmacılığın yönetici ile yaşanan problemlerden olduğu göz önüne alındığında yöneticilerin örgütsel adalete duyarlılığının bu problemi azaltacağı düşünülmektedir. Sökmen ve Ekmekçioğlu (2013: 88)’na göre yöneticiler kurum içindeki kararlarıyla; uygulamalarda, işlemlerinde ve insani ilişkilerinde bazen kasıtlı, bazen de farkında olmadan birtakım etik dışı davranışlarda bulunabilmektedirler. Böylece güven ortamı zedelenebilir ve sonucunda da güvenilirliğin yitilmesi, iletişimin zarar görmesi, özsaygının kaybolması ve bağlılık duygusunun yok olması muhtemeldir. Bu çalışmadaki bulgulara bakıldığında yönetici çalışan ilişkilerinde sorun teşkil eden bu faktörlerin kişisel problemleri doğurabileceği ve kaçınma davranışını tetikleyebileceği olasıdır. Hastanelerde yöneticilerin liderlik davranışı ve personel iş doyumuna üzerine yapılan bir çalışmada; yöneticilerin ekip çalışması, sorun çözme yöntemleri, çalışanları motive etme, yazılı-sözlü iletişimi yetki devretme, risk alabilme, yaratıcılık konularında eğitim alırlarsa personel iş doyumuna artırılmasında faydalı olacağı görülmüştür (Tengilimoğlu ve Yiğit, 2005: 298). Bir araştırma sonucunda özel hastanelerde görevli hemşirelerin en çok yönetim sorunları hakkında sessiz kaldıkları belirlenmiş olup, yönetim kademesindeki hemşirelerin daha fazla sessiz kaldıkları ve ayrılma niyetindeki hemşirelerin yönetim ve örgütsel sorunlar hakkında sessiz kalmayı tercih ettikleri saptanmıştır (Yalçın ve Begüm, 2012). Yine Can ve Alparlan (2012: 264) hemşirelerin sessiz kalma nedenlerini dört boyuta ayırmıştır. Bunlardan ikisi üst yönetimin ilgisizliğine ve kabullenmeye dayalı sessizlik ile korkuya dayalı sessizliktir. Geri

çekilme davranışının kısmen pasif bir türü olan sessizliğin bu çalışmanın bulgularıyla ilişkili olduğu görülmektedir.

Sessiz Lucas (1991: 119-122) 505 hastane hemşiresi üzerinde yaptığı çalışmada hastane yönetim anlayışının hemşire iş tatmini ve iş performansı üzerinde etkisinin olduğu belirtilmiştir. Yani hastane yönetimi demokratik veya katılımcı yönetim anlayışını ne kadar uygulayabilirse, hemşire iş performansı ve iş tatmininin de o derece artabileceği vurgulanmıştır. Paralel şekilde bu çalışmada da yönetici ile yaşanan sıkıntıların kaçınmaya, bunun da verimsizliğe yol açabileceği düşünüldüğünde, hastane birim yöneticilerinin çalışanlara karşı demokratik ve katılımcı tutumlarının kaçma ve kaçınmayı azaltabileceği söylenebilir. Cam (2004)'ın kamu kesiminde çalışan kadınlar üzerindeki çalışmasında amir memur arasındaki sıkıntıların sebeplerinin;

- Amirlerin çalışanlar arasında ayırım yapması, adil olmamaları, haksızlık yapmaları,
- Amirler ile çalışanlar arasında ilişkilerin dengeli kurulamaması,
- İş yoğunluğu nedeniyle yapılan hatalardan dolayı amirlerin rahatsız edici davranışları,
- Amirlerin her zaman ve her konuda haklı olmaları: Memurlara yasak olan her şeyin amirler tarafından yapılabilir olması,
- Amirlerin memurlar üzerinde lüzumsuz baskı yapmaları olduğu vurgulanmıştır.

Tehdidin de bu çalışmada amir ile yaşanan problemlerden olduğu bulgulanmıştır. İletişimsizlik ve mobbing bu çalışmada hem üstlerden kaçma/kaçınma eyleminin sebebi hem de sonucu olarak göze çarpan faktörlerdendir.

Elde edilen ve ilişkili olduğu düşünülen konularda yapılmış çalışmalara bakıldığında çalışanın yöneticiden (“drapetomania” da kölenin efendiden kaçması hastalığından/arzusundan uyarılma) kaçma/kaçınma eyleminin günümüz tıp bilimince adı koyulmuş bir hastalığa işaret etmediği görülmüştür. Yöneticiler ile çalışanlar arasındaki sorunlar yönetimin doğası gereği sürekli var olmaya devam edecektir. Bu nedenle bu çalışmada da görüldüğü üzere çalışanların (sorunun türü ve şiddetine göre) geri çekilme, iletişimi kesme, görmezden gelme, grev yapma, protest eylemde bulunma, yolunu değiştirme, umursamama, kurumdan ayrılma gibi davranışlar normal davranışlardır. Bu davranışlar 1800'lü yılların Amerika'sındaki efendi-köle sisteminde baş kaldıran ve kaçmaya çalışan zenci kölenin zemin ve şartlarından sosyolojik ve psikolojik manâda oldukça farklıdır.

Çalışmanın bulgularına genel olarak bakıldığında yönetici çalışan problemleri arasında mobbing, kayırmacılık, iş yükü ve baskı kendini göstermektedir. Bu problemlerin Türkiye'de yaygın kronik bir sorun olduğu gerçektir. Çalışmada bulgulandığı şekli ile işgörenlerin yöneticilerine karşı; görmek istememe, yolunu değiştirme ve geri çekilme davranışının ise kişisel olarak yöneticiyi bağladığı, diğer çalışanlar ve işe karşı olan tutumu etkilemediği düşünülmektedir. Bulgular, katılımcılarla beraber diğer çalışanların da benzer sorunlarla karşılaştıklarını, bunun sonucunda ise kurumdan ayrılma niyeti, korku ve iş verimsizliğinin ortaya çıktığını söylemektedir.

Çalışmadan anlaşıldığı şekli ile “drapetomania” (kölenin efendiden kaçma arzusu) olgusunun günümüz kamu hastaneleri çalışanları için herhangi bir geçerliliği bulunmamaktadır. Ancak yöneticiden kaçma ve kaçınma vakalarının olabildiği katılımcıların tecrübeleri ile tescillenmiştir. Bu vakalar ileri seviyede (hastalık derecesinde) olmayıp kurum içerisinde yaşanan kişisel ve kurumsal çatışmalardan kaynaklanmaktadır ve yöneticilerden makul sayılabilecek düzeyde bir kaçma/kaçınma eğilimi göstermektedirler.

8. KAYNAKÇA

Bankole, K., (1998), *Slavery And Medicine, Enslavement And Medical Practics in Antebellum Louisiana*, New York/London: Garland Publishing.

Cam, E., (2004), “Çalışma Yaşamında Stres Ve Kamu Kesiminde Kadın Çalışanlar”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1(1): 1-10.

Can, A. ve Alparslan, A. M., (2012), “Hemşireler Neden Sessiz Kalırlar? Bir İçerik Analizi Çalışması”, içinde R. Erdem, R. Çelik, E. Akkaş, N. Bardak (Ed.), *6. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı*, (ss. 261-266), 1. Baskı, Isparta: Karınca Grafik.

Demirel, Y., (2009), “Örgütsel Adaletin Yönetici-Çalışan İlişkileri Üzerine Etkisi: Farklı Sektör Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma”, *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 9(17):137-154.

Hodges, F. M., (1999), “The History of Phimosi From Antiquity to the Present” in G. C. Denniston, F. M. Hodges et al., (Eds.), *Male and Female Circumcision: Medical, Legal, Ethical Consirerations in Pediatric Practice* (pp. 37-62.), New York: Cluwer Academic /Plenum Publishers.

Jackson, Y. (Ed.). (2006). *Encyclopedia of Multi Cultural Psychology*, London & New Delhi: Sage Publications.

Kırcı, A., (2013), *Sağlık Çalışanlarının Motivasyonunu Etkileyen Faktörler*, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Ankara.

Lucas, M., (1991), “Management Style And Staff Nurse Job Satisfaction”, *Journal of Professional Nursing*, 7(2):119-125.

Özen, S., (1994), “Sağlık ve Sosyokültürel Yapı Değişkenleri”, *Sosyoloji Dergisi*, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları: 333-145.

Sökmen, A. ve Ekmekçioğlu, E. B., (2013), “Yönetici Etik Davranışının Sınır Birim Çalışanlarının Motivasyon ve İş Tatmini Üzerindeki Etkisi: Adana’da Bir Araştırma”, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(4):87-104.

Şahin, A., (2010), “Örgüt Kültürü-Yönetim İlişkisi ve Yönetimsel Etkinlik”, *Maliye Dergisi*, 159 (Temmuz-Aralık): 21-35.

Şenol, Ş., (2012), *Araştırma ve Örneklem Yöntemleri*, 1. Basım, Ankara: Nobel Yayınları.

Tengilimoğlu, D. ve Yiğit, A., (2005), “Hastanelerde Liderlik Davranışlarının Personel İş Doyumuna Etkisi”, *Hacettepe Sağlık İdaresi*, 8(3):374-400.

Verhagen, P., (2012), *E-Study for Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries: Medicine Cram 101 Textbook Reviews*.

Yalçın, B. ve Begüm, Ü., (2012), “Özel Hastanelerde Görevli Hemşirelerin Sessiz Kaldığı Konular ve Sessiz Kalma Nedenleriyle İlişkili Faktörler” *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(2):42-50.

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

HASTANELERDE FAALİYET TABANLI MALİYETLEME YÖNTEMİ VE GENEL CERRAHİ BİRİMİNDE ÖRNEK BİR UYGULAMA*

ACTIVITY-BASED COSTING METHOD IN HOSPITALS AND A SAMPLE APPLICATION IN GENERAL SURGERY UNIT

Arş. Gör. Fevzi AKBULUT¹
Prof. Dr. Mehmet GENÇTÜRK²

ÖZET

Sağlık sektöründe yaşanan teknolojik gelişmelere ve rekabette yaşanan artışa paralel olarak beklenen kalitenin artması sonucu hastane maliyetleri önemli ölçüde artmıştır. Bütün bu gelişmeler sonucunda hastanelerdeki kaynakların etkin kullanımı önemli hale gelmiştir. Bu yüzden kaynak kullanımını doğru biçimde yansıtabilecek bir maliyet muhasebesi bilgi sisteminden ve doğru bir maliyetleme yönteminden yararlanılması gerekmektedir. Çalışmanın amacı; Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Birimi'nde maliyet muhasebesi tekniği olarak FTM yöntemi kullanılarak, cerrahi işlem ve uygulamaların maliyetlerinin objektif olarak belirlenebileceğini ortaya koymaktır. Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Birimi'nde 2016 yılı içerisinde yapılan ameliyat işlemleri, çalışmamızın evrenini oluşturmaktadır. Genel Cerrahi Birimi'nde en sık yapılan ve komplikasyonu en az olan 10 ameliyat işlemi çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. FTM uygulaması ile elde edilen maliyet bilgileri, 2017 SUT tarifesi ile karşılaştırılarak yorumlanmıştır. Çalışmamızın sonucunda, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) tutarları ile FTM yöntemi kullanarak elde ettiğimiz tutarlar arasında önemli farklılıkların olduğu tespit edilmiş ve SUT tutarlarının bütün ameliyat maliyetlerinden düşük olduğu ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Faaliyet Tabanlı Maliyetleme, Hastanelerde Maliyet Muhasebesi, Maliyet, Hastane

ABSTRACT

Recent years, the costs of the hospitals have increased essentially as a result of increasing expected quality which coincides with the technological developments in the health sector and the increment of rivalry. In consequence of these developments, the efficient utilizing of sources in hospital has become significant. It is necessary to be benefited from a cost accounting information system which can represent the utilizing of sources and an accurate costing method. The aim of this working is: to reveal that the costs of the surgical operations and implementations can be determinated objectively by using ABC method as cost accounting technique in a General Surgery Clinical of Suleyman Demirel University Research and Application Hospital. The surgery operations made within the department of General Surgery based in Suleyman Demirel University Research and Application Hospital in the year 2016, constitute the universe of our working. 10 surgery operations made most frequently and have least complication within the department of General Surgery constitute the sample of working. Cost data obtained via ABC application, have been interpreted by comparison with the HIA-Health Implementation Announcement (SUT)

* Bu çalışma birinci yazarın ikinci yazar danışmanlığında hazırladığı "Hastanelerde Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemi ve Genel Cerrahi Biriminde Örnek Bir Uygulama" başlıklı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, fevziakbulut07@gmail.com.

² Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, mehmetgencturksdu@gmail.com.

2017. In the result of our study, it was determined that there are significant differences between the SUT prices and the FTM method and it was revealed the SUT prices were lower than all the surgery costs.

Keywords: Activity-based costing, cost accounting in hospitals, cost, hospital

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, insanların yaşamlarını sürdürebilmeleri için ihtiyaç duydukları en önemli hizmetlerden bir tanesidir. Sağlık sektöründe artan rekabet koşulları ve yüksek maliyetli sağlık teknolojileri kullanımı hastane maliyetlerini önemli ölçüde arttırmıştır. Maliyetlerin artması kaynakların etkin ve verimli kullanılmasını zorunlu hale getirmiştir. Kaynak kullanımlarının verimli bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için maliyet analizi çalışmaları yapılması kaçınılmaz hale gelmiştir.

Yapılan çalışmalarda, Türkiye’de sağlık sektöründe kaynakların etkin kullanılmadığı ve yetersiz olduğu görülmektedir. Bu nedenle toplam sağlık harcamalarının yarısından fazlasını oluşturan hastanelerin, faaliyet ve kaynak planlanmasının etkin ve verimli bir biçimde gerçekleştirilmesi önem arz etmektedir.

Hastanelerde yapılan işlemlerin çok çeşitli ve karmaşık olması, önemli ölçüde uzmanlaşma ve iş bölümü gerektirmesi hastaneleri diğer hizmet işletmelerinden ayırır. Bu nedenle hastanelerde maliyet analizi yapılması zorlaşmaktadır. Hastane giderlerinin büyük bir bölümünü genel üretim giderlerinin oluşturması ve hastanede gerçekleştirilen faaliyetlerin çeşitliliği sebebiyle, maliyet analizleri yapılırken maliyetleri belirlemek için faaliyetleri hedef alan bir yöntem olan FTM yöntemi kullanılması daha doğru ve gerçekçi sonuçlar vermektedir. FTM yöntemi, faaliyet performans ölçümü ve iyileştirme, faaliyetlerin niteliği ve işleyişi, mamul ve hizmet çıktıları ile ilgili kararlar alma konusunda bilgiler sunmaktadır.

Bu çalışmayla; hizmet işletmeleri içerisinde önemli bir yeri olan hastanelerde, FTM yöntemi kullanılarak cerrahi işlem ve uygulamaların maliyetlerinin objektif olarak belirlenmesini, daha doğru, ayrıntılı ve güvenilir sonuçlara ulaşıldığının gösterilmesini sağlamaktır. Teknoloji yoğun üretim yapan ve genel üretim giderlerinin önemli bir paya sahip olduğu hastanelerde, çeşitli dağıtım anahtarları kullanılarak genel üretim giderlerinin daha gerçekçi dağıtıldığı düşünüldüğünden, daha doğru sonuçlar elde edilebilmesi açısından faaliyet tabanlı maliyetleme yönteminin kullanılması büyük önem taşımaktadır.

2. MALİYET YÖNTEMLERİ VE FAALİYET TABANLI MALİYETLEME YÖNTEMİ

2.1. Geleneksel Maliyetleme Yöntemleri

Geleneksel maliyetleme yöntemlerini daha çok eski usul çalışmaya devam eden, az sayıda ürün çeşidine sahip, belirli standart ürünleri üreten ve otomasyon sisteminden uzak daha çok iş gücüne dayalı üretim yapan işletmelerin kullandığı görülmektedir. Bu gibi işletmelerde geleneksel maliyetlemenin amacı stokların değerlemesi ve finansal tablolara yansıtacak mamul maliyetlerinin hesaplanmasıdır. Günümüz işletmelerinde daha çok otomasyon içeren üretim teknikleri tercih edildiğinden geleneksel maliyetleme yöntemleri her geçen gün önemini yitirmektedir. Fakat yine de küçük işletmelerde ve yerel sanayilerde halen kullanılmaktadır (Özdiken, 2016: 5-6).

2.2. Çağdaş Maliyet Yöntemleri

Geleneksel maliyetleme yöntemi, teknolojik gelişmelerin yaşanması ve rekabet koşullarının artması sebebiyle ve yönetimde yaşanan gelişmeler sonucunda ürün maliyetlerini belirlemede ve performans ölçümlerinde yetersiz kalmıştır. Bundan dolayı işletmeler bu zorlu koşullara

uyum sağlamak için otomasyona dayalı esnek üretime geçiş yapmak zorunda kalmışlardır ve böylelikle çağdaş maliyetleme yöntemleri ortaya çıkmıştır. Bu yöntem, ürün veya hizmetlerin maliyetlerini tasarım aşamasından başlayarak satış sonrası destek hizmetlerine kadar doğru ve gerçeğe daha yakın hesaplamaktadır. Böylece işletmelere karar alma sürecinde destek olmakta ve yoğun rekabet koşullarında işletmelerin faaliyetlerini sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesini sağlamaktadır (Okutmuş vd., 2014: 51-77).

2.3. Faaliyet Tabanlı Maliyetleme

Teknolojinin gelişmesi ve otomasyon ile işletmelerde toplam üretim maliyetleri içerisinde direkt işçilik giderlerinin payı azalmış, GÜM'ün payı artmıştır. Bundan dolayı geleneksel yöntemlere göre GÜM'ün ürünlere dağıtımında direkt işçilik saati gibi hacim esaslı dağıtım anahtarları kullanmak sonucu yanlış ürün maliyetleri belirlenmektedir (Cooper ve Kaplan, 1988: 22; Walker, 1999: 18). Bu yüzden ürün maliyetlerini daha doğru belirleyebilmek için yeni yöntemler geliştirilmeye başlanmıştır ve bu bağlamda geliştirilen yöntemlerden birisi de FTM sistemidir (Ünal vd., 2006: 327-344).

FTM, ilk olarak genel üretim giderlerini o giderlerin ortaya çıkmasına neden olan faaliyetlere, daha sonra faaliyetlerde toplanan giderleri üretilen mamul ya da hizmetin maliyetine dağıtılması işlemidir. Kısaca FTM yönteminde, maliyetleri işletmede yürütülen faaliyetler oluşturur (Erden, 1999: 65). Bu şekilde genel üretim giderleri ile üretilen mamul ya da hizmetler arasında faaliyetler aracılığıyla ilişkiler kurulmaktadır (Karakaya, 2007: 15).

2.3.1. Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yönteminin Gelişimi

Gelişen teknoloji ve otomasyonun hızla yaygınlaşması ile işletmelerin direkt işçilik maliyetleri azalmış, genel üretim maliyetinin (GÜM) payı artmıştır. Ürün maliyetleri geleneksel yöntemlere göre belirlendiğinde yanlış sonuçlar verebilmektedir. Dolayısıyla direkt işçilik ya da direkt madde maliyetlerinin GÜM'nin yükleme anahtarı olarak kullanıldığı modeller yetersiz kalmış ve gerçeği yansıtmamaya başlamıştır (Cooper ve Kaplan, 1988: 22; Walker, 1999: 18). Bundan dolayı, ürün maliyetlerinin daha tutarlı hesaplanabilmesi için yeni yöntemlere ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır. Bu bağlamda geliştirilen yöntemlerden birisi de FTM yöntemidir (Küçükşavaş vd., 2006: 327-344).

1980'lerin ortalarında ilk kez maliyetler üzerinde faaliyete dayalı bir bakış açısı geliştiren Johnson ve Kaplan, neden olarak ise daha gerçekçi ürün maliyetleri hesaplanmasını öne sürmüştür (Roybal vd., 1999:1-10). Bu yıllarda FTM işletmelerde daha etkin mamul ve hizmet maliyetleme yöntemi olarak kullanılmaktaydı. Maliyet dağıtımı ve yükleme süresince daha gerçekçi ve doğru sonuçlar sunduğu için işletmelerin maliyet sistemlerinde yer almaya başlamıştı (Hacırustemoğlu ve Şakrak, 2002: 27). 1990'larda faaliyet tabanlı maliyet yöntemindeki gelişmelerle şirketlerin geleneksel maliyet muhasebesi sistemlerine bağlılığı azalmıştır. İlk zamanlar da FTM, yöneticiler tarafından ürün maliyetlerinin hesaplanmasında daha doğru sonuçlar veren bir yöntem olarak görülmüştür. Daha sonra FTM, yönetim faaliyetlerini doğrudan daha yüksek kârlara dönüştüren muazzam kullanışlı bir rehber olarak kullanılmaya başlanmıştır (Cooper ve Kaplan, 1991: 130-135). Ürün fiyatlandırması, ürün tanıtımı ve ürün tutma kararlarının alınmasında FTM yönteminden yararlanılmaya başlanmıştır (Roybal vd., 1999: 1-10). Cooper ve Kaplan (1988: 22)'e göre FTM'nin ürün maliyetlerinin hesaplanmasında da kullanılabileceğini öne sürmüşlerdir.

2.3.2. Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yönteminin Tanımı

Consortium of Advanced Manufacturing International – Uluslararası İleri Üretim Konsorsiyum (CAM-I) FTM'yi, “süreçle ilgili faaliyetlerin ve maliyet objelerinin,

performansını ve maliyetini ölçmek yoluyla maliyet taşıyıcıları ve faaliyetler arasındaki neden sonuç ilişkisini ortaya koyan bir yöntem” olarak tanımlamıştır (Fu, 2000: 69).

FTM başlangıçta, endirekt üretim maliyetleri üzerinde ve endirekt maliyetlerle mamuller arasında anlamlı bir ilişki kurmak üzere faaliyetleri kullanan bir maliyetleme yöntemi olarak karşımıza çıkmıştır. Ancak önemli bir yönetim aracı olarak FTM, daha tutarlı maliyet bilgisi vermek üzere tasarlanmış, bununla birlikte yönetim için stratejik bilgiler sağlayan ve yönetimin kararlarına yardımcı olan stratejik bir maliyetleme sistemi olarak kullanılmaya başlanmıştır (Elmacı, 2015: 224).

Yukarıdaki tanımlarda da bahsedildiği gibi FTM yöntemi, maliyetleri belirlemek için faaliyetleri hedef alan, yöneticilere karar almada önemli ve daha doğru bilgiler sağlayan bir yöntemdir.

FTM, işletme maliyetlerinin nedeni ve unsurları hakkında bilgiler veren güçlü bir araç olarak görülmektedir. Çünkü FTM, özellikle maliyetlerin temel unsurlarına ve maliyetlerin oluşumunda temel olan maliyet etkenlerine odaklanarak maliyet düşürme fırsatlarının değerlendirilmesinde önem taşır. FTM daha doğru maliyet bilgisi ve sağlıklı çıktı sunmanın ötesinde, sürekli maliyet düşürme amacına odaklanmanın sonucudur. Günümüz ekonomik ortamında bu amacın maliyet ve yönetim muhasebesi sistem tasarımı temel olduğu unutulmamalıdır (Hacıüstemoğlu ve Şakrak, 2002: 33; Acar, 2005: 106).

2.3.3. Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yönteminin Amaçları

Geleneksel maliyetleme sistemlerinde, maliyetlerin mamullere yüklenmesi için kullanılan hacim tabanlı anahtarlar nedeniyle ortaya çıkan yanlışların giderilebilmesi amacıyla FTM yöntemi ortaya çıkmıştır (Romano, 1989: 63). FTM yönteminin amacı, ilk olarak firmanın faaliyetlerini belirlemek, her bir faaliyet için maliyetler hesapladıktan sonra bu faaliyetlerin harcanmasına göre ürün maliyetlerini hesaplamaktır (Cooper ve Kaplan, 1988: 21).

FTM yönteminin uygulama aşamasında çok farklı amaçlar için kullanıldığı görülmektedir. İngiltere’de yapılan bir araştırmaya göre, son yıllarda FTM mamul maliyetlemenin yanı sıra, maliyet düşürme amacıyla kullanılmaya başlanmıştır. Ayrıca, FTM’nin şirketlerde birden fazla amaçla kullanıldığı izlenmiştir. FTM süreci ve uygulamalar dikkate alınarak FTM’nin öne çıkan amaçları şu şekilde sıralanabilir (Elmacı, 2015: 224-225).

- Mamul ve hizmet maliyetleme
- Yeni mamul ve hizmet tasarımı
- Stok değerlendirme
- Mamul ve hizmet çıktıları ile ilgili kararlar
- Bütçeleme
- Müşteri kârlılık analizi
- Faaliyet performans ölçümü ve iyileştirme
- Maliyet düşürme ve maliyet yönetimi

FTM’nin amacı, daha doğru maliyet bilgisi vererek yanlış kararlar alınmasını önlemek ve mamullerin faaliyetleri tükettiği, faaliyetlerin de kaynakları tükettiği gerçeğinden hareketle planlı, kontrollü ve ekonomik genel üretim maliyetleri yüklemeye verileri sağlamak şeklinde özetlenebilir (Elmacı, 2015: 225).

2.3.4. Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Sisteminin Yararları

FTM, geleneksel maliyet dağıtımının neden olduğu sapmaları azaltmaya yardımcı olmaktadır. Firmanın uzun vadede sonuçlarına katkı sağlayan faaliyetlerini, çeşitli ürünlerini ve hizmetlerini nasıl bağdaştıracağı hakkında net bilgiler vermektedir (Demirel, 2008: 29).

Faaliyete dayalı yönetimin yararları kısaca şöyle özetlenmektedir (Brandt vd., 1999: 22-27) ;

- Faaliyetlerin verimliliğini artırır.
- Maliyetleri düşürmeye çalışır.
- Faaliyetler ve maliyetler arasındaki ilişkiyi daha iyi ifade eder.
- Maliyet kontrolünü ve karar vermeyi geliştirir.
- Yöneticilere daha doğru ve zamanlı performans geri bildirimleri sağlar.

FTM kısaca, yöneticilerin daha doğru kararlar almasını ve mamul maliyetlerini daha doğru hesaplamasını sağlamaktadır. Ayrıca maliyetlerin belirlenmesi konusunda da kolaylık sağlamaktadır.

2.3.5. Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Sisteminde Temel Kavramlar

FTM yönteminin temel kavramları olarak; faaliyet, maliyet etkeni, maliyet havuzu, maliyet nesnesi ve kaynak kavramları açıklanmış ve faaliyetler sınıflandırılmıştır.

2.3.5.1. Faaliyet Kavramı

Bir işletmedeki çeşitli hammaddelelerden her birinin mamul hale gelinceye kadar geçtiği işlemlerin her birine faaliyet denir (Gürsoy, 2009: 235). FTM'nin önemli kavramlarından birisi olan faaliyet, bir işletmede çeşitli amaçları gerçekleştirmek için kaynak tüketimi yoluyla maliyet doğuran süreç ya da eylemler dizisi olarak tanımlanmaktadır. Faaliyetlere örnek olarak, sipariş alma, kaynak edinimi, üretim işlemleri, dağıtım işlemleri, üretime hazırlık, kalite kontrolü, bakım, makine hazırlama verilebilir (Haftacı, 2011: 224).

Faaliyetler iş veya görev birimlerinden oluşurlar. Örneğin malzemenin satın alınması ayrı bir faaliyet olarak tanımlanabilir. Bu faaliyet satın alma isteminin kabulü, tedarikçilerin saptanması, satın alma emirlerinin hazırlanması, satın alma emirlerinin postalanması ve takibinin yapılması gibi çok farklı görevlerin bir araya toplanmasından oluşabilir. Faaliyetler, faaliyet analizleri gerçekleştirilerek tanımlanır (Saban ve Erdoğan, 2014: 530).

2.3.5.2. Maliyet Etkeni (Sürücüsü) Kavramı

Maliyet etkeni kavramı faaliyet maliyetlerini mamullere aktarmak için kullanılır. Diğer bir deyişle maliyet etkeni kavramı, bir faaliyeti gerçekleştirmek için ihtiyaç duyulan çaba ya da iş yükünü belirleyen faktörlere denir (Alkan, 2005: 39-56). Babad ve Balachandran (1993: 563)'e göre maliyet etkeni, herhangi bir faaliyetle ilgili olan ve işletme kaynaklarının tüketilmesiyle sonuçlanan bir olaydır. Karataş, Bekci ve Ömürbek (2014: 74)'e göre maliyet etkeni; birinci aşama da genel üretim giderlerinin faaliyet merkezlerine yüklenmesinde, ikinci aşama da ise faaliyet merkezlerinde toplanan maliyetlerin mamullere yüklenmesinde kullanılır.

Maliyet sürücüleri, bir faaliyetin toplam maliyetinde bir değişikliğe neden olan olaydır. Bir diğer ifadeyle bir faaliyeti gerçekleştirmek için ihtiyaç duyulan iş yükünü ve çabaları belirleyen faktörlerdir. Maliyet sürücüleri bir faaliyetin neden yapıldığını ortaya çıkarır. Ayrıca maliyet sürücüleri işin ortaya çıkarılmasında ne kadar çaba harcanması gerektiğini de açıklar. Gelişme fırsatlarını ortaya çıkardıkları için işletmeler için yararlı olmaktadır (Erdoğan, 1995: 41-42). Ayrıca maliyet sürücüleri seçilirken mamullerle maliyetler arasında sebep-sonuç ilişkisinin olmasına önem verilmelidir (Bekci ve Negiz; 2011: 119-136)

2.3.5.3. Maliyet Havuzları

Faaliyetlerin tükettiği kaynakların toplam tutarının faaliyetler itibariyle belirlenmesi işleme maliyet havuzu oluşturma adı verilir. Faaliyetler belirlendikten sonra faaliyetlerin maliyetlendirmesi işlemine geçilir. Maliyet havuzunun doğru oluşturulmasında temel şart

işletmenin faaliyetlerinin, alt faaliyetlerinin, bunların tükettiği kaynakların neler olduğunun iyi belirlenmesidir (Arzova, 2002: 25-26).

Faaliyetlerin tükettiği maliyetlerin, çıktılarına dağıtılmadan önce toplandığı yerlere maliyet havuzları denir. Maliyet havuzlarında toplanan bu maliyetler ikinci aşama maliyet etkenleri yardımıyla çıktılarına yüklenir. Maliyet havuzları oluşturulurken her bir maliyet havuzunun tek bir maliyet etkeni tarafından temsil edilebilir nitelikte olmasına dikkat edilmelidir (Koçyiğit, 2006: 15). Daha az sayıda maliyet havuzu oluşturmak daha ekonomik olduğundan birbirine yakın ya da birbirleriyle ilişkili faaliyetler birleştirilerek daha az sayıda ve daha büyük maliyet havuzu oluşturulur. Örneğin stokların sipariş edilmesi, teslim alınması depolanması, üretime sevki gibi işlemler birleştirilerek tek bir maliyet havuzu oluşturulabilir (Gürsoy, 2009: 235). Amaç, çeşitli maliyet sürücüleri arasından doğru sayıda ve doğru tipte olanı seçmektir.

FTM’de maliyet havuzları belirlendikten sonra maliyet türlerinin hangi maliyet havuzuna dağıtılacağı belirlenmesine geçilir. Bazı maliyetlerin hangi maliyet havuzuna dağıtılacağı bellidir ve bu maliyetler o havuzun dolaysız maliyetleridir. Hangi havuza ait olduğu bilinmeyen maliyetler ise havuzlara uygun maliyet sürücüleri kullanarak dağıtılır. Amaç maliyetlerin çoğunluğunu dolaysız maliyet haline getirmek olmalıdır. Daha sonra dolaylı maliyetlerin dağıtımına geçilir (Gürsoy, 2009: 236).

2.3.5.4. Maliyet Nesnesi (Çıktı) Kavramı

Maliyeti hesaplanmak istenen birimlere maliyet objeleri denilmektedir. Örneğin farklı bir maliyet ölçümü gerektiren herhangi bir proje, kontrat, müşteri, ürün, hizmet birer maliyet objesidir. Yaygın olarak şirketlerin iki maliyet objesi hiyerarşisi olup, bunlardan biri ürünler için diğeri ise müşteriler içindir. İdeal maliyet objesi ürünlerdir (Gunasekaran, 1999: 124).

Amortisman ile emlak ve bina vergisi gibi maliyetlerin maliyet objesine kolaylıkla tahsis edilebilmesi için maliyet sürücüleri seçilirken özen göstermeli ve dikkat edilmelidir (Gunasekaran, 1999: 124). Maliyet objesi, havuzlarda toplanan maliyetlerin çıktılarına yüklenmesi aşamasıdır. Maliyetlerin çıktılarına yüklenmesinde seçilen maliyet etkenlerinin toplam miktarı ile her çıktının kullandığı maliyet etkeni miktarı kullanılır. Faaliyet maliyetleri çıktılarına yüklenirken, her havuz için ayrı yükleme oranı (maliyet etkeni başına düşen birim maliyet) hesaplanmalıdır (Koçyiğit, 2006: 45).

2.3.5.5. Kaynak Kavramı

Kaynaklar, faaliyetlerin yapılmasında kullanılan veya başvuru olan ekonomik bir unsurdur. Başka bir deyişle faaliyetler tarafından tüketilen finansal girdilerdir. Örnek olarak işçilik maliyetleri verilebilir (Esmeray, 2006: 83).

Erdoğan (1995: 40) kaynakları, faaliyetlerin yapılması için başvuru olan veya yönetilen ekonomik unsurlar olarak tanımlamıştır. Kaynaklara örnek olarak; ilk madde ve malzemeler, kira, işgücü, amortisman, su, elektrik, yakıt kullanımı, kullanılan teknoloji verilebilir.

2.3.6. Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yönteminin İşleyişi

FTM yönteminin temel prensibi organizasyon faaliyetlerini tanımlamak ve her bir faaliyetin maliyetini ve ardından faaliyetlerin tüketimine dayanarak ürün maliyetini hesaplamaktır. FTM yönteminde tüm basamaklar birbiriyle ilişkili olduğu için herhangi bir basamakta verilen karar FTM yöntemini tamamıyla etkiler (Gunasekaran, 1999: 120).

FTM yönteminin tasarlanmasındaki bir sonraki basamak bir ekip oluşturulmasıdır. Daha sonra FTM yönteminin temel basamağı olan faaliyetlerin tanımlanmasıdır. Bir diğer adım ise, birincil maliyet sürücülerinin tanımlanmasıdır. Birincil maliyet sürücüleri kaynaklar ve faaliyetler arasındaki bağlantılardır. Daha sonra faaliyet maliyet havuzları oluşturulur, İkincil

maliyet sürücüleri aracılığıyla faaliyet maliyetinin maliyet objesine tahsis edilmesi işlemi gerçekleştirilir (Gunasekaran, 1999: 120-124). Bir diğer ifadeyle, FTM yöntemi iki aşamadan oluşur. Birinci aşamada dolaylı kaynak giderleri maliyet havuzlarına dağıtılır. İkinci aşamada maliyet havuzlarında biriken giderler ürünlere dağıtılır (Elmacı, 2015: 225). Giderler mamullerden ziyade faaliyetlerin yürütülmesi için yapılmaktadır. Mamuller ise bu faaliyetlerden yararlanmaktadır.

FTM'nin oluşturulmasında izlenebilecek adımlar veya aşamalar işletmenin özellikleri, üretilen mamul veya hizmetin çeşitliliği, yöneticilerin beklentileri gibi birçok faktöre göre farklılık göstermektedir. Brimson (1991: 53) bu aşamaları altı başlık altında sınıflandırmıştır. Bu başlıklar işletme faaliyetlerini belirlemek; faaliyetlerin maliyetini belirlemek; faaliyetlerin performansını ve çıktısını belirlemek; faaliyetlerin maliyetlerini ve maliyet nesnelerini izlemek; şirketin kısa ve uzun dönem amaçlarını belirlemek ve faaliyetlerin etkinliğini ve verimliliğini değerlendirmek şeklindedir (Brimson, 1991; Akt. Koçyiğit, 2006: 34).

2.3.6.1. Faaliyetlerin Belirlenmesi

Faaliyet, bir işletmede çeşitli amaçları gerçekleştirmek için kaynak tüketimi yoluyla maliyet doğuran süreç ya da eylemler dizisi olarak tanımlanabilir (Haftacı, 2011: 224).

Faaliyetlere örnek olarak, hastanın ameliyata hazırlanması, anestezi uygulaması, ameliyat esnasında yapılan cerrahi müdahaleler, laboratuvar incelemeleri verilebilir. Faaliyetlerin belirlenmesinde; iş akış şeması, işletmenin organizasyon şeması veya yerleşim planından yararlanılabilir. Faaliyetler belirlenirken katma değer yaratmayan gereksiz faaliyetlerin çıkarılmasına, maliyetlerin tek tek belirlenmesine değer olarak çok küçük olan faaliyetlerin bir araya getirilmesine özen gösterilmelidir (Koçyiğit, 2006: 35-37).

Faaliyet belirlendikten sonra, faaliyetlerin faaliyet merkezlerinde toplanması gerekmektedir. Her bir faaliyet için ayrı faaliyet merkezleri oluşturmak zaman ve ekonomik açıdan uygun olmayacağı için, benzer faaliyetler tek bir merkezde toplanmalıdır. Ancak faaliyetler birleştirilirken aynı seviyede (birim, parti, mamul, tesis seviyesinde) olmasına, aynı maliyet etkeni tarafından kullanılıyor olmasına ve aynı amaca ve fonksiyona hizmet ediyor olmasına dikkat edilmelidir (Turney ve Stratton, 1992: 49).

2.3.6.2. Birinci aşama Maliyet (Kaynak) Etkenlerinin Belirlenmesi

Birinci aşama maliyet etkenleri kaynaklar ve faaliyetler arasındaki bağlantıyı kurarlar. Bunlara kaynak etkenleri (activity driver) de denilmektedir. Belli bir faaliyeti gerçekleştirmek için gereken kaynakları belirlemede sebep-sonuç ilişkisi kurulmasını sağlarlar. Ürün veya hizmet maliyetinin doğruluğu maliyet etkenlerine bağlıdır. Bunlar bir faaliyetle ilgili olarak hangi spesifik kaynakların kullanıldığını göstermektedir. Bir faaliyeti gerçekleştirmek için farklı türde kaynaklar tüketilir. Bundan dolayı her bir faaliyetin ayrıntılı olarak analiz edilip birinci aşama maliyet etkenlerinin doğru ve en uygun şekilde belirlenmesi gerekmektedir (Ağyar, 2006: 78-79).

FTM ekibi tüm çalışanlarla görüşmeler yapıp farklı faaliyetleri nasıl gerçekleştirdikleri ve bunlara ne kadar zaman harcadıkları hakkında bilgi almalıdır. Burada kişilerin harcadıkları zamanla bunu algılama şekillerinin farklılık gösterme olasılığı da göz önünde bulundurulup dikkat edilmelidir (Gunasekaran, 1999: 122). Bundan dolayı gerçek çalışma miktarını belirlemek için iş çalışmaları ve zaman etüdü çalışmaları yapılmalıdır.

2.3.6.3. Faaliyetlerin Maliyetlerinin Bulunması (Maliyetlerin Faaliyetlere Yüklenmesi)

Bir faaliyetin maliyeti, onu gerçekleştirmek için tüketilen tüm kaynakların maliyetleri toplamından oluşur. Bundan dolayı işletmenin başlıca faaliyetleri belirlendikten sonra, her bir

faaliyet tarafından tüketilen kaynakların izlenmesi gerekir (Karacan, 2000; Akt. Koçyiğit, 2006: 40). Kaynaklar faaliyetlerin yerine getirilmesi için gerekli olan direkt hammadde, direkt işçilik ve endirekt giderler gibi ekonomik unsurlardır. FTM yönteminde, endirekt giderler çıktılara faaliyetler esas alınarak dağıtıldığından, kaynaklar endirekt işçilik, malzeme ısıtma, kira gibi endirekt giderleri kapsamaktadır (Erkol, 2011: 111). Kaynakların faaliyet merkezlerine dağıtımında, daha doğru sonuçlar alınabilmesi için mümkün olduğunca maliyetler faaliyetlere doğrudan yüklenmelidir. Maliyetler faaliyetlere doğrudan yüklendiğinde faaliyetlerin gerçek kaynak kullanımları ölçülebilir.

Örneğin, bir hastane işletmesinde röntgen servisinde röntgen çekiminde kullanılan tesis, makine ve cihazların tükettiği elektrik kW saat olarak bilinebiliyorsa, tüketilen bu elektrik gideri röntgen çekim faaliyetine doğrudan aktarılmaktadır. Doğrudan yüklemelerin yapılmadığı durumlarda doğru ve en uygun maliyet etkeni kullanılmalıdır. Örneğin, temizlik giderlerinin dağıtım ölçüsü olarak m² olarak işgal edilen alan, haberleşme giderlerinde ise personel sayısı esas alınabilir. Kısaca, her bir kaynak maliyeti için, kaynak etkeni başına maliyet hesaplanıp söz konusu kaynaktan kullanma durumuna bağlı olarak faaliyetlere maliyet yüklenir (Koçyiğit, 2006: 41).

2.3.6.4. Faaliyet Maliyet Havuzlarının Oluşturulması

Maliyet havuzu oluşturulurken dikkat edilmesi gereken nokta, işletmenin faaliyetlerinin ve faaliyetlerin tükettiği kaynakların iyi belirlenmesi olmalıdır (Unutkan, 2010: 98). Maliyet havuzu oluşturulurken her havuz için tek bir maliyet etkeni kullanılmalıdır. Ayrıca her bir maliyet havuzu için o havuzu en iyi ifade eden maliyet etkeni kullanılmalıdır.

Maliyet havuzlarının daha iyi anlaşılması için hastane işletmelerinden örnek verecek olursak, kardiyoloji servisinde hastanın kabul edilmesi ile ilgili faaliyetler; rezervasyonun yapılması, programın yapılması, hastanın hesaplarının ve sigortasının doğrulanması, kabul etme işletmenin yapılması, oda, yatak ve tıbbi müdahalenin kaydedilmesi olmak üzere beş gruba ayrıldığı düşünülürse, hastanın kabul edilmesi ile ilgili bu beş faaliyet için dağıtım ölçüsü olarak 'hasta sayısı' kullanılacaksa, bu beş faaliyetin maliyetleri tek bir havuzda birleştirilebilir (İşleyen, 1999; Akt. Koçyiğit, 2006: 44). Eğer faaliyetlerin sahip oldukları maliyet etkenleri birbirinden farklıysa farklı maliyet havuzları oluşturularak maliyetlerin ayrı ayrı alınması gerekir.

2.3.6.5. İkinci Aşama Maliyet (Faaliyet) Etkenlerinin Seçilmesi

Maliyetlerin maliyet havuzlarında toplanmasından sonra ikinci aşama maliyet etkenleri aracılığıyla, toplanan maliyetlerin çıktılara yüklenmesine geçilir. İkinci aşama maliyet etkenleri, çıktılardan taleplerini ele alarak, faaliyet maliyetlerinin hangi ölçülere göre çıktılara yükleneceğini gösterir (Erkol, 2011, 113).

Uygun maliyet sürücüsü seçimi maliyetin altta yatan sebeplerinin araştırılmasında geleneksel analizlerin ötesine geçmesi bakımından yaratıcı bir süreçtir. İkinci maliyet sürücüsünün seçiminde aşağıdaki kriterler dikkate alınmalıdır (Gunasekaran, 1999: 122).

- Seçilen maliyet sürücüsü ile faaliyet maliyet havuzundaki maliyet seviyesinin ilişkisi güçlü olmalıdır.
- Değişken, homojen ve ölçülebilir olmalıdır.
- Benzeri olmayan sürücülerin sayısı en aza indirgenmelidir. Maliyet ve karmaşıklık direkt olarak sürücü sayısı ile ilişkili olmalıdır.
- Gelişmiş performansı teşvik eden maliyet sürücülerini seçilmelidir.
- Elde bulunan yani mevcut olan veya toplam maliyeti düşük olan maliyet sürücülerini seçilmelidir.

Hastanelerde daha yoğun hizmet, daha uzun süre tedavi, daha yoğun tıbbi bakım alan hastaların maliyetlerden daha fazla pay almalarını sağlayacak şekilde maliyet etkenlerinin seçilmesi gerekmektedir.

2.3.6.6. Faaliyet Maliyetlerinin Üretilen Ürün ya da Sunulan Hizmete Yüklenmesi

Uygun maliyet etkenleri belirlendikten sonra maliyet etkeninin birim maliyeti ile faaliyet kullanımı çarpılarak her bir ürün grubuna göre söz konusu faaliyetin maliyeti hesaplanır. Böylece faaliyetler yoluyla kullanılan kaynaklar bu faaliyetleri kullanan ürünlere doğrudan aktarılmış olur (Öker, 2003: 51-52). Faaliyet maliyetleri çıktılarına yüklenirken, her havuz için ayrı yükleme oranı (maliyet etkeni başına düşen birim maliyet) hesaplanır. Yükleme oranı maliyet havuzunda biriken maliyetlerin toplamının, toplam maliyet etkeni miktarına bölünmesi ile bulunur (Erkol, 2011: 114).

Maliyet Havuzu Yük. Oranı = Top. Havuz Maliyeti/Top. Maliyet Etkeni

Miktarı Yüklenecek Maliyet= Maliyet Yük. Oranı x Kullanılan Maliyet Etkeni Miktarı

Daha sonra, bulunan bu oran ile her çıktının kullandığı maliyet etkeni miktarı çarpılarak, çıktılarına maliyet yüklenir.

Böylelikle her çıktıda, değişik maliyet havuzlarından gelen maliyetler toplanarak, o çıktının genel üretim maliyetleri hesaplanmış olur. Hesaplanan bu GÜG'ne Direkt ilk madde ve malzeme ve Direkt işçilik giderinin eklenmesi ile ilgili çıktının üretim maliyeti bulunmuş olur (Koçyiğit, 2006: 47).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma ile Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Birimi'nde maliyet muhasebesi tekniği olarak FTM yöntemi kullanılarak, cerrahi işlem ve uygulamaların maliyetlerinin objektif olarak belirlenebileceğini ortaya koymak ve daha doğru, ayrıntılı ve güvenilir sonuçlara ulaşıldığının gösterilmesini sağlamak amaçlanmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri hastanenin 2016 yılına ait idari, mali ve istatistiki kayıtları taranarak elde edilmiştir. Başta hastanenin Döner Sermaye Müdürlüğü olmak üzere, idari bölümlerinden elde edilen veriler kullanılmıştır. Zaman ve hareket etütleri yapılmış, hastane çalışanlarıyla derinlemesine görüşmeler yapılarak faaliyetler ve faaliyetlerin tükettikleri kaynaklar belirlenmiştir. Özellikle bazı giderlerin gider yerlerine dağıtımında gereken ölçülere ulaşılamadığında, bölüm yetkililerinden alınan bilgiler ışığında dağıtım yapılmıştır.

3.3. Evren ve Örneklem

Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Birimi'nde 2016 yılı içerisinde ameliyathanelerde 3501 adet ameliyat işlemi gerçekleştirilmiştir. Bu ameliyatlardan 170 adedi A grubu ameliyat, 1191'i B grubu ameliyat, 950 adedi C grubu ameliyat, 524 adedi D grubu ameliyat ve 666 adedi E grubu ameliyatlardan oluşmaktadır. Bu ameliyatlardan en çok yapılan ve komplikasyonu en az olan 10 ameliyat örneklem olarak alınmıştır. Örneklem alınan ameliyatlardan ve sayıları aşağıda belirtilmiştir.

- Kolesistektomi Laparoskopik işlemi 253 adet,
- Tiroidektomi (iki taraflı total) işlemi 160 adet,
- Mastektomi, Modifiye Radikal işlemi 38 adet,

- Rektum Tümöründe Low Anterior Rezeksiyon işlemi 42 adet,
- Koledokotomi- Koledokoduodenostomi işlemi 24 adet,
- Segmental Mastektomi ile birlikte Aksiller işlemi 47 adet,
- Apendektomi Laporoskopik işlemi 60 adet,
- İnsizyonel herni onarımı işlemi 76 adet,
- İnguinal herni onarımı (tek taraflı ve bileteral) işlemi 82 adet,
- Splenektomi (total) işlemi 27 adet, olmak üzere 809 adet ameliyat örneklem grubunu oluşturmaktadır.

3.4. Bulgular

Yapılan çalışmada hem direkt maliyetler olan ilaç ve tıbbi malzemenin hasta bazında hesaplanması, hem de bütün anabilim dallarına uygulanabilecek bir faaliyet tabanlı maliyet uygulaması yapılmış ve Genel Cerrahi Biriminde gerçekleşen 10 adet cerrahi işlemin maliyetleri belirlenmiştir.

3.4.1. Genel Cerrahi Birimi Giderlerinin Dağıtım

Birinci dağıtım tablosunda dört ayrı gider yerine dağıtım yapılmıştır: Anabilim Dalı Başkanlığı, Poliklinik, Klinik, Ameliyathane gider yerleridir. Birinci dağıtım sonucunda Genel Cerrahi Birimi 2016 yılı birinci dağıtım toplam gideri 847.072 TL olarak belirlenmiştir. Birinci dağıtım sonunda en büyük payı 470.620TL ile Klinik Gider Yeri alırken, en düşük payı alan Poliklinik Gider Yeri giderleri 68.420 TL olarak saptanmıştır. Endirekt giderler için birinci dağıtımda kullanılacak dağıtım anahtarları belirlenmiş ve bu anahtarlar aracılığıyla endirekt giderler de belirlenen dört ayrı gider yerine yüklenmiştir.

Tablo 3.1. Birinci Dağıtımda Kullanılan Dağıtım Anahtarları

GENEL ÜRETİM GİDERLERİ	
GİDER TÜRÜ	DAĞITIM KRİTERİ
İşçilik Giderleri (Memur işç. Hiz., Veri Haz. Bil. İş. Hiz., Yolluk, Giyim)	Personel sayısı
Elektrik	Metrekare
Su	Metrekare
Doğalgaz	Metrekare
Haberleşme Gideri	Personel sayısı
Bakım Onarım	Demirbaş sayısı
Temizlik	Metrekare
Tıbbi Atık	Başvuran ve YatanHasta Sayısı
Tıbbi Gaz	Başvuran ve YatanHasta Sayısı
Demirbaş Amortismanı	Demirbaş Sayısı
Bina Amortismanı	Metrekare
Tekstil	Personel Sayısı
Kırtasiye	Personel Sayısı
Yemekhane (personel)	Öğün sayısı
Çamaşırhanenin toplam su tüketiminin %20 sini kullandığı kabul edilerek su giderinin %20 si çamaşırhaneye yazılmıştır.	
Ameliyathanenin toplam su tüketiminin %20 sini kullandığı kabul edilerek su giderinin %20 si ameliyathaneye yazılmıştır.	
Su tüketiminin %60 ı da birimlerin metrekarelerine göre dağıtılmıştır.	

Genel Üretim Giderleri olarak sınıflanan Endirekt Giderler; İşçilik Giderleri, Elektrik Giderleri, Su Giderleri, Doğalgaz Giderleri, Haberleşme Giderleri, Bakım- Onarım Giderleri, Temizlik Giderleri, Tıbbi Atık Giderleri, Tıbbi Gaz Giderleri, Demirbaş ve Bina Amortisman Giderleri, Tekstil Giderleri, Kırtasiye Giderleri, Yemek Giderleri olmak üzere 14 ayrı başlık altında toplanmıştır.

İkinci adım olarak, Hastane Yönetimi Gider Yerlerinde toplanan yönetim giderleri ve Yardımcı Hizmet Gider Yerleri giderleri uygun dağıtım anahtarları kullanılarak, Anabilim Dalı Başkanlığı, Poliklinik, Klinik, Ameliyathane gider yerlerine dağıtılmıştır (Ek-5).

Tablo 3.2. İkinci Dağıtımda Kullanılan Dağıtım Anahtarları

GİDER YERİ	DAĞITIM KRİTERİ
Hastane Yönetimi	Personel sayısı
Görüntüleme Hizmet Alım	Başvuran hasta sayısı
Temizlik Hizmet Alım	Metrekare
Teknik Destek Hizmeti	Demirbaş Sayısı
Garaj-Motorlu Araçlar-Ambulans	Acilden Genel Cerrahiye sevk olan hasta sayısı
İlaçlama Dezenfeksiyon	Metrekare
Çamaşırhane	Yatan Hasta Gün Sayısı
Santral	Personel Sayısı

İşçilik giderleri, haberleşme gideri, tekstil gideri, kırtasiye gideri, hastane yönetimi gideri ve santral gideri personel sayısına göre dağıtılmıştır. Genel Cerrahi Birimi'nde çalışan personel sayısı, toplam sağlık personeli sayısına bölünmüştür. Genel Cerrahi Birimi'ne düşen pay %4,5 olarak alınmıştır. Genel Cerrahi Birimi gider yerlerine; anabilim dalı başkanlığı, poliklinik, klinik, ameliyathane görevli sağlık personeli sayısına göre dağıtılmıştır. Birden fazla bölümde görev yapan personel tekrar sayılmıştır.

Tablo 3.3. Genel Cerrahi Birim Personel Sayısı ve Bölüm m²leri

	Anabilim dalı başkanlığı	Poliklinik	Klinik	Ameliyathane
Genel Cerrahi Birim Personel Sayısı	9	3	26	13
Genel Cerrahi Birim Bölüm M ² leri	99	11	997	195

Tablo 3.4. Genel Cerrahi Birim Dağıtım Anahtarları Hakkında Bilgiler

	Genel Cerrahi Birim	Hastane Toplamı
Çalışan Personel Sayısı	31	693
Klinik Yatak Sayısı	39	508
Demirbaş Sayısı	522	37.875
Yemek öğün sayısı	264	-
Yemek ücreti	2.14TL	-
Yatış Yapılan Hasta Sayısı	410	5.523
Yatan Hasta Gün Sayısı	15.670	164.078
Başvuran Hasta Sayısı	16.997	420.378

Elektrik, su, doğalgaz, temizlik, bina amortismanı, temizlik hizmet alımı ve ilaçlama dezenfeksiyon giderleri metrekareye göre dağıtılmıştır. Kısıtlarda belirtilen nedenlerden dolayı klinik yatak sayıları oranında dağıtım yapılmıştır. Genel Cerrahi Birimi klinik yatak sayısı, hastane toplam klinik yatak sayısına bölünmüştür. Genel Cerrahi Birimi'ne düşen pay %7,7 olarak bulunmuştur. Genel Cerrahi Birimi gider yerlerine; anabilim dalı başkanlığı, poliklinik, klinik, ameliyathane dağıtılmıştır. Metrekareler görevli mimar ile hastane projesinden çıkarılmıştır.

Bakım onarım, demirbaş amortismanı ve teknik destek hizmeti giderleri demirbaş sayısına göre dağıtılmıştır. Genel Cerrahi Birimi demirbaş sayısı, toplam hastane demirbaş sayısına bölünmüştür. Genel Cerrahi Birimi'ne düşen pay %1,4 olarak bulunmuştur. Genel Cerrahi Birimi gider yerlerine dağıtım sonucunda gider yerlerinin aldıkları paylar oranında dağıtılmıştır.

Tıbbi atık ve tıbbi gaz giderleri, Genel Cerrahi Birimi gider yerlerine birinci dağıtım sonucunda gider yerlerinin aldıkları paylar oranında dağıtılmıştır.

Yemekhane giderleri, personellerin yemekhane giderleri birinci dağıtımda dağıtılmıştır. Genel Cerrahi Birimi gider yerlerine; sırasıyla personel sayısı, bir yıldaki öğün sayısı, yemek ücreti çarpılarak dağıtılmıştır. Hastaların yemekhane giderleri ise kısıtlarda belirtilen nedenlerden maliyetler ameliyatlara yüklenirken indirekt giderlerin içerisine eklenmiştir.

Garaj-Motorlu Araçlar-Ambulans giderleri; hastaneye acilden başvurup Genel Cerrahi Birimi'ne yatışı yapılan hasta sayısının, acilden hastaneye yatışı yapılan toplam hasta sayısına bölünerek bulunmuştur. Genel Cerrahi Birimi'ne düşen pay %7,6 olarak bulunmuştur.

Çamaşırhane giderleri yatan hasta gün sayısına göre dağıtılmıştır. Genel Cerrahi Birimi yatan hasta gün sayısı, hastane toplam yatan hasta sayısına bölünerek bulunmuştur. Genel Cerrahi Birimi'ne düşen pay %9,5 olarak bulunmuştur.

Görüntüleme giderleri başvuran hasta sayısına göre dağıtılmıştır. Genel Cerrahi Birimi'ne başvuran hasta sayısı, toplam hastaneye başvuran hasta sayısına bölünmüştür. Genel Cerrahi Birimi'ne düşen pay %4 olarak bulunmuştur.

Anestezi işçilik giderleri F.5. Cerrahi Faaliyetleri işçilik giderleri içerisinde alınmıştır.

Radyoloji giderleri direkt laboratuvar giderleri içerisinde hasta otomasyon sisteminden alınmıştır.

Genel Cerrahi Birimi muayene katılım payları 55TL 2016 Yılı SUT paket fiyatlarına dâhil edilmiştir.

Genel Cerrahi Birimi Esas Üretim Gider Yerleri, Poliklinik, Klinik, Ameliyathane olarak belirlenmiştir. Poliklinik Gider Yeri içerisinde yer alan, ancak ayrı bir faaliyet merkezi olarak değerlendirilen Hasta Kabul ve Kayıt ünitelerinin durumu ise faaliyet merkezleri oluşturma aşamasında değerlendirilecektir. Bu nedenle ikinci dağıtımın bir sonraki adımı olarak Genel Cerrahi Birimi Anabilim Dalı Başkanlığı Gider Yerinde toplanan giderler, ikinci dağıtım sonucunda oluşan toplam gider miktarı olan 2.677.943 TL içerisinde çıkarılmış, kalan gider miktarı 2.415.378 TL olarak saptanmıştır. Genel Cerrahi Birimi Anabilim Dalı Başkanlığı Gider Yerinde toplanan 262.565 TL, Esas Üretim Gider Yerlerine 2.677.943 TL içerisindeki payları oranında dağıtılarak, İkinci Dağıtım Tablosu yeniden düzenlenmiştir (Ek-6).

Yardımcı Üretim Gider Yerleri başlığı altında toplanan, Laboratuvarlar, Radyoloji, Kan Merkezi ve EKO-EKG Laboratuvarına ait giderler Hasta otomasyon sisteminden alınan veriler ile doğrudan hastalara yüklenmiştir. Örneklemimizi oluşturan her bir hasta, otomasyon sisteminden tek tek incelenerek laboratuvar giderleri çıkartılmış ve uzmanlarla yapılan

görüşmeler sonucunda her bir ameliyata ait laboratuvar giderleri oluşturulmuştur. Böylelikle Üçüncü Dağıtım yapılmasına gerek kalmamıştır. Bütün endirekt maliyetlerin esas üretim gider yerlerine (poliklinik, klinik ve ameliyathane gider yerleri) dağıtımı tamamlanmıştır.

Bu aşamadan sonra gelen hizmet maliyetlerinin hastalara yüklenmesi işlemine “Dördüncü Dağıtım“ denmektedir. Çalışma FTM yöntemi olduğu için bir sonraki aşamada faaliyetler ve faaliyet merkezlerinin belirlenmesi ve giderlerin Faaliyet Merkezlerine yüklenmesi yapılmıştır.

Çalışmalar sonucunda hazırlanan FTM tasarımında dört adet faaliyet merkezi oluşturulmasına karar verilmiş, ayrıntılı tablolar hazırlanmıştır:

- Hasta Kabul ve Taburcu İşlemleri faaliyetleri (Ek-7)
- Poliklinik Faaliyetleri (Ek-8)
- Yatan Hasta (Klinik) Faaliyetleri (Ek-9)
- Cerrahi (Ameliyat) Faaliyetleri (Ek-10, Ek-11)

Oluşturulan Faaliyet Merkezleri, İkinci Dağıtım sonucu oluşan Esas üretim Gider Yerleri ile örtüşmektedir. Yalnızca Poliklinik Gider Yeri içerisinde toplanan giderlerden uygun bir dağıtım anahtarı aracılığıyla F.1 Hasta Kabul ve Taburcu İşlemleri Faaliyetleri Merkezi için dağıtım yapılması gereksinimi doğmuştur. Faaliyet Merkezleri içerisinde yer alan faaliyetlerin işçilik süreleri toplamının oranlarına göre Poliklinik Gider Yeri endirekt giderlerinin F.1 ve F.2 arasında paylaştırılmasının uygun olacağına karar verilmiştir. F.1 Faaliyet Merkezi içerisindeki faaliyetlerin işçilik süreleri toplamı 46 dakika olarak bulunmuştur. F.2 Faaliyet Merkezi içerisinde yer alan faaliyetlerin işçilik süreleri toplamı ise 65 dakikadır (Ek-7, Ek-8). Daha sonra faaliyet havuzlarının maliyetlerinin hastalara yüklenmesi işlemine geçilmektedir.

3.4.2. Faaliyet Havuzlarının Maliyetlerinin Hastalara Yüklenmesi

İkinci Dağıtım sonucunda Genel Cerrahi Birimi Poliklinik Hizmetleri Gider Yeri giderleri toplamı 137.416 TL bulunmuştur. Daha önce açıklandığı şekilde bu gider yerinde biriken giderler F.1. Faaliyet Merkezine 56.947 TL F.2 Faaliyet Merkezine ise 80.469 TL olacak şekilde dağıtım anahtarı aracılığıyla yüklenilmiştir. Klinik (Yatan Hasta Faaliyetleri) Hizmetleri Faaliyet Merkezi giderleri 1.997.527 TL; Ameliyathane Faaliyet Merkezi giderleri 543.000 TL olarak belirlenmiştir. İkinci dağıtım sonucunda 2016 yılı Genel Cerrahi Birimi toplam giderleri 2.677.943 TL olarak saptanmıştır.

Süleyman Demirel Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2016 yılı Genel Cerrahi bölümü, 45 hasta yatağına sahip Genel Cerrahi Birimi, 16.991 hastaya poliklinik hizmeti sunmuş bunlar arasından 2.250 hastaya yataklı tedavi hizmeti verilmiştir. Yatak doluluk oranı ise %95 olarak bulunmuştur. 2016 yılı içerisinde 365 gün yatak kullanma şansı olması dikkate alındığında, 45 hasta yatağının % 95 doluluk oranı ile hizmet vermesi durumunda 15.670 hasta günü kullanım olduğu anlaşılmaktadır.

F.1 Faaliyet Merkezi, yatarak tedavi gören hastalar yanında ayakta poliklinik hizmetleri alan başvurulara da hizmet sunmaktadır. 2016 yılı içerisinde 16.991 başvuruya ayakta hizmet sunulmuş, 2.215 başvuruya ise ayakta hizmet sonrasında yatarak tedavi süreci hizmetleri de verilmiştir. Her bir ayakta tedavi başvurusu için harcanan süre 13 dk. olarak saptanmıştır. Ayaktan tedavi sonrası yatarak tedavi hizmetinden yararlanan başvurular ise 46 dk. süre ile bu birimin hizmetlerinden yararlanmışlardır. Faaliyet havuzunda 2016 yılı için toplam hizmet süresi, 16.991 ayakta başvuru için 220.883 dk.; 2.215 ayakta + yatarak hizmet başvurusu için 101.890 dk olarak saptanmıştır. Bu veriler ışığında F.1 Faaliyet Merkezi giderlerinin % 31,5 oranında ayakta + yatarak tedavi alan başvurulara ait olduğuna karar verilmiştir. İkinci dağıtım sonrası F.1 Faaliyet Merkezi gideri olarak saptanan toplam 56.947 TL'nin % 31,5'i 17.938 TL olarak bulunmuştur. Bu giderin 2.215 kişi tarafından eşit olarak paylaşıldığı

varsayılarak ayaktan + yatarak tedavi hizmetlerinden yararlanan her bir kişinin payına düşen gider 8,10 TL olarak saptanmıştır.

İkinci dağıtım sonrasında saptanan F.2 Poliklinik Faaliyetleri Merkezi toplam gideri 80.469 TL'dir. 16.991 başvuruya eşit zaman dilimi hizmet veren bu merkezin kişi başına düşen gideri 4,73 TL olarak saptanmıştır.

İstatistik biriminin hastane sisteminden aldığı verilere göre, 2016 yılı içerisinde 170 adet A grubu ameliyat, 1.191 adet B grubu ameliyat, 950 adet C grubu ameliyat, 524 adet D grubu ameliyat ve 666 adet E grubu ameliyat olmak üzere 3.501 ameliyat işlemi gerçekleştirilmiştir.

F.3 Yatan Hasta Faaliyetleri Merkezi giderleri 1.997.527 TL olarak saptanmıştır. Yatan hasta hizmetleri verilerinde 2016 yılı içerisinde yatan tüm hastaların işlem bilgilerine ait kayıtlar olmadığından puanlama yapılamamış ve hasta gününe düşen gider tutarı hesaplamalarda kullanılmıştır. 2016 yılı içerisinde 15.670 yatan hasta günü olduğu dikkate alındığında, bir hasta günü için 127,47 TL gider payı düşüğü görülmektedir.

F.4 Cerrahi (Ameliyat) Faaliyetleri Merkezi giderleri toplam 543.000 TL olarak saptanmıştır. SUT A(A1, A2, A3) grubu ameliyat katsayısı ortalama 2.650 puan olarak alınmıştır. B grubu katsayısı ortalama 699,5 puan, C grubu ameliyatlar için ortalama 399,5 puan, D grubu ameliyatlar için ortalama 224,5 puan, E grubu ameliyatlar için ortalama 74,5 puan olarak hesaplanmıştır. 3.501 cerrahi işlem belirlenen ortalama katsayılar ile çarpıldığında 2016 yılı Genel Cerrahi ameliyatları toplam katsayı puanı 1.830.383 olarak hesaplanmıştır. Araştırmamızın örneklemini oluşturan 10 ameliyatın; 42 adetini A grubu ameliyat, 502 adedini B grubu ameliyat, 265 adedini ise C grubu ameliyat oluşturmaktadır. Araştırmamızın örneklemini oluşturan ameliyatların toplam puanı 568.316'dır.

Genel Cerrahi Birimi'nde yapılan toplam 3501 ameliyat için 1.830.383 SUT puanı ve bu puana karşılık 543.000 TL gider söz konusudur. TL cinsinden 1 puanın karşılığı 0,295 TL olarak bulunmuştur. Her bir ameliyat için 2016 SUT puanı ile 0,295 TL çarpıldığında TL cinsinden F.5 gider merkezi toplam giderlerinden ilgili ameliyata düşen pay ortaya çıkacaktır. Her bir ameliyatın F.5 gider merkezinden aldığı pay Tablo 3.5'de gösterilmiştir.

Tablo 3.5. F.5 Cerrahi Faaliyet Merkezi Giderleri İçerisinde Ameliyatların Payları ve Ameliyat SUT Puanları

AMELİYAT ADI	AMELİYAT KODU	AMELİYAT PUANI	AMELİYAT GİDER PAYI (TL)
Kolesistektomi Laparoskopik	609235	699,5	206
Tiroidektomi(iki taraflı total)	618490	699,5	206
Mastektomi, Modifiye Radikal	603670	699,5	206
Rektum Tümöründe Low Anterior Rezeksiyon	610410	2.650	781
Koledoketomi Koledokoduodenostomi	609200	699,5	206
Segmental Mastektomi ile birlikte Aksiller	603752	399,5	117
Apendektomi Laparoskopik	610131	399,5	117
İnsizyonel herni onarımı	603801	399,5	117
İnguinal herni onarımı (tek taraflı ve bileteral)	603781	399,5	117
Splenektomi(total)	607980	699,5	206

3.4.3. Ameliyat Maliyetlerinin Hesaplanması

Çalışma için seçilen 10 ayrı ameliyatın maliyet hesapları ameliyat kod no ve ameliyat adları açıklanarak verilmiştir. Öncelikle direkt olarak yüklenmesi olanaklı olan ilaç, tıbbi malzeme ve laboratuvar giderleri bilgi işlem merkezi ve strateji bölümü çalışanlarından hasta otomasyon sisteminden alınmıştır ve Genel Cerrahi personeliyle her bir hasta incelenerek her bir ameliyat için giderler oluşturulmuştur. İkinci aşama olarak her bir ameliyat için faaliyetler izlenerek, her bir faaliyeti yerine getiren çalışan ve çalışma süresi, harcanan dakikaların ücreti ve işlemlerin tekrarlanma sayısı dikkate alınarak faaliyetlerin işçilik ücretleri saptanmış ve altı ayrı faaliyet havuzu içerisinde yer alan faaliyetlere ait faaliyet işçilik giderleri belirlenmiştir. Daha sonra Her bir cerrahi işlem için klinik yatış günü saptanmış ve sabit gider tutarları ile çarparak ameliyat payı bulunmuştur.

4. TARTIŞMA

SGK SUT 2016 Yılı Tebliği içerisinde üniversite hastaneleri için işlem başı yapılan ödemeler belirlenmiştir. Çalışma yapılan ameliyatlar için hastane fatura tutarlarının ortalaması alınmıştır. FTM sonucunda elde edilen tutarlarla karşılaştırmalar yapılmıştır. SUT 2016 tutarlarına bakıldığında, örnek alınan bütün ameliyatlar için FTM sonucu elde edilen tutarların daha yüksek çıktığı görülmüştür. Hastane tarafından fatura edilen tutarların ise beş ameliyatta FTM sonucu elde edilen tutarlardan daha yüksek olduğu, beş ameliyatta ise daha düşük olduğu gözükmemektedir. Fakat çalışma sonucunda elde edilen tutarların hastane fatura tutarlarıyla oldukça uyumlu olduğu görülmektedir.

Tablo 3.6. Cerrahi İşlemlerin 2016 Yılı SUT Paket Fiyatları-Çalışma Bulguları ve Hastane Fatura tutarları (TL)

AMELİYAT ADI	SGK SUT PAKET	FTM İLE YAPILAN ÇALIŞMA SONUCU ELDE EDİLEN TUTAR	HASTANE FATURA TUTARLARI (ORT)
Kolesistektomi Laparoskopik	1.094,98	1.473,12	1.310,70
Tiroidektomi(iki taraflı total)	1.271,59	1.798,12	1.382,58
Mastektomi, Modifiye Radikal	1.523,28	2.125	1.944,52
Rektum Tümöründe Low Anterior Rezeksiyon	3.965,97	4.509,71	6.649,17
Koledoketomi-Koledokoduodenostomi	534,6	3.081,2	4.068,15
Segmental Mastektomi ile birlikte Aksiller	968,22	1.469,25	1.265,64
Apendektomi Laporoskopik	802,99	1.484,95	1.004,03
İnsizyonel herni onarımı	990	1.729,16	3.179,90
İnguinal herni onarımı (tek taraflı ve bileteral)	1319,99	1.495,27	2.056,72
Splenektomi(total)	1.135	2.280,49	4.211,51

FTM sonucu elde edilen tutarların hastane tarafından fatura edilen tutarlara oldukça yakın olduğu ve 2016 SUT tutarlarının ameliyat maliyetlerinin oldukça altında kaldığı görülmektedir. En büyük fark koledoketomi-koledokoduodenostomi ameliyatında; FTM

sonucu elde edilen tutardan 2.546,6 TL, hastane fatura tutarından 3.538,55 TL düşük olduğu görülmüştür. En küçük farkın ise İnguinal herni onarımı (tek taraflı ve bileteral) ameliyatında; FTM sonucu elde edilen tutardan 175,28 TL düşük olduğu, hastane fatura tutarından 736,73 TL düşük olduğu görülmektedir. 2016 SUT tutarları ile hastane fatura tutarlarının en yakın olduğu Apendektomi Laporoskopik ameliyatında, SUT tutarlarının hastane fatura tutarlarından sadece 201,04 TL düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 3.7. Genel Cerrahi Birimi Ameliyat Sonrası Yatılan Gün Sayı, Ameliyat SUT Puanı ve Ameliyat Süreleri

AMELİYAT ADI	Yatılan Gün Sayısı(Ort.)	Ameliyat Sut Puanı	Ameliyat Süreleri (DK)
Kolesistektomi Laparoskopik	2	1.602,02	45
Tiroidektomi(iki taraflı total)	2	1.865,09	120
Mastektomi, Modifiye Radikal	4	2.250,93	120
Rektum Tümöründe Low Anterior Rezeksiyon	11	5.995,67	120
Koledoketomi- Koledokoduodenostomi	8	800,34	90
Segmental Mastektomi ile birlikte Aksiller	2	1.400	60
Apendektomi Laporoskopik	2	1.146,71	45
İnsizyonel herni onarımı	2	1.433,39	90
İnguinal herni onarımı (tek taraflı ve bileteral)	2	1939,29	45
Splenektomi(total)	4	1.821,15	45

Yatan hasta gün sayısı ve SGK SUT puanları karşılaştırıldığında, daha uzun süre hastanede yatan hastaların ameliyatların puanlarının da diğer ameliyat çeşitlerinden yüksek olması ve ameliyat maliyetlerinin fazla olması anlamlı bulunmuştur. Ameliyat süreleri birbirlerine yakın olan ameliyatların direkt ve endirekt işçilik giderlerinin yakın olması anlamlı bulunmuştur. Hastane giderlerinin önemli bir bölümünü işçilik giderlerinin ve Ameliyatların maliyetlerinin neredeyse yarısını işçilik giderlerinin oluşturduğu görülmektedir. İşçilik giderlerinin ise önemli bir kısmını dışarıdan sağlanan hizmet alımlarının oluşturduğu dikkate alınmalıdır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinin yaşamsal öneme sahip hizmetler olması, hizmet çeşitliliğinin fazla olması, çok farklı kaynaklar tüketmesi, sağlık sektöründe reform arayışlarına neden olmuştur. Ayrıca sağlık sektöründe mal ve hizmet sunumunda rekabetin artması, müşteri beklentilerinin ve gereksinimlerinin değişimi ve gelişimi, tanı, teşhis ve tedavi sürecinde teknolojiye giderek artan biçimde bağımlı hale gelmesi, toplam kalite ve sürekli iyileştirme gibi yönetimle ilgili

kavramların önem kazanması da, sağlık sektöründe reform arayışlarını zorunlu hale getirmiştir. Türkiye’de sağlık sektörüne yeterince kaynak ayrılmamaktadır; ayrıca ayrılan kaynaklar da etkin, verimli ve etkili kullanılmamaktadır (Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, 2004: 224-225)

Teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı emek yoğun işletmeler olan hastanelerde, maliyetler her geçen gün artmaktadır. Artan rekabetin de etkisiyle üretilen hizmetlerin maliyetleri önemli hale gelmiştir. Bu gelişmeler hastanelerin varlıklarını sürdürebilmeleri için maliyet sistemi kurmalarını gerekli hale getirmiştir.

Çalışmada elde edilen sonuçlardan da anlaşılacağı üzere SUT tarafından belirlenen tutarlar ile çalışmada elde edilen sonuçlar arasında önemli farklılıklar vardır. Bunun nedeni sağlık kurumlarında maliyet analizi çalışması yapan kurum sayısının az olmasıdır. Çünkü Sağlık kurumlarında, ister kamu hastaneleri ister özel hastaneler olsun, maliyet çalışmaları yapılmadan SUT paket fiyatlarının belirlenmesi, hizmet fiyatlarının olduğundan yüksek ya da düşük çıkmasına yol açmaktadır. Bu durum hastanelerin kârlılıklarının düşmesine sebep olmaktadır. Bu şartlar altında SGK tarafından yayınlanan SUT içerisinde yer alan geri ödeme ücretleri, yoğun eleştirilere devam edecektir.

Emek yoğun işletmeler arasında yer almalarından dolayı hastanelerde, en önemli maliyet unsuru personel giderleridir. Hastanelerde, ister bölüm bazlı maliyet hesaplamalarında ister poliklinik gideri yeri maliyetleri hesaplamalarında olsun, maliyetler belirlenirken ele alınacak en önemli unsur personel giderleri olmalıdır. Hastaneler giderlerini denetlemek ve maliyetlerini azaltmak için bu gider türüne yoğunlaşmalıdır.

FTM uygulaması, faaliyet bazında analiz yapılmasına olanak sağlar ve dolayısıyla daha doğru ve gerçeğe yakın maliyetler bulmamızı sağlar. Böylece maliyetleri azaltılabilir ve en düşük maliyetle en kaliteli hizmet verilebilir. Sağlık yöneticilerine finansal planlama, performans denetimi, kalite ve geliştirme çalışmalarında katkı sağlanabilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

1. FTM uygulaması hastanelerin herhangi bir bölümünde yapılabilir.
2. Maliyet yönetiminin daha etkin olabilmesi için belirlenen yöneticilere hem gelir ve giderleri hem de faaliyetleri kontrol yetkisi verilmelidir.
3. Hastanede FTM uygulamasının daha iyi yapılabilmesi için Bakım-Onarım maliyetlerinin hangi makine için ve ne kadar süreyle yapıldığını gösteren sistem oluşturulması gerekmektedir.
4. Çalışma sonucunda belirlenen maliyet sonuçlarının SUT’ndeki fiyatların düzenlenmesine yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.
5. Hastanede yapılan her türlü idari, mali, teknik ve tıbbi işlemlerin düzenli olarak kaydedilebileceği bir veri kayıt sistemi kurulmalıdır.
6. FTM uygulamasında dağıtım anahtarları belirlenirken özen gösterilmelidir, aksi takdirde maliyetler hesaplanırken büyük farklılıklar ortaya çıkacaktır.
7. Hastanelerde düzenli olarak maliyet analizleri yapılmalı ve yöneticiler karar aşamasında analizleri etkin bir biçimde kullanılmalıdır.

6. KAYNAKÇA

- Acar, D., (2005), "Küresel Rekabette Maliyet Yönetimi ve Yaklaşımları", 1. Baskı, Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Ağyar, E., (2006), "Hastane İşletmelerinin Yönetimi Açısından Çağdaş Maliyetleme Yöntemlerinden Faaliyet Tabanlı Maliyetleme ve Kalite Maliyetlemenin Değerlendirilmesi: Bir Uygulama", Yayınlanmamış Doktora Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Alkan, A. T., (2005), "Faaliyet Tabanlı Maliyet Sistemi ve Bir Uygulama", Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (13): 39-56.
- Babad, Y. M., Balachandran, B. V., (1993), "Cost Driver Optimization in Activity-Based Costing", The Accounting Review, 68(3): 563.
- Brandt, M. T., Steven P. L., James R. G., (1999), "Application of Activity-Based Cost Management A Descriptive Case Study", American Society of Safety Engineers, January, : 23-27).
- Bekci, İ., Negiz, N., "Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yönteminin İnşaat Taahhüt İşletmelerinde Uygulanması", Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, (2): 119-136.
- Brimson, J. A, 1991, "Activity Accounting: An Activity Based Costing Approach", John Wiley & Sons, USA, :7.
- Cooper, R., Kaplan, R. S., (1988a), "How Cost Accounting Distorts Product Cost", Management Accounting, 69(10): 20-27).
- Cooper, R., Kaplan, R. S., (1991), "Profit Priorities from Activity-Based Costing", Harvard Business Review, May-June, : 130-135.
- Demirel Utku, B., (2009), "Çağdaş Sorumluluk Muhasebesi", 1. Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık.
- Elmacı, O., (2015), "Maliyet Muhasebesi", 5. Baskı, Ankara: Gazi Kitabevi.
- Erden, S. A., (1999), "İleri Üretim Ortamlarında Maliyetleme", İzmit, Tuğra Ofset Matbaası.
- Erdoğan, N., (1995), "Faaliyete Dayalı Maliyetleme", Eskişehir: Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. Yayınları.
- Erkol, Ü., (2010), "Hastanelerde Maliyet Analizi ve Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemine Dayalı Bir Uygulama", Tezsiz Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı.
- Esmeray, A., (2006), "Hastanelerde Maliyetleme ve Faaliyete Dayalı Maliyetlemeye İlişkin Bir Uygulama", Yayınlanmamış Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Fu, A. (2000), "Theory of Constraints and Activity-Based Costing", Business Review, 2(2): 66-74.

Gunasekaran, A., (1999), "A Framework for the Design and Audit of an Activity-Based Costing System", *Managerial Auditing Journal*, 14 (3): 118-126.

Gürsoy, C. T., (2009), "Yönetim ve Maliyet Muhasebesi", 2. Baskı, İstanbul: Beta Yayın Dağıtım.

Hacırüstemoğlu, R., Şakrak, M., (2002), "Maliyet Muhasebesinde Güncel Yaklaşımlar", İstanbul: Türkmen kitabevi.

Haftacı, V., (2011). "Maliyet Muhasebesi", 8. Baskı, Kocaeli: Umuttepe Yayınları.

Karakaya, M., (2007), "Maliyet Muhasebesi", 3. Baskı, Ankara: Gazi Kitabevi.

Karataş, Ö. M., Bekci, İ., Ömürbek, V., (2014), "Bulanık Faaliyet Tabanlı Maliyetleme ve Bir Uygulama", *Muhasebe Bilim Dünyası Dergisi*, 16(1): 63-88.

Koçyiğit, K. S., (2006), "Faaliyete Dayalı Maliyet Yöntemi ve Hastane Uygulaması", Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Küçüksavaş, N., Demircioğlu, M., Ünal, N. E., (2006), "Optimal Ürün Karması Belirlemede Faaliyete Dayalı Maliyet Sistemi Ve Kısıtlar Teorisi", *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15(2): 327-244.

Okutmuş, E., Kuar, İ., Kahveci, A., (2014), "Çağdaş Maliyetleme Yöntemlerinin Ortaya Çıkışına İlişkin Nitel Bir Araştırma", *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (14)3: 51-77.

Öker, F., (2003), "Faaliyet Tabanlı Maliyetleme: Üretim ve Hizmet İşletmelerinde Uygulamalar", İstanbul: Literatür Yayınları:109.

Özdiken, R., (2016), "Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Sistemi ve Gıda İşletmeciliğinde Bir Uygulama", Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümü Muhasebe ve Denetim Anabilim Dalı.

Romano, P. L., (1989), "Activity Accounting an Update-Part 2", *Management Accounting*, June, 70(12): 63.

Roybal, H., Baxendale, J. S., Gupta, M., (1999), "Using Activity-Based Costing and Theory of Constraints to Guide Continuous Improvement in Managed Care", *Managed Care Quarterly*, Winter, 7(1): 1-10.

Saban, M., Erdoğan, N., (2014), "Maliyet ve Yönetim Muhasebesi", 6. Baskı, İstanbul: Beta Basın Yayın Dağıtım A.Ş.

Turney, P. B. B., Stratton, A. J., (1992), "Using ABC To Support Continuous Improvement", *Management Accounting*, September, 74(3): 46-50.

Unutkan, Ö., (2010), "Faaliyet Tabanlı Maliyet Sistemi Ve Bir Uygulama", *Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu*, (97): 87-106.

Ünal, E. N., (2006), "Optimal Ürün Karması Belirlemede Faaliyete Dayalı Maliyet Sistemi Ve Kısıtlar Teorisi Uygulaması", Yayımlanmamış Doktora Tezi, Adana, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı.

Walker, M., (1999), "Attribute Based Costing for Decision Making", Management Accounting, 77(6): 18-22.

DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

HASTANELERDE KURUM İÇİ İLETİŞİM

INTERNAL COMMUNICATION IN HOSPITALS

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Süheyl POZANTI¹

ÖZET

Hastaneler iletişim süreçlerinin farklı biçimlerde yürütüldüğü karmaşık organizasyonlar olarak tanımlanır. Çalışanların kendi aralarındaki kurum içi iletişimin sağlıklı yürütmesi öncelikli bir zorunluluktur. Bu süreç doğru işlediği takdirde çalışanlar ile hastalar ve yakınları arasındaki iletişim de istenilen düzeyde olabilecektir. Sonuçta hastanenin ana görevi olan hastaların teşhis ve tedavi güvenliği için çok önemli bir adım atılacaktır. Bu çalışma ile hastanelerde kurum içi iletişim süreçlerinin tüm boyutları ile incelenmesi amaçlanmıştır. Hastane çalışanlarının tıbbi, idari, mali ve teknik görevliler gibi çok farklı özellikler taşıdığı göz önüne alındığında aralarındaki iletişimin sorunsuz yürütmesinin önemi daha iyi anlaşılacaktır. Çalışma Türkçe ve İngilizce makaleler, araştırmalar, kitaplar ve akademik çalışmaların incelenmesi yanı sıra, yazarın çalışma yaşamındaki gözlem ve deneyimlerinin bileşimi ile hazırlanmıştır. İletişim süreçlerinin yürütümünde karşılaşılan engeller ve çözüm önerileri de kurumsal örnekler ile desteklenmiştir. Literatür incelemesi ve örneklerin tartışılması ile ulaşılan sonuçlar doğrultusunda hastanelerde kurum içi iletişimin iyileştirilmesi için öneriler sıralanmıştır.

Anahtar kelimeler: Kurum İçi İletişim, Hastane İletişimi, İletişim Engelleri

ABSTRACT

Hospitals are defined as complicated organizations in which communication processes are carried out in different ways. It is a primary obligation to ensure healthy internal communication between workers. If this process functions correctly, communication between workers and patients and their relatives will also be at the desired level. As a result, a very significant step will be taken for the diagnosis and treatment safety of patients, which are the main duties of the hospital. In this study, it is aimed to examine the internal communication processes in hospitals with all their dimensions. Considering the fact that hospital workers have many different characteristics such as medical, administrative, financial and technical staff, the importance of smooth communication between them will be understood better. The study was prepared by the combination of the author's observations and experiences in the work life, in addition to the examination of Turkish and English articles, research, books, and academic studies. Obstacles encountered during the implementation of communication processes and solution proposals were supported by institutional examples. In accordance with the results of the literature review and the discussion of the examples, recommendations for improving internal communication in hospitals were listed.

Keywords: Internal Communication, Hospital Communication, Communication Obstacles

¹ Beykent Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü suheylpozanti@beykent.edu.tr

1. GİRİŞ

Bu çalışmada hastane özelinde kurum içi iletişim süreçleri incelenmiştir. Öncelikle hastane çalışanları arasındaki iletişim süreçlerinin nasıl yürütüldüğü tanımlanmış, daha sonra bu süreçlerde yaşanan iletişim engellerinden ve sonuçta bu engellere karşı önerilen veya uygulanan çözümlerden söz edilmiştir. Hastanede tüm çalışmalar son aşamada hasta odaklı veya amaçlı olmakla birlikte, bölümler ve bireyler arası etkin iletişim ile bu amacın başarılı olması için gereken alt yapı sağlanmalıdır.

2. KURUM İÇİ İLETİŞİM

Çağımızda iletişim kuşkuya yer bırakmayacak biçimde sosyal ve iş yaşamımızda en önemli araç olmuştur (Kwateng vd., 2014). Mershamman Skinner'e göre iletişim organizasyonların bütün süreçlerinde çok kritik bir rol oynar (Kwateng vd., 2014). Karar verme, planlama, örgütlenme, yöneltme ve kontrol içeren yönetim fonksiyonlarının işlerliği etkin bir iletişime bağlıdır (Tengilimoğlu vd.,2015). Kurumsal süreçlerin yanı sıra, iletişim aynı zamanda çalışanların günlük yaşamlarında da zorunlu bir faaliyettir. Bireyler bir organizasyonda yer aldıklarında ortak bir amaca ulaşmak için birbirleri ile iletişim kurmak zorundadırlar. Bireyler arasındaki iletişim her organizasyondaki ana süreçtir (Baskin 1980). EASHW 2010 ve Watson Wyatt 2006 araştırmalarına göre iletişimin düzeyi organizasyonlar için güçlü bir motivasyon kaynağıdır (Hola 2012). Her düzeydeki yöneticiler organizasyon iç paydaşları olan çalışanlar ile etkin iletişim kurma ihtiyacındadır (Longest vd., 2008). Garnett ve arkadaşlarına göre de etkin bir kurum içi iletişim olumlu kurumsal sonuçlara öncülük yapmaktadır (Garnett vd., 2008). Kurumsal iletişim kültürünün gelişimi iç iletişim ile kişiler arası iletişimin stratejik kullanımına bağlıdır (Parsons 2001).

3. HASTANE İÇİ İLETİŞİM

Hastanelerde iç iletişim denildiğinde kurum içinde görev yapan birey ve grupların aralarındaki iletişim tanımlanmaktadır. Diğer bir deyişle, iç iletişim hastane iç paydaşları için yürütülen bir süreçtir (Joson 2012). Sağlık kurumları emek yoğun işletmeler olduğu için sağlık personelinin birbirleriyle ve hastalarıyla iletişimi güçlü olmak zorundadır (Yardan vd., 2015). Verimsiz iletişim hastanelere önemli ekonomik yük getirmektedir (Agarwal vd., 2010). ABD'de yapılan bir çalışmada sağlık çalışanları arasındaki yetersiz iletişimin hastanelere yıllık 12.4 milyar dolara mal olduğu, bunun da hastane başına ortalama 4 milyon dolar olduğu belirlenmiştir (Agarwal vd., 2010). Sağlık çalışanları arasındaki iletişim iş ilişkisinin kalitesine, iş tatminine ve derin biçimde hasta güvenliğine etki etmektedir (Ihc 2011). Bir hastanede iç iletişimin önemi çeşitli nedenlerle doğrulanmış ve kurum için yararlı bir süreç olan iletişim stratejilerinin uygulanmasını kolaylaştırdığı gösterilmiştir (Smith 2005). İç iletişimin hastane için çok çeşitli etkisi bulunmaktadır ve hastaneye klinik gereksinimleri, beklentileri ve hastaların bireysel gereksinimlerini daha iyi anlama olanağı verir (Halley 2007). İç iletişim aynı zamanda tıbbi hataları da önlemektedir (Euster 2003). Department of Defense and Agency for Healthcare Research and Quality isimli kuruluş tarafından 1995-2005 yılları arasında ABD'de yapılan bir araştırmanın gösterdiğine göre, tıbbi hataların yaklaşık %66'sının temel nedeni yetersiz ekip iletişimidir (Ihc 2011). Hastanelere ne tür hastanın, ne zaman geleceği bilinemez, bu nedenle hizmete özel organize olmak mümkün değildir. Her hasta için ayrı bir iletişim kanalı faaliyete geçer, organize olunur. Hastane özelinde incelendiğinde, dört gün süreli bir hastane yatışında bir hastanın 50 farklı hastane çalışanı ile karşılaştığı ve iletişim içinde olduğu saptanmıştır (O'daniel vd., 2008). Hastaların sadece bir yatışta onlarca doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanı tarafından değerlendirilme ve tedavi edilmeleri hiç de seyrek değildir (Collins 2017). Doğaldır ki hastalar bir sağlık kurumunun vazgeçilmez varlık nedenleridir ve bu nedenle öncelikle ele alınmalıdırlar. Hastanenin ana işlevinin hastaların teşhis ve tedavilerinin en etkin biçimde yapılması olduğu gerçeği göz önüne alındığında bu iş ancak kurum çalışanlarının

uyum ve başarısı ile gerçekleştirilebilir. Harvard tıp fakültesi bünyesindeki risk yönetim vakfı tarafından hazırlanan bir rapora göre, son beş yılda malpraktis davaları en az %30 oranında iletişim sorunları nedeni ile açılmıştır ve 1744 ölüm ile 1.7 milyar dolar tazminat talebini kapsamaktadır (CRICO Strategies 2015). Benzer bir örnek olarak, JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) tarafından 2004 ile 2015 yılları arasında toplanan tekil olaylara ait bilgiler, iletişim hatalarının düzenli olarak önde gelen üç neden arasında olduğunu göstermiştir (Marcus 2016).

3.1. Hastane Çalışanlarının Yapısı

Hastane çalışanları sağlık çalışanları ve sağlık dışı çalışanlar olarak iki ana kategoriye ayrılır. Bir farklı bölüm de gerek maaşlı gerekse maaş almayan doktorlardır. Maaş almayan doktorlar tanımı ile hastane dışında serbest çalışan veya başka kurumda görev yapan, ancak hasta tedavisi için hastaneyi kullanan doktorlar kastedilmektedir. Bu doktorlar geçici süre ile görev yapsalar da hastanenin çalışma ve iletişim süreçlerine katılmış olmaktadır. Böylece üç ana yapıdan oluşan iç paydaşlar tanımlanmaktadır. Doktorlar dışındaki sağlık çalışanları arasında hemşire, eczacı, diyetisyen, anestezi, radyoloji ve laboratuvar teknikerleri, fizyoterapist, ebe, ATT (acil tıp teknikeri) ve diğerleri sayılırken; sağlık dışı çalışanlar olarak da insan kaynakları, iletişim, muhasebe, anlaşmalı kurumlar, halkla ilişkiler, bilgi işlem, kayıt-kabul, satın alma, depo, kat hizmetleri, teknik, güvenlik ve diğerleri sıralanmaktadır. Böyle çok boyutlu bir çalışan yapısında, işlerin etkin ve verimli yürütülmesi için işbirliği ve takım çalışması bir zorunluluk olarak ortaya çıkmaktadır.

4. HASTANE ÇALIŞANLARI ARASINDA İLETİŞİM SÜREÇLERİ

Kurumlar iletişim gereksinimlerini karşılamak amacıyla formal (resmi / biçimsel) ve informal (resmi olmayan) olarak tanımlanan iletişim süreçlerini kullanmaktadırlar (Coiera 2006). Çalışmamızda öncelikle formal iletişim süreçleri incelenecektir. Çalışanlar arası formal iletişim Yukarıdan aşağı, Aşağıdan yukarı, Yatay ve Çapraz olarak tanımlanmıştır (Longest vd., 2008).

4.1. Formal (Biçimsel –Resmi) İletişim

4.1.1. Yukarıdan Aşağı İletişim: Geleneksel olarak üst-ast arasındaki iletişim bu tanım ile adlandırılır ve organizasyonların baskın karakterli bir özelliğidir (Luthans 1992). Ana özellik olarak hastane ve sağlık kurumlarında her kademe yöneticilerden astlarına mesajların iletilmesidir (Longest vd.,2008). Hastane içi iletişimi en yukarıdan başlayarak incelediğimizde hastane yöneticisi ve başhekim ile yönetim kurulu arasındaki iletişim en tepedeki süreçtir. Organizasyonun alt kademelerine doğru ilerlediğimizde daima bir ast ve bu ast kişinin bir amiri yani üstü olduğu görülecektir. Bu durumun kurum içinde doğal olarak iki özel durumu vardır ki en üst makamdakinin üstü, en alttaki kişinin de astı olmayacaktır.

4.1.1.1. Yukarıdan Aşağı İletişim Süreçleri: Bu süreçler olarak emirler, talimatlar, genelgeler, işlerin yapılma biçimi, hastanede kurumsal gelişmelerin, planların ve hedeflerin duyurulması gibi tüm çalışanları veya sadece ilgili bölüm çalışanlarını ilgilendiren mesajlar tanımlanmaktadır (Longest vd.,2008). Ayrıca çalışanların performanslarının değerlendirilmesi ve iş tanımları da bu kapsamda değerlendirilir.

4.1.1.2. Yukarıdan Aşağı İletişim Kanalları: Sözü edilen mesajlar birçok farklı kanal ile iletilmektedir. Günümüzde kurum içi iletişimin en önemli kanalı intranettir. Yazılı biçimdeki emir, talimat ve benzeri duyurulara gereksinim geçmiş yıllara oranla görece azalmıştır. Intranet dışında e-posta, sms ve benzeri mesaj yazılımları da sık kullanılan diğer çağdaş iletişim kanallarıdır. Mesaj gönderen ve alan sayısı ne denli az olursa mesajın içeriği de daralmakta ve birçok durumda sadece bireysel düzeye kadar inmektedir. Sözlü mesaj bireysel

iletişimde tüm teknolojik gelişmelere karşın en sık kullanılan kanaldır. Bu bağlamda, servis hemşiresinin kat görevlisine, hasta hizmetleri sorumlusunun kayıt-kabul görevlisine, bilgi işlem müdürünün yazılım ve donanım elemanlarına, sorumlu radyoloji teknikerinin diğer teknikerlere sözlü iletişimi sayılabilir. Sözlü ve elektronik yöntemler dışında, toplantılar, duyuru panoları, afişler, el kitapları gibi kanallar ise daha ziyade çoğul amaçlı iletişim için kullanılmaktadır. Toplantılar hastanede hemen her kademedede geniş ve dar kapsamlı olarak yapılmaktadır. Bazı durumlarda sadece bölüm sorumluları ve diğer yöneticiler ile yapılan toplantılar sonucunda verilmek istenen mesajlar bu katılımcılar tarafından daha alt kademelere iletilmektedir. Toplantı yönteminin bir avantajı, hem verilmek istenen mesajlar astlara iletilmekte hem de katılımcılardan yani astlardan gelen soru ve görüş alma yöntemi ile aksi yönde de bir iletişim olanağı da sağlanmış olmaktadır.

4.1.2. Aşağıdan Yukarıya İletişim: Aşağıdan Yukarıya İletişim kısaca bir astın üstüne veya yöneticiye bir mesaj iletmesi anlamına gelir. Çalışanların ilgi ve endişelerini yönetime iletme olanağı verir (Kwateng vd.,2014). Bu süreç aynı zamanda üstlere ve yöneticilere karar verme için bilgi sağlar, sorunlu durumları gösterir, performans değerlendirme için bilgi üretir, moral durumları gösterir ve genel olarak astların ne düşündükleri hakkında bilgi verir (Longest vd., 2008). Çalışanların moral beklentilerini tatmine de yardım eder (Longest vd., 2008). Bununla birlikte, uygulamada yukarıdan aşağı sistem, aşağıdan yukarı sistemi neredeyse tümüyle baskılamaktadır (Luthans 1992).

4.1.2.1. Aşağıdan Yukarıya İletişim Kanalları: Kullanılan kanallar açısından yukarıdan aşağı iletişim ile temelde belirgin fark olmamakla birlikte, kullanım sıklıkları açısından fark görülmektedir. İletişimin toplu mesajlaşma ile değil, çok büyük çoğunlukla bireysel düzeyde gerçekleşmesi en önemli farktır. Intranet ve diğer elektronik yöntemler ile iletilen mesajlar daha resmi yani formal olmakla birlikte, günlük yaşamda sözlü iletişim yöntemi de çok yaygın kullanılmaktadır. Çalışanların öneri, dilek ve şikayetlerini iletebilmeleri için günümüzde Intranet yani hastanenin iç bilgisayar ağ sistemi en yoğun kullanılan kanaldır. Teknolojik gelişmeler sonucu e-posta, sms ve benzeri mesaj yazılımları da artarak kullanılmaktadır. Hola'ya göre, Intranet sadece elektronik bir yapı olmaktan çıkartılıp, bir iletişim portalına dönüştürülmelidir (Hola 2012).

4.1.2.2. Aşağıdan Yukarıya İletişim Süreçleri: Hiyerarşik zincire uyumlu olarak öneriler, dilekler, raporlar ve sözlü mesajlar aşağıdan yukarıya iletişimde ana süreçlerdir. Bunların dışında, açık kapı politikaları, ilk amiri geçerek yapılan şikayetler, anket uygulamaları, ayrılış görüşmeleri, katılımcı yöntemler ve toplantılar da aşağıdan yukarıya yönde diğer iletişim süreçleridir (Longest vd., 2008). Aşağıdan yukarıya iletişim süreci, kurumların dolayısı ile hastanelerin iç dinamiklerinin sürdürülmesi çalışanların verimliliği ve iş doyumları açısından çok önemlidir. Hastanede işlerin her hasta için farklı yürüdüğü veya farklılık gösterdiği göz önüne alındığında işi bizzat yapan çalışanın önerilerini üstlerine iletebilmesinin önemi daha iyi anlaşılır. Bu öneriler ile yapılması gereken değişiklikler veya alınması gereken önlemler doğru zamanda ve biçimde uygulanabilir. Örneğin bir servis hemşiresinin vardiya değişim süreçleri, ameliyathane çalışanlarının ameliyat sıralamaları, kayıt kabulde çalışan bir elemanın hasta kaydı sorgulamasında farklı bir yöntem önerisi, radyoloji teknikerinin hasta hazırlığı süreci, güvenlik elemanının ziyaretçilerin aranma kuralları, muhasebe çalışanın fatura takibi ile ilgili düşüncesi ve benzer birçok öneriler sayılabilir. Önemli olan çalışanlara bu iletişim olanağının hem verilmesi hem de verilen bu olanağın üstler tarafından değerlendirilmesidir. Astlar soru sorma veya kurallar ve kurumsal gelişmeler hakkında endişelerini iletmede kendilerini yetkilendirilmiş hissetmeli ve bu hareketlerinden dolayı cezalandırılma korkusu taşımamalıdır (Garman et al. 2006). Hastane intranet sistemine basit geri bildirim formları konulabilir. Çalışanların bu yöntem ile görüşlerini iletmeleri teşvik edilebilir hatta bir ödül sistemi de eklenebilir (Heinl 2003). İşle ilgili öneriler dışında her çalışanın üstlerine ileteceği

bireysel istekleri de olabilecektir. Günlük izinler, nöbet değişimleri ve her iş özetindeki farklı istemler bu kapsamdadır. Üst yöneticilerin günlük çalışma sürelerinin %80'i gelen bilgileri değerlendirme, yeni fikirleri anlama ve toplantılarda karar vermek amacıyla dinlemekle geçmektedir (Ferrari 2013). Guttman'a göre hastanelerde iç iletişim için kurulacak bağımsız bir bölüm çalışanlar arası motivasyon eksikliği, işyerine güvensizlik ve bölümler arası görüş ayrılıkları gibi sorunları etik değerleri özenle gözeterek çözmeye çalışmalıdır (Guttman 2003). Bir diğer süreç de ilk amirin geçilerek dilek ve şikayetlerin iletilmesidir. Yasal ve sözlü olarak çalışanlara bu hak verilmekle birlikte, uygulamada bu süreç zor yürümektedir. Sorunun iletildiği üst konumdaki amirin dengeli ve adil yaklaşımı bu süreçte yaşanabilecek engeli kaldıracak veya en aza indirecektir. Yönetici bilmelidir ki, ekip üyeleri tarafından her gün devamlı izlenmekte ve yapılanlar hakkında sessizce hüküm verilmektedir (Garman vd., 2006). Çok benzeyen bir baka aşağıdan yukarıya iletişim süreci de Açık Kapı Politikası olarak adlandırılan yaklaşımdır. Çalışanların yönetim kademelerine sorunlarını doğrudan iletebilmeleri olarak tanımlanabilir. Birçok yönetici göreve başladıklarında veya çalışanlar ile yaptıkları toplantılarda, kendilerine rahatlıkla ulaşılabileceğini ifade etmektedirler. Uygulamada ise önemli zorluklar ile karşılaşmakta birçok kez görüşülmek istenen yöneticiye ulaşmak mümkün olmamaktadır. Örneğin, hastanenin hasta kayıt bölümünde dört yıl gibi bu pozisyon için uzun sayılacak bir süre ile görev yapan bir eleman kendisine hakkaniyetle davranılmadığını düşünmekte, kendisinden çok daha kıdemsiz arkadaşlarına daha ön planda görevler verilmesini kabul edememektedir. Sorununu ilettiği bölüm yöneticisinden tatmin edici yanıt alamadığı için, yaşadığı mutsuzluğu bölüm yöneticisinin bağlı olduğu genel müdür yardımcısına iletmek ister. Bu aşamada sorununu iletme ve çözebilme umudu taşımaktadır. Üst yöneticiye ulaşma çabası sonuçsuz kaldığında ise mutsuzluğu artık umutsuzluğa dönüşecektir. Çalışan kurum ile deyim yerinde ise gönül bağlarını koparmış olacaktır. Sonuçta hem verimsiz bir eleman olacak, hem de olumsuz yönde etkileyeceği başka elemanlar olacaktır. Yukarıdaki gibi örnekler günlük hastane yaşamında sıklıkla çıkmaktadır. Aksi uygulamada yani çalışanın üst yöneticiye her girişiminde ulaşabilmesi de birçok başka yönetsel sorunu oluşturabilecektir. Çözüm ise çalışanların üstlerine gerektiği zaman ancak kurum kültürü ile belirlenmiş ve sınırlanmış ölçülerde ulaşabilmeleri gibi görünmektedir. Böylece iletişim kanalındaki engel büyük ölçüde kalkmış olacaktır. Kuşkusuz, sorun sadece ulaşmak ile sınırlı değildir. Önemli olan iletilen sorunun ciddiye alınarak yanıtlanması ve gerektiğinde eyleme geçilmesidir. Coonan'a göre de "çalışan devir hızının yüksekliğinden endişe duyan yönetim iletişim konularına dikkat yöneltmelidir" (Coonan 2011). Hastane içinde her düzeydeki toplantılar daha önce de söz edildiği gibi genel olarak yukarıdan aşağı iletişim süreci olarak algılanmakla birlikte her toplantı aynı zamanda bir aşağıdan yukarı yönde iletişim sürecini de içermektedir. Üstlerin düzenlediği toplantılarda açıklanan fikirler, görüşler ve öneriler bu duruma örnektir. Önemli olan astların bu tür katkılarının ciddiye alınması ve sonrasında da uygulandığının gösterilmesidir. Örneğin, sorumlu hemşirenin, kat ve diğer temizlik görevlileri ile yaptığı bir toplantıda o kişilere ilettiği bazı talimatlar, yeni uygulamalar ve kuralların anlatılmasından sonra toplantının yukarıdan aşağı bölümü bitmiş, katılımcılara söz verilmesi ile aksi yönde süreç başlamıştır. Bu süreçte katılımcıların görüşlerinin adeta dinlenmemesi, hatta biraz da gülümsenerek karşılanması bir daha bu yolla iletişim sağlama şansını ortadan kaldıracaktır. Aksi yönde, yani teşvik edici bir yaklaşım ise olayları bizzat yaşayan kişilerin çok değerli katkılarının giderek daha da çoğalmasının önünü açacaktır. Bir diğer aşağıdan yukarıya iletişim yöntemi de anket uygulamalarıdır. Çalışanların seslerini ulaştırması nedeniyle günümüzde anket uygulamalarına ciddi derecede önem vermeye başlanmıştır (Kwateng vd., 2014). Hastane çalışanları arasında düzenli ve zorunlu olarak yapılan Çalışan Memnuniyet anketlerinin dışında da birçok konuda anket yapılabilir. Anket uygulaması çok az masraflı, buna karşın çok etkili bir iletişim yöntemidir. Önemli olan anket çalışması sonucunda elde edilen bilgilerin, isteklerin ve dileklerin ciddiye alınması,

olanaklar ölçüsünde uygulanması ve nihayetinde de sonuçların çalışanlar ile paylaşılmasıdır. Örneğin, çalışanların ödül ve disiplin uygulamalarındaki değişimler, döner sermaye uygulamaları, servis ulaşımı, kreş, yemekler, hastane mesai saatleri, vardiya süreleri, muayene ve tedavilerde çalışan ve yakınlarına uygulanan indirim oranları ve benzeri konularda görüşleri alınabilir. Anket sonuçlarının hayata geçirilmesi durumunda yapılan işlem sadece anket konusu ile sınırlı kalmayacak aynı zamanda çalışanlar kendi görüşlerine değer verilmesi sonucu moral açıdan da olumlu etkileneceklerdir. Tam tersine özellikle çalışan memnuniyeti gibi hassas konulardaki anketlerin, olumsuz yanıt verenlerin kimliklerinin tespiti gibi yaklaşımlar ile ele alınması konuyu bir iletişim kanalı olmaktan tamamen uzaklaştıracaktır. Kurum içi bir feedback sistemi kurulması da bir başka iletişim kanalıdır. Feedback sistemine örnekler olarak öneri kutuları uygulaması ve intranet ortamında tartışma olanağı verilmesi gösterilebilir (Hola 2012). Aşağıdan yukarıya iletişim süreçlerine bir diğer örnek de Ayrılış Görüşmeleridir. Türkiye’de çok yaygın olmayan ancak batıda sık ve rutin kullanılan bir uygulamadır. Kurumdan özellikle kendi isteğiyle ve olumlu izlenimlerle ayrılan kişiler ile yönetici ve insan kaynakları yetkilisinin genellikle birlikte yaptığı görüşmedir. Böyle bir görüşmede özellikle hastane gibi 24 saat hizmet verilen bir kurumda dikkat edilmeyen, fark edilmeyen, iletilmeyen, bilinmeyen hatta gizlenen birçok konu hakkında bilgi sahibi olunabilir. Bu görüşmede doğal olarak kişisel hırslar, yargılar, mutsuzluklar gibi nedenlerle yanlış veya yanlı bilgiler de verilebilecektir. Yönetime düşen görev bu yanlışları ayıklayıp, yararlı olabilecek olanları kullanmaktır. Bu uygulama ile acil, yatan hasta katları, yoğun bakımlar, ameliyathane, satın alma, depo, muhasebe, kayıt kabul, kafeterya, kat hizmetleri, güvenlik ve daha birçok yer ile ilgili farklı bilgilere ulaşmak mümkün olacaktır. Bir araştırmacının deyişi ile “ayrılış görüşmeleri bilginin altın madenidir” (Buhler, 2011). Yeter ki kişiler iyi duygular ile ayrılmakta olsunlar. Maalesef (ülkemizde) işten ayrılmalar çoğunlukla istemsiz ve mutsuz biçimde olduğundan bu iletişim sürecinin yeterli düzeyde değerlendirildiği söylenemez. Hiyerarşik farklılıkların olduğu durumlarda, hiyerarşik sistemin alt bölümündeki kişiler sorunlar veya sıkıntılar hakkında konuşmakta rahat olmayacaklardır (O’daniel 2008). Yapılan bir araştırmada hastane çalışanları yukarıdan aşağı iletişimin etkin bir süreç olduğunu buna karşın aşağıdan yukarıya iletişimin farklı kademedeki yöneticilerle iletişim içinde olmalarına rağmen o denli etkin olmadığını düşündüklerini açıklamışlardır (Kwateng vd., 2014). Aynı araştırmaya göre çalışanlar yazılı duyurular ile toplantıların en etkin iletişim yolu olduğunu düşünmektedirler (Kwateng vd., 2014). Sutcliff ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptıkları araştırmanın sonuçları, tıbbi süreçlerdeki iletişim sorunlarının dikey hiyerarşik farklılıklar, yukarı yönlü etkiden kaynaklanan endişeler, rol çatışmaları ve karşılıklı anlam belirsizliği ile bireysel güç ve çekişmelerden kaynaklandığını göstermektedir (O’daniel 2008). Hola tarafından 2011 yılında yapılan başka bir araştırmaya göre de hastane çalışanlarının %85 oranındaki büyük çoğunluğu bilgilerin güncellenmesi, çalışma gruplarında düzenli iletişim ve çalışanlara açıklamalar yapılması gibi yöntemlerin uygulandığı iç iletişim süreçlerinin davranışlarını ve performanslarını olumlu etkilediğini belirtmişlerdir. Aynı araştırmada, çalışanlar hastane yönetimi ile iletişimlerinin de çok önemli olduğunu ifade etmişlerdir (Hola 2012). Çalışanların iletişim sorunlarını iletebilecekleri, bireysel ve çevresel engellerin giderilebileceği bir bölüm olmalıdır. Bu bölümün doğrudan üst yönetime bağlı çalışması önerilmektedir (Aguerrebere 2015). Bu görüşle bağlantılı olarak stratejik ve işlevsel anlamda bağımsız bir İletişim departmanı kurulmalıdır. Bölümün yöneticileri, hastane üst yönetimi ile çalışanlar arasında bir köprü görevi yapacaklardır (Aguerrebere 2015). Aynı zamanda iç iletişimin düzenli yürütülmesi ile kurumsal düzeyde iç diyaloglar ve takım çalışması artacak, bu yolla kurumsal performans da yükselecektir (Aguerrebere 2015). Başka bir görüş de, bağımsız bir iletişim bölümü kurulması yerine tüm hastane için tercihan üst yönetimden bir kişinin iletişim sorumlusu olarak tayin edilmesidir. Ancak bu kişinin gereken yetki ve teknik olanaklar ile donatılması gerekir (Hola 2012).

4.1.3. Yatay İletişim: Yatay iletişim aynı yetki düzeyindeki kişilerin organizasyon içinde kurdukları iletişim (Kwateng vd.,2014), veya aynı pozisyonlar ve kademeler arasındaki iletişim (Tengilimoğlu vd.,2015) olarak tanımlanmaktadır. Hastaneler yatay iletişim sürecinin çok yoğun yaşandığı yerlerden biridir (Kwateng vd., 2014). Kullanılan iletişim kanalları dikey süreçler ile benzerdir. Hastanelerin temel işlevi olan hastaların teşhis, tedavi ve diğer gereksinimlerinin çözümünü konu ile ilgili aynı veya farklı bölümlerden kişiler birlikte yürütmektedirler. Bu durumu en güzel “her hasta bir projedir” tanımı açıklamaktadır. Hasta için bir zorunluluk olan yatay iletişim, aynı zamanda çalışanların kendi aralarındaki diğer konular için de geçerlidir. Örneğin, ameliyathane, yoğun bakım, servisler, kayıt-kabul, muhasebe, kat hizmetleri ve diğer tüm birimler birbirleri ile yatay iletişimi sorunsuz veya en az sorunlu biçimde kurmak zorundadırlar. Ancak bu sağlandıktan sonradır ki, hasta odaklı yatay iletişim sorunsuz işleyebilir. Maalesef, birçok sağlık kurumu çalışanı düşük beklentiler taşımakta ve takım çalışması yaklaşımından uzak bir iletişim ile görev yapmaktadırlar. Bu kültürün sonucu olarak yetersiz ve hatalı bilgi paylaşımı potansiyel uyarıların göz ardı edilmesine veya yanlış anlaşılmasına neden olmaktadır (Chassin vd., 2002). Rosenstein ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmaya göre, hastane çalışanları arasındaki yıkıcı ve rahatsız edici nitelikteki davranışlar sonucunda önlenemez yan etkiler, çeşitli düzeyde hatalar, kalite sorunları ve nihayetinde hasta ölümleri yaşanmaktadır. Çözüm önerileri arasında iletişim süreçlerinde iyileştirme öncelikle önerilmektedir (Rosenstein et al. 2008). Gittel ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gösterildiği gibi, sistem yaklaşımı ile ekip iletişiminin kolaylaştırılması sonucunda kalite düzeyi anlamlı biçimde yükselmektedir (Gittel vd., 2000). Hastane çalışanları arasında yatay iletişim iki farklı biçimde yürümektedir. Çalışanlar günlük işleri için, gerek kendi bölümlerinde ve gerekse farklı bölümlerdeki başka çalışanlar ile iletişim içindedirler. Örneğin, serviste nöbeti sona eren hemşirenin, nöbeti devredeceği meslektaşı ile iletişimi bir yatay iletişimdir. Burada ast üst ilişkisi yoktur. İşlerin nasıl yürüyeceği, hastaların tedavi planları, servisin genel durumu ile benzeri konular hakkında bilgi paylaşımını içeren bir iletişim süreci söz konusudur. Güvenlik görevlisinin bir sonraki nöbeti devralacak meslektaşına verdiği bilgi de yatay iletişimdir. Bu tür yatay iletişime örnek olarak “hangi hastanın ziyaretçisine dikkat edilmesi gerektiği veya çevrede görülen kuşkulu kişilerin durumu” gibi bilgilerin aktarımı gösterilebilir. Laboratuvar teknikerinin gece nöbetçisi arkadaşına cihazlarda devam etmekte olan tetkikler, bir cihazdaki teknik sorun veya ameliyathanede devam etmekte olan vakalar gibi aktaracağı bilgiler de yatay iletişim süreçleridir. Yatay iletişim aynı görevlerde bulunan kişiler dışında, farklı görev ve bölümlerde çalışan eşdeğer statüdeki kişiler arasında da vardır. Servis hemşiresi ile laboratuvar teknikeri, hasta yatışı ile muhasebe, bilgi işlem görevlisi ile kat sekreteri gibi iletişim bu duruma örnek verilebilir. Günümüzde giderek önem kazanan bir süreç de hastaların farklı bölümlere veya farklı kişilerin sorumluluklarına devredilmeleri sırasındaki yatay iletişimdir. Bu süreçte hastaya özel bilgilerin gerçek zamanlı olarak bir kişi veya ekipten diğerine süreklilik ve güvenlik gözetilerek taşınması amaçlanmaktadır (Tjc,sentinel event alert, 2017).

4.1.3.1. Yatay İletişim ve Komiteler: Yatay iletişim süreci hastanelerde komite olarak tanımlanan özgün ve çok önemli çoğulcu bir yapı ile de gerçekleşmektedir. Komiteler geçici veya kalıcı olabilir (Robbins,1983-262). Komitelerde hiyerarşik bir yapılanma olmadığından yatay bir iletişim süreci vardır. Hastaneler için komitelerden yönetim kuruluna doğru bir iletişim akışı sağlanması genel bir zorunluluktur (Kurtz 2016). Komiteler genellikle belirli bir konuda ilgili kişilerin katılımıyla kurulur. Örneğin enfeksiyon kontrol komitesi bu alanda en yaygın ve en bilinen komitedir. Ayrıca kalite, ilaç, yoğun bakım, etik, laboratuvar hizmetleri, hasta bakım, destek hizmetleri, acil, eğitim, çalışan güvenliği ve daha birçok konuda ve işlevde komiteler kurulmuştur. Günümüzde çağdaş hastane işletimi komiteler aracılığı ile yürütülmektedir denebilir. Bu komitelerin en belirgin özelliği katılımcıların yani üyelerin asli görevlerinden bağımsız olarak görev yapmaları ve dolayısı ile çalışmalarda belirli bir hiyerarşi

olmamasıdır. Dolayısı ile yatay bir iletişim yaşanmaktadır. Komiteler belirli aralıklarla toplanır, gelişmeleri görüşür, yeni hedefleri tanımlayarak çalışmalarını sürdürürler. Komite toplantılarından sonra gelişmelerin her bölüm çalışanı tarafından kendi üstlerine ve astlarına iletilmesi bir zorunluluktur. Böyle bir dikey iletişim ile de komite çalışmalarının, hastane hedef ve çalışmalarına uyarlanması sağlanır. Bu tip sürekli komiteler dışında daha seyrek bir uygulama da belirli bir görev veya amaç için kurulan geçici komitelerdir. Bu komiteler bir çalışma grubu gibi çalışır ve görev tamamlandınca veya amaç gerçekleşince işlevi kendiliğinden sona erer. Örnek olarak, hastaneye alınacak büyük bütçeli ve çok boyutlu bir tıbbi cihaz olan MR alımı için bir komite kurulabilir. Alım kararı verilmesinden hizmete girişe kadar tüm süreçler bir komite tarafından yürütülür ve sonrasında da komite işlevini tamamlar ve dağılır. Komiteler, Çalışma Grupları ve bölümler arası Proje Ekipleri de yararlı yatay iletişim süreci örnekleridir (Longest vd., 2008).

4.1.4. Çapraz (Diyagonal) İletişim: Diyagonal iletişim giderek artan biçimde önem kazanmaktadır (Longest vd., 2008). Farklı bölümlerde ve farklı hiyerarşik düzeylerde görev yapan kişiler arasındaki iletişim diyagonal veya çapraz iletişim olarak tanımlanır (Myron et al. 2015). Örneğin, poliklinikte görevli hekim ile radyoloji sekreteri arasında tetkik sonuç raporunun hazır olması hakkında yaşanan iletişim diyagonaldir. Başka bir örnek ise, hastane sorumlu eczacısının yoğun bakım hemşiresini iki ilacın potansiyel yan etkileri hakkında arayarak uyarması olarak gösterilebilir (Longest vd., 2008). Benzer biçimde, muhasebe müdürünün kayıt – kabul görevlisi ile yeni fark oranlarının uygulanması hakkında, depo sorumlusu ile laboratuvar teknikeri arasında malzeme istemi hakkında, laboratuvar sorumlu teknikeri ile bilgi işlem çalışanı arasında da test kodları hakkında gerçekleşen iletişim süreçleri sayılabilir. Bir başka örnek de, İK yöneticisinin hastane çalışanları ile maaş dışındaki ek kazançlar hakkında görüşmesi veya yemek hazırlama bölümü sorumlusunun servis hemşiresi ile hasta diyeti hakkında görüşmesi sayılabilir (Myron et al. 2015). Yukarıdaki örnekler üstten asta olarak verilmiş olmakla birlikte, her biri aynı zamanda ters yönlü olarak da gelişebilir. Diyagonal iletişim bir bakıma yukarıdan aşağı, aşağıdan yukarı ve yatay olarak tanımlanan formal iletişim süreçlerini ihlal etmekte ve yapıyı bozmaktadır, çünkü iletişim kuran kişiler organizasyonun farklı yer ve düzeylerindedir (Longest vd., 2008). Bununla birlikte diyagonal iletişim bir zorunluluktur (Longest vd., 2008). Yatay iletişime benzer biçimde komiteler, çalışma grupları, kalite geliştirme takımları ve çok işlevli proje gruplarında da diyagonal iletişim süreci yaşanmaktadır (Longest vd., 2008).

4.1.4.1. Çapraz İletişim ve Matriks Yapı: Bilindiği gibi hastanelerde hastaların tedavileri her hastaya özel bir süreç olarak yürütülmektedir. Bir diğer deyişle her hasta bir projedir ve bu projenin sorumlusu ve yöneticisi de hekimdir. Bu projede yer alan sağlık personeli projenin yürütülmesi açısından hekime, teknik ve mesleki konularda da fonksiyonel yöneticilerine karşı sorumludur (Tengilimoğlu vd.,2015). Bu süreçte bir hemşire bir hastanın tedavi planı hakkında ilgili hekimden yani proje yöneticisinden emir almaktadır. Aynı hemşire performans, günlük çalışmalar, kıyafet, mesai ve benzeri konularda ise sorumlu hemşireden yani fonksiyonel yöneticisinden emir almaktadır. Aynı kişinin proje ve fonksiyon konularında iki farklı yöneticiden emir alması matriks yapı olarak tanımlanmaktadır. Matriks yapıda proje yöneticisi ile projede yer alan sağlık çalışanı arasında çapraz bir iletişim vardır.

4.1.5. Formal İletişimin Avantaj ve Dezavantajları: Yukarıdan aşağı süreçler doğrudan ve alt kademelerden yanıt beklenmeden yürütüldüğü için mesajların etkinliğinin anlık veya kısa dönemli ölçümü güçtür. Bu durum bir dezavantaj olarak görülebilir. Kurum içi yapısal bütünlük sağlanması açısından ise olumlu yönü yüksek bir yöntemdir. Çalışanların performans değerlendirilmeleri birçok kurumda karşılıklı görüşme ile yürütüldüğü için bu süreçte yukarıdan verilen mesajlara anlık yanıtlar alınabilmektedir. Bu durum da bir başka olumlu yön olarak nitelenebilir.

Aşağıdan yukarıya yürüten iletişim süreçleri çalışanların üst kademelere doğrudan bireysel ulaşımları ve mesajlarını iletebilmeleri açısından başlı başına olumlu bir süreç olarak tanımlanabilir. Bu mesajların yanlış kişilere, yanlış zamanlarda ve yanlış yöntemler ile iletilmesi ise olumsuz yön olarak nitelenebilir. Geremediği anda ilk amirini atlayarak bir üste ulaşmak, mesajı anlayamayacak durumdaki üst kişiye mesaj iletmek veya mesajı sosyal medya gibi bir kanal ile iletmek bu durumlara örnek olabilir.

Yatay ve çapraz iletişim hastanelerde çok yaygın kullanılmaktadır. Birçok görevin nöbet esaslı olması yanında hastaların teşhis ve tedavilerinin farklı birimlerde yürütülmesi de yatay ve çapraz iletişimi zorunlu kılmaktadır. Yatay ve çapraz iletişim işlerin hızlı yürütmesine katkı sağlamaktadırlar. Dikey kanallar kullanılmadan süreç tamamlanmaktadır. Bu süreçlerde yetki aşımalarının yaşanması ise önemli bir olumsuzluktur. Böyle bir durumda kurum içi dinamikler olumsuz etkilenmektedir.

4.2. İnfomal İletişim

Hastane ve sağlık kurumlarında formal iletişim yanı sıra bireylerin kendilerine ait iletişim ağları ile yürüttükleri infomal bir iletişim süreci de yaşanmaktadır (Longest vd.,2008). Organizasyonlar iletişim gereksinimlerini formal ve infomal yapılar ile desteklemektedir (Coiera 2006). Bireyler arasındaki iletişim genellikle infomal, düzensiz ve değişkendir (Lo 2011). İnfomal mesajlar çok çeşitli yapılarda olabilir ve sesli mesajlar ile e-postalar da buna dahildir (Coiera 2006). Etkin formal iletişim kanalları, etkin infomal iletişim kanallarının oluşumuna da yardımcı olmaktadır (Fottler vd., 2015). İnfomal iletişim farklı ağlar biçiminde işlemektedir. Başlıca dört farklı ağ modeli tanımlanmıştır. Bunlar mesajın bir kişiden başka kişiye iletiildiği iplik biçimindeki doğrusal ağ, bir kişinin doğrudan birçok kişiye bilgi aktardığı dedikodu olarak tanımlanan ağ, mesaj iletiminin rastgele yapıldığı rastlantısal ağ ve mesajın kişilere seçilerek iletiildiği küme ağ olarak adlandırılmaktadır. Küme ağ en sık kullanılan infomal iletişim ağı olarak tanımlanmaktadır (Longest vd.,2008). İnfomal iletişim aynı zamanda dedikodu olarak da tanımlanır (Longest vd., 2008), ancak kanımızca bu tanımlama dedikodu sözcüğünün dilimizdeki olumsuz çağrışımı nedeniyle tam ve doğru bir karşılık değildir. Dedikodu belki de ancak infomal iletişimin bir türü olarak adlandırılabilir. Dedikodu dışında resmi olmayan tüm insani iletişimler de infomal iletişim kapsamında ele alınmalıdır. Günlük resmi olmayan toplantılar ve görüşmeler gibi infomal yöntemler de değerli yüzeysel bilgiler sağlayabilirler ve kaynak, uygunluk, anlamlılık gibi açılardan derinlemesine değerlendirilerek sonraki adımlar hakkında karar verilmelidir (O'Daniel vd., 2008). Sağlık kurumlarında iş akışı ile ilgili sorunları gidermek ve birlikte çalışabilmeyi kolaylaştırmak amacıyla, çeşitli infomal etkileşimler, iletişimler, duruma özgü kurallar ve infomal uygulamalar geliştirilmiştir (Pirnejad 2008). Bu durumun başlıca nedeni olarak her kademe insan faktörünün varlığı öne çıkmaktadır. Dedikodu ve diğer infomal iletişim süreçlerinin hastane yaşamının vazgeçilmez bir sosyal boyutu olduğu kabul edilmelidir. Bu kabullenme öncelikle yöneticiler için geçerli olmalıdır. Böylece kurum içindeki infomal iletişim süreçlerine gerektiğinde müdahale etmek veya bu süreçleri yakından izlemek olanağı bulunacaktır (Fottler vd., 2015). İnfomal iletişim kanalları olumlu veya olumsuz yönde kullanılabilir. Bu süreçlerin gerektiği şekilde izlenmemesi halinde, gerek formal gerekse infomal kanallarda yürütülen iletişim, çalışanları uygun olmayan davranışlara yöneltebilir (Fottler vd., 2015). Hastanelerde infomal iletişim kanalları özellikle söylenti ve dedikoduların yönlendirilmesinde olumsuz biçimde kullanılmaktadır (Longest vd.,2008). Bu durumu bir örnek ile açıkladığımızda, bir erkek hemşire boşalacak olan bir supervisor pozisyonuna geçmeyi düşünmektedir. Aynı göreve talip olan bir de kadın hemşire vardır. Hemen her açıdan yapılan kıyaslamalarda performans, eğitim, davranış, kıdem, sicil ve diğer ölçütler bakımından kadın hemşire daha öndedir. Bu süreçte erkek hemşire tarafından, “üst

yönetimin ve hemşirelik direktörlüğünün kadın hemşirelerden yana tercihleri olduğu ve bir erkek hemşirenin böyle bir pozisyona gelmesini istemedikleri” yönünde bir dedikodu yayılmaya başlanır. Bu konu hastanenin yemekhane, kafeterya, sosyal medya ve daha birçok ortak informal platformunda konuşulmaya başlanır ve erkek hemşirenin mağduriyeti neredeyse günlük konuşmaların ana gündemini oluşturur. Yönetim zor durumdadır. İki aday arasındaki kadın hemşire lehine olan farklılıkların doğal olarak konunun çok da içinde olmayan hastanenin çeşitli bölümlerdeki çalışanlarına detaylı anlatılması mümkün değildir. Sonuç her durumda yönetim için sıkıntılıdır. Yönetimin bu aşamadan sonra alacağı her iki yöndeki karar da tatmin edici olmayacaktır. Erkek hemşire söz konusu göreve getirilirse objektif ölçütlere göre haksızlık olacak, kadın hemşire getirilirse de çalışanların bakış açısına göre haksızlık olacaktır. Bu durum dedikodu veya informal iletişim kanallarının kötü kullanımı için bir örnektir (Rakich vd., 1985). Bazı araştırmacılara göre dedikodunun veya informal iletişimin organizasyonlar için yararlı yönü bulunmamaktadır. Buna karşın bir diğer grup araştırmacı ise informal iletişim akışının doğru biçimde yönetilmek koşulu ile yararlı olduğunu öne sürmektedirler. (Kwateng vd., 2014). Basitçe ifade edildiğinde, informal mesajlar bir hastanenin iç dinleyici kitlesine yani çalışanlarına erişmekte yararlıdır. Sloganları kaldırarak, grafikleri anlaşılır yaparak iletişim süreçleri eğlenceli hale getirilebilir (Rodak 2013). Yaşanan deneyimler ışığında informal kanallara hakim olduğunda ve doğru yönetildiğinde genel olarak yararlı olduğu yargısına varılmıştır. Bu yaklaşım için aşağıdaki örnek verilebilir. “Hastane çalışanlarının fazla mesaiyi uzun süredir para olarak ödenmemekte buna karşın izin kullandırılmaktadır. Bu uygulama her ne kadar yönetim açısından maddi bir tasarruf gibi görünse de son dönemlerde hasta sayılarında artış ve işlevde bazı aksaklıklar nedeniyle uygulamadan vazgeçilmesi düşünülmektedir. Uygulama uzun yıllardır benimsenmiş ve önemli bir yakınma ile de karşılaşmamıştır. Yönetimin önünde iki seçenek bulunmaktadır. Belirlenecek bir tarihten itibaren fazla mesailerin izin değil parasal olarak karşılanacağı duyurulacak veya çalışanlara yönelik bir anket yapılarak eğilim öğrenilecektir. Her iki uygulama da bazı sakıncalar içermektedir. Değişikliğin çalışanlar tarafından olumsuz karşılanma riski vardır. Bu durum ciddi verimlilik düşüşlerine veya eleman ayrılmalarına yol açabilecektir. Çözüm olarak bir süre sonra yeni uygulamadan vazgeçilebilecektir, ancak böyle bir durum da yönetimin, çalışanlar gözünde bir prestij kaybına neden olabilecektir. Daha sıkıntılı bir diğer durum ise, ileride başka konulardaki değişimlerin ve uygulamaların da çalışanların tepkileri sonucu geri çekilmesi ile sonuçlanabileceğidir. Diğer seçenek olarak görünen anket uygulanması ise eğilimleri öğrenmek için önemli bir seçenektir. Ancak hem katılımcılar tercihlerinin doğru yansıtıldığı kuşkusu taşıyabilecek veya anket sonuçları doğru uygulansa dahi, çıkacak sonuç birbirine yakın olduğunda gerek mevcut uygulamaya devam edilmesi, gerekse yeni uygulamaya geçilmesi potansiyel bir mutsuz kitleyi geride bırakacaktır. Dolayısı ile anket de görüldüğü kadarı ile sorunsuz bir seçenek değildir. Buna karşın, yönetim olarak herhangi bir eyleme geçmeden önce yemekhane, personel servisleri, kafeterya ve diğer topluca birlikte olunan ortamlarda farklı kademedeki yöneticiler ile diğer güvenilir kişiler tarafından konu açılarak yeni uygulama hakkında informal konuşmalar başlatılabilir. Başka hastanelerdeki ödeme seçenekleri ve uygulamaları anlatılır ve tartışılması sağlanabilir. Bir süre sonra yönetim bir anket yapmak yerine önemli bir eğilim verisine ulaşmış olacak ve yeni uygulamayı hayata geçirip geçirmemeye karar verebilecektir. Böylece informal kanal kullanımı ile maliyetsiz ve risksiz bir bilgi elde edilmiş olacaktır. Sayılan nedenlerle informal iletişimin iki ucu keskin bir süreç olduğu ve çok dikkatli ve iyi yönetilme zorunluluğu ortaya çıkmaktadır (Aguerreberre 2015). Yukarıdan aşağı iletişim sürecinde informal akış bir zorunluluk değildir, ancak uygulandığında formal sisteme göre daha hızlı işlediği görülür. Yukarıdaki örnek yukarıdan aşağı informal akışa bir örnektir. Widmark ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı bir araştırmaya göre, birleşen iki hastanenin aynı işlevdeki iki departmanında mevcut informal

güç dengelerinin aynı kaldığı görülmüştür. Diğer deyişle hastanelerin birleşmesinden geriye sadece informal yapının etkileri kalmıştır (Widmark vd., 2012). Aşağıdan yukarıya ve yatay iletişim akışlarda ise informal sistem bir tür zorunluluktur. Bir sağlık kuruluşunda birimler arası yatay iletişim ve koordinasyon süreçleri çoğunlukla informal bilgi alışverişi biçiminde gerçekleşmektedir. Aşağıdan yukarı yönlü akışlarda informal iletişim çalışanların performansı, fikirleri, görüşleri, davranışları hakkında zengin bir kaynaktır. Hastane iç iletişiminin başlıca sorunları ortamın belirsizlikler ve dedikodular içermesi, bölümler arası çekişmeler, motivasyon eksikliği ve güven eksikliğidir (Aguerrebere 2015). Yöneticinin görevlerinden birisi de, informal kanalı organizasyonun hedefleri doğrultusunda yönlendirmektir. Hastane ortamında İnfomal iletişim doğrudan sözel iletişim, telefon, intranet ve sosyal medya kanalları ile gerçekleşir. Farklı birimlerin çalışanlarının birlikte bulunduğu yemekhane, kafeterya ve personel ulaşım servisleri ile Intranet, İnternet, SMS, Twitter, Facebook, Instagram ve benzer sosyal medya platformları informal iletişimin çok yoğun yaşandığı ortamlardır. Çalışanlar bu yer ve ortamlarda bir araya geldiklerinde çok fazla konuyu görüşebilmekte ve şaşılacak biçimde çok fazla sorunu bu ortamlarda informal iletişim ile çözmektedirler. Bazı durumlarda güven eksikliği veya ön yargılı olmak Twitter kullanmaya engel olmaktadır (Ruck vd., 2017). Hastane dışında piknik, konser, gezi gibi sosyal etkinlikler de informal iletişim alanları olarak sayılır. Örneğin, laboratuvar raporlama ve sonuç sürecindeki yakınmalara tartışılarak çözüm getirilmesi, bilgi işlem elemanının hastanede kullanılmakta olan yazılımın farklı bir özelliğini kullanıcılara anlatması, faturalama sürecinde ön muhasebe görevlisinin kayıt kabuldeki arkadaşına medula uygulamasındaki bir ayrıntının nasıl yarar sağladığını göstermesi ve daha birçok örnek sayılabilir. Sağlık kuruluşlarında informal iletişim kanalının bir başka önemli yönü de hasta bakımı ve tedavisi ile ilgili ilişkililerdir. Bilindiği gibi hasta tedavisi her geçen sürede gelişen teknolojinin de etkisi ile daha yoğun bir takım çalışması ve sorumluluğu ile yürütülmektedir. Bu takımlar her zaman kesin hatlı ve net bir yapılanma göstermezler, yani formal iletişim kanalları yeterli olmayabilir. Tıp ve diğer bilim dallarının gelişimine paralel olarak hasta bakım ve tedavisinde rol alan disiplinler çok fazla sayıya ulaşmış ve ilgili yapı çok genişlemiştir. Bazı durumlarda istemli, bazen de çeşitli ortamlarda kendiliğinden gelişen diyaloglar sonucu hastalar ile ilgili konularda informal iletişim ile süreçler hızlanabilmektedir. İnfomal iletişim süreçleri de bazı özgün engeller ile karşılaşabilir. Örneğin, üst yönetimin tercihi ile hastane içinde intranetin bireysel mesajlaşmada kullanılmasına yasaklama getirilmesi, mesai saatleri içinde sosyal medya kullanımına sıcak bakılmaması, internet erişimine ve telefon görüşmelerine kısıtlama ve kontrol getirilmesi informal iletişimi zorlaştıracaktır. Sosyal medya ve sosyal ağlara erişim örgütler tarafından kısıtlanabilmektedir. Sosyal medya ve sosyal ağlarda, örgüte yönelik duyuru ve bilgilendirmelerin, genellikle örgüt çalışanlarının bireysel hesapları aracılığıyla yapıldığı görülmektedir (Danayiyen vd., 2017). Buna ek olarak yemekhane ve kafeteryada geçirilen zamanlara sınırlama getirilmesi de engel nedenidir. Bir diğer uygulama olarak dedikodulardan kaynaklanan bazı davranışlara katı disiplin uygulamaları getirilmesi de çalışanları ürkütecektir. Ayrıca henüz hastanelerde yaygın olmamakla birlikte diğer sektörlerde çok yaygın olan yemek kartları uygulaması da özellikle farklı birimlerdeki çalışanların topluca görüşebilecekleri en etkin yer olan yemekhanelerdeki informal iletişim olanağına engel olmaktadır.

5. İLETİŞİM ENGELLERİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

İletişim süreçleri hemen daima engeller ile birlikte anılmaktadır. İletişim Engellerin olmadığı bir dünya çok güzel hatta ideal olacaktır, ancak iletişim var oldukça engellerin de varlığı kaçınılmaz görünmektedir. Yapılacak iş engelleri en aza indirmek ve yaratacakları olumsuz

etkiyi olabildiğince gidermek olacaktır. Engeller formal ve informal iletişim süreçlerinde benzer biçimlerde yaşanmaktadır. Bu nedenle engeller topluca ele alınacaklardır.

İletişim engelleri genel olarak Çevresel ve Bireysel olarak iki ana başlıkta incelenir (Longest vd., 2008, Rakich vd., 1985).

Yukarıdaki açıklamaların hastane özelinde yaşanan örnekler ile bütünleştirilerek anlam kolaylığı sağlanması hedeflenmektedir. Engeller ile birlikte iyileştirme ve çözüm önerileri de birlikte açıklanmıştır.

4.1. Çevresel Engeller

Bu tür iletişim engelleri olarak ortam gürültüsü, dikkat vermeme, mesajın karmaşıklığı, zaman ayırmama, yönetim felsefesi, doyunluk, güç ve statü farklılığı, terminoloji gibi konular tanımlanmaktadır (Longest vd., 2008, Tengilimoğlu vd.,2015, Rakich vd., 1985, Kwateng vd.,2014). Çevresel engeller aşağıda verilen örnekler ile daha iyi anlaşılabilir. Örneğin hasta odasında temizlik yapmakta olan görevliye, hemşire tarafından iletilen sözlü bir mesaj kullanılan cihazların neden olduğu gürültü engeli nedeniyle doğru anlaşılabilir. Ambulans ile acil servis arasındaki mesaj da her iki taraftan kaynaklanabilen ortam gürültüsü nedeniyle engellenebilir. Eczanenin çok yoğun olduğu bir anda depodan iletilen bir mesajın doğru biçimde alınmaması ise iş yoğunluğu nedeniyle karşılaşılan bir dikkat vermeme engelidir. Bir başka çevresel engel örneği de, güvenlik bölümünün haftalık toplantısında ziyaretçi kurallarında yapılan bazı değişikliklerin özellikle yeni işe başlayanlar tarafından yeterince anlaşılması olabilir. Bu süreçte karşılaşılan çevresel engel ise verilen mesajın karmaşıklığıdır. Yeni eleman henüz mevcut kural ve uygulama hakkında dahi yeterli bilgiye sahip olmadığı için, yapılan değişikliği anlamakta güçlük çekmiştir. Aşağıdan yukarıya iletişime özgü bir örnek olarak öneri ve dileklerin iletilmesinde günlük yaşamda birçok iletişim engeli ile karşılaşılmaktadır. Üstler sıklıkla iş yoğunluğu, telefonlar gibi nedenlerle astların mesajlarına yanıt vermemekte veya yanlış anlamaktadırlar. Zaman ayırmamak bu durumda iletişim engelidir. Üst yönetimlerden gönderilen mesajlara yönelik doyunluk yaşanması önemli bir iletişim sorunudur. Bu durum yönetim felsefesi engeli nedeniyle yaşanmaktadır. Örneğin, hastane üst yönetimi tarafından hemen her konuda gerek sağlık otoritelerinden gelen, gerekse hastane iç işleyişi ile ilgili mesajlar çok yoğun bir biçimde çalışanların tümüne iletilmektedir. Bir süre sonra mesajı alan kişiler artık okumamakta içeriğine dahi bakmamakta, yanlış yorumlamakta veya aldırış etmemektedirler (Rakich vd., 1985). Günümüzde önlem olarak getirilen elektronik imza çözümü ise, güne başlarken “okundu” seçeneği topluca işaretlenerek çözülmektedir. Maalesef birçok kez gerçekten kişiyi doğrudan ilgilendiren bir mesaj da bu nedenle atlanmakta, gözden kaçmaktadır. Çünkü çalışanlar yönetimin yaklaşımı nedeniyle mesaja boğulmuş, neredeyse günlük işlerini yapamaz hale gelmişlerdir. Burada iletişimin sıklığı ve yönlendiriliş biçimi yani yönetim felsefesi bir engel oluşturmuştur. Yönetim felsefesi engelinden kaynaklanan bir başka iletişim sorunu da, açık kapı politikalarının gerektiği gibi uygulanmaması nedeniyle oluşmaktadır. Yönetim felsefesindeki yaklaşım, engellerin dozunu da yansıtacaktır. Kurumun üst yönetimindeki kişilerden gelen küçümseyici davranışlar iletişimi engellemekte ve bu kişilerin erişilemez olduğu izlenimini vermektedir (Rosenstein et al. 2008). Aşağıdan yukarı bir iletişim süreci olan anket uygulanmasında katılımın yetersizliği veya yanıtların ilgisizliği gibi durumlar sıkça yaşanmaktadır. Katılımcı görüşlerine değer verilmesi, gerçek sorunlar konusunda anket yapılması ve belki en önemlisi anketlerdeki önerilerin uygulanması daha sonraki anketlere katılımı arttıracaktır. Yönetim felsefesi bu durumda da engel olma veya engeli aşma seçenekleri arasında belirleyici durumdadır. Güç ve statü farklılıkları da hastanelerde sık karşılaşılan önemli bir iletişim engelidir. Hiyerarşik kültür sonucu doktorlar hiyerarşik yapının tepesinde yer alırlar. Bu durumun sonucunda hemşireler ve doğrudan kendileri ile çalışan

kişiler iletişim sorunları yaşarken, hekimler ortamın işbirliğine yönelik olduğunu ve iletişim kanallarının da açık olduğunu varsaymaktadırlar (O'Daniel vd., 2008). Örneğin, poliklinikte doktora yardımcı olan hasta kabul elemanı, doktorun teşhis kodlarını hatalı girdiğini görmekte ancak daha önceki uyarılarına aldığı tersleyici tepkiler sonucu bir daha müdahale etmekten çekinmektedir. Eleman gülünç duruma düşeceği veya aşağılanacağı endişesiyle iletişime geçmekten vazgeçmiştir. Bu durumda gene iletişim engellenmiş, mesaj verilememiş, olumsuzluk devam etmiştir. Güç ve statü farklılığı iletişim için engel olarak ortaya çıkmıştır. Güç ve statü farkı matriks yapıda da engel olarak ortaya çıkabilmektedir. Örneğin, tedaviyi planlayan hekimin verdiği sözlü talimat ile aynı hekimin sisteme girdiği talimat arasında fark olduğunu gören hemşirenin hekimi aramaktan çekinmesi bu tür engele bir örnektir. Hekimler ve hemşireler arasındaki iletişim sorunları, hastalar için olumsuz sonuçlara yol açmış ve bu durum yaklaşık yılda 200.000 hasta ölümünde rol oynamıştır (Coonan 2011). Yatay iletişimin yoğun yaşandığı komite çalışmalarında da çeşitli iletişim engelleri ile karşılaşmaktadır. Hastanede bölüm sorumlusu, uzman hekim, müdür gibi üst pozisyonlarda görev yapmakta olan kişiler komite üyesi olduklarında güç ve statü farklılıkları iletişim engeli oluşturabilmektedir. Diyagonal iletişim sırasında, klinik bölümler ile klinik dışı bölümler arasında terminoloji kullanımında yaşanan farklılık bir iletişim engeli olabilmektedir. Özellikle laboratuvar, radyoloji gibi klinik bölümler ile muhasebe veya kayıt-kabul gibi idari bölümler arasında terminoloji farkı nedeniyle sıklıkla iletişim sorunu yaşanabilmektedir. Hastanelerde çok sık yapılan toplantılar da ortam, zaman, süre, içerik, katılımcıların kimliği, sayısı, mesajların verilmiş yöntemi, olumsuz mesajların alınmak istenmemesi gibi birçok engelin bir arada yaşandığı süreçlerdir. Toplantılar için açık ve uygulanır kurallar getirilmeli, karşılıklı saygı ortamında tartışma olanağı verilmelidir (Holla,2012). Örneklerle açıklanmış olan çevresel kökenli iletişim engelleri, nedenlere yönelik alınacak önlemler ile giderilebilmektedir.

4.2. Bireysel Engeller

Diğer iletişim engel grubu olan bireysel engeller, bireylerin birbirleri ile iletişim kurduğu her zaman mevcuttur (Longest vd., 2008). Bireysel engeller olarak düşünce yapısı, kültür, inanç ve değer farklılıkları, önyargı, algıda seçicilik, kıskançlık, korku, kaynak değerlendirme, durumu koruma, kelime anlamları, semboller ve empati yoksunluğu kavramları tanımlanmaktadır (Longest vd., 2008, Rakich vd., 1985, Tengilimoğlu vd., 2015, Kwateng vd., 2014). Bu engeller ile tekil veya birlikte olarak da karşılaşmaktadır. Bireysel engeller güç tanımlanmakta ve o denli güç giderilebilmektedir. İstemli veya istemsiz olarak oluşmaktadır. Örneğin, bazı kültürler göz temasına özel anlamlar yüklediği gibi, bazı yüz mimikleri, dokunmalar, ses tonu ve baş sallama gibi hareketler de kültürel iletişim engelleri oluşturmaktadırlar. Kültürel engeller aynı zamanda sözsüz iletişimi de engelleyebilmektedir. Bir araştırmaya göre iletişim %93 oranında vücut dili, davranış ve tonlamadan etkilenmekte, kelimelerdeki gerçek anlamlar ve içerikler sadece %7 oranında kalmaktadır (O'daniel vd., 2008). Örneğin acil bir durumun iletilmesinde veya bir ağrının tanımında konuyu iyi bilmeyen kişinin tepkisi yetersiz veya farklı olabilmektedir. Bir diğer engel de kıskançlık, korku ve endişe olarak tanımlanır. En üst kademedeki gelen bir kutlama mesajının çalışana iletilmemesi sayılan nedenlerin tümü veya herhangi biri nedeniyle engellenebilir. Olumsuz bir kötü haber veya istenmeyen bir mesajın alt kademelere iletilmemesi veya değiştirilerek iletilmesi ise durumun korunması olarak örneklenebilir. Yapılan bir araştırmada nöbet değişimi sırasında hasta bilgilerinin iletimi ile ilgili yeni bir uygulamaya deneyimli hemşireler tarafından gösterilmiş olan direnç de durumun korunması engeline bir örnektir (Natafği vd., 2017). Bazı durumlarda mesajı gönderen kişinin daha önceki olumsuz tavırları nedeniyle yeni gönderdiği bir mesajın da olumsuz bir yaklaşımla ele alınması kaynak değerlendirme engeline örnek verilebilir. Kelime anlamları ile semboller de, kullanım yerleri ve kültürel özellikler nedeniyle

farklı algılanabilirler. Coğrafi lehçeler, kültürel işaretler bu duruma örnektir. Cinsiyet farklılığı temelindeki kültür farklılığı da iş ortamındaki rutin iletişim engelleri arasındadır (O'daniel vd., 2008). Hasta bilgilerinin kişi veya ekipler arası değişiminde de dil veya kültür farklılığı bir engel olabilmektedir (tjc, sentinel event alert 2017). Bazı durumlarda hareketler de engel nedeni olabilmektedir. Örneğin, bir amir çalışanına kendisinden memnun olduğunu, tam da hatalı bir eylemden sonra veya arkasını dönerek gittiği sırada söylediğinde inandırıcılığı azalacaktır. Farklı ve güç tanımlanan, ancak sık karşılaşılan bir bireysel iletişim engeli ise algıda seçiciliktir. Algıda seçici olmak bilinçli veya bilinçsiz yapılan bir davranıştır. Bireyler bu davranışı bazen sadece savunma refleksi gibi ortaya koymaktadırlar. Algıda seçicilik aşağıdaki örnek ile açıklanabilir. Hastanenin bir bölümündeki hemşire işe giriş çıkış sayılarının yüksek olması, bölüm sorumlu hemşiresi tarafından maaşların düşüklüğü ile açıklanmaktadır. Buna karşın, yakın çevrede yapılan bir soruşturmada maaşların başka hastaneler ile hemen hemen aynı düzeyde hatta bazı durumlarda yüksek dahi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastanenin diğer bölümlerinde de hemşire işe giriş çıkışları söz konusu bölüme göre daha düşüktür. Sorumlu hemşirenin yönetim biçimi ve kişisel ilişkileri ise çalışanlar arasında uzun süredir eleştirisi konusudur. Bu durumda sorumlu kişi olayın gerçek nedenini görmezden gelmekte, algıda seçicilik yaparak duymak ve almak istediği mesaj olan “maaş düşüklüğü” gibi gerçekte doğru olmayan bir mesajı algılamaktadır (Rakich vd., 1985). Bireyler mesaj gönderdikleri veya aldıkları zaman bunu bakış açıları veya inançlarının etkisi altında gerçekleştirmektedir. Bilinçli veya bilinçsiz olarak algıda seçicilik yapmakta ve sağlanan iletişim korku veya kıskançlığın etkisi altına girebilmektedir (Longest vd., 2008). Bir üst veya ast tarafından karşılıklı gönderilecek bir mesajda kişinin o gün yaşadığı önemli bir travmatik olayın görmezden gelinmesi de empati yoksunluğuna örnek olacaktır. İletişim engelleri birçok defa görüldüğünden daha derin ve karmaşık sorunlardır. Özellikle ayrılış görüşmelerinde yaşanan mutsuzluk ve olumsuz ayrılış nedeniyle kuruma ve görüşmeyi yapan kişilere güven duyulmaması önemli bir iletişim engelidir. Hiyerarşik farklılıklar, aşağıdan yukarıya iletişimde yaşanan endişeler, görev ve yetkilerdeki belirsizlik ve çelişkiler ile bireyler arası güç ve çekişmeler gibi sorunlar gerek tek başına gerekse bir arada yaşanabilir (Sutcliff vd., 2004). Etkin Hastane iç iletişimi için farklı bir görüş de a) farklı dinleyiciler için farklı teknikler, farklı kanallar kullanılmalı b) devamlı iletişim içinde olunmalı c) mesajlar anlamlı olmalı d) çoklu kanallar kullanılmalı e) ölçüm yapılmalı olarak sıralanmıştır (Rodak 2013). Sağlık çalışanlarının etkin iletişim içinde olmadığı durumlarda ise kritik önemde bilgilerin yokluğu, bilgilerin yanlış yorumlanması, emir ve talimatların açık olmaması ve hasta durumundaki değişikliklerin gözden kaçırılması gibi nedenlerle hasta güvenliği de risk altında olacaktır (O'daniel vd., 2008). Hastane üst yönetimleri iç iletişimi iyileştirmek amacıyla Gamble'a göre a) vizyonlarını iç bünye ile paylaşmalı b) çalışanların kurum hedeflerini benimsemelerini, çevre ile paylaşımlarını ve savunmalarını sağlamalı c) güçlü bir iletişim ekibi için yatırım yapmalı d) dinlemeye çok fazla önem vermeli e) çevrelerinde uygun olan tüm iletişim araçlarından yararlanmalıdır (Gamble 2011). Başarılı bir uzak görüş ve stratejinin anahtarı, özgün bir iletişim ile hareket etmektir. Bunun için öncelikle sloganlardan ve bıkkın bir dil kullanmaktan kaçınmalı, çitayı yükseğe çekmeli, özgün olmalıdır (Gamble 2011). Kalite, yönetim ve veri konularında oluşturulacak bir ortak dil ile kurum içi ve kurumlar arası iletişim sorunları önemli ölçüde çözülecektir (Pozantı 2001).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yazıda hastanelerde iletişim süreçleri, iletişime engel durumlar ve engellere yönelik çözümler incelendikten sonra bu alanda ne tür iyileştirmeler yapılabileceği aşağıda maddeler halinde getirilen öneriler ile açıklanmıştır.

- Hastanenin bir iletişim stratejisi ve planı olmalıdır. Bu plan belirli dönemlerde güncellenmeli ve çalışanlar ile paylaşılmalıdır.
- Eş zamanlı olarak farklı araştırmacıların da belirttiği gibi bağımsız bir iletişim departmanı kurulması yararlı görünmektedir. Böylece hastane içinde iletişim bakımından sıkıntı yaşayan, engeller ile karşılaşan çalışanların başvurabileceği, sorunların çözülebileceği kurumsal bir makam olacaktır. Bu departmanın üst yönetim kademelerinden bağımsız özerk bir yapı ile yönetilmesi, çalışanların özellikle üst kademeler ile yaşayabilecekleri iletişim engellerinin tarafsız biçimde çözüleceğine olan inançlarını güçlendirecektir.
- Tüm çalışanlar iletişim eğitimi almalıdır.
- Yönetici pozisyonunda görev almanın ön koşullarından biri iletişim eğitimi almak olmalıdır.
- Çalışanların farklı kurumlar, okullar ve kültürlerden geldiği unutulmamalıdır.
- Kurum hedefleri ve kurum içi gelişmeler çalışanlar ile düzenli paylaşılmalıdır.
- Hastane bilgisayar programının da desteği ile kurum içi ortak dil oluşturulmalıdır
- Kurumsal semboller, sloganlar hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.
- Öneri ve fikir kutuları sistemi hayata geçirilmelidir. Değerlendirmeler çalışanların da içinde olacağı bir komite tarafından yapılmalıdır. Önerileri uygun ve başarılı olanlara mutlaka özgün ve tatmin edici ödül verilmelidir.
- İletişim süreçlerinde iyileştirme sağlanmasının hastane kalite düzeylerini olumlu yönde etkileyeceği çalışanlara benimsetilmelidir.
- İletişim engellerinin alınan önlemlere karşın devamlılık göstermesi durumunda ilgili engelin giderilmesi veya tekrar oluşmaması amacıyla engel komiteleri kurulmalıdır.
- İletişim süreçleri ile ilgili yenilikler ve düzenlemeler çalışanlarla paylaşılmalıdır.
- Kurum içi yazışmalar ortak simgesel ve yapısal özellikler taşımalıdır.
- Kurum içi telefon konuşmalarında ortak hitabet özellikleri oluşturulmalıdır.
- Kurum içi toplantılarda hazırlık, gündem belirleme, toplantı sonu not hazırlanması ve dağıtımı, devamlılık, konuşma biçimleri, süre, yönetim, katılım, başlama ve bitim saatleri ile salon kullanım koşulları konularında standart getirilmelidir.
- Üst yönetimden gönderilen mesajlarda yaşanan doygunluk sorunu çözümlenmelidir. Bu amaçla dönem içinde gönderilen mesaj sayıları konulan hedefler ile kıyaslanarak iyileştirmeler sağlanması amaçlanabilir. Üst yöneticilerin mesajları genel ortama çok az sayıda göndermesi, bunun yerine çoğu mesajları toplantılarda bölüm sorumluları ile paylaşmaları önerilir.
- Kurumdan ayrılanlar ile mutlaka ayrılış görüşmesi yapılmalıdır. Bu yolla çok değerli bilgiler elde edilebilecek, birçok engel ortadan kalkabilecektir.
- Açık kapı uygulamaları bir slogan olmaktan çıkartılmalı, uygulanır olmalı ve bu süreçte ara yöneticilerin konulara daha olumlu yaklaşımları sağlanmalıdır.
- Çalışanlara yönelik farklı konularda anketler yapılmalıdır. Sonuçlar hem çalışanlar ile paylaşılmalı hem de sonuçlara uyumlu hareket edilmelidir.

- Çalışanların performans değerlendirilmesinde 360 derece iletişim göz önüne alınmalıdır.
- İnfomal yapının bir gerçeklik olduğu üst yönetim tarafından benimsenmelidir. İnfomal yapının önderleri ile yakın iletişim içinde olunmalıdır. Gerekğinde bazı konular infomal ortamda tartışıldıktan sonra uygulama kararı alınmalıdır.
- Intranet sadece formal bir kanal değil, bir iletişim portalı olarak görülmeli, ancak belirli kontroller da yapılmalıdır.
- Çalışanlara komite işlevleri ve yapısı hakkında eğitim verilmeli ve komite kültürü benimsetilmelidir.

6. KAYNAKÇA

2015 CRICO Strategies National CBS Report, (2015), “Malpractice Risk in Communication Failures”, 2015 Annual Benchmarking Report, Boston, Massachusetts: The Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions, Inc.

Agarwal, R., Sands, D. Z. and Schneider, J. D., (2010), “Quantifying the Economic Impact of Communication Inefficiencies in U.S. Hospitals”, *Journal of Healthcare Management*, 55(4): 265-281.

Aguerrebere, P. M., (2015), “Management of the Internal Communication in Hospitals: Conceptual Framework and Implementation Model”, *The International Journal of Communication and Health*, 5: 53-65.

Baskin, O. W. and Aronoff, C. E., (1980), *Interpersonal Communication in Organizations*, California USA: Goodyear Publishing com.

Buhler, P. M., (2011), “The Exit Interviews, A Gold Mine of Information”, *Supervision: The Journal of Industrial Relations and Operating Management*, 72(8): 11-14.

Chassin, M. R. and Becher, E. C., (2002), “The Wrong Patient”, *Ann Intern Med*. 136(11): 26–33. [PubMed: 12044131].

Coiera, E., (2006), “Communication Systems in Healthcare”, *Clinical Biochem Rev*. 27(2): 89–98.

Collins, R., (2017), “Hand-off Communication: The Weak Link in Heathcare”, *Becker’s Hospital Review*, December 07.

Coonan, B, (2011), “Why Healthcare Team Communication is a Matter of Life and Death”, CCA LiveE on Friday, Dec 9th. <https://www.triplepundit.com/story/2011/why-healthcare-team-communication-matter-life-and-death/71006>, Erişim Tarihi: 23.05.2019.

Danayiyen, A., Kıyak, M. ve Ünal, E., (2017), “Hastanelerde Yeni İletişim Teknolojileri Kullanımının Kurum İçi İletişim Doyumuna Etkisi”, *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*, 10(1): 32-63.

Euster, S., (2003), “Families: Roles, Needs, and Expectations” içinde E. L. Siegler, S. Mirafzali, vd. (Eds.), *An Introduction to Hospitals and Inpatient Care*, (ss. 235-243). New York: Springer Publishing Company.

Ferrari, B., (2013), “The Executive’s Guide to Better Listening”, *McKinsey Quarterly*, 50-65.

Fottler, M. D., Malvey, D. and Slovensky, D.J., (2015), *Handbook of Healthcare Management*, UK-USA: Edward Elgar Publishing.

- Gamble, M., (2011), "5 Communication Strategies for Hospital CEOs", *Becker's Hospital Review*, 15: 52.
- Garman, A. N., Fitz, K. D. and Fraser, M. M., (2006), "Communication and Relationship Management", *Journal of Healthcare Management*, 51: 291-294.
- Garnett, J. L., Marlowe, J. and Pandey, S. K., (2008), "Penetrating the Performance Predicament: Communication as a Mediator or Moderator of Organizational Culture's Impact on Public Organizational Performance", *Public Administration Review*, 68(2): 266–281.
- Gittel, J. H., Fairfield, K. M, Bierbaum, B., Head, W., Jackson, R., Kelly, M. et al., (2000), "Impact of Relational Coordination on Quality of Care, Postoperative Pain and Functioning, and Length of Stay: A Nine-Hospital Study of Surgical Patients", *Medical Care*, 38(8): 807-819.
- Guttman, N., (2003), "Ethics in Health Communication Interventions", içinde T. L. Thompson, A. M. Dorsey, vd. (Eds), *Handbook of Health Communication*, (ss. 651-679), Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Halley, M. D., (2007), *The Primary Care-Market Share Connection: How Hospitals Achieve Competitive Advantage*, Chicago: Health Administration Press.
- Heinl, C., (2013), "3 Ways to Improve Internal Communications in Hospitals", *Hospital Intranet Marketing*, Hospital Portal Net.
- Hola, J., (2012), "The Importance of Internal Communication in Hospital Management", *Profese on-Line*, V(1): 5-10.
- Impact of Communication in Healthcare, (2011), Institute for Healthcare Communication, July 2011.
- Joson, R. O., (2012), "Internal Communication Management System in a Hospital", Posted on November 5. Kurtz, S.L., (2016), "How to Streamline Hospital Communications for Better Decision - Making", *Hospitals and Health Networks*, June 30.
- Kwateng, O., Osei, H. V. and Abban, E. E., (2014), "Organizational Communication in Public Health Institutions", *International Journal of Business and Management*, 9(11): 179-188.
- Lo, L., (2011), *Teamwork and Communication in Healthcare a Literature Review*, Canada: Canadian Patient Safety Institute.
- Longest, B. B. and Darr, K., (2008), *Managing Health Services Organizations and Systems*, 5th Edition, USA: Health Professions Press.
- Luthans, F., (1992), *Organizational Behaviour*, 6th Edition, USA: McGraw Hill.
- Marcus, S., (2016), "Commentary: Quality Healthcare Requires Good Communication", *Modern Healthcare*, January 23.
- Natafagi, N., Zhu, X., Baloh, J., Vellinga, K., Vaughn, T. and Ward, M. M., (2017), "Critical Access Hospital Use of Team STEPPS to Implement Shift-Change Handoff Communication", *Journal of Nursing Care Quality*, 32(1):77-86.
- O'Daniel, M. and Rosenstein, A. H., (2008), "Professional Communication and Team Collaboration", R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, (Chapter 33: 1-14), Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).

- O'Daniel, M., (2008), "A Survey of the Impact of Disruptive Behaviors and Communication Defects on Patient Safety", *Joint Commission Journal of Quality and Safety*, 34(8): 464-471.
- Parsons, P. J., (2001), *Beyond Persuasion: The Healthcare Manager's Guide to Strategic Communication*, Chicago: Health Administration Press.
- Pirnejad, H., (2008), *Communications in Healthcare: Opportunities for Information Technology and Concerns for Patient Safety*, PhD Thesis, Erasmus University Medical Center, September, Rotterdam.
- Pozantı, S., (2001), "Sağlık Sektöründe İletişim İçin Ortak Dil Kavramı", *Hospital News*, 33-36.
- Rakich, J. S., Longest, B. B. and Darr, K., (1985), *Managing Health Services Organizations*, 2nd Edition, Philadelphia-USA: W.B. Saunders Company.
- Rodak, S., (2013), "6 Secrets of Effective Hospital Internal Communication", *Becker's Hospital Review*, August 01, <https://www.beckershospitalreview.com/strategic-planning/6-secrets-of-effective-hospital-internal-communication.html>, Erişim Tarihi: 23.05.2019.
- Ruck, K., Cooper, A., Hurley, A., Ashton, K., Lines, K. and Willson, A., (2017), "Effective Messages and Media for Employee Health Campaigns", *Journal of Communication in Healthcare*, 10(3): 180-187.
- Sentinel Event Alert, (2017), A Complimentary Publication of The Joint Commission, Published by the Department of Corporate Communications, 58: 1-6.
- Smith, L. and Mounter, P., (2008), *Effective Internal Communication*, 2nd Edition, London and Philadelphia: Kogan Page Publishers.
- Sutcliff, M. K., Lewton, E. and Rosenthal, M. M., (2004), "Communication Failures: An Insidious Contributor to Medical Mishaps", *Academic Medicine*, 79(2): 186-194.
- Tengilimoğlu, D., Akbolat, M. ve Işık, O., (2015), *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 7. Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Widmark, C., Tishelman, C., Gustafsson, H., and Sharp, L., (2012), "Information on the Fly: Challenges in Professional Communication in High Technological Nursing. A Focus Group Study From a Radiotherapy Department in Sweden", *BMC Nursing*, July 23.
- Yardan, E. D. ve Arslan, A., (2015), "Sağlık Kurumlarında Kurumsal İletişim", içinde E. Yüksel (Ed.), *Sağlık Kurumlarında İletişim*, (s. 32), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi AÖF Yayını.