

sağlık akademisyenleri

Health Care Academician Journal

DERGİSİ

YIL: 2020 CİLT: 7 SAYI: 1 (3 Ayda Bir Yayınlanır)

ISSN: 2148-7472

"Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği ile Sağlık Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar"

- Sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin değerlendirilmesi: Eğitim ve araştırma hastanesi örneği
- Sağlık turizmi konulu yayınların bilim haritalama yöntemiyle analizi
- Multi-Dimensional mental health sector workforce analysis: Comparison between european region countries
- Türkiye ve Portekiz hemşirelik öğrencilerinin yaşam biçimi davranışları ve bağımlılık, depresyon düzeyleri
- Maliyet analizi ve veri zarflama analizi yöntemleri ile hastane verimliliğinin değerlendirmesi
- Üniversite öğrencilerinde afetlere karşı bireysel direnç ve sosyal sermaye ilişkisinin değerlendirilmesi
- Afetlerde sürdürülebilir sağlık hizmetleri için güvenli hastane kavramının önemi üzerine bir araştırma
- Sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği: Kamu hastanelerinde risk değerlendirme yöntemlerine yönelik bir inceleme
- İstanbul'da özel bir hastanede güvenlik kültürü algısının değerlendirilmesine yönelik araştırma
- Hand washing behavior of international Cyprus University Dialysis Technician Students



KÜNYE

Dergi Adı	SAĞLIK AKADEMİSYENLERİ DERGİSİ
ISSN	Print : 2148-7472 Online : 2636-757
Ana Tema	Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği ile Sağlık Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar
Yayın Türü	Sürelili Yayın, 3 Ayda Bir Yayınlanır
İmtiyaz Sahibi	DÜNYA BİLİMSEL ARAŞ. YAY. PROJ. KONG. ORG. SAN. T.C. LTD. ŞTİ.
İrtibat	Tel : 0312.419 86 50 - 467 14 24 Fax : 0312.419 86 49 www.dunyacongress.com
Başeditör	Prof. Dr. Seval AKGÜN SAD - Sağlık Akademisyenleri Derneği, Başkan - TÜRKİYE
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü	Müzeyyen BAYDOĞRUL muzeyyen@dunyacongress.com / 0507.291 59 49
Abone ve Reklam Sorumluları	Havva ÇAKMAK bilgi@dunyacongress.com / 0545.231 31 00
Baskı ve Tasarım	AYDEDE MATBAASI, Hüseyin AYDIN ve Serdal DEDEOĞLU Kazım Karabekir Cad. N:93/36 -37 İskitler - ANKARA
Açıklama	<p>Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2014 yılında yayın hayatına başlayan çok geniş bir uluslararası bilimsel danışma kurulu ile yayın hayatına devam eden, Uluslararası Hakemli bir dergi olup, sağlık bilimleri alanında yapılan araştırmaları yayımlama ve bilim insanlarının hizmetine sunmayı amaçlamaktadır.</p> <p>Sağlık Akademisyenleri Dergisinde yer alan makale ve yazı metinleri ve makalelerin sorumluluğu yazarların kendisine aittir.</p> <p>Sağlık Akademisyenleri Dergisi yılda dört kez yayımlanmaktadır.</p> <p>Sağlık Akademisyenleri Dergisi açık erişimli bir dergi olup, "Asos, Türkiye Atıf Dizini, Arastirmax ve Sobiad" tarafından indekslenmekte olup, diğer ulusal ve uluslararası kuruluşlarla alan indeks çalışmaları devam etmektedir.</p>

BİLİMSEL HEYET**BAŞEDİTÖR**

PROF. DR. SEVAL AKGÜN
 SAD - Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Ankara, Türkiye

EDİTÖRLER

DR.ÖĞT. ÜYESİ ALİ ARSLANOĞLU
 SBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi AD., İstanbul, Türkiye
 aliarslanoglu18@gmail.com

ÖĞT. GÖR. DR. FATİH ORHAN
 SBÜ Gülhane SYMO, Ankara, Türkiye
 fatih.orhan@sbu.edu.tr

ÖĞT. GÖR. SELAHATTİN TUNCER
 SBÜ Gülhane SYMO, Ankara, Türkiye
 selahattin.tuncer@sbu.edu.tr

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

A.F. AL-ASSAF, ABD
 ABDALLAH EDDAAL, SUUDİ ARABİSTAN
 ABDURRAHMAN ŞİMŞEK, TÜRKİYE
 ADEM SEZEN, TÜRKİYE
 AHMED AL-KUWAITI DEAN, SUUDİ ARABİSTAN
 ALİ ARSLANOĞLU, TÜRKİYE
 ALİ ERDOĞAN, TÜRKİYE
 ALİ EKŞİ, TÜRKİYE
 ALİ ÜNAL, TÜRKİYE
 ALPER GÜZEL, TÜRKİYE
 ALLAN KRASNİK, DANİMARKA
 ALLEN C. MEADORS, ABD
 ANTONIO CHIARENZA, İTALYA
 ARILD AAMBO, NORVEÇ
 ATILLA ARAL, TÜRKİYE
 ATTILA DOBOS, MACARİSTAN
 AUSTIN LEAHY, BİRLEŞİK KRALLIK
 AYSUN YILMAZLAR, TÜRKİYE
 BAKR NOUR, ABD
 BEATRİZ PADILLA, PORTEKİZ
 BERNA DİNÇER, TÜRKİYE
 BİRKAN TAPAN, TÜRKİYE
 BURCU AYKANAT GİRGİN, TÜRKİYE
 BÜNYAMİN ÖZGÜLEŞ, TÜRKİYE
 CARIN BJÖRNGREN, İSVEÇ
 CEM DİKMEN, TÜRKİYE
 CHARLES BRUNEI, FRANSA
 CHARLES D SHAW, BİRLEŞİK KRALLIK
 ÇAĞATAY GÜLER, TÜRKİYE
 DATO' SHEIKH OMAR ABDUL RAHMAN, MALEZYA
 DAVID INGLEBY, HOLLANDA
 DINA BAROUDI, SUUDİ ARABİSTAN
 DİLAVER TENGİLİMOĞLU, TÜRKİYE
 DİNA BAROUDİ, ALMANYA
 EDA AKTAŞ, TÜRKİYE
 ELİF DÖNMEZ TEMUÇİN, TÜRKİYE
 ELVAN YILMAZ AKYÜZ, TÜRKİYE

EMEL FİLİZ, TÜRKİYE
 EMİNE ORHANER, TÜRKİYE
 ERDAL AKALIN, TÜRKİYE
 FATİH ORHAN, TÜRKİYE
 FATİH ÖZBEY, TÜRKİYE
 FIMKA TOZİJA, MAKADONYA
 GAMZE TEMİZ, TÜRKİYE
 GÜNSELİ UZUNHASANOĞLU, TÜRKİYE
 GÜRBÜZ AKÇAY, TÜRKİYE
 GÜVEN BEKTEMUR, TÜRKİYE
 GÖKHAN OSMAÑOĞLU, TÜRKİYE
 HARİKA ŞEN, TÜRKİYE
 HENRIETTE SINDING, NORVEÇ
 HESHAM NEGM, MİSİR
 HÜLYA SARAY KILIÇ, TÜRKİYE
 IŞIL ARSLAN, TÜRKİYE
 İBRAHİM HALİL KAYRAL, TÜRKİYE
 İSMAİL ÜSTEL, TÜRKİYE
 JÜLİDE YILDIRIM ÖCAL, TÜRKİYE
 KADRIYE KAHVECİ, TÜRKİYE
 K. R. NAYAR, HİNDİSTAN
 KEZİBAN AVCI, TÜRKİYE
 KHALID AL-AIBAN, SUUDİ ARABİSTAN
 KHALID ESKANDER, SUUDİ ARABİSTAN
 LINAS SUMSKAS, LİTVANYA
 MANUEL GARCÍA RAMÍREZ, İSPANYA
 MARTİN RUSNAK, AVUSTURYA
 MECİT CAN EMRE ŞİMŞEKLER, İNGİLTERE
 MEHMET ÇETİN, TÜRKİYE
 MEHMET N.KURUTKAN, TÜRKİYE
 MENDERES TARCAN, TÜRKİYE
 METE EDİZER, TÜRKİYE
 MOHAMAD-ALİ HAMANDİ, LÜBLAN
 MONTHER LETAİF, TUNUS
 MUHAMMED EMİN DEMİRKOL, TÜRKİYE
 MUSTAFA BERKTAŞ, TÜRKİYE
 MUSTAFA KEMAL BALCI, TÜRKİYE
 NEFİSE BAHÇECİK, TÜRKİYE
 NEVZAT KAHVECİ, TÜRKİYE

NIECK KLAZINGA, HOLLANDA
 NADİRE ERCAN TOPTANER, TÜRKİYE
 NİLAY GEMLİK, TÜRKİYE
 OLIVER RAZUM, ALMANYA
 ÖZLEM İBRAHİMOĞLU, TÜRKİYE
 PELİN YILIK, TÜRKİYE
 RASHID BIN KHALFAN AL ABRI, UMMAN
 RAZVAN CHERECHES, ROMANYA
 REHAT FAİKOĞLU, TÜRKİYE
 ROBERT BROYLES, ABD
 SAKINA ISMAYİLOVA, AZERBEYCAN
 SEBAHATTİN TEKİNGÜNDÜZ, TÜRKİYE
 SELAHATTİN AKYÜZ, TÜRKİYE
 SELAHATTİN TUNCER, TÜRKİYE
 SELİN ERTÜRK ATABEY, TÜRKİYE
 SEMRİN TİMLİOĞLU, TÜRKİYE
 SERDAL KEÇELİ, TÜRKİYE
 SEZER KORKMAZ, TÜRKİYE
 SÜLEYMAN YILMAZ, TÜRKİYE
 ŞEFİK GÖRKEY, TÜRKİYE
 ŞEMSETTİN VAROL, TÜRKİYE
 ŞUAYIP BİRİNCİ, TÜRKİYE
 TAWFIK KHOJA, SUUDİ ARABİSTAN
 THEDA BORDE, ALMANYA
 UĞUR YOZGAT, TÜRKİYE
 UMUT BEYLİK, TÜRKİYE
 URSULA KARL-TRUMMER, AVUSTURYA
 VIERA RUSNAKOVA, SLOVAKYA
 WALTER DEVİLLÉ, HOLLANDA
 YANNIS SKALKIDIS, YUNANİSTAN
 YEŞİM UYUTAN, TÜRKİYE
 YUSUF ÇELİK, TÜRKİYE
 ZAREMA OBRADOVIC, BOSNA HERSEK
 ZEKAİ ÖZTÜRK, TÜRKİYE

MAKALE YAZIM KURALLARI

Sağlık Akademisyenleri Dergisinde yayımlanacak yazıların, sağlık hizmeti sunucularına mesleklerini uygularken yol gösterici nitelikte olması beklenir.

1. Sağlık Akademisyenleri Dergisinde Yayın politikaları aşağıdaki ilkeleri içermektedir:

- Hastane Yönetimi,
- İkinci ve Üçüncü Basamak tedavi hizmetleri ile ilgili araştırma yazıları, derlemeler ve editöre mektup yazıları,
- Sağlık hizmetlerinde kalite, akreditasyon, hasta ve çalışan güvenliği,
- Sağlık hizmeti sunumunu etkileyen sağlık politikaları ile ilgili yazılar öncelikle tercih edilir.

2. Dergide Türkçe ve İngilizce makaleler yayımlanacaktır. Türkçe yazılar Türk Dil Kurumu yazım kurallarına uygun olmalıdır.

3. Yazılar daha önce hiçbir yerde yayımlanmamış olmalıdır. Herhangi bir kongrede tebliğ edilmişse bu yazı başlığına bir yıldız konularak ve kapak sayfasında yıldız ile işaretlenerek sunulan kongrenin adı, tarihi ve yeri belirtilerek işaretlenmelidir.

4. Yayımlanması için dergiye gönderilen yazı kabul edildikten sonra her türlü yayın hakkı dergiye aittir.

5. Gönderilen tüm yazılar öncelikle Sağlık Akademisyenleri Dergisi Editörleri tarafından şekil ve içerik yönünden ön incelemeye alınmakta, genel olarak dergide yayınlanmaya değer olup olmadığına karar verilmekte ve daha sonra Bilimsel Danışma Kurulundan alanı ile ilgili 2 (iki) hakeme gönderilmektedir. Yayın ilkelerine uygun bulunmayan yazılar hakemlere gönderilmeyecektir.

6. Hangi makalenin hangi hakemlere gönderileceğine hakemlerin ve makalelerin ilgi alanlarına göre karar verilmektedir. Makaleyi değerlendiren hakemlerin kimlikleri hakkında yazarlara, gönderilen makalenin kime ait olduğu konusunda da hakemlere bilgi verilmez. Hakem raporları gizlidir.

7. Makalenin gönderildiği iki hakemden de olumlu görüş bildirilmesi durumunda makale yayınlanmak üzere sıraya alınmaktadır. İki hakemden de olumsuz görüş bildirilmesi durumunda makale hiçbir surette yayınlanmaz. İki hakemin birbirinden farklı görüş bildirmesi durumunda makale üçüncü bir hakeme gönderilir; üçüncü hakemin vereceği cevaba göre yayınlanmasına veya yayınlanmamasına karar verilir. Hakemlerden gelen raporlara göre, makalenin aynen yayınlanmasına (kabul), düzeltme, ekleme veya çıkarma istenmesine veya yayınlanmamasına (ret) karar verilmekte olup, bu karar yazar veya yazarlara bildirilmektedir.

8. Hakemlerin düzeltme yönünde görüş bildirmeleri durumunda yazara başvurulur ve yazarın gerekli düzeltmeleri tamamlayarak göndermesi istenir. Düzeltme için geri gönderilen yazılarda, hakemlerin ve editörün istemleri dışında değişiklikler yapılamaz. Düzeltme verilen makaleler yazarı veya yazarları tarafından belirtilen süre içerisinde düzeltilmedikçe yayınlanmaz. 6 gün içerisinde yazar tarafından düzeltilip gönderilmeyen makaleler sistem tarafından reddedilir.

9. Yazılar Microsoft Word programında yazılmalı tablo, şekil, grafik ve fotoğrafları ile birlikte gönderilmelidir.

10. Yazılar, yazının tüm yazarlarca okunup onaylandığını, başka bir yerde yayımlanmamış veya yayımlanmak üzere gönderilmemiş olduğunu belirten bir mektupla birlikte gönderilmelidir.

11. Sisteme yüklenen makale dosya içeriğinde yazarlara ait isim bulunmamalıdır. Yazarlara ait isimler, sadece ejmanager sisteminde makaleye ait bilgiler ile birlikte girilmelidir.

12. Araştırma makalelerinden etik kurul onayı gereken çalışmalarda, etik kurul onayı makale eki olarak sisteme ayrıca yüklenmelidir.

13. Resim ve tablolar dahil olmak üzere çalışmalar 20 sayfayı geçmemelidir.

14. Yazılar 12p Times New Roman fontu ile yazılmalı. Yazı kağıdı düzeni A4 boyuta, sayfanın solundan 3, sağından 2, üst ve altından 2 cm bırakılmalıdır.

15. Kaynakçaya atıflar "ISO 690 - Sayısal Başvuru" şeklinde olmalıdır.

Makale Yazısının Hazırlanmasında Dikkat Edilecek Hususlar

Makalenin başlığı: Başlık makalenin içeriğini yansıtacak karakterde olmalıdır. Bununla birlikte 12 kelimedenden daha uzun olmamalıdır.

Yazarlar : Yazar isimleri Makale yazısında bulunmayacaktır. Yazarların tam olarak isimleri, akademik dereceleri ve kurumları kayıt esnasında makale yükleme sistemine yazılmalıdır.

İletişim Adresi : İletişime geçilecek yazarın isimleri makale yazısında bulunmayacaktır. İletişime geçilecek yazarın isimleri ünvanı, adı soyadı , iletişim adresi, elektronik posta adresi kayıt esnasında makale yükleme sisteminde belirtilmelidir.

Özet Sayfası: Bu bölümde makalenin ana bölümlerinin kısa bir özeti verilmelidir. Özet Türkçe ve İngilizce olarak hazırlanmalıdır. Özet bölümü 250 kelimedenden daha fazla olmamalıdır. Özet bölümü Araştırma makalelerinde mutlaka; Giriş ve amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Sonuç başlıkları altında verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Türkçe ve İngilizce özetlerden sonra en az 3, en fazla 5 adet Index Medicus'a uyar şekilde anahtar kelime yer almalıdır.

Araştırma Makaleleri:

Ana Metin: Araştırma makaleleri geleneksel form olan, giriş ve amaç, gereç ve yöntem, bulgular, tartışma ve sonuç, kaynaklar ve tablo ve şekiller başlıklarında yazılmalıdır. Ana metin (Özet, tablo ve şekiller, kaynaklar hariç) 3000 kelimedenden fazla olmamalıdır.

Giriş bölümü, okuyucunun konuyla ilgili önceki yayınlara bakmaya ihtiyaç duymaksızın, şimdiki çalışmaların sonuçlarını anlayıp değerlendirmesine imkân tanıyacak, yeterli ölçüde bilgi temin etmelidir. Ayrıca giriş bölümü, çalışmanın gereklerini, mantığını ve kısa ve uzun vadede amaçlarını da belirtmelidir.

Gereç ve Yöntem bölümü, başka araştırmacıların çalışmayı tekrarlayabilecekleri ayrıntıda yazılmalıdır. Dolayısıyla yöntem tüm ayrıntıları ile yazılmalıdır. Kullanılan gözlem teknikleri, anketler ve diğer ölçüm şekilleri tarif edilmeli, veri elde etme biçimleri ve deney grupları tanımlanmalıdır. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinin nasıl yapıldığı belirtilmelidir. Klasikleşmiş yöntemler kullanılmış ve yöntemde herhangi bir değişiklik yapılmamış ise sadece yöntemin ismi ve alındığı kaynak verilmelidir

Bulgular bölümünde, araştırmada elde edilen veriler belli bir mantıksal-analitik bütünlük ve akış içinde, şekil ve tablolar verilerek açıklanmalıdır. Verilerin uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edilmesi gereklidir. Gerekirse şekil, fotoğraf ve benzeri görüntüler kullanılabilir.

Tartışma aşşağında verilen ana başlıkları içerecek şekilde yapılmalıdır.

- Çalışmanın temel bulgularının özeti,
- Çalışmanın güçlü tarafları ve sınırlılıkları,
- Elde edilen bulgularının literatür karşılaştırmalarını,
- Elde edilen bulguların gelecekteki çalışmalara ve uygulamaya olası yansımalarını içermelidir.

Tablo ve şekiller: Makalede yer alacak tablo ve şekillerin sayısı altıyı geçmemelidir. Tablolar ve Şekiller metin içinde geçen sırasıyla numaralandırılmalı, metin ile ilişkilendirilmeli, bir başlığa sahip olmalı ve bir yerden alıntı ise mutlaka altında kaynağı belirtilmelidir.

Teşekkür: Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereçsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

Derleme Makaleleri:

İncelenen konu ile ilgili temel görüşleri ortaya koyan, bu görüşlerin dayandığı analizleri irdeleyen ve bunlara dayanılarak yazarın bir sonuca vardığı yazılar olmalıdır. 4000 kelimedenden daha uzun olmamalıdır. Yazar konu ile ilgili olarak okuyuculara temel bilgileri verme içgüdüğü içerisinde olmalıdır.

Kısa Rapor:

İstisna durumlar haricinde orijinal makaleler için rehber aynı şekilde kalacaktır

Editöre Mektup:

Dergide yayımlanmış makalelerin gerek içeriği, gerekse biçimsel özellikleri ile ilgili yapılan tartışmalar ve okuyucunun katkılarını içeren yazılardır. Kongre, Sempozyum, Panel Bildirileri ya da Raporları: Derginin yayın ilkeleri kapsamına giren bilimsel faaliyetlerin sonunda yapılan bildiri ya da raporlardır.

Metin içi Atıf

Makale metinleri içerisinde kaynaklara yapılan atıflar "ISO 690- Sayısal Başvuru" şeklinde olmalıdır. Örneğin (1) gibi. Atıf numaraları 1 den başlayarak toplam kaynak sayısı kadar olan rakam ile bitmelidir.

Kaynaklar:

Makale içinde atıfta bulunulan her kaynak, Kaynaklar dizininde mutlaka bulunmalıdır. Kaynaklar metinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalı, dergi isimleri kısaltılmadan yazılmalıdır. Kaynak sayısı özgün araştırmalarda 50, olgu sunularında 20, derlemelerde 80 adeti geçmemelidir. Eğer birden çok kaynağa atıf varsa: (1, 5, 12-16) şeklinde olmalıdır. Yazarlar 10 adetten az kaynak kullanmamalıdır.

Burada "12-16", 12. kaynaktan 16. kaynağa kadar olan 5 yayını kapsamaktadır.

Kaynakların yazılışı aşağıdaki örneklerle göre yapılmalıdır:

Dergi:

- Yazar A.A, Yazar B.B.(Soyadı Adının Baş harfi), (Yıl), Makale Başlığı, Dergi İsmi, Derginin Sayısı; Makalenin sayfalarının ilk ve son sayfa numaraları.
- Davis, R., Revak J. R., & Crislip, K. E. (2006). Organizational downsizing: a review of literature for planning and research. *Journal of Healthcare Management*, 23, 170–184
- Kathuria C., Al-Assaf A.F., Akgün S.,(2007), Hasta Güvenliği Nasıl sağlanabilir? Sağlık Kuruluşlarında Tıbbi Hataların
- Bildirilmesi Nasıl Etkin Hale Getirilebilir?, *Hospital&Life Hastane Formu Dergisi*, Ocak-Şubat;13-21.Kitap Bölümü:
- Yazar A.A, Yazar B.B.(Soyadı Adının Baş harfi), (Yıl), Bölüm Başlığı. A.Editör, B.Editör, Kitap Adı; Bölüm sayfalarının ilk ve son sayfa numaraları, Basım yeri.
- Henken, J. (1999). The dynamic capacities of firms. In: M. L. Dupuis, C. E. Falcon, & C. K. Lovett(Eds.), *Technology, organization, and competitiveness* (pp. 10–24). Washington, DC: National Academy Press.

Kitap:

- Yazar A.A.(Yıl), Kitap Başlığı, Yayın Yeri ve Yayın Evi.
- Zweizig, K. A., Pinkus, R. M., & Vecchioni, T. L. (2000). *Health care management: organization design and behavior*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Elektronik Adres:

- Yazar, A.A, (Yıl), Çalışmanın Başlığı, Kaynağın alındığı tarih (Gün/Ay/Yıl), İnternet Adresi.
- Simons, D. Gone in 60 seconds: an innovative chain is trying to reinvent the way you get treated for routine ailments. Retrieved June 14, 2005, from www.ensuringsolutions.org.

Açıklama;

- Hazırlanan yazılardaki tüm sorumluluk yazar(lar)ın kendisine aittir.

İÇİNDEKİLER

Sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin değerlendirilmesi: Eğitim ve araştırma hastanesi örneği <i>Assessment of violence in health institutions: The case of training and research hospital</i> Hatice Esen, Güzin Aykal	1-9
Sağlık turizmi konulu yayınların bilim haritalama yöntemiyle analizi <i>Analysis of publications on health tourism by science mapping method</i> Yetkin Gürvardar, Ersen Aloğlu	10-21
Multi-Dimensional mental health sector workforce analysis: Comparison between european region countries <i>Çok boyutlu mental sağlık sektörü iş gücü analizi: Avrupa bölgesi ülkeleri arasında karşılaştırma</i> Berna Çalgı, Taner Artan, Doğaç Özüçelik	22-27
Türkiye ve Portekiz hemşirelik öğrencilerinin yaşam biçimi davranışları ve bağımlılık, depresyon düzeyleri <i>Turkey and Portugal nursing student lifestyle behavior and addiction, depression levels</i> Nükhet Kırığ, Yusuf Güver	28-36
Maliyet analizi ve veri zarflama analizi yöntemleri ile hastane verimliliğinin değerlendirilmesi <i>Evaluation of hospital productivity with cost analysis and data envelopment analysis methods</i> Zuhal Çayırtepe, Demet Kavak	37-43
Üniversite öğrencilerinde afetlere karşı bireysel direnç ve sosyal sermaye ilişkisinin değerlendirilmesi <i>Evaluation of the relationship between individual resistance against disasters and social capital in university students</i> Ali Ekşi	44-54
Afetlerde sürdürülebilir sağlık hizmetleri için güvenli hastane kavramının önemi üzerine bir araştırma <i>A research on the importance of the concept of safe hospital for sustainable health services in disasters</i> Hacer Canatan	55-60
Sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği: Kamu hastanelerinde risk değerlendirme yöntemlerine yönelik bir inceleme <i>Occupational health and safety in health institutions: An investigation on risk assessment methods in public hospitals</i> Hamiyet Kantarcıoğlu1, Abdulkadir Kantarcıoğlu2, Hamza Dinç	61-67
İstanbul'da özel bir hastanede güvenlik kültürü algısının değerlendirilmesine yönelik araştırma <i>Research on evaluation of security culture perception in a private hospital in Istanbul</i> Özge Özcan	68-76
Hand washing behavior of international Cyprus University Dialysis Technician Students <i>Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi Diyaliz Teknikerliği öğrencilerinin el yıkama davranışları</i> Nurdan Dikmen , Afet Arkut, Feray Gökdoğan	77-82

Sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin değerlendirilmesi: Eğitim ve araştırma hastanesi örneği

Assessment of violence in health institutions: The case of training and research hospital

Hatice Esen, Güzin Aykal

ÖZET

Amaç: Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışmada sağlık çalışanlarının iş yerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma durumları ve beyaz kod uygulamasının etkinliğine dikkat çekmek amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma 2018 yılının 1 Ocak -31 Aralık tarihleri arasında Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine bildirim yapılan 145 adet Beyaz Kod formlarının retrospektif olarak incelenmesi ile gerçekleştirilmiştir. Toplanan veriler üzerinde tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi uygulanmıştır. **Bulgular:** Araştırma sonucunda, 2018 yılında 145 adet beyaz kod bildirimini yapıldığı ve %15.2'lik oran ile en fazla Aralık ayında gerçekleştiği, şiddet türüne göre bakıldığında %94.5 sözel şiddet vakası meydana geldiği tespit edilmiştir. Beyaz kod bildirimleri en fazla polikliniklerden (%48.3) ve acil servisten (%29.7) yapılmış ve şiddet olaylarının %62.1'i mesai içinde gerçekleşmiştir. Sağlık çalışanlarına yapılan şiddetin %60,7'sinin hastalar tarafından uygulandığı, şiddete %69.7 (101) oranında hekimler, %22.8 (33) hemşirelerin maruz kaldığı tespit edilmiştir. Meydana gelen şiddetin nedenleri arasında; hasta ve hasta yakınlarının yanlış tutum ve davranışlarının ilk sırada, hastaların muayene ve tetkiki için sırasını beklemek istememesinin ikinci sırada yer aldığı bulunmuştur. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 39.5 ± 10.5 iken şiddet uygulayan bireyin yaş ortalaması 40.2 ± 10.8 ve en fazla erkekler tarafından uygulandığı bulunmuştur. Yaşanan bu şiddet olaylarında sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu hukuki yardım alırken görevden çekilme haklarını kullanmamıştır. **Sonuç:** Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, sağlık çalışanlarına karşı yapılan şiddetin önemli bir sorun olduğunu, bir kamu hastanesi örneği ile sağlıkta şiddet konusunun önemi vurgulanarak farkındalık oluşmasına katkı sağlayacağını göstermektedir.

Yazar Bilgileri/ Author Information:
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya.

Anahtar Kelimeler:
Beyaz Kod, Hastane, Sağlıkta Şiddet

Key Words:
White Code, Hospital, Violence in Health

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Hatice Esen,
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya,
hatice.esen@gmail.com,
ORCID: 0000-0003-1164-9086

Gönderme Tarihi/Received Date:
16.09.2019

Kabul Tarihi/Accepted Date:
13.03.2020

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
31.03.2020

ABSTRACT

Objective: In this descriptive study, it was aimed to draw attention to the verbal and physical violence of health workers in the workplace and the effectiveness of white code implementation. **Materials and Methods:** The study was conducted retrospectively on 145 white code forms that were notified to the Employee Rights and Safety Unit of Training and Research Hospital between 1 January and 31 December 2018. Descriptive statistics and chi-square test were applied on the collected data. **Results:** As a result of the research, it was found that 145 white code notifications were made in 2018 and occurred at a maximum rate of 15.2% in December. White code notifications were mostly made from polyclinics (48.3%) and emergency services (29.7%) and 62.1% of the violent incidents occurred during working hours. It was found that 60.7% of the violence against health workers was applied by the patients, 69.7% (101) of them were physicians and 22.8% (33) were nurses. Among the causes of violence; It was found that the wrong attitudes and behaviors of the patients and their relatives were in the first place and the unwillingness of the patients to wait for the examination and examination was in the second place. It was found that the mean age of the health workers exposed to violence was 39.5 ± 10.5 years, while the mean age of the perpetrators was 40.2 ± 10.8 years and the highest rate was applied by men. In these violent incidents, the majority of health workers did not exercise their right to withdraw from legal aid. **Conclusion:** The results of this study show that violence against health workers is an important problem and that it will contribute to awareness raising by emphasizing the importance of violence in health with the example of a public hospital.

GİRİŞ

Son yıllarda Türkiye'de sağlık profesyonellerine yönelik şiddetin giderek arttığı ve yaygınlaşan şiddetin çalışanları olumsuz yönde etkilediği aşikârdır. Şiddet olgusu insanlık tarihiyle birlikte ortaya çıkmış olan, birçok bireysel ve toplumsal öge ile birlikte oldukça karmaşık

bir yapıya sahip olup tanımlamak ve ortaya çıkarmak oldukça güçtür(1). Sağlık kurumlarında şiddet, işyerinde yaşanan şiddetin oldukça yaygın olan görülen biçimidir. Sağlık çalışanlarının yarısından fazlası işyerinde şiddet maruz kalmıştır (2). Sağlık alanında çalışanların maruz kaldığı şiddet olaylarının diğer sektörlerde

çalışanlara göre 16 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir. Dünyada ve Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik yapılan şiddetin giderek artış göstermekte ve bu açıdan değerlendirildiğinde mesleki açıdan önem arz etmektedir (2). Bu konuda yapılan en önemli çalışma Sağlık Bakanlığının 14/05/2012 tarihli Çalışan Güvenliği Genelgesi ile tüm kamu hastanelerinde Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimlerinin kurulmasıdır (3). Türkiye’de sağlıkta kalite standartlarına (SKS) kapsamında sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemek amacıyla acil uyarı kodu olarak beyaz kod bildirim sistemi oluşturulmuştur (4).

ŞİDDET KAVRAMI

Şiddet, kelimesi kökenini Latince “violentia” kelimesinden alan (6) sertlik, sert ve katı davranış, kaba kuvvet kullanma, insanları sindirmek, korkutmak için yaratılan olay ya da girişimler olarak tanımlanmaktadır (1). Bir başka tanıma göre şiddet; bir kişinin kendine ya da bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdit amaçlı yapılan girişimler olarak tanımlanmaktadır (7). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti, fiziksel saldırı, cinayet, sözel saldırı, duygusal, cinsel veya ırksal taciz olarak sınıflandırmaktadır (5) Sağlık kurumlarında şiddet; hasta, hasta yakınları tarafından sağlık çalışanlarına karşı gerçekleştirilen sözel, fiziksel veya cinsel saldırı sonucunda meydana gelen durum olarak tanımlanmaktadır (8).

Sağlık kurumlarında şiddetin nedenlerini belirlemek için öncelikle bu kurumların yapısını belirtmek faydalı olacaktır. Sağlık çalışanları matriks yapıda ve multidisipliner bir şekilde farklı görevleri ve sorumlulukları yerine getirerek hizmet sunumu gerçekleştirmektedirler. Sağlık kurumlarında şiddet hasta/hasta yakınları, diğer çalışanlar ve dış saldırganlar gibi birden fazla kaynak tarafından gerçekleştirilebilir. Yine sağlık kurumlarında şiddet fiziksel, sözel, kasıtlı veya psikolojik rahatsızlığı bulunan kişi tarafından da olabilmektedir (6). Sağlık kurumlarında şiddetin nedenleri incelendiğinde birden fazla nedeninin olduğu söylenebilir. Bunlar (6–8);

- Hasta ve/veya yakınlarının kendilerinin daha acil olduğu düşünmesi nedeniyle hemen kendileri ile ilgilenilmesini istemesi,
- Hasta ve/veya yakınlarının beklentilerinin yüksek olması,
- Hasta ve/veya yakınlarının işlerin düzenli yürümediği veya öncelik sıralamasında adil davranılmadığını düşünmesi,

- Şiddet uygulayan kişinin alkol alması veya ilaç/ madde kullanması,
- Eğitim durumunu düşüklüğü,
- Hastane kurallara uymama,
- Mental hastalıklar ve davranış bozuklukları gibi faktörler sıralanabilir.

Sağlık kurumlarında 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi, personel sayısının yetersiz olması, aşırı kalabalık ortamda çalışma, tek başına çalışma, şiddetle baş etme konusunda çalışanın eğitim yetersizliği ve yeterli sayıda güvenlik görevlisinin olmaması gibi bazı faktörler de şiddet riskini artırmaktadır (9).

Şiddet olayları incelendiğinde, şiddet uygulayan kişilerin sıklıkla otuzlu yaşlarda, erkek, düşük sosyo-ekonomik gelir düzeyine sahip, genellikle daha önce yasal sorunlar yaşayan veya tutuklanma öyküsü olan kişilerden oluşturduğu görülmektedir (10). Yaşanan bu şiddet sağlık çalışanlarını olumsuz yönde etkilemektedir. İş yeri şiddeti özellikle sağlık sektöründe iş doyumunu olumsuz yönde etkileyen faktörlerden biridir (11). İncelenen şiddet olaylarında şiddete uğrayan bireylerde oluşan durumlar; %40 ila %70’inde kronik tükenmişlik olarak izlenirken, konu hakkında konuşmama, olayı hatırlamaktan rahatsızlık duyma, öfke, fiziksel yaralanma, stres, özgüvenin azalması, kızgınlık, travma sonrası stres bozuklukları, anksiyete, işe devamsızlık, kişilerarası ilişkilerin bozulması, iş memnuniyetinin ve işe bağlılığın azalması şeklinde özetlenebilir (6,12,13). Hastalara yardım etmeye çalışan sağlık çalışanlarının çalışma ortamında şiddete uğraması şaşırtıcı ve kabul edilemez bir durumdur. Bu durum sağlık çalışanlarının fiziksel, psikolojik ve sosyal yapısına zarar vermekte, ilk etkilerinin yanında stresin ve tıbbi hataların artmasına, iş verimliliğinin ve yaşam kalitesinin azalmasına, anksiyete ve konsantrasyon güçlüklerine, ruhsal problemlere ve sosyal ilişkilerden çekilme gibi bir çok bozukluklara yol açabilmektedir (14). Sağlık kurumlarında son yıllarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet giderek artış göstermekte olup (17) hemen hemen her gün medyada paylaşılır hale gelmiştir (18).

TÜRKİYE’DE SAĞLIK KURUMLARINDA UYGULANAN ŞİDDET VE SIKLIĞI

Türkiye’de sağlık kurumlarında yaşanan şiddet ile ilgili pek çok çalışma bulunmaktadır. Bıçkıcı tarafından (2013) yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının son bir yıl içinde sözel ve fiziksel şiddete %55.8 fiziksel şiddete ise %7.7 oranında maruz kaldığı tespit edilmiştir (10).

Ankara’da 24 hastaneyi kapsayan çalışmada; şiddete uğramış sağlık çalışanlarının %50.5’inin kadın, %26.9’unun lisans mezunu, %30.4’ünün hemşire olduğu

bulunmuştur. Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının ilk sırada %37.4'ünün acil serviste çalıştığı, %48.1'inin sözel şiddete maruz kaldığı, %70.9'unun şiddete hastayla ilgili işlem yaparken maruz kaldığı, şiddet uygulayanın %54.9'unun erkek, %69.4'ünün hasta yakını olduğu gösterilmiştir. Kadın sağlık çalışanlarının %57.7'si hasta yakınından, %28.8'i hasta ve hasta yakınlarından, %11.5'i hastalardan; erkek sağlık çalışanlarının ise %83'ü hasta yakınından, %10'u hasta ve hasta yakınından, %3'ü hastalardan, %3'ü diğer kişilerden kaynaklanan şiddete maruz kaldığı gösterilmiştir (15).

Konya'da devlet hastanesinde 2012-2016 yıllarında beş yıllık süreçte yapılan Beyaz Kod Bildirim Formları geriye dönük olarak incelenmiştir. Çalışmada en fazla şiddet olaylarının hasta yoğunluğunun olduğu polikliniklerde ve acil serviste meydana geldiği belirtilmiştir. Şiddete hekimlerin %50 oranında maruz kaldığı, bayan sağlık personelinin erkek sağlık personeline göre iki kat daha fazla şiddet gördüğü, en çok hakaret ve tehdit içeren sözel şiddetin olduğu belirtilmiştir. Şiddetin nedeni incelendiğinde ise tedavi memnuniyetsizliğinin ilk sırada yer aldığı gösterilmiştir. Şiddet olayının gerçekleştiği zaman dilimi değerlendirildiğinde; 08:00-16:00 saatleri arasında meydana geldiği, şiddet uygulayan bireylerin dağılımı incelendiğinde; en çok hasta yakını tarafından şiddetin uygulandığı belirtilmiştir. Şiddeti uygulayanların; erkek cinsiyetin ilk sırada yer aldığı gösterilmiştir (3).

Sağlık-Sen tarafından 25 ilde 1300 sağlık çalışanı kapsayan bir çalışma yapılmıştır. Katılımcıların %47.3'ü hemşire, %13.6'sı radyoloji, laboratuvar, röntgen, anestezi teknikerleri, %9.1'i ebe, %8.9'u sağlık memuru, %7.5'i memurlar, %6'sı doktordur. Bu çalışmada; doktorların %89,7'si, hemşirelerin %89,1'i, ebelerin %85.6'sı, sağlık memurunun %80.2'si şiddetle karşı karşıya gelme konusunda endişe duydukları belirtilmiştir. Sağlık çalışanları en az bir kez sözel, psikolojik ya da fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtenlerin oranı %86.8'dir. Son bir yıl içerisinde en az bir kez sözel, psikolojik ya da fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten katılımcıların oranı %81.6'dır. Son bir yıl içinde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtenlerin oranı %23.7'dir. Şiddete maruz kalanların %56.9'u şiddetin hasta yakını tarafından, %31.8'i ise hastalar tarafından gerçekleştirildiğini belirtmişlerdir. Şiddeti uygulayan kişilerin cinsiyetine bakıldığında, %68.33'ünün erkek, %31.67'sinin ise kadın olduğu, mesai saatinde şiddet yaşadığını belirten katılımcıların oranı %64.5 olduğu gösterilmiştir (16).

TBMM'nin çalışmasında, 1 Temmuz - 31 Aralık 2012 tarihlerinde Sağlık Bakanlığı Beyaz kod sistemine yapılan başvurular incelenmiştir. Bu verilere göre bildirimlerin %67'si sözel şiddet, unvanına göre

bakıldığında; %55 hekim, %30 hekim dışı sağlık personeli, %33 acil servis, %31 polikliniklerde meydana geldiği görülmektedir(10). Aydın ilinde bir kamu hastanesinde yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %74.4 oranında şiddet uğradığını belirmiştir. Şiddeti gerçekleştiren yaş grubunu büyük çoğunluğunun (%58.6), 31-50 yaş arasında olduğu, %63.3'ünün hasta yakını tarafından uygulandığı %68.8'inin erkek cinsiyet tarafından şiddet uygulandığı gösterilmiştir (6).

İzmir'de 300 sağlık çalışanının katılımı ile yapılan çalışmada; son 1 yılda %73 oranında şiddete maruz kaldığı belirtilmektedir. Şiddetin %94.4'ü acil serviste, şiddetin %69.7'si sözel şiddet, şiddetin %53.2 oranında 16:00-24:00 saatleri arasında gerçekleştiği gösterilmiştir. Şiddet sırasında %95.6 oranında herhangi bir cisim kullanılmadığı, sağlık çalışanların %95.9'unun yaralanmadığı, %41'inin güvenlik görevlisi çağırdığı, %68'inin mesleki performans kaybı yaşadığı, %85.6'sının şiddeti adli birimlere bildirmediği ve %67.9'unun gerekçe olarak adli yargılama sürecinin uzun olmasını belirtmiştir (14).

Kocaeli'nde 2. ve 3. basamak sağlık hizmeti sunan 12 sağlık kurumunu kapsayan çalışmada; son bir yıl içinde %72.4 oranında şiddete uğradıkları, hemşirelerin %82.1, hekimlerin %4.6 oranında şiddet maruz kaldığı, %98.5 oranında sözel şiddete maruz kaldığı gösterilmiştir (5).

Ankara'da 6 hastanenin acil servisinde çalışan 128 hemşireyi kapsayan çalışmada şiddet ve iş doyumunu arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan çalışmada hemşirelerin yaş ortalaması 29.48±6.47 olduğu ve %65.6'sının şiddete uğradığı belirtildi. Şiddete uğrayan hemşirelerin %68'i sözel şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir. Hemşirelerin iş yerinde şiddet görme ile iş doyumunu arasında anlamlı fark tespit edilirken (p<0.05) şiddet gören hemşirelerin iş doyumunu puanlarının diğer hemşirelere göre daha düşük olduğu belirlendi. Yani şiddete maruz kalmanın iş doyumunu azalttığı gösterilmiştir (13).

Samsun'da yapılan tek merkezli bir çalışmada; son bir yıl içerisinde şiddete % 85.9 maruz kalma kaldığı, şiddet türünün %59.4 (38)'ünün sözel, %26.5'inin (17) fiziksel şiddete maruz kaldığını, hekimleri %71.4 oranında şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada şiddete maruz kalmanın sürekli kaygı puanını anlamlı bir şekilde yükselttiği (p<0.01) gösterilmiştir (21).

Ankara'da özel bir sağlık kurumunda yapılan çalışmada; sağlık çalışanlarından % 24.2'sinin şiddete maruz kaldığı, şiddetin % 45.5'inin hasta tarafından uygulandığı, saldırganların %76.2'sinin erkek olduğu ve şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının tamamı sözel tehdit ya da saldırganlık şeklinde şiddete maruz kaldığı gösterilmiştir (9,11).

MEVZUAT DÜZENLEMELERİ

Sağlık Bakanlığının çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik mevzuat çalışmaları yer almaktadır. Bu çalışmaların başlangıcı 16/10/2009 tarih ve 27378 sayılı “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”e dayanmaktadır(17)Diğer bir mevzuat çalışması 06/04/2011tarih ve 27897 sayılı “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik”tir (18).“Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik”(19).14.05.2012 tarihinde 81 ilde bulunan tüm kamu, üniversite, özel sağlık kurum ve kuruluşlarına gönderilen “Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi” ile çalışan güvenliğine ilişkin düzenlemeler talimatlandırılmıştır(3).2012 yılında İç İşleri Bakanlığı tarafından yayımlanan “Sağlık Personeline Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması” genelgesinde ile yerine getirdikleri kamu görevi nedeniyle sağlık çalışanlarına karşı;

- Yaralama (TCK Madde 86-87),
- Tehdit (TCK Madde 106),
- Hakaret (TCK Madde 125),fiillerinin işlenmesi halinde, mağdur kişinin şikâyeti aranmaksızın, sağlık kurumlarında görevli olan hastane polisleri ve kolluk kuvvetlerince doğrudan işlem tesis edilmesi, ilgili Cumhuriyet savcılığına bilgi verilmesi, gerekli soruşturmanın başlatılacağı belirtilmiştir (20).

SKS kapsamında, 2011 yılı Temmuz ayında ise beyaz kod uygulaması başlatılmıştır. Tüm sağlık kurumlarında renkli kod sistemi ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalı, tüm çalışanlara eğitimler verilmeli ve ortak bir dil oluşturulmalıdır(4).Türkiye Cumhuriyeti anayasanın 12. maddesinde temel hak ve hürriyetlerin niteliği başlığı altında “herkes kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir” denilmektedir. Bu haklardan en önemlisi yaşam hakkıdır. Yine Anayasa’nın 17. Maddesinde kişinin dokunulmazlığı, maddi ve manevi varlığı başlığı altında “herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.” ifadesi yer almaktadır. Anayasa’nın 49. Maddesinde çalışma hakkı ve ödevi başlığı altında; devlet, çalışanların hayat düzeyini yükseltmek, çalışma hayatını geliştirmek için çalışanları ve işsizleri korumak, çalışmayı desteklemek, işsizliği önlemeye uygun ekonomik bir ortam yaratmak ve çalışma barışını sağlamak için gerekli önlemleri almaktadır (21). Türk Ceza Kanununun 265/1 5237 sayılı maddesinde “kamu görevlisine karşı görevini yapmasını engellemek amacıyla, cebir ve tehdit kullanan kişi, altı aydan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” ifadesi yer almaktadır (22).

Bu çalışmada bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görevli sağlık çalışanlarının maruz kaldığı sözel ve/veya fiziksel şiddet olaylarının sayısal veriler ışığında analizi, değerlendirilmesi, çözüm önerileri geliştirmeyi, sağlıklı çalışma ortamının sağlanması, sağlık çalışanlarının ve yöneticilerinin şiddetle ilgili farkındalıklarının artırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma 2018 yılında Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine bildirilmiş Beyaz Kod Bildirim Formlarının geriye dönük olarak incelenmesi ile yapılmıştır. Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine yapılan beyaz kod başvurularının değerlendirilmesiyle, çalışanların uğradıkları şiddet türünün, oluş nedeninin, şiddet olayının gerçekleştiği birimlerin, şiddete uğrayanların ve şiddeti uygulayanların yaş, cinsiyet gibi tespit edilen özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. .Araştırma kapsamında hastane yönetiminden yazılı izin alınmıştır.

Araştırmanın Evreni/Örneklemi:

Araştırmanın örneklemini, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine 1 Ocak-31 Aralık 2018 ile Aralık arasında yapılan 145 adet Beyaz Kod başvuruları oluşturmaktadır.

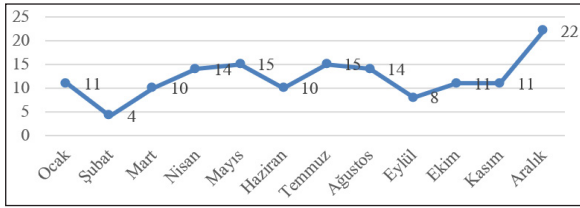
Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırma, Antalya ili genelinde yapılmak istenmiş ancak beyaz kod ilgili verilerin toplanmasında güçlük olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle sadece eğitim ve araştırma hastanesi bünyesinde yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırmada 2018 yılında 145 adet beyaz kod bildirim formu düzenlenmiştir. Beyaz kod bildiriminin %15,2 (22) ile en fazla Aralık ayında, en az ise %2,8 (4) ile Şubat ayında yapıldığı görülmektedir (Şekil1).

Beyaz kod bildirimlerinin tanımlayıcı özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir. Beyaz kod vakasında şiddetin gerçekleştiği birimler Şekil 1: Aylara Göre Dağılım incelendiğinde ilk sırada hasta poliklinikler %48,2 (70), ikinci sırada ise acil servis%29,7 (43) olduğu görülmektedir. Yaşanan şiddet olayının meydana gelme zaman aralığı incelendiğinde %62,1’inin (90) mesai saatlerinde gerçekleşmiş olduğu görülmüştür. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanları değerlendirildiğinde; en çok şiddete ilk sırada %69,7 (101) oranında hekimler, ikinci sırada ise %22,8 hemşirelerin maruz kaldığı görülmektedir. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 39,5±10,5 olup %42,8’inin 42 yaş ve üstünde yer aldığı tespit edilmiştir. Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının % 94,5’i hukuki yardım talebi



Şekil 1: Aylara Göre Dağılım

hukuki yardım talebinde bulunmuş ancak %78,6'sının görevden çekilme talebi olmamıştır. Sağlık çalışanlarına yapılan şiddet türü değerlendirildiğinde %94,5'inin sözel şiddet olarak gerçekleştiği görülmektedir.

*Klinik+Yoğun Bakımlar**Poliklinik+Semt Poliklinikleri***Hemşire +Ebe +Sağlık Memuru +Anestezi Teknisyenini ****Asistan+Uzman Hekim+Akademik Kadro

Gerçekleşen şiddet olaylarının nedenleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Meydana gelen şiddet olaylarının oluş nedeni değerlendirildiğinde; hasta ve hasta yakınlarının yanlış tutum ve davranışları %55,9'luk (81) oran ile ilk

sırada yer almaktadır. İkinci sırada ise %17,2'lik oran ile hastaların muayene ve tetkiki için sırasını beklemek istememesi yer aldığı almaktadır. Şiddet olayların %7,6'sı ise hastanın randevusuz muayene olma talebi nedeniyle gerçekleşmiştir. Yine hastaların tıbbi gereklilik olmadan ilaç yazdırmak istemesi, istirahat raporu talep edilmesi, ziyaret ve refakat kurullarına uyulmaması da nedenler arasında yer almaktadır. Hasta ve yakınlarının yanlış tutumlarının kapsamı incelendiğinde; hasta olmadan hasta adına tetkik sonuçlarının hekim tarafından değerlendirilmesinin istenmesi, tedaviyi kabul etmeyen hasta yakını, damar yolunun acıttığının belirtilmesi, tedaviye müdahale etme, hekim tarafından yapılan açıklamaları beğenmeme, hasta yakınına tedavi ve takip sırasında bekleme odasına geçmesinin söylenmesi gibi nedenler yer almaktadır.

Sağlık profesyonellerine şiddet uygulayan bireylerin tanımlayıcı özellikler Tablo 3'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde; sağlık profesyonellerine uygulanan şiddetin %60,7'sinin hasta tarafından gerçekleştiği

Tablo 1: Beyaz Kod Bildirimlerinin Tanımlayıcı Özellikleri

	Sayı	%		Sayı	%
Birimlere Göre Dağılım			Şiddete Uğrayan Sağlık Profesyonelinin Yaş Grubu		
Klinik*	32	22,1	20-30	42	29,0
Poliklinik**	70	48,3	31-41	41	28,3
Acil	43	29,7	42 Üstü	62	42,8
Toplam	145	100,0	Toplam	145	100,0
Zaman Aralığına Göre Dağılım			Yaş Ortalaması		
Mesai İçi	90	62,1	39,5±10,5		
Mesai Dışı	55	37,9	Uygulanan Şiddet Türüne Göre Dağılım		
Toplam	145	100,0	Sözel	137	94,5
Meslek Grubuna Göre Dağılım			Fiziksel	8	5,5
Hemşire***	33	22,8	Toplam	145	100,0
Hekim****	101	69,7	Şiddete Uğrayan Sağlık Profesyonelinin Hukuki Yardım Talebi		
Tıbbi Sekreter	5	3,4	Evet	137	94,5
Güvenlik	6	4,1	Hayır	8	5,5
Toplam	145	100,0	Toplam	145	100,0
			Görevden Çekilme Talebi		
			Evet	31	21,4
			Hayır	114	78,6
			Toplam	145	100,0

Tablo 2 : Maruz Kalınan Şiddetin Nedenlere Göre Dağılımı

Şiddetin Nedenleri	Sayı	%
Hasta/Yakınlarının Yanlış Tutum ve Davranışları	81	55,9
Sıra Beklemek İstememe	25	17,2
Randevusuz	11	7,6
Hastanın İlaç Yazdırma Talebi	6	4,1
Ziyaretçi / Refakatçi Kuralı İhlali	6	4,1
Diğer	6	4,1
Hastanın Rapor Talebi	5	3,4
Mahremiyet İhlali Olduğunun Düşünülmesi	5	3,4
Toplam	145	100,0

tespit edilmiştir. Şiddeti uygulayan bireyin cinsiyeti incelendiğinde en fazla şiddetin erkek cinsiyet tarafından şiddet uygulandığı tespit edilmiştir. Şiddet uygulayan bireyin yaş ortalaması $40,2 \pm 10,8$ olup %40'ının ise 42 yaş ve üstünde olduğu bulunmuştur.

Tablo 3: Şiddeti Uygulayan Bireylerin Özellikleri

Şiddet Uygulayan Kişi	Sayı	%
Hasta Yakını	57	39,3
Hasta	88	60,7
Toplam	145	100,0
Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	57	39,3
Erkek	88	60,7
Total	145	100,0
Yaş	Sayı	%
20-30	33	22,8
31-41	54	37,2
42 üstü	58	40,0
Toplam	145	100,0
Yaş Ortalaması	40,2±10,8	

Şiddet uygulayan bireyler ile şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının yaşa göre karşılaştırması Tablo 4'te görülmektedir. Tablo incelendiğinde yaş grubunda yer alan bireylerin kendinden küçük yaş grubuna şiddet uygulama eğiliminde eğiliminde olduğu görülmektedir ($p=0,05$).

TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Sağlıkta şiddet; sağlık çalışanlarına, hasta ve hasta yakınları tarafından sözel ya da fiziksel saldırı yapılmıştır. Son yıllarda sağlık alanında şiddet oldukça fazla görülmektedir. Hasta ve yakınlarının şiddeti başlatma nedenleri arasında, uzun bekleme süresi, gergin hasta yakınları, kişisel sorunlar, personel yetersizliği, yetersiz güvenlik önlemleri gibi nedenler sayılabilir.

Araştırma sonucunda elde edilen verilere göre şiddete maruz kalan sağlık çalışanları arasında ilk sırada

hekimler ikinci sırada ise hemşirelerin yer aldığı izlenmektedir. Hekim ve hemşirelerin hastalar ile bire bir ilişki içerisinde olmaları ve sağlık hizmetinin 24 saat kesintisiz devam etmesinden dolayı daha sık şiddete maruz kaldıkları anlaşılmaktadır. Oral ve ark. tarafından yapılan çalışmada şiddete maruz kalan sağlık çalışanları değerlendirildiğinde; en çok şiddet görenlerin hekimlerin, ebe-hemşireler ikinci sırada olduğu gösterilmiştir(2). TBMM'nin çalışmasında, 1 Temmuz 31 Aralık 2012 tarihlerinde arasında yapılan çalışmada hekim %55, hekim dışı sağlık personeli %30 oranında şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (10). Sağlık-Sen tarafından yapılan çalışmada doktorların %89,7'sinin, hemşirelerin %89,1'inin, ebelerin %85,6'sının, sağlık memurunun %80,2'sinin şiddetle karşı karşıya gelme konusunda endişe duymaktadır(16). Çamcı ve Kutlu (2011) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin %82,1, hekimlerin %4,6 oranında şiddet maruz kaldığı maruz kaldığı gösterilmiştir(5). Bıçkıcı (2013) tarafından yapılan çalışmada doktorların %79,6 oranında ilk sırada yer alırken hemşireler %43,1 oranı ile ikinci sırada yer almaktadır(10). Durak ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada doktorların %76,2'si, hemşirelerin %72,5'i çalıştıkları birimde herhangi bir zamanda şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir(14). Yapılan çalışmada ise bir yıl içerisinde hekimlerin %69,7, hemşirelerin ise %22,8 sözel veya fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Meslek grupları açısından değerlendirildiğinde çalışma sonuçları ile literatürle uyumludur.

Literatürde sözel veya fiziksel şiddetin en fazla poliklinik ve acil servislerde meydana geldiğine dair çalışmalar mevcuttur(2). Bir çalışmada polikliniklerde (%34,6) ve kliniklerde (%32,7) çalışanların şiddete maruz kalması diğer birimlere kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmiştir(10). Polikliniklere randevu ile başvurunun ve talebin fazla olması, yine acil serviste hasta ve/veya yakınlarının kaygı düzeylerinin yüksek olması nedeniyle şiddetin daha fazla olduğu söylenebilir. Bu çalışma da ise şiddetin en fazla polikliniklerde ikinci sırada acil serviste üçüncü sırada kliniklerde maruz kalmaktadır. Çalışma sonuçları literatür ile uyumludur.

Tablo 4: Şiddet Uygulayan ve Şiddete Maruz Kalan Bireylerin Yaş Grubu Dağılımı

	Şiddete Uğrayan Sağlık Profesyonelinin Yaş Dağılımı			Toplam	X ²
	20-30 Yaş	31-41 Yaş	42 üstü Yaş		
Şiddet Uygulayan Bireyin Yaş Dağılımı	20-30 Yaş	7	8	18	0,035
	31-41 Yaş	23	11	54	
	42 üstü Yaş	12	22	58	
	Toplam	42	41	62	

Ki-Kare Testi

Yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının en fazla sözel şiddete (%94,5) maruz kaldığı görülmüştür. Bahar ve ark (2015) tarafından yapılan şiddete uğrayan hemşirelerin %68'i sözel şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir(13). Kaza-ndere (2016) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %94,5 sözel şiddete maruz kaldığı gösterilmiştir (6). Akca ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada şiddete uğrayan personelin tamamı sözel tehdit ya da saldırganlık şeklinde şiddetin türünü açıklamışlardır (9)Çamcı ve Kutlu tarafından yapılan çalışmada şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %15,8'inin fiziksel şiddete, %98,5'inin sözel şiddete, %24'ünün mobbinge ve %6,1'inin cinsel tacize uğradığı belirtilmiştir(5). Alyaemni ve ark (2016) tarafından yapılan çalışmada hastanenin acil servislerinde hemşirelerin,% 74.1 oranında sözlü şiddete maruz kaldığı gösterilmiştir(2).Aktaş ve Aydemir (2018) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %48,1'i sözel şiddete maruz kaldığı gösterilmiştir(15). Devebakan (2013) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %86,9'u sözel, %13,1'i fiziksel şiddete uğradığı belirtilmiştir.(23) Durak ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada şiddetin %69.7'sinin sözel şiddet gerçekleştiği gösterildi(14).Ayrancı ve ark tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %50.8 çalıştığı bir anda şiddet türlerinden birine ya da daha fazlasına maruz kaldığını belirtmiştir(24). Bu çalışma sonuçlarında sağlık çalışanlarının sözel şiddete maruz kalma sıklığı literatür ile paralel iken, fiziksel şiddete maruz kalma sıklığı paralel değildir. Bu çalışmada belirtilen fiziksel şiddetin nedenlerine bakıldığında; birisi mental rahatsızlığa sahip olan kişi tarafından, ikisinin vefat eden hastanın yakınları tarafından uygulandığı diğerlerinin ise hastaların olumsuz tutum ve davranışlarından kaynaklandığı görülmektedir. Meydana gelen fiziksel şiddetin çoğunluğunun acil serviste meydana gelmesi eğitim ve araştırma hastanesi olması nedeniyle fazla başvurunun olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Türkiye'de yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin hasta veya hasta yakınları tarafından uygulandığı belirtilmiştir (9,25). Bu çalışmada sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin %60.7'sinin hasta tarafından gerçekleştiği, en fazla şiddetin erkek cinsiyet tarafından şiddet uygulandığı tespit edilmiştir. Akca ve ark. (2014) tarafından saldırganların çoğunluğunun erkek olduğu ve % 45,5'lik bir oranla en fazla muayene odasında saldırıya uğradıkları belirtilmiştir (9). Saldırganların genellikle erkek olması literatür ile uyumludur (10,15,16).

Yapılan çalışmada şiddet olaylarının oluş nedeni değerlendirildiğinde; hasta ve hasta yakınlarının yanlış tutum ve davranışları %55.9'luk oran ile ilk

sırada yer almaktadır. Oral ve ark. tarafından yapılan çalışmada şiddete maruz kalan sağlık çalışanları değerlendirildiğinde; şiddet olaylarının oluş nedeni değerlendirildiğinde; tedavi memnuniyetsizliğinin yer aldığı, gösterilmiştir(2). Şiddetin bir diğer nedeni uzun hasta bekleme süreleri olarak belirtilmiştir(26). Yapılan çalışmalarda; hastaların çalışanlara karşı güvensizlikleri, stresli duygu durumları ve medyadan etkilenme(27), yapısal sorunlar (28), kalabalık ve gürültülü ortamlar, hastaneye uygun olmayan mimari, personel yetersizliği, uzun bekleme süreleri (29) diğer sebeplerde şiddetin nedenleri arasında görülebilmektedir. Sağlık çalışanlarının iletişim sorunları ve kişisel sorunları ve yorgunluğu, krizleri yönetiminde yetersizlikleri de sebepler arasında görülmüştür (30). Hastanelerde yaşanan şiddetin nedenlerine ilişkin değerlendirmelerin çalışmalarda ve bu çalışmada belirli başlıklar altında toplanabildiği ve literatür ile benzerlik göstermektedir.

Yapılan çalışmada şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının % 94.5'i hukuki yardım talebi hukuki yardım talebinde bulunmuş ancak %78.6'sının görevden çekilme talebi olmamıştır. Literatür incelendiğinde paralel sonuçların olduğu görülmektedir (2).

Yapılan çalışmada şiddete maruz kaldığı, şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 39.5±10.5, şiddet uygulayan bireyin yaş ortalaması ise 40.2±10.8 olarak bulunmuştur. Yıldız (2019) tarafından yapılan çalışma da en fazla şiddete 30-40 yaş arasında olan sağlık çalışanlarının maruz kaldığı belirtilmiştir (31). Şiddet uygulayan bireyler ile şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının yaşa göre karşılaştırmasında bireylerin kendinden küçük yaş grubuna şiddet uygulama eğiliminde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4) Verilerden anlaşılacağı gibi hasta ve hasta yakınlarının yoğun olduğu poliklinik ve acil servislerde daha çok güvenlik tedbirleri alınması gerekmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi konusunda eğitimler önem arz etmektedir.

Bu çalışma sonuçlarına göre sağlık çalışanları mesai saatlerinde daha çok şiddete maruz kalmıştır. Çalışmalar incelendiğinde şiddet vakalarının %52,5'inin gündüz mesai saatlerinde meydana geldiği belirtilmiştir(3,28). Çalışma sonuçları ile literatür paralellik göstermektedir.

Sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olayları sağlık çalışanlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bahar ve ark (2015) tarafından acil serviste çalışan hemşirelerin şiddete maruz kalma ve iş doyumuna etkili olan faktörlerin incelenmiş ve hemşirelerin iş yerinde şiddet görme ile iş doyumunu arasında anlamlı fark bulunurken (p<0.05) şiddet gören hemşirelerin iş doyumunu puanlarının diğer hemşirelere göre daha düşük olduğu belirtilmiştir(11).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Son yıllarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları giderek yaygınlaşmakta, sıklıkla basın ve yayın organlarında yer alarak gün geçtikçe artan sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde Türkiye’de sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet oldukça önemli bir sorundur. Sağlık çalışanlarının amacı herkese eşit koşullarda doğru zamanda, doğru şekilde ve hakkaniyetli sağlık hizmeti sunmaktır. Ancak sağlık çalışanları bu görevlerini yerine getirirken güvenli koşulların sağlanması ve meydana gelebilecek şiddet riskinin azaltılması ve güvenli çalışma ortamının yaratılması en doğal haklarıdır. Sağlık çalışanları için sağlıklı ve güvenli ortamın sağlanmasında yasal düzenlemelerin yapılması, uygulanması ve caydırıcı özellikte olması, çalışanların yasal süreç hakkında eğitimi ve yöneticilerin desteği gibi çok yönlü konular konuları kapsamaktadır. Ancak en önemli konu mevzuat düzenlemelerin yeterli düzeyde olmasıdır.

Şiddeti önlemek için aşağıdaki adımları uygulayabiliriz:

- Sağlık çalışanlarının itibarını yükseltmeli, değersizleştirilecek tüm uygulamalardan kaçınılmalıdır.
- Sağlık çalışanlarına yönelik bir şiddet olayı gerçekleştiğinde kamudaki tüm yöneticiler aynı tepkiyi vermelidir.
- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulayan birey hakkında şiddetin türüne bakılmaksızın hem adli süreç başlatılmalı hem de bazı idari haklardan mahrum edilmelidir. Adli süreç işlemleri hızlı ve sonuç odaklı olmalıdır.
- Sağlıkta şiddetin önlenmesi için tüm otoriteler işbirliği yapmalı ve sonuç odaklı çözümler aranmalıdır.
- Beyaz kod uygulaması hakkında hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmeli, bu yönde kamu spotu oluşturulmalı ve yerel yönetimlerle işbirliği yapılarak bilgilendirme günleri düzenlenmelidir.
- Meydana gelen şiddet olaylarında hastane yönetiminin personelinin desteklemelidir.
- Şiddete başvuran hasta ve hasta yakınlarına verilen cezalar caydırıcı nitelikte olmalıdır.
- Mesai saatlerinde ve gece nöbetlerinde güvenlik görevlisi sayısının yeterli olması sağlanmalıdır. Özellikle acil servis ve polikliniklerde güvenlik görevlisi sayısı daha fazla olmalı, hastane polisi ile birlikte düzenli devriye ziyaretlerinde bulunması sağlanmalıdır.
- Beyaz kod uygulamasının gerçekleşmesinde hastane tarafından kullanılan bildirim sisteminin kullanılabilir durumda olması sağlanmalı ve sistemin belirli

periyotlarda kontrolleri yapılmalı, etkin ve işlevsel olmalıdır.

- Şiddet uygulayanın kişinin belirlenebilmesi için güvenlik kamerası sisteminin kayıtları saklama kapasitesi uygun olmalı, yüksek kalitede görüntü ve ses kaydı yapan güvenlik kameralarının tüm birimlerde kullanılmalıdır.
- Hasta yakınlarının mümkün olduğunda hastaya müdahale edilen alanlarında bulundurulmamalı, uygun bekleme alanların sağlanmalıdır.
- Türkiye genelinde kamu özel tüm hastaneleri ve 112 acil istasyonlarını kapsayan çalışmanın yapılarak, şiddetin nedenleri belirlenmeli ve bu durumun giderilmesi için önlemler alınmalıdır.
- Güvenlikli kapılar, metal detektörler ve kontrol noktaları gibi düzenlemeler yapılmalıdır.
- Sonuç olarak bu çalışma, ülkemizde sağlık çalışanlarına karşı yapılan şiddetin artarak devam eden ve önemli bir sorun olduğundan yola çıkarak, bir kamu hastanesi örneği ile sağlıkta şiddet konusunun önemine değinerek farkındalık oluşmasına katkı sağlamıştır. Ancak tüm Antalya ilinde sağlık hizmeti sunan kamu, özel, üniversite hastanelerini, 1. Basamak sağlık kuruluşların ve 112 istasyonlarını kapsayan bir çalışmanın yapılması sağlık çalışanlarına yönelik yapılan şiddetin nedenleri konusunda daha kapsamlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kocacık F. Şiddet Olgusu Üzerine. C Ü İktisadi ve İdari Bilim Derg. 2001;2(1):1-7.
2. Oral, R., Günaydın H., Mazı Mİ. Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimlerinin İşleyişi İle Beyaz Kod Başvurularının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi (Konya İli Örneği). Sağlık Akad Derg. 2018;5(2):142-53.
3. TC Sağlık Bakanlığı. Çalışan Güvenliği Genelgesi. 2012.
4. SKS. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2015.
5. Çamcı, O., Kutlu Y. Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. Psikiyatr Hemşireliği Derg. 2011;2(1):9-16.
6. TBMM. Türkiye Büyük Millet Meclisi Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu Sıra Sayısı :454. 2013.
7. Büyükbayram, A., Okçay H. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. Psikiyatr Hemşireliği Derg. 2013;4(1):46-53.
8. Annagür B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar. 2010;2(2):161-73.
9. Akca, N., Yılmaz, A., Işık O. Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Özel Bir Merkezi Örneği. Ankara Sağlık Hizmetleri Derg. 2014;13(1):1-12.
10. Bıçkıcı F. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Neden Olan Faktörler : Bir Devlet Hastanesi Örneği. Sağlıkta Kalite Ve Performans Derg. 2013;5:43-56.
11. Bahar, A., Şahin, S., Akkaya, Z., Alkayış M. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Şiddete Maruz Kalma Durumu ve İş Doyumuna Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi. Psikiyatr

- Hemşireliği Derg. 2015;6(2):57–64.
12. Fernandes, C. M.B., Raboud., J. M., Moore., C. F., Eric, G., Clay G. Violence in The Emergency Department: A Survey of Health Care Workers. CMAJ. 1999;161(10):1245–8.
 13. Jabbari-Bairami, H., Heidari, F., Ghorbani, V., Bakhshian F. Workplace Violence: A Regional Survey in Iranian Hospitals' Emergency Departments. Int J Hosp Res. 2013;2(1):11–6.
 14. Durak, T. Ç., Yolcu, S., Akay, S., Demir, Y., Kılıçaslan, R., Değerli, V., Parlak İ. Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Çalışanlarına Hasta ve Hasta Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddetin Değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi. 2014;24:130–7.
 15. Aktaş, E., Aydemir İ. Şiddete Maruz Kalan Sağlık Çalışanlarının Beyaz Kod Uygulamasına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. Türkiye Klinikleri. 2018;3(1):32–47.
 16. Sağlık ve Sosyal Hizmet Sendikası. Sağlık Çalışanlarına Şiddet Araştırması Sağlık Sen Yayınları :20. 2013.
 17. Resmi Gazete. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ Sayı: 27378. 2009.
 18. Resmi Gazete. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik sayı: 27897. 2011.
 19. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik Sayı: 28277. 2012.
 20. İç İşleri Bakanlığı. Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması. 2012.
 21. Anayasa. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. 1982.
 22. TCK. Türk Ceza Kanununun 265/1 Sayı: 5237. 2004.
 23. Devebakan N. Sağlık Kurumlarında İşyeri Şiddeti ve Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Hastanesin'de Beyaz Kod Başvurularının Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg. 2018;23(2):383–99.
 24. Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y., Kaptanoğlu C. Çeşitli Sağlık Kurumlarında Ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı. Anadolu Psikiyatr Derg. 2002;3:147–54.
 25. Kazandere H. Kamu Hastanelerinde Çalışanlara Yönelik Beyaz Kod Uygulaması: Aydın Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Bir Uygulama. Adnan Mendres Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Aydın; 2016.
 26. Boz B., Acar K., Ergin A., Erdur B., Kurtuluş A. EN. Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. Adv Ther. 2006;23(2):236–369.
 27. Şahin, B., Gaygısız, Ş., Balcı, F.M., Öztürk, D., Sönmez, M.B., Kavalcı C. Yardımcı Acil Sağlık Personeline Yönelik Şiddet. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2011;11(3):110–4.
 28. Özcan, N. K., Bilgin H. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet : Sistematiik Derleme. Türkiye Klin J Med Sci. 2011;1(6):1442–56.
 29. Vural, F., Çiftçi, S., Fil, Ş., Dura, A., Vural B. Bir Devlet Hastanesinde Acil Servis çalışanlarına Yönelik Şiddet: Şiddetin Rapor Edilme Sıklığı. Türk Aile Hekim Dergisi. 2013;17(4):147–52.
 30. Al, B., Zengin, S., Deryal, Y., Gökçen, C., Yılmaz, D.A., Yıldırım C. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet. J Acad Emerg Med. 2012;11:115–24.
 31. Yıldız M.S. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg. 2019;22(1):135–56.

Sağlık turizmi konulu yayınların bilim haritalama yöntemiyle analizi

Analysis of publications on health tourism by science mapping method

Yetkin Gürvardar¹, Ersen Aloğlu²

ÖZET

Giriş ve Amaç: Tıbbi bakım almak için yurtdışına seyahat etme eylemi olarak tanımlanmakta olan sağlık turizmi, küresel olarak en hızlı büyüyen endüstrilerden biri olup, uluslararası sağlık turizm pazar büyüklüğünün 2025 yılına kadar yaklaşık 132 milyar ABD dolarına ulaşması beklenmektedir. Bu bağlamda büyük önem taşıyan sağlık turizmi konusu ile ilgili araştırmaların incelenmesi önemlidir. Bu araştırmanın amacı, konu ile ilgili yapılan yayınların bilim haritalama yöntemiyle analizinin yapılarak motor temaların ortaya konulmasıdır. **Gereç ve Yöntem:** Bu araştırmada; dünyadaki en prestijli veri tabanlarından kabul edilen, Web of Science Core Collection (WOS) veri tabanı incelenerek Scimat programı ile bilim haritalama analizi yapılmıştır. Araştırmada WOS veri tabanında öncelikle "medical tourism-medikal turizm" ve "health tourism-sağlık turizmi" ifadeleri 1945-2019 tarih aralığında, herhangi bir indeks sınırlaması olmaksızın "Topic-Konu" sekmesinde taranmış ve toplam 1357 yayın ile analiz yapılmıştır. Sağlık turizmi alanındaki gelişimi dönemsel bazda değerlendirebilmek için yayınlar 2000-2009 ve 2010-2019 dönemlerine ayrılmış ve analiz edilmiştir. **Bulgular:** Sağlık turizmi konulu yayınların 2003 yılından itibaren yayın sayısının artmaya başladığı, özellikle 2015 (n=181) yılında belirgin bir artışın meydana geldiği görülmektedir. Konu ile ilgili en fazla yayının Amerika Birleşik Devletleri tarafından yayımlandığı (n=263) görülmekte olup, bu ülkeyi Kanada (n=116), İngiltere (n=107), Malezya (n=85) ve Avustralya (n=80) takip etmektedir. Yayınların anahtar kelimeleri incelendiğinde en fazla kullanılan kelime grubunun "medical tourism" (n=647) ve "health tourism" (n=164) yanında "health care" (n=128), "tourism" (n=113) ve "travel" (n=100) kelimesinin takip ettiği görülmektedir. İncelenen ilk dönem olan 2000-2009 dönemine ilişkin stratejik diyagramda üç motor tema ("kidney transplantation", "kidney" ve "reproductive tourism") yer alırken; 2010-2019 döneminde ise 9 adet motor tema ("behavioral intention", "medical tourism", "intention", "complications", "quality", "countries", "Poland", "Canada", "Access) bulunmaktadır. **Sonuç:** Araştırmada 2000 – 2019 yılları arası on yıllık iki dönem halinde incelenmiştir. Buna göre ilk on yıllık dönemde konuya ilişkin yayın sayısı 108 iken, ikinci on yıllık dönemde 1249'a çıkmıştır. Bunun nedeninin, 2010'lı yıllarla birlikte sağlık turizminin Dünya'da ilgi çekmesi olduğu değerlendirilmiştir. Konu ile ilgili Türkçe yayın oranı %0.21 (n=3) iken, Türkiye menşeli araştırmaların oranı ise %2.63 (n=36) 'dir. Özellikle konuya ilgi duyanların belirlenen motor temalar ile ilgili alanlara yönelmeleri önerilmektedir.

Yazar Bilgileri/ Author Information:

¹Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, Doktora Öğrencisi, ²Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara

Anahtar Kelimeler:

Health Tourism, Medical Tourism, Science Mapping, Scimat Analysis

Key Words:

Health Tourism, Medical Tourism, Science Mapping, Scimat Analysis

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Yetkin Gürvardar, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, Doktora Öğrencisi, Ankara, yetkin_g@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-9881-324X

Gönderme Tarihi/Received Date:

15.03.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:

19.03.2020

Yayımlanma Tarihi/Published Online:

31.03.2020

ABSTRACT

Introduction and objective: Health tourism, which is defined as the act of traveling abroad to receive medical care, is one of the fastest-growing industries globally and the international health tourism market size is expected to reach approximately USD 132 billion by 2025. In this context, it is important to examine the researches related to the subject of health tourism. The purpose of this study is to analyze the articles about the subject by using the science mapping method and to reveal the motor themes. **Materials and Methods:** In this study; Science mapping analysis was made with the Scimat program by examining the Web of Science Core Collection (WOS) database, which is accepted from the most prestigious databases in the world. In the study, in the WOS database, the terms "medical tourism" and "health tourism" in the WOS database were scanned in the "Topic" tab between 1945-2019, without any index limitations, and analyzed with a total of 1357 publications. In order to evaluate the development in the field of health tourism on a periodic basis, the publications were divided into 2000-2009 and 2010-2019 periods and analyzed. **Results:** It has been observed that the number of publications of articles on health tourism has started to increase since 2003 and a significant increase occurred especially in 2015 (n = 181). It is seen that the most articles related to the subject are published by the United States (n = 263), followed by Canada (n = 116), England (n = 107), Malaysia (n = 85) and Australia (n = 80). When the keywords of the articles are examined, it is observed that "medical tourism" (n=647) and "health tourism" (n=164) are followed by "health care" (n=128), "tourism" (N=113) and "travel" (n=100). Three motor themes ("kidney transplantation", "kidney" and "reproductive tourism") were included in the strategic diagram for the first period of 2000-2009, while 9 motor themes ("behavioral intention", "medical tourism", "intention", "complications", "quality", "countries", "Poland", "Canada", "Access) were included in the period 2010-2019. **Conclusion:** In this study, two ten – year periods between 2000 and 2019 were examined. Accordingly, while the number of articles on the subject was 108 in the first ten-year period, it increased to 1249 in the second ten-year period. It was evaluated that the reason for this was the fact that health tourism has attracted attention in the world since 2010. The ratio of Turkish articles on the subject is 0.21% (n = 3) , while the ratio of Turkish studies is 2.63% (n=36). Especially those who are interested in the subject are advised to focus on areas related to the motor themes identified.

GİRİŞ

Turizm, dünyanın en hızlı büyüyen endüstrilerinden biridir (1). Yeni bir turizm biçimi olarak ortaya çıkan sağlık turizmi ise gelişmekte olan ülkeler için turizm endüstrisinde en hızlı büyüyen turizm alanlarından biri haline gelmiştir.

Sağlık turizminin geçmişi, terapi ve tedavi için termal kaplıcaları ve sahilleri ziyaret eden eski Yunanlılara ve Romalılarına kadar uzanmaktadır (2). Eski İngilizlerin sıcak kaynak sularından içerek veya yıkanarak tedavi görmek ya da sağlıklarını korumak maksadı ile buraları ziyaret etmeleri de sağlık turizmini ne kadar eski tarihlere dayandığını açık bir şekilde göstermektedir (3).

Geleneksel sağlık turizminde, özellikle daha az gelişmiş ülkelerden gelen varlıklı hastalar, kendi ülkelerinde yüksek kaliteli tesislerin az veya mevcut olmadığı tıbbi tedaviler için daha gelişmiş ülkelere seyahat ederlerdi. Oysa son zamanlarda Batı dünyasından insanlar gelişmekte olan ülkelere giderek tıbbi tedaviler aramaya başladılar. Artan sağlık maliyetleri, uzun bekleme listeleri, küresel seyahat kolaylığı ve teknolojideki hızlı ilerlemeler sağlık turizmini daha geniş bir hasta kitlesine daha cazip hale getirmiştir (4).

Tıbbi bakım için seyahat genellikle daha gelişmiş ülkelerden daha az gelişmiş ülkelere gerçekleşmektedir. Sağlık turizm pazarının itici güçleri, birçok tıbbi turistin dünyanın diğer bölgelerinde, daha kaliteli bakım ve tedaviye daha hızlı erişim ile sağlık hizmetlerini daha ucuza sağlayabilen tedavi aradığı için maliyet tasarruflarıdır. Büyüyen ekonomik ve politik işbirliği, aynı zamanda hastaların ve sağlık uzmanlarının uluslararası seyahatini de teşvik etmektedir (5).

Sağlık turizmi “tıbbi bakım almak için yurtdışına seyahat etme eylemi” olarak tanımlanmaktadır (6). Sağlık turizmi, özellikle kazançlı bir sektör, potansiyel turizm pazarı ve sağlık hizmetlerinde küresel bir olgu olarak ortaya çıkmaktadır (7).

Sağlık turizmi terimi genellikle sağlık hizmetlerinin fiziksel ve zihinsel boyuttaki kaygıların motivesiyle oluşan seyahatten bahsetse de, Smith ve Puczko (8) sağlık turizminin fiziksel ve zihinsel refah ile yüksek oranda ilişkili olan ruhsal deneyimi de içermesi gerektiğini önermektedir. Sağlık turizmindeki mevcut akademik çalışmaların ve endüstriyel uygulamaların çoğu spa, terapi, sağlıklı yaşam tesisleri, sağlıklı mutfak, tıbbi tedavi, fitness aktiviteleri, iklim ve doğal çevre bağlarını içerir.

Sağlık turizmi, tıbbi veya sağlıklı yaşam prosedürlerine ihtiyaç duyan veya arzu eden bireylerin, yerel sınırları dışında tıbbi tedavi için alternatifler aradığı zaman ortaya çıkmaktadır (9). Bu terim en çok kişinin ülke

dışına yapılan seyahati belirtmek için kullanılır (10).

Cormany (11) bu seyahatin tıbbi veya sağlık prosedürlerinin altı kategorisinden biri veya daha fazlası için gerçekleştiği zaman sağlık turizmini ifade edebileceğini savunmaktadır. Bunlar;

- 1) Yaşamsal önem taşıyan cerrahi tedaviler
- 2) Yaşam kalitesini arttırmaya yönelik tedaviler (kalça yenileme veya bariatrik cerrahi gibi),
- 3) İsteğe bağlı tedaviler (kozmetik cerrahi veya üreme hizmetleri gibi),
- 4) Teşhis tedavileri
- 5) Alternatif tedaviler
- 6) Sağlık ve zindelik (wellness) hizmetleri

Bilginin küreselleşmesi ve tüketicilerin bilinçlenmesi, bireyleri sağlık ihtiyaçları ile ilgili kendi kararlarını alan ve daha sonra en uygun sağlık hizmeti sağlayıcısını bulan müşteriler haline getirerek sağlık turizminin doğmasına yol açmıştır (12).

Sağlık hizmetlerinin maliyeti arttıkça, gelişmiş ülkelerdeki hastalar denizaşırı tıbbi tedavi arayışına girmişlerdir. Özellikle son yıllarda zengin dünya ülkelerindeki yüksek tedavi maliyetleri, uzun bekleme listeleri, uluslararası hava yolculuğunun uygun fiyatlarda olması ve ekonomik döviz kurlarının uygun olması başlı başına bir endüstri haline gelen sağlık turizminin hızla büyümesine katkı sağlamıştır (13).

Sağlık turizmi endüstrisi nispeten yenidir, ancak küresel olarak en hızlı büyüyen endüstrilerden biri olarak kabul edilir ve turistlerin gelişmekte olan ülkelere az gelişmiş ülkelere seyahatlerini teşvik etmektedir (14).

Sağlık turizmi, önümüzdeki yıllarda dünyanın sağlık hizmetlerine nasıl baktığı üzerinde büyük etkisi olacak fırsatçı bir endüstri haline gelmiştir. Sağlık turizm endüstrisi hızla gelişmekte ve dünya çapındaki bireyler her geçen gün bu turizmin faydalarının bilincine varmaktadır. Hindistan, Tayland, Singapur, Suudi Arabistan, Türkiye, Meksika ve Brezilya gibi ülkeler, sağlık turistlerine yönelik bir medikal sanayi geliştirmişlerdir (15). Sağlık turizmi günümüz sağlık sektöründe önemli bir strateji haline gelmiş ve giderek büyüyen bir uluslararası eğilim olarak karşımıza çıkmaktadır (4).

Sağlık turistlerin büyük bir çoğunluğu maliyetlerinden dolayı kendi ülkelerinin dışında bakım istemektedir. Tıbbi tedavi maliyetleri, hastaneler, doktorların deneyimi, akreditasyonlar ve döviz kurları gibi birçok faktöre göre değişmektedir (16).

Uluslararası sağlık turizm pazar büyüklüğünün 2025

Yılına kadar yıllık ortalama % 20 oranında artışla 131.35 milyar ABD dolarına ulaşması beklenmektedir (17).

Latin Amerika, Doğu Avrupa, Güney ve Güneydoğu Asya ve Orta Doğu'daki gelişmekte olan ülkeler yüksek kalitede sağlık hizmetlerini uygun fiyatlarla sunarak sağlık turizminde en cazip tatil merkezleri haline gelmişlerdir (18).

Dünyada sağlık turizminde en çok ziyaret edilen ilk 10 ülke alfabetik sıraya göre aşağıda gösterilmiştir (19).

1. Amerika Birleşik Devletleri
2. Güney Kore
3. Hindistan
4. Kosta Rika
5. Malezya
6. Meksika
7. Singapur
8. Tayland
9. Tayvan
10. Türkiye

Sağlık turizmine en çok hangi rahatsızlıkların tedavisi için başvurulduğu aşağıda görülmektedir (19).

1. Kozmetik Cerrahi
2. Diş hekimliği (genel, onarıcı, kozmetik)
3. Kanfiyovasküler (anjyoplasti, CABG, transplantlar)
4. Ortopedi (eklem ve omurga; spor hekimliği)
5. Kanser (genellikle deneysel veya son çare)
6. Üreme (doğurganlık, tüp bebek, kadın sağlığı)
7. Kilo kaybı (LAP-BAND, gastrik bypass)
8. Taramalar, testler, sağlık taramaları ve ikinci görüşler

İnsanların tıbbi tedaviye erişmek için yurtdışına seyahat etmesi olgusunu ifade eden sağlık turizmi son yıllarda milyarlarca dolarlık bir endüstri olarak ortaya çıkmıştır. Ekonomilerini canlandırmak için çabalayan birçok gelişmekte olan ülke özellikle 2008 küresel mali krizinden sonra bu sektörden pay almaya çabalamıştır. Asya'da yer alan Malezya, Tayland ve Hindistan gibi ülkeler uygun fiyatlarla, birinci sınıf tıp merkezleri ve tecrübeli doktorlarla yabancı hastaları ülkelerine çekmeyi başarmış ve dünya sağlık turizm sektöründen en fazla pay alan ülkeler arasında yer almışlardır (20).

Güneydoğu Asya'da sağlık sektörü, özel sektörün ve özellikle de kazançlı bir iş fırsatı olarak ortaya çıkan medikal turizmin hızlı büyümesine bağlı olarak büyümektedir. Buradaki ülkeler, rekabetçi fiyatlarla yüksek kaliteli tıbbi hizmetleri seyahat paketleriyle birleştirerek daha çekici hale getirmektedirler (21).

Sağlık turizmi, artan yaşam süresi beklentisi, azalmış çocuk ölüm oranları gibi olumlu göstergelerle ülkelerin nüfus sağlığına olumlu katkı sağlayarak, daha geniş anlamda ülkelerin ekonomisine pozitif yönde katkıda sağlamaktadır (22).

Sağlık hizmeti sunumu dünya çapında gelişmeye devam etmektedir. Daha fazla ülke uygun fiyata, yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sunabilmek için birbirleri ile yarışmaktadır. Dünyanın dört bir yanındaki ülkelerin, yüksek kalitede güvenli hasta bakımını daha düşük maliyetle sunmalarına yardımcı olan ileri teknolojiye ve üst düzey hekimlere sahip olmaları onları sağlık turizminde en ileri seviyelere götürecektir. (23).

YÖNTEM

Sağlık turizmi alanındaki yayınların son 20 yıllık dönemdeki gelişiminin değerlendirilmesi ve bilim haritalamasının yapılması amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada analize dahil edilen yayınlar Web of Science (WoS) Core Collection veri tabanından elde edilmiştir. WoS veri tabanında "medical tourism" ve "health tourism" ifadeleri "OR" Boolean işleci kullanılarak (24), 1945-2019 tarih aralığında, herhangi bir indeks sınırlaması olmaksızın "Topic" sekmesinde taranmış ve toplam 1364 yayına ulaşılmıştır (25). Bu yayınlara ilişkin veriler plain text formatında kaydedilmiş ve SciMAT (Science Mapping Analysis software Tool) programına yüklenmiştir (26).

SciMAT programına yüklenen 1364 yayından 2'si yayın tarihlerinin bulunamaması, 1999 ve öncesine ait 5 yayında bilim haritalaması için gerekli verileri içermemesi nedeniyle analiz dışı bırakılmış ve 1357 yayın analizlere dahil edilmiştir. Sağlık turizmi alanındaki gelişimi dönemsel bazda değerlendirebilmek için yayınlar 2000-2009 ve 2010-2019 dönemlerine bölünmüştür. İlk dönemde 108, ikinci dönemde 1249 yayın yer almıştır.

SciMAT programında analiz birimi olarak kelimeler kullanılmıştır. Analiz öncesinde yayınlarda yer alan anahtar kelimelerin düzenlenmesi yapılmıştır. Düzenleme aşamasında tekil-çoğul şeklinde kullanılan ifadeler bir grupta birleştirilmiş, açık hali ve kısaltılmış hali ile ayrı ayrı kullanılan ifadeler bir grupta birleştirilmiş, yanlış yazım olan ifadeler düzeltilmiştir. Analiz sonucunda elde edilen bulgularının yorumlanabilecek düzeyde olması için veri indirilmesi yapılmış, yayınlarda kullanılan anahtar kelimelerin birlikte kullanım durumlarını değerlendirebilmek için "co-occurrence" seçeneği seçilmiş, anahtar kelimelerin kullanım sıklıkları ile birlikte bulunma oranlarının değerlendirilebilmesi için "equivalence index" seçeneği kullanılmış, temaların oluşturulmasında kullanılacak algoritma

için “simple centers algorithm” yöntemi seçilmiş, araştırma bulgularının değerlendirilmesinde stratejik diyagramların, tematik ağların ve tematik gelişim haritasının kullanılabilmesi için “core mapper” seçeneği kullanılmış, oluşan temaların kalite değerlendirmelerinin yapılabilmesi için toplam atıf sayısı ve h indeks değerleri kullanılmış, örtüşüm haritası ve tematik gelişim haritasının oluşturulmasında “inclusion index” yöntemi kullanılmıştır (27-30) .

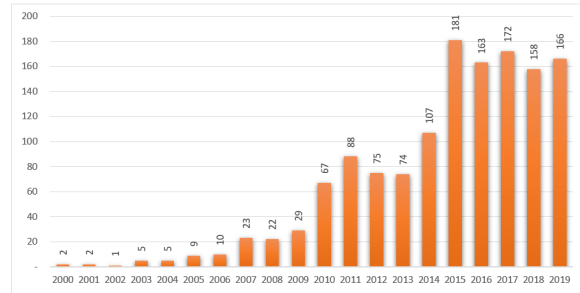
Analiz bulgularının değerlendirilmesinde kullanılan stratejik diyagramlarda ilgili dönemde ortaya çıkan temalar bulunmaktadır. Temaların stratejik diyagramdaki yerleşiminde merkezilik ve yoğunluk özellikleri etkili olmaktadır. Merkezilik özelliği temanın dışsal ilişkileri ile ilişkili olup diyagramdaki diğer temalar ile ilişki düzeyi yüksek olan temalar diyagramda sağ tarafa yaklaşmaktadır. Temanın gelişmişliğini gösteren yoğunluk özelliği temanın içsel ilişkileri ile ilişkili olup kendi içinde ilişki düzeyi yüksek olan temalar diyagramda yukarıya yaklaşmaktadır. Program tarafından hesaplanan merkezilik ve yoğunluk değerlerine göre temalar stratejik diyagramda dört farklı alana yerleşmektedir. Merkezilik ve yoğunluk değerleri yüksek olan temalar diyagramın sağ üst alanına yerleşen “motor temaları”, merkezilik değeri yüksek yoğunluk değeri düşük olan temalar diyagramın sağ alt alanına yerleşen “temel ve dönüşümsel temaları”, merkezilik değeri düşük yoğunluk değeri yüksek olan temalar diyagramın sol üst alanına yerleşen “izole ve gelişmiş temaları”, merkezilik ve yoğunluk değerleri düşük olan

temalar diyagramın sol alt alanına yerleşen “ortaya çıkan veya kaybolan temaları” oluşturmaktadır (31-32).

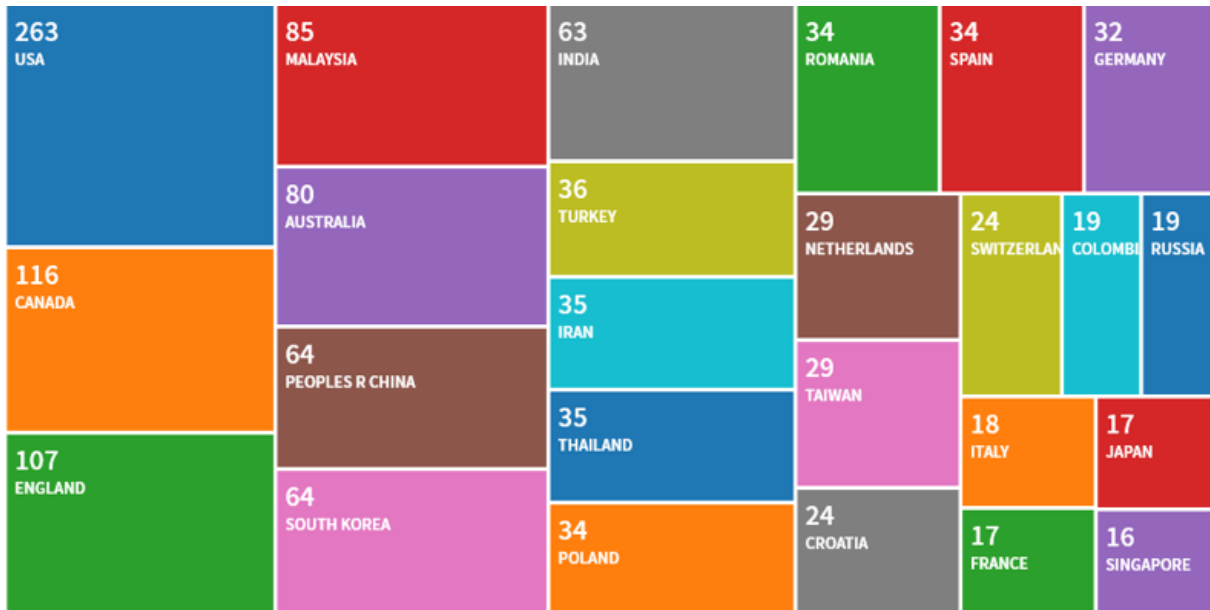
Her bir tema kümesinde yer alan temalar arasındaki içsel ilişkilerin değerlendirildiği tematik ağlarda, ilişkiler düz çizgiler şeklinde görülmekte ve çizgilerin kalınlığı ilişkinin gücü ile orantılı olarak değişmektedir (33). Araştırma bulgularında ilişkilerin gücü ağırlıkları ile verilmiştir.

BULGULAR

Bilim haritalaması yapılmak için WoS veri tabanından indirilip SciMAT programına yüklenen yayınların yıllara göre dağılımı Şekil 1’de sunulmuştur. Şekil 1. incelendiğinde 2003 yılından itibaren yayın sayısının artmaya başladığı, 2007 (n=23), 2010 (n=67) ve 2015 (n=181) yıllarında belirgin artışların meydana geldiği görülmektedir.



Şekil 1. Yıllara Göre Yayın Sayıları



Şekil 2. Ülkelere Göre Yayın Sayıları (İlk 25 Ülke)

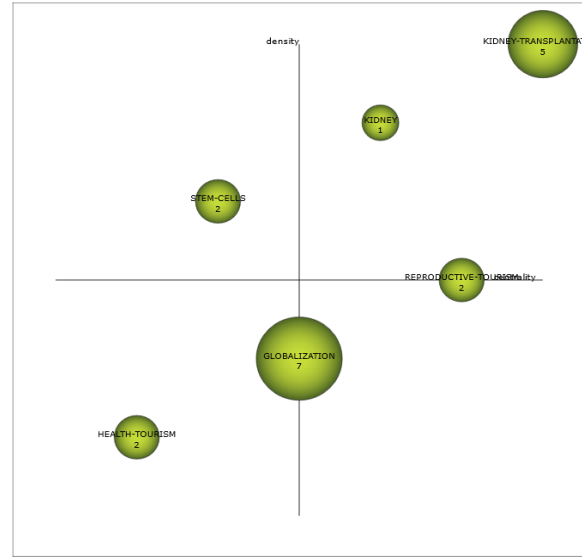
SciMAT programına yüklenen yayınların ülkelere göre dağılımı Şekil 2’de sunulmuştur. Şekil 2. incelendiğinde en fazla yayının Amerika Birleşik Devletleri tarafından yayınlandığı (n=263) görülmekte olup bu ülkeyi Kanada (n=116), İngiltere (n=107), Malezya (n=85) ve Avusturalya (n=80) takip etmektedir. Konu ile ilgili Türkçe yayın oranı %0.21 (n=3) iken, Türkiye menşeli araştırmaların oranı ise %2,63(n=36) ’dır.

Araştırmada analize dahil edilen yayınlarda kullanılan kelime gruplarından en fazla kullanılan 25 kelime grubu Tablo 1’de yer almaktadır. Tablo 1 incelendiğinde en fazla kullanılan kelime grubunun “medical tourism” (n=647) olduğu, bunu “health tourism” (n=164), “health care” (n=128), “tourism” (n=113) ve “travel” (n=100) gruplarının takip ettiği görülmektedir.

Tablo 1. Araştırmada En Fazla Kullanılan Kelime Grupları

Sıra No	Kelime Grubu	Kullanım Sayısı
1	Medical tourism	647
2	Health tourism	164
3	Health care	128
4	Tourism	113
5	Travel	100
6	Care	93
7	Health	84
8	Impact	64
9	Services	62
10	Globalization	57
11	Quality	56
12	Model	54
13	Satisfaction	53
14	Countries	48
15	Perceptions	40
16	India	40
17	Service quality	37
18	Medical travel	36
19	Risk	34
20	Thailand	34
21	Surgery	34
22	Management	34
23	Destination	33
24	Borders	32
25	United States	32

Analiz bulgularından 2010-2019 dönemine ilişkin stratejik diyagram Şekil 3’te verilmiştir. Bu döneme ilişkin stratejik diyagramda 6 tema yer almıştır. Merkezilik ve yoğunluk değerlerine göre yerleşen temalardan 3 tanesi motor tema (“kidney transplantation”, “kidney”, “reproductive tourism”), 1 tanesi izole ve gelişmiş tema (“stem cells”), 1 tanesi temel ve dönüşümsel tema (“globalization”), 1 tanesi ortaya çıkan veya kaybolan temadır (“health tourism”).



Şekil 3. Yıllara Göre Yayın Sayıları

Merkezilik ve yoğunluk değerlerine göre stratejik diyagramda motor temalar arasında yer alan “kidney transplantation” teması hakkında bu dönemde 5 yayın bulunduğu, bu yayınların toplam atıf sayısının 147, h indeks değerinin 4 olduğu belirlenmiştir. Bu dönemde ortaya çıkan temalar arasında hakkında en fazla yayın yapılan temanın “globalization” olduğu, bu konuda 7 yayın yapıldığı, bu yayınlara yapılan atıf sayısının 134, h indeks değerinin de 4 olduğu görülmektedir. “Reproductive tourism” teması hakkında 2 yayının olmasına rağmen atıf sayısının 97 olduğu da görülmektedir (Tablo 2).

Bu dönemin stratejik diyagramında yer alan motor temalara ilişkin tematik ağlar Şekil 4’te verilmiştir. Bu bulgulara göre “kidney transplantation” temasının “transplant tourism” (w=0,40), “surgery” (w=0,40), “United States” (w=0,80), “outcomes” (w=0,45) ve “overseas” (w=0,33) temaları ile ilişkili olduğu; “kidney” temasının “mortality” (w=0,25), “ethics” (w=0,25), “India” (w=0,25), “health policy” (w=0,25) ve “China” (w=0,25) temaları ile ilişkili olduğu; “reproductive tourism” temasının “travel” (w=0,10), “health care” (w=0,10), “countries” (w=0,17) ve “medical outsourcing” (w=0,25) temaları ile ilişkili olduğu görülmektedir.

Analiz bulgularından 2010-2019 dönemine ilişkin stratejik diyagram Şekil 5’te verilmiştir. Bu döneme ilişkin stratejik diyagramda 23 tema yer almıştır. Merkezilik ve yoğunluk değerlerine göre yerleşen temalardan 9 tanesi motor tema (“behavioral intention”, “medical tourism”, “intention”, “complications”, “quality”, “countries”, “Poland”, “Canada”, “access”), 3 tanesi izole ve gelişmiş tema (“surrogacy”, “China”, “challenges”), 3 tanesi temel ve dönüşümsel tema (“impact”, “online”, “policy”), 8

Tablo 2. Temalara İlişkin Bulgular (2000-2009 Dönemi)

Tema	Yayın Sayısı	Atıf Sayısı	h-Index	Merkezlilik Değeri	Yoğunluk Değeri
Kidney transplantation	5	147	4	38.6	85.14
Kidney	1	16	1	28.7	62.5
Globalization	7	134	4	28.32	15.79
Reproductive tourism	2	97	2	37.01	15.8
Health tourism	2	24	1	1.33	3.03
Stem cells	2	14	2	5.43	50

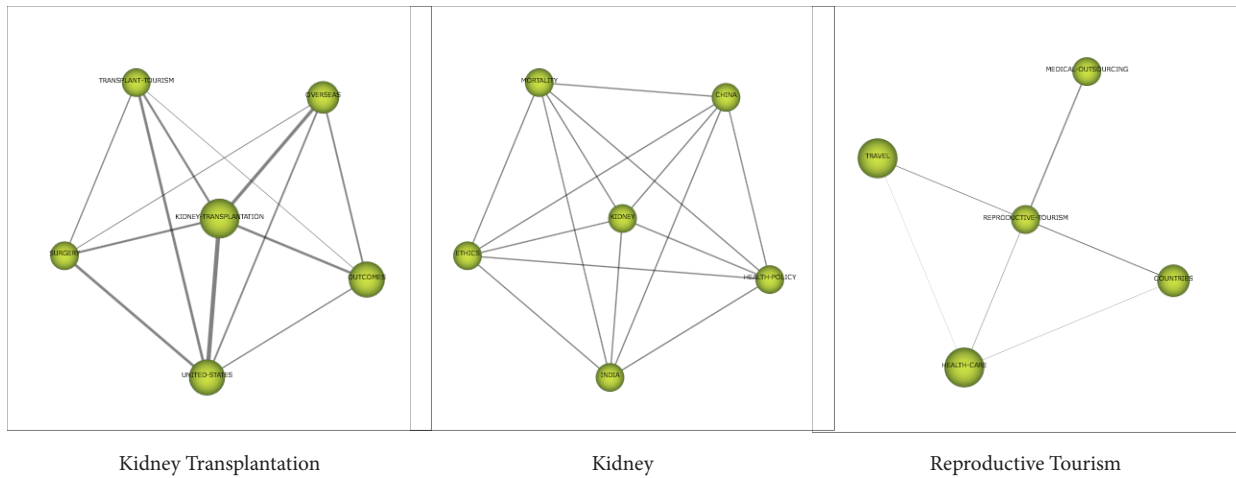
tanesi ortaya çıkan veya kaybolan temadır (“health”, “mobility”, “commodification”, “barriers”, “technology”, “industry”, “cosmetic tourism”, “motivation”).

Merkezlilik ve yoğunluk değerlerine göre stratejik diyagramda motor temalar arasında yer alan “medical tourism” teması hakkında bu dönemde 269 yayın bulunduğu, bu yayınların toplam atıf sayısının 3389, h indeks değerinin 29 olduğu belirlenmiştir. Bu dönemde ortaya çıkan temalar arasında “medical tourism” temasından sonra hakkında en fazla yayın yapılan temanın “behavioral intention” teması olduğu, bu konuda 39 yayın yapıldığı, bu yayınlara yapılan atıf sayısının 417, h indeks değerinin de 10 olduğu görülmektedir. “Countries” teması hakkında 36 yayın olmasına rağmen atıf sayısının 1057, h indeks değerinin de 14 olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Bu dönemin stratejik diyagramında yer alan motor temalara ilişkin tematik ağlar Şekil 6’da verilmiştir. Bu bulgulara göre “behavioral intention” temasının “service quality” (w=0,16), “perceived value” (w=0,12), “satisfaction” (w=0,11), “model” (w=0,11) ve “customer satisfaction” (w=0,12) temaları ile ilişkili olduğu; “medical tourism” temasının “care” (w=0,08), “tourism” (w=0,05), “health care” (w=0,10), “services” (w=0,05) ve

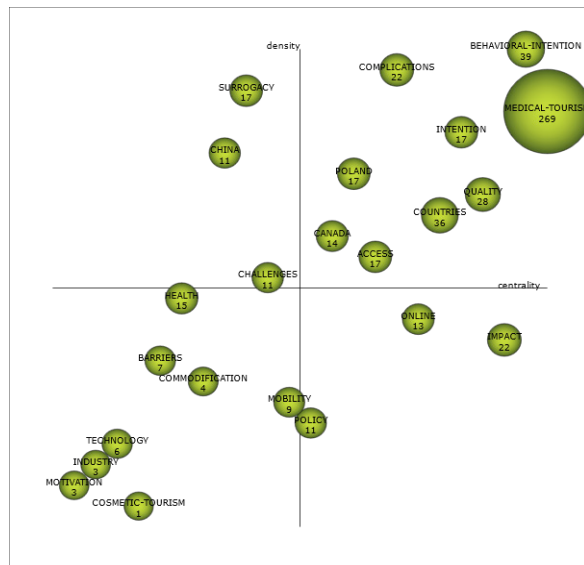
“travel” (w=0,06) temaları ile ilişkili olduğu; “intention” temasının “trust” (w=0,04), “planned behavior” (w=0,04), “hotel” (w=0,05), “attitudes” (w=0,04) ve “destination image” (w=0,08) temaları ile ilişkili olduğu; “complications” temasının “National Health Service (NHS)” (w=0,04), “burden” (w=0,08), “wound infections” (w=0,08), “outbreak” (w=0,07) ve “surgery” (w=0,04) temaları ile ilişkili olduğu görülmektedir.

Analizlerde ele alınan anahtar kelimelerin dönemler bazında sayısal olarak gelişiminin değerlendirildiği örtüşüm haritasında ilk dönemden ikinci döneme aktarılan anahtar kelimelerin sayısı ve yüzdesi, son dönemde yeni kullanılmaya başlayan anahtar kelimelerin sayısı ve ilk dönemde kullanılan fakat ikinci dönemde kullanılmayan anahtar kelimelerin sayısı görülebilmektedir. Araştırmada analize dahil edilen yayınlarda kullanılan anahtar kelimelerin dönemsel bazda gelişimi Şekil 7’de yer alan örtüşüm haritasında verilmiştir. Örtüşüm haritasına göre ilk dönemde 275 anahtar kelime kullanılırken bu kelimelerden 125 tanesi (%45) ikinci dönemde de kullanılmaya devam etmiştir. İkinci dönemde 3330 yeni anahtar kelime kullanılmaya başlanmış ve toplam 3455 anahtar kelime yayınlarda yer almıştır.

**Şekil 4.** Tematik Ağlar (2000-2009 Dönemi)

Tablo 3. Temalara İlişkin Bulgular (2010-2019 Dönemi)

Tema	Yayın Sayısı	Atıf Sayısı	h-Index	Merkezlilik Değeri	Yoğunluk Değeri
Behavioral intention	39	417	10	34.84	21.11
Medical tourism	269	3,389	29	50.13	9.5
Intention	17	260	6	23.33	7.79
Complications	22	420	11	19.11	16.75
Surrogacy	17	230	6	14.3	9.71
Quality	28	305	9	24.35	5.45
China	11	173	6	13.13	6.63
Access	17	238	7	18.84	3.79
Poland	17	101	7	16.44	5.59
Countries	36	1,057	14	22.85	5.21
Canada	14	123	6	15.92	3.8
Impact	22	258	7	26.44	2.23
Challenges	11	233	4	14.32	3.18
Health	15	96	6	11.26	3.03
Online	13	206	6	20.05	2.28
Commodification	4	99	4	12.61	1.37
Barriers	7	132	3	10.95	1.56
Mobility	9	30	4	15.24	1.31
Technology	6	39	2	10.58	0.95
Policy	11	175	7	15.67	1.04
Industry	3	11	1	9.86	0.74
Motivation	3	27	3	6.38	0.54
Cosmetic tourism	1	0	0	10.58	0.37

**Şekil 5.** Stratejik Diyagram (2010-2019 Dönemi)

Araştırmada ele alınan dönemler arasında boylamsal analiz yapılmasına imkân sağlayan stratejik gelişim haritasında temalar arasındaki ilişkiler değerlendirilmektedir. İki döneme ait temalar arasındaki düz çizgiler bu temalar arasında temel anahtar kelimelerin paylaşıldığını, kesikli çizgiler ise temel anahtar kelimelerin dışında başka anahtar kelimelerin paylaşıldığını ifade etmektedir. Temalar arasındaki ilişkinin gücüne bağlı olarak çizgilerin kalınlığı değişmektedir (34-35). Araştırmada ele alınan dönemlere ilişkin stratejik gelişim haritası Şekil 8'de verilmiştir.

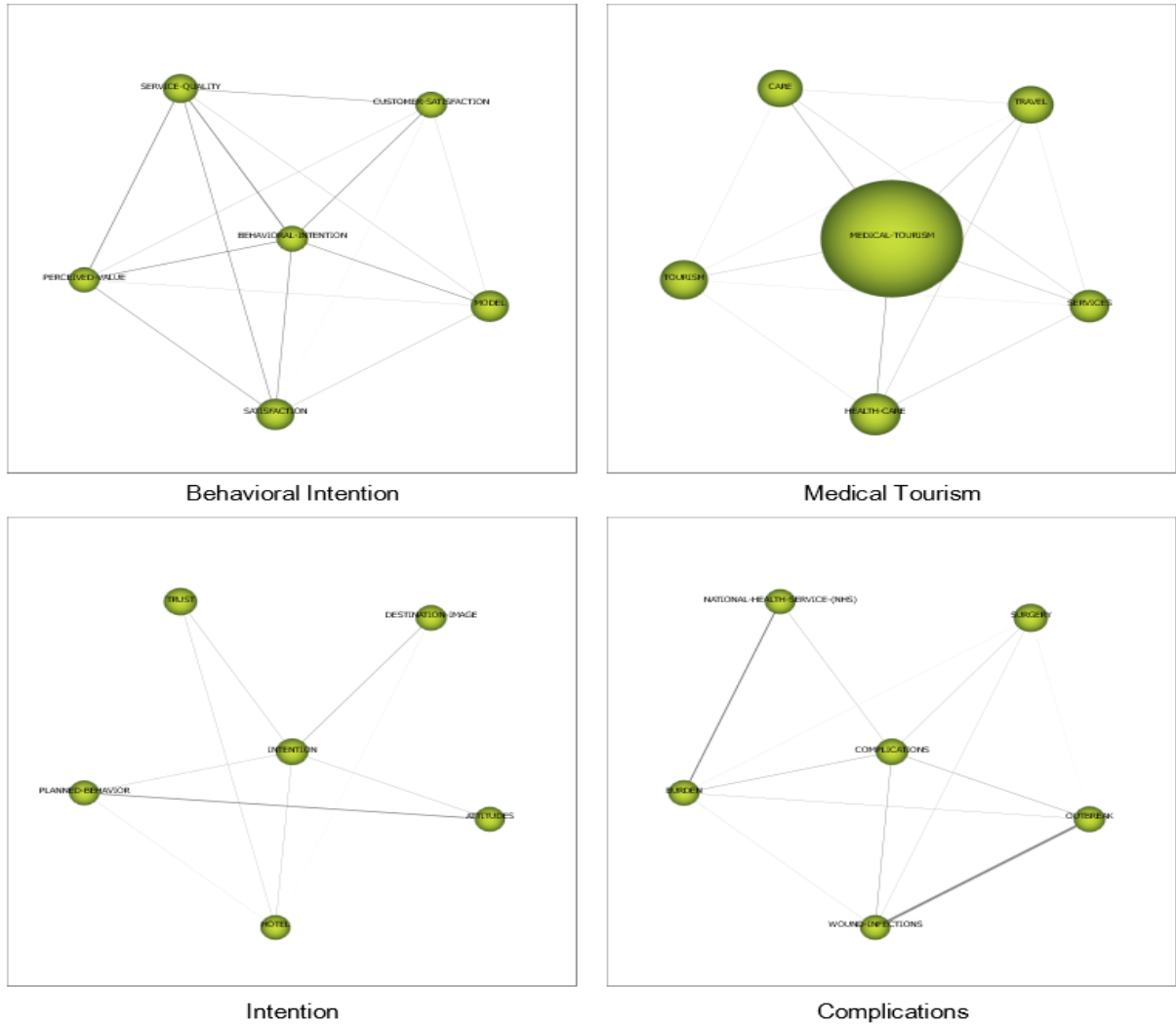
Stratejik gelişim haritasında görüldüğü gibi “kidney transplantation” temasının ikinci dönemden “access” teması ile daha güçlü olmakla birlikte “complications” ve “commodification” temaları ile ilişkili olduğu ve bu temalar ile temel anahtar kelimeler dışında başka anahtar kelimeleri paylaştığı belirlenmiştir.

“Kidney” teması ile ikinci dönemden “China” teması arasında temel anahtar kelime paylaşımı yapıldığı görülmektedir. “Kidney” temasının “policy” teması ile daha güçlü olmakla birlikte “surrogacy” ve “access” temaları ile ilişkili olduğu görülmektedir.

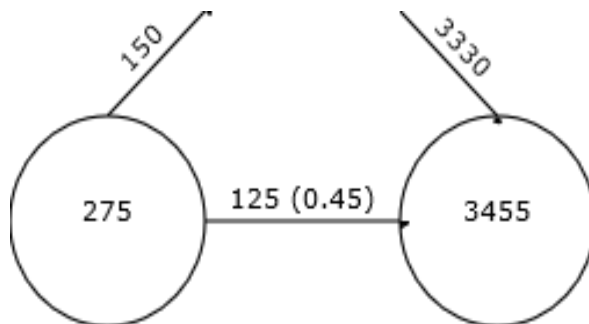
“Globalization” temasının özellikle “medical tourism” teması ile temel anahtar kelime paylaşımı yaparak güçlü bir ilişki içerisinde olduğu, ayrıca “surrogacy” ve “challenges” temaları ile de temel anahtar kelimeleri paylaştığı, “countries” teması ile de temel anahtar kelimeler dışında ortak kelimeleri paylaştığı belirlenmiştir.

“Reproductive tourism” temasının “countries” ve “challenges” temaları ile ilişki içerisinde olduğu ve temel anahtar kelimelerin bu temalarda yer alan yayınlarda kullanıldığı, “medical tourism” teması ile de temel anahtar kelimeler dışında ortak kelimeleri paylaştığı belirlenmiştir.

“Health tourism” temasında yer alan yayınlarda “Poland” temasında yer alan yayınlarda temel anahtar kelimelerin kullanıldığı, “technology” teması ile de temel anahtar kelimelerin dışında başka kelimelerin paylaşımı ile ilişkinin kurulduğu belirlenmiştir.



Şekil 6. Tematik Ağlar (2010-2019 Dönemi)

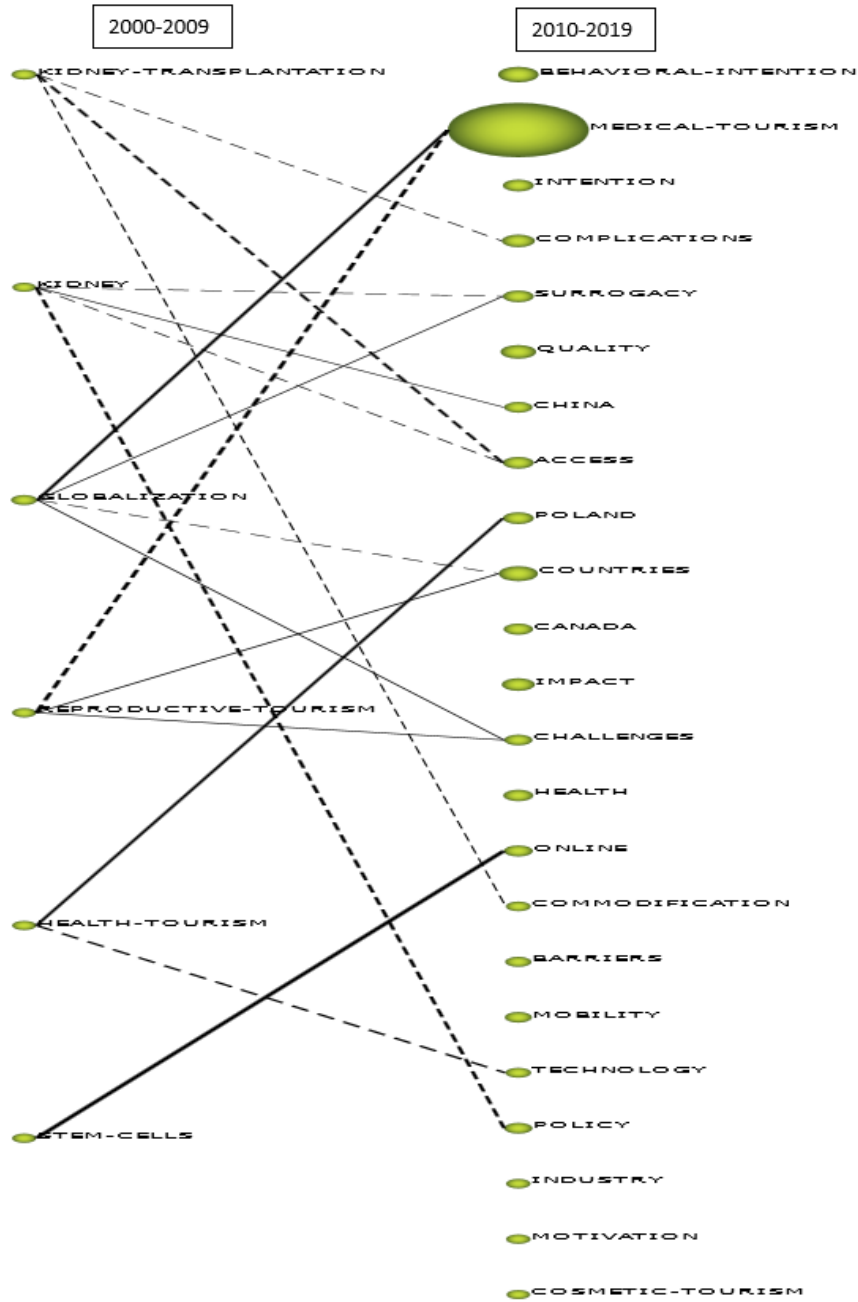


Şekil 7. Örtüşüm Haritası

“Stem cells” teması ile “online” teması arasında temel anahtar kelimelerin kullanımına dayalı güçlü bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Araştırmamızda 2000 – 2019 yılları arası on yıllık iki dönem halinde incelenmiştir. Buna göre ilk on yıllık dönemde konuya ilişkin yayın sayısı 108 iken ikinci on yıllık dönemde 1249’a çıkmıştır. Artış oldukça dikkat çekicidir. Bunun nedeninin, 1990’lı yıllarla birlikte sağlık turizminin Dünya’da ilgi çekmesi olduğu değerlendirilmiştir. Zira konunun öncüsü olan ABD’de bile sağlık turizmi ile ilgili akreditasyon kurumlarının hayata geçmesi 90’lı yılların başında gerçekleşmiştir. Dünya genelinde sağlık hizmeti sunucularının standartlarındaki farklılıklar Dünya Sağlık Örgütüncü incelenmiş ve 2004 yılında World Alliance for Patient Safety programı başlatılmıştır. Bu program, sağlık turizminde hasta güvenliği politika ve uygulamaları hakkında standart belirlemektedir. Sağlık turizminin bu derece yeni bir alan olması yayın sayılarına yansımıştır (36-37).



Şekil 8. Stratejik Gelişim Haritası

Konuya ilişkin yayınların sıklıkla ABD, İngiltere ve Kanada gibi ülkelerden araştırmacılar tarafından yayınlanmış olması beklenen bir sonuç iken en fazla sayıda yayın yayınlayan ülkelere birinin Malezya olması dikkat çekmiştir. Konu incelendiğinde; Malezya'nın birçok ülkeye kıyasla son derece iyi işleyen bir kamu ve özel sağlık sisteminin olduğu, ülkedeki hastanelerin donanımlarının yeterli ve ücretlerin makul

olduğu, bu sayede ülkenin Asya'nın en önemli sağlık turizmi merkezlerinden biri haline geldiği anlaşılmıştır. Bu durumun araştırmacıların bu alana yönelmelerine ve yayın sayılarına yansdığı düşünülmektedir (38).

Çalışma kapsamında incelenen yayınlarda kullanılan kelime gruplarından en fazla kullanılan dört kelime Medical Tourism, Health Tourism, Health Care, Tourism'dir. Çalışmamızın konusu dikkate alındığında

bu beklenen bir sonuçtur. En sık kullanılan kelimeler arasında “Satisfaction” ve “Perceptions” kelimelerinin yer alması dikkat çekmektedir. Sağlık turizmi ile ilgili araştırmalarda, turizmin öznesi olan turistlerin yaşadıkları deneyime ilişkin algıları ve memnuniyet seviyeleri sıklıkla incelenip analiz edilmekte ve bunların sonuçları yayınlar halinde yayınlanmaktadır. “Satisfaction” ve “Perceptions” kelimeleri bu nedenle en fazla kullanılan kelimeler arasındadır.

İncelenen ilk dönem olan 2000-2009 dönemine ilişkin stratejik diyagramda üç motor tema (“kidney transplantation”, “kidney” ve “reproductive tourism”) öne çıkmıştır. Söz konusu temalar, sağlık turizmine esas teşkil eden konuların başında gelmektedir. Böbrek nakli ve invitro fertilizasyon sağlık turizminin en sık sekiz nedeni arasındadır. Bu nedenle bu başlıklar motor tema olarak öne çıkmıştır (39).

Aynı dönemdeki temalar arasında “Globalization” en fazla yayın yazılan ve en fazla atıf alan temadır. Literatürde; “yakın geçmişte sağlık turizm olarak bilinen bir eğilimin ortaya çıktığı”, “gelişmiş ülkelerin vatandaşlarının tıbbi hizmetler almak için çeşitli ülkelere seyahat etmeyi tercih ettiği” ana fikri etrafında örgülenen çok sayıda yayın bulunmaktadır. Sağlık turizmi fenomeninin; pazardaki güçler tarafından yönlendiriliyor olması, içerdiği zorluklar ve sunduğu potansiyel fırsatlar bu yayınların temel konularını oluşturmaktadır. Sayılan nedenlerden dolayı “Globalization” temasının en fazla atıf alan tema olduğu değerlendirilmiştir.

İncelenen ikinci dönem olan 2010-2019 dönemine ilişkin stratejik diyagramda yer alan motor temalardan (“intention”, “complications” ve “Poland”) temaları dikkat çekmektedir. Literatür incelendiğinde sağlık turizmini tercih eden kişilerin amaçlarının araştırıldığı çok sayıda çalışmanın bulunduğu anlaşılmaktadır. Bu çalışmaların sonuçlarına göre transplantasyon, estetik, in vitro fertilizasyon, diş hastalıkları ve bariyatrik cerrahi gibi amaçların ön plana çıktığı görülmektedir. Sağlık turizminin istenmeyen sonuçlarından olan komplikasyonlara ilişkin incelemelerin yapıldığı araştırmaların da literatürde önemli yer tuttuğu, özellikle cerrahi işlemlere ait komplikasyonların incelendiği belirlenmiştir. Polonya Dünya'nın önde gelen sağlık turizm merkezleri arasında yer almamaktadır. Bununla birlikte Avrupa ülkeleri arasında sağlık turizm ile ilgili en fazla sayıda yayın üreten ülkenin Polonya olduğu tespit edilmiştir. Yapılan incelemelerde; Polonyada sağlık turizminin hızla geliştiği, Almanya, İngiltere ve İskandinav ülkelerinin Polonyada verilen sağlık hizmetlerini en sık kullanan ülkeler olduğu ancak sınır ötesi sağlık hizmetlerinde hasta haklarına ilişkin Avrupa Direktifinin uygulanmamasının Polonya'nın önündeki en ciddi engel olarak görüldüğü kaydedilmektedir.

Ülkenin sağlık turizminden pay almak için gösterdiği çaba, Polonya'nın tema olarak ön planda yer almasını sağlamıştır “Intention”, “Behavioral intention” ve “Complications” temaları atıf sayısı olarak da diğer temalardan yüksektir (39-40).

Stratejik gelişim haritasına bakıldığında “kidney transplantation” temasının ikinci dönemden “complications”, “access” ve “commodification” temaları ile ilişkili olduğu görülmektedir. Bu durum öncelikle böbrek transplantasyonu sonucu gelişen komplikasyonların incelendiği araştırmalardan kaynaklanmaktadır. Bunun yanında ekonomik yetersizlik gibi çeşitli nedenlerle böbrek transplantasyonu ihtiyacının karşılanamaması konusunun incelendiği yayınlar da literatürde yer önemli tutmaktadır. Bu da “kidney transplantation” ile “access” temaları arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Commodification ekonomik sistemlerde hizmet ve fikirlerin ticaret nesnelere olarak kullanılması anlamı taşımaktadır. Sağlık turizmi verilerinin eleştirel incelemeye tabi tutulmasının, felsefi ve etik açıdan konunun incelenmesinin gerektiğini tartışan yayınlar genellikle sağlık konusunun metalaşmaması savını ileri sürmektedir. Bu yayınlarda sıklıkla “commodification” anahtar kelime olarak kullanılmıştır. Bu durum “kidney transplantation” ile “commodification” temaları arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır (41).

SONUÇ

Sağlık turizmi 2015 yılı itibarıyla yaklaşık 65 milyar dolarlık ekonomi oluşturmuş olup 2020 yılı sonuna kadar bunun en az iki katına çıkacağı tahmin edilmektedir. Bir çalışmada, 2017 yılında Dünya genelinde sağlık turizmi amacıyla seyahat eden kişi sayısının 14-16 milyon olduğu, bu sayının yıllık olarak %25 artmasının beklendiği kaydedilmiştir (39,42).

Sağlık turizminin önemli merkezlerinden olan Tayland'a 2013 yılında yaklaşık 2,5 milyon yabancı hasta seyahat etmiştir. Aynı kapsamda 2012 yılında Singapur'a, 850.000 sağlık turisti gelmiştir. Güney Doğu Asya'da büyüyen bir sağlık turizmi merkezi olan Malezya son beş yılda turist sayısını iki katına çıkarmıştır. Latin Amerika ve bazı Doğu Avrupa ülkeleri için de benzer veriler mevcuttur (43-44).

Ülkemiz, son yıllarda yaptığı atılımlarla sağlık turizminden pay alan ülkeler arasında öne çıkarak ilk 10 ülke arasına girmiştir. Ülkemize sağlık turizmi kapsamında seyahat eden kişi sayısı 2013 yılı itibarıyla 300.000 kişidir. Son derece nitelikli sağlık personelinin istihdam edildiği, Dünya standartlarında tıp merkezlerinin bulunduğu ve pek çok tıbbi işlemin ucuza yapılabildiği ülkemizin sağlık turizminden hak ettiği payı alamadığı değerlendirilmektedir (45).

Ülkemizde uluslararası sağlık turizmi ve turistlerin sağlığı kapsamında uluslararası düzeyde sunulan sağlık hizmetlerinin asgari hizmet sunum standartlarının belirlenmesi, uluslararası sağlık turizmi hizmetlerinde faaliyet yürütecek sağlık kuruluşları ile aracı kuruluşların yetkilendirilmesi ve bu faaliyetlerin denetlenmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacı ile 13.07.2017 tarih ve 30123 sayılı Resmi Gazetede Uluslararası Sağlık Turizmi Ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik çıkmış olup Sağlık Turizmi kapsamında yürütecek iş ve işlemlerin kriterleri belirlenmiştir.

İlgili yönetmelik kapsamında Kamu, Özel ve Üniversitelere ait sağlık tesisleri ile aracı kuruluşlara İl Sağlık Müdürlüklerince yapılan incelemeler sonucu Sağlık Turizmi Yetki Belgesi almaya hak kazanan kurum ve kuruluşların, yetki belgeleri verilmeye başlanmıştır.

Sağlık Turizmi kapsamında gerek mevzuat gerekse uygulama alanında yapılan ve yapılacak olan değişiklikler ile ülkemizin sağlık turizminden daha büyük paylar alması amacıyla:

Ülkemizin Coğrafi konumu, uygun fiyatlı ve kaliteli sağlık hizmet sunumu, kısa bekleme süreleri, gelişmiş tıbbi cihaz ve teknolojisi ile birlikte yeni ve modern şehir hastaneleri gibi artılarını ön plana çıkarılması gerektiği,

Sağlık Turizmi alanında mevcut potansiyelin tam anlamıyla kullanılabilmesi, bu potansiyelin artırılabilmesi ve mevcut durumun iyileştirilebilmesi adına izlenebilecek politikaların ve bu politikaların önündeki engellerin ya da kısıtlılıkların tespit edilmesi gerektiği,

Politika belirleyicilerin Türkiye’de sağlık turizminin gelişimi, mevcut durumu, yaşanan aksaklıklar, gelişimi önündeki engeller ve karşılaşılabilecek fırsat ya da tehditler konusunda hem kamu hem özel sektör temsilcileri ile biraraya gelerek yapılacak olan uygulamaların birlikte değerlendirilmesi gerektiği,

Ülke olarak sağlık turizmi kapsamında bilgilendirme ve tanıtım faaliyetlerinin gerek nitelikli insan gücü ve sağlık personeli, gerekse fiziksel altyapı olarak potansiyelimizi ön plana çıkaracak şekilde düzenlenmesi gerektiği,

Sağlık turizminin ülkemizin son derece zengin olduğu deniz ve kaplıca turizmi gibi alanlarla entegre edilmesinin,

Sağlık turisti özellikle uluslararası akreditasyonu olan hastaneleri tercih ettiğinden, sağlık turizmi konusunda çekim merkezi olma amacı güden sağlık kuruluşlarının bu hususu dikkate almasının,

Bir kez gelen sağlık turistinin bir kez daha gelmesinin veya çevresine ülkemizi tavsiye etmesinin birincil hedef haline getirilmesi, bu amaçla sağlık merkezlerinin ve bu

alanda görevli personelin sıkı şekilde denetlenmesinin önem arz ettiği değerlendirilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ahani, A., Nilashi, M., Ibrahim, O., Sanzogni, L., Weaven, S.K. (2019). Market segmentation and travel choice prediction in Spa hotels through TripAdvisor’s online reviews.
- Smith, M ve Kelly, C. (2006). Wellness Tourism, Tourism Recreation Research, 31:1, 1-4, DOI: 10.1080/02508281.2006.11081241
- Hembry, P.M. (1990). The English Spa 1560-1815. A Social History. London: Athlone Press; Rutherford (N.J.): Fairleigh Dickinson University Press
- Fisher, C. Ve Sood, K. (2014). What Is Driving the Growth in Medical Tourism?, Health Marketing Quarterly, 31:3, 246-262, DOI: 10.1080/07359683.2014.936293
- Horowitz, M. D., ve Rosensweig, J. A. (2007). Medical Tourism – Health Care in the Global Economy. The Physician Executive, 11(November-December), 24–30.
- Keckley, H. (2008). Medical tourism: Consumers in search of value Deloitte Center for Health Solutions, Washington, DC
- Nilashi, M., Samad, S., Manaf, A.A., Ahmadi, H., Rashid, T.A., Munshi, A., Almukadi, W., Ibrahim, O., Ahmed, O.H. (2019). Factors influencing medical tourism adoption in Malaysia: A DEMATEL-Fuzzy TOPSIS approach. Computers & Industrial Engineering, Volume 137, November 2019, 106005
- Smith, M. ve Puczko, L. (2009). Health and wellness tourism. Amsterdam: Butterworth-Heinemann.
- Bookman, M.Z. ve Bookman, K.R. (2007). Medical tourism in developing countries. NY: Palgrave MacMillan.
- Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and... surgery. Tourism Management 27(2006) 1093-1100
- Cormany, D. (2008). Taking a pulse on potential medical tourism destinations: The hospitality and tourism industries. Medical Tourism Magazine, 7, 34-37.
- Han, H. ve Hyun, S.S. (2015). Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness. Tourism Management 46 (2015) 20-29
- Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. Tourism Management 34 (2013) 1-13.
- Seetanah, B. (2011). Assessing the Dynamic Economic Impact of Tourism for Island Economies. Annals of Tourism Research, 38, 291-308. <https://doi.org/10.1016/j.annals.2010.08.009>
- Goldbach, A.R., ve West, D.J. (2010). Medical Tourism: A New Venue of Healthcare.
- Rodrigues, H.M. (2017). A Scoping Review: Exploring the World of Medical and Wellness Tourism. A Thesis presented in partial fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor in Management Specialization in Marketing. Instituto Universitario de Lisboa.
- Grand View Research. Medical Tourism Market. Size, Share & Trends Analysis Report 2018–2025: Focus on Costa Rica, Mexico, India, Thailand, Malaysia, and Singapore; Grand View Research: San Francisco, CA, USA, 2018.
- Lunt, N.T., Mannion, R. ve Exworthy, M. (2013), A framework for exploring the policy implications of UK medical tourism and international patient flows, Social Policy and Administration, Vol. 47 No. 1, pp. 1-25
- Patients Beyond Borders. Medical tourism statistics and facts. [https://www.patientsbeyondborders.com/media](https://www.patientsbeyondborders.com/media/Erişim%2028%20Şubat%202020)
- Beladi, H., Chao, C-C., Ee, M.S. (2019). Does Medical Tourism Promote Economic Growth? A Cross-Country Analysis. Journal of Travel Research. 2019, Vol.58(1) 121-135

29. Pocock, N.S., Phua, K.H. (2011). Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and Health* 2011, 7:12
30. Blouin, C., Chopra, M., Hoeven, R. (2009). Trade and Social Determinants of Health. *Lancet*. 373. 502-7. 10.1016/S0140-6736(08)61777-8.
31. Debra S. Sandberg (2017). Medical tourism: An emerging global healthcare industry, *International Journal of Healthcare Management*, 10:4, 281-288, DOI: 10.1080/20479700.2017.1296213
32. Geahigan, P. C., & Geahigan, G. (1982). Guidelines for computer literature searching in art education. *Studies in Art Education*, 23(3), 48-60.
33. http://apps.webofknowledge.com/summary.do?product=WOS&search_ode=GeneralSearch&qid=74&SID=E69ILAUhx8EiSu3YD4y Erişim Tarihi: 23.02.2020
34. <http://sci2s.ugr.es/scimat>. Retrieved from <http://sci2s.ugr.es/scimat>
35. Cobo, M. J., López-Herrera, A. G., Herrera-Viedma, E., & Herrera, F. (2011). An approach for detecting, quantifying, and visualizing the evolution of a research field: A practical application to the fuzzy sets theory field. *Journal of Informetrics*, 5(1), 146-166.
36. Cobo, M. J., Lopez-Herrera, A. G., Herrera, F., & Herrera-Viedma, E. (2011). A note on the ITS topic evolution in the period 2000–2009 at T-ITS. *IEEE Transactions on Intelligent Transportation Systems*, 13(1), 413-420.
37. Cobo, M. J., López-Herrera, A. G., Herrera-Viedma, E., & Herrera, F. (2011). Science mapping software tools: Review, analysis, and cooperative study among tools. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 62(7), 1382-1402.
38. Martínez, M. A., Cobo, M. J., Herrera, M., & Herrera-Viedma, E. (2015). Analyzing the scientific evolution of social work using science mapping. *Research on Social Work Practice*, 25(2), 257-277.
39. Cobo, M. J., López-Herrera, A. G., Herrera-Viedma, E., & Herrera, F. (2012). SciMAT: A new science mapping analysis software tool. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 63(8), 1609-1630.
40. López-Herrera, A. G., Cobo, M. J., Herrera-Viedma, E., & Herrera, F. (2010). A bibliometric study about the research based on hybridating the fuzzy logic field and the other computational intelligent techniques: A visual approach. *International Journal of Hybrid Intelligent Systems*, 7(1), 17-32.
41. Lopez-Herrera, A. G., Cobo, M. J., Herrera-Viedma, E., Herrera, F., Bailón-Moreno, R., & Jiménez-Contreras, E. (2009). Visualization and evolution of the scientific structure of fuzzy sets research in Spain. *Information Research: An International Electronic Journal*, 14(4), n4.
42. Cobo, M. J., Martínez, M.-Á., Gutiérrez-Salcedo, M., Fujita, H., & Herrera-Viedma, E. (2015). 25 years at knowledge-based systems: a bibliometric analysis. *Knowledge-based systems*, 80, 3-13.
43. Murgado-Armenteros, E. M., Gutiérrez-Salcedo, M., Torres-Ruiz, F. J., & Cobo, M. J. (2015). Analysing the conceptual evolution of qualitative marketing research through science mapping analysis. *Scientometrics*, 102(1), 519-557.
44. The Joint Commission: Over a Century of Quality and Safety. The Joint Commission. 2020.
45. World alliance for patient safety: forward programme 2005. World Health Organization. Geneva. 2004.
46. Ormond M, Wong Kee M, Chan CK. Medical tourism in Malaysia: how can we better identify and manage its advantages and disadvantages? *Global Health Action*. 2014; 7(1): 25201.
47. Dalen JE, Alpert SA. Medical Tourists: Incoming and Outgoing. *The American Journal of Medicine*. 2019; 132(1): 9 – 10.
48. Religioni U, Religioni M. Medical tourism trends in Poland. *Medical and Biological Sciences*. 2015; 29(2): 63-67.
49. Connell J. Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*. 2013; 34: 1-13.
50. Dang HS, Nguyen TMT, Wang CN, Day JD, Dang TMH. Grey System Theory in the Study of Medical Tourism Industry and Its Economic Impact. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(3): 961.
51. Herberholz C, Supakankunti S. Medical Tourism in Malaysia, Singapore and Thailand. 2013.
52. Wong KM, Velasamy P, Arshad TNT. Medical tourism destination SWOT analysis: A case study of Malaysia, Thailand, Singapore and India. In: SHS Web of Conferences. EDP Sciences. 2014. p. 01037.
53. TURSAB Sağlık Turizmi Raporu. http://www.tursab.org.tr/dosya/12186/saglikturizmiraporu_12186_5485299.pdf (Erişim Tarihi:28.02.2020).

Multi-Dimensional mental health sector workforce analysis: Comparison between european region countries

Çok boyutlu mental sağlık sektörü iş gücü analizi: Avrupa bölgesi ülkeleri arasında karşılaştırma

Berna Çalgı, Taner Artan, Doğaç Özüçelik

**Author Information/
Yazar Bilgileri :**
İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa,
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Key Words:
Mental health; health workforce;
psychiatric social work; clinic social
work

Anahtar Kelimeler:
Mental sağlık; sağlık işgücü;
psikiyatrik sosyal hizmet; klinik
sosyal hizmet

**Address for correspondence /
Yazışma Adresi:**
Berna Çalgı,
berna.calgi@istanbul.edu.tr

**Received Date/
Gönderme Tarihi:**
14.01.2020

**Accepted Date/
Kabul Tarihi:**
08.03.2020

**Published Online/
Yayımlanma Tarihi:**
31.03.2020

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to compare and determine the position of Turkey and other European countries in a graphical plane, divide countries into subgroups and see similarities and differences relative to each other according to the mental health sector workforce indicators. Also, we aimed to discuss the role of social work profession in mental health sector. **Material and Methods:** We used four different mental health workforce indicators for 29 European Countries for the year 2016 or the nearest from WHO Mental Health Database. We performed Multi-dimensional Scaling (MDS) technique to compare countries and determine positions by obtaining table of coordinates, differences matrix and euclidean distance model. We utilized SPSS 20.0 package program. **Results:** Belgium, Germany, the Netherlands, Norway, Sweden, Finland and France have both positive and over 1 value in table of coordinates and these are different from other countries. Also, Turkey is the similar to Russia, Croatia, Hungary and Slovenia mostly and is the most different, respectively, from Norway, the Netherlands, Germany and Spain in terms of mental health sector workforce. In addition, Turkey (VAR24) was located somewhere away from the general trend in the euclidean distance model. **Conclusion:** In Turkey, the need for mental health sector workforce especially in; social work, psychiatry and psychology professionals, is still high when compared with other developed countries such as Norway, Sweden.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, mental sağlık sektörü işgücü göstergelerine göre, Türkiye ve diğer Avrupa ülkelerinin grafik düzlemdeki konumlarını belirlemek ve karşılaştırmak, ülkeleri alt gruplara ayırmak ve birbirlerine göre benzerlik ve farklılıkları görmektir. Ayrıca mental sağlık sektöründe sosyal hizmet mesleğinin alanını tartışmaktır. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışmada 2016 yılı ya da en yakın yıl için 29 Avrupa Ülkesi için dört farklı mental sağlık işgücü göstergesi kullanıldı. Ülkeleri karşılaştırmak ve konumları belirlemek için koordinatlar tablosu, farklılıklar matrisi ve Öklid uzaklık modelini içeren Çok Boyutlu Ölçekleme (MDS) tekniği uygulandı. Analizlerde, SPSS 20.0 paket programı kullanıldı. **Bulgular:** Belçika, Almanya, Hollanda, Norveç, İsveç, Finlandiya ve Fransa koordinat tablosunda hem pozitif hem de 1'den fazla değere sahiptir ve bunlar diğer ülkelerden farklıdır. Ayrıca, Türkiye mental sağlık işgücü göstergeleri açısından en çok Rusya, Hırvatistan, Macaristan ve Slovenya ile benzerdir sırasıyla Norveç, Hollanda, Almanya ve İspanya'dan ise farklıdır. Buna ek olarak, Türkiye (VAR24) öklid uzaklık modelindeki genel eğilimden uzakta bir yerde konumlanmıştır. **Sonuç:** Türkiye'de, mental sağlık sektörü işgücüne duyulan ihtiyaç özellikle; sosyal hizmet, psikiyatri ve psikoloji alanlarında, Norveç ve İsveç gibi diğer gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında hala yüksektir.

INTRODUCTION

Mental ill-health is receiving attention in the psychiatric literature in recent years. However, there have been rare studies on mental health sector workforce -social worker, psychologist, psychiatrist and nurse- especially in the focus of social work. Mental health is now regarded as one of the main significant causes off ill-health and mental disability (1). World Health Organization (WHO) defines mental health as a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to

make a contribution to his or her community (2). The WHO stresses that mental health is not just the absence of mental disorder. Mental health is a positive concept related to the social and emotional wellbeing of people and communities, like physical health, mental health is not fixed, it exists on a continuum, or range: from positive, healthy functioning at one end through to severe symptoms of mental health conditions at the other (3).

According to World Health Organization (WHO); mental, neurological, and substance use disorders make up 10% of the global burden of disease and 30%

of non-fatal disease burden (2). Additionally, mental disorders have highest average length of stay in hospital with 12.9 days in International Disease Codes-10 (ICD), after mental disorders, respiratory diseases have closest hospital stay days to this group with 5.6 in 2017 (4). The mental disorders have the average maximum staying days in hospital. Yet, globally, the median number of mental health workers is 9 per 100 000 population, and there is extreme variation from below 1 in low-income countries to 72 in high-income countries (5). So, the workforce capacity for this ICD group is important to carry out and sustain the health services to the individuals.

In the WHO global mental health report, a comprehensive action plan for mental disorders has been developed for the 2013-2020. According to this plan, there are four main objectives and six targets. The second objective is to provide comprehensive, integrated and sensitive mental health and social care services through community based practices. For this purpose; financial resources, workforce, physical capacity, stakeholder cooperation, accessibility and continuity of services, inpatient care and social support are seen as the main indicators (5). Based on, the social work professions have important role since the professional practise of social worker enable to reach these objectives.

In this aspect, the aim of this study is to compare and determine the position of Turkey and other European countries in a graphical plane, divide countries into subgroups and see similarities and differences relative to each other according to the mental health sector workforce indicators, determined by World Health Organization. And also, to discuss the role of social work profession in mental health sector. So, the current situation of mental health sector in terms of workforce can be interpreted. While the studies in mental health sector are examined, it is seen that the related literature is based on the causes, risk factors, treatment methods of diseases in the micro and the national and regional prevalence and incidence comparisons in the macro level. One of the most important requirements of this study is that the number of studies between countries is quite rare for mental health workforce. On the other hand, there are many studies that compare Turkey and other countries with respect to health expenditures, general health workforce, mortality and morbidity, infrastructure, women's health in literature, there is no comparative study of mental health workforce indicators in the perspective of psychiatric-clinic social work and it is another unique aspect of this study.

MATERIAL AND METHODS

Multi-dimensional Scaling (MDS) technique was used to compare multiple countries with more than one mental health workforce indicator rather than comparing countries on a single indicator or comparing two countries with more than one indicator.

MDS is a statistical method for revealing relationships between objects by using distances in cases where the relationships between objects are unknown, but distances can be calculated. (6). MDS is one of the interdependence techniques used when dealing with the existing interrelationship between all variables, where any or a group of variables is not dependent on one another and cannot be explained to another. It includes complex mathematical, geometric and statistical operations where models can be obtained visually revealing the structure of the data (7).

MDS is a method which aims to determine the positions of objects in a k-dimensional ($k < p$) space based on the distances determined according to the variable (p) and observations (n) or units and determines the relations between the objects. The general purpose of MDS is to present the objects as close to the original shape as possible using the distance values of the objects with as few dimensions as possible (8). In addition, there is no assumption about the distribution of data in the MDS and the graphical representation is obtained by converting the distance matrix to graph coordinates (9). The stress value, which is an expression of the difference between the real shape in multidimensional (p dimensional) and the predicted shape in reduced (k-dimensional) space, is calculated. Dimension analyzes that give close to zero stress are considered appropriate. According to this;

- $\text{Stress} \geq 0.20$ bad
- $0.10 \leq \text{stress} < 0.20$ middle
- $0.05 \leq \text{stress} < 0.10$ good
- $\text{Stress} < 0.05$ very good
- $0 < \text{stress} < 0.025$ excellent

Finally, the coordinates of the units or objects at the appropriate dimension level are obtained. These coordinates are represented in space and the relations between each unit or object are interpreted (6).

We used four different mental health workforce data for 29 European regions. The data is for 2016 or the nearest year. We gathered the data from WHO Mental Health Database. The workforce health indicators for mental health sector are grouped under four headings by WHO (10). These are;

- *Social workers*, working in mental health sector, per 100.000: Social workers working in mental health (per 100.000 population), including professionals working in private and public mental health facilities as well as private practice
- *Psychologists*, working in mental health sector, per 100.000: Psychologists working in mental health (per 100.000 population), including professionals working in private and public mental health facilities as well as private practice.
- *Psychiatrists*, working in mental health sector, per 100.000: Psychiatrists working in mental health (per 100.000 population), including professionals working in private and public mental health facilities as well as private practice.
- *Nurses*, working in mental health sector, per 100.000: Nurses working in mental health (per 100.000 population), including professionals working in private and public mental health facilities as well as private practice

We performed MDS technique to compare 29 European Region countries which data be gathered by using four mental health sector workforce indicators. Also, we utilized SPSS 20.0 package program. The results are given in the following part.

RESULTS

In the Multidimensional Scaling (MDS) analysis using mental health sector labor indicators of 29 European countries; For $k=2$ (Kruskal) iteration was continued until the stress statistic was less than 0.001. Since we reached to 0.00081 in the eighth iteration, iteration was stopped. The result of the stress statistics is very close to 0. This is a desirable result for MDS. Stress value was calculated according to Kruskal's formula and was found as 0.9886. In this context, the stress value for $k=2$ dimensions reveals the data by 0.98. In this case, it can be said that the results obtained adequately reflect the data set we have. According to this; multidimensional scaling analysis was performed in two dimensions. Table 1 shows the coordinates of the countries according to the mental health sector workforce variables.

According to Table 1; In the first dimension, Belgium, Germany, the Netherlands, Norway, Sweden, Finland and France have both positive and over 1 values. Firstly, we can say that these countries are perceived similar according to mental health workforce. Since the values of these countries are higher than the other countries, in the first dimension, these countries are the most important separators. Countries whose values are

close to zero are those which are perceived as similar in the first dimension and are not important in this dimension. In the second dimension; Turkey is the country which are separated by positive values above 1. Therefore, in the second dimension, Turkey is in the parser position. This situation shows that Turkey is different from the other 28 countries in terms of the mental health sector workforce indicators.

Table 1. Table of coordinates

VAR1	Belgium	1.7516	1.1966
VAR2	Bosnia and Herzegovina	-.7832	-.0515
VAR3	Czechia	-.5139	-.0305
VAR4	Germany	1.2256	.0967
VAR5	Italy	-.6818	.0481
VAR6	Netherlands	3.1731	-.8966
VAR7	Republic of Moldova	-.9607	.0095
VAR8	Russian Federation	-.4672	.1533
VAR9	Spain	-.7664	-.3645
VAR10	Albania	-1.1347	-.0531
VAR11	Armenia	-1.0302	-.0998
VAR12	Azerbaijan	-1.0553	-.1535
VAR13	Belarus	-.5843	-.2486
VAR14	Bulgaria	-.8157	-.0120
VAR15	Croatia	-.4732	.0964
VAR16	Estonia	-.5129	-.2958
VAR17	Greece	-.6715	-.0904
VAR18	Hungary	-.4730	.0967
VAR19	Norway	4.1090	.1465
VAR20	Poland	.1139	-.6108
VAR21	Romania	-.8410	-.0172
VAR22	Slovenia	-.4110	.0489
VAR23	Sweden	1.2540	.0739
VAR24	Turkey	-.0226	1.9964
VAR25	Montenegro	-.6783	-.0214
VAR26	Finland	1.4055	-1.5970
VAR27	France	1.1181	-.1635
VAR28	Serbia	-.7737	-.2064
VAR29	Republic of North Macedonia	-.5000	-.0504

Then, we created differences matrix in order to determine which countries are closest to each other and which countries are farthest away from each other. Since it is not possible to show all 29 countries in a single table, some of them are shown in Table 2 but we explained important results in the text.

Table 2. Differences matrix

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	,000									
2	2,795	,000								
3	2,493	,261	,000							
4	1,307	1,974	1,874	,000						
5	2,676	,197	,351	1,874	,000					
6	2,493	4,009	3,837	2,180	3,979	,000				
7	2,873	,197	,451	2,180	,231	4,232	,000			
8	2,390	,351	,292	1,694	,292	3,837	,451	,000		
9	2,890	,292	,366	1,974	,366	4,009	,351	,615	,000	
10	3,065	,366	,624	2,193	,351	4,390	,197	,624	,451	,000

Countries with values close to 0 according to the differences matrix are similar, whereas countries with values above 1 are different in terms of mental health workforce in the matrix. According to the results, Turkey has the values above 1 with all the other 28 countries. According to the matrix results for 29 European countries, Turkey is the similar to Russia, Croatia, Hungary and Slovenia mostly. On the other hand, Turkey is the most different, respectively, from Norway, the Netherlands, Germany and Spain. For all differences matrix scores, the most similar countries are Bulgaria and Romania, Bulgaria and Bosnia Herzegovina, Bulgaria and Montenegro, Montenegro and Bosnia Herzegovina, Albania and Azerbaijan.

After the coordinate table and the difference matrix, we obtained graphical representation arranged according to the coordinates in two-dimensional space. Since the data we used in the analysis are measured at

intermittent or proportional measurement level, we performed euclidean distance measurement and the results are shown in Figure 1.

According to the Euclidean distance model in Figure 1, we see that the countries are located close to each other when they are similar. Turkey (VAR24) was located somewhere away from the general trend in the euclidean distance model. while the general trend away from the country except Turkey, Belgium, Germany, the Netherlands, Norway, Sweden, Finland and France appear to be. Turkey has both these countries away from the group and located in a remote spot in the overall trend. Except Turkey, Belgium, Germany, the Netherlands, Norway, Sweden, Finland and France located away from the general. We found that Turkey is away from both this group and general trend for 29 European countries.

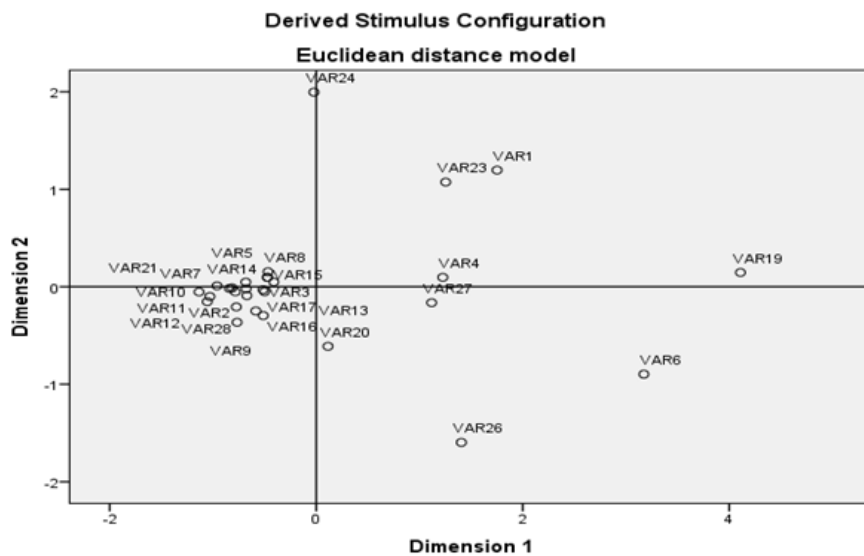


Figure 1. Euclidean distance model

DISCUSSION

On globally, there are some inequalities and differences on mental health sector availability, financial resources, workforce both between countries and within countries. For instance, in terms of workforce, rates are estimated to vary from below 2 per 100.000 population in low-income countries to over 70 in high-income countries. The global median remains at 9 per 100.000 population, or less than one mental health worker per 10.000 population. While the number of psychiatrists per 100.000 people in Norway 48.04, this number drops to 1.64 in Turkey. In similar tendency, while the number of social workers per 100.000 people in Sweden is 18.42, this number drops to 1.64 in Turkey. Within Turkey, the number of mental health sector workforce vary from 1.64 to 150.25 per 100.000. The number of nurses working in the mental health sector in Turkey was 150.25 per 100.000 per population but the number of social workers working in the mental health sector was 1.64 per 100.000 per population in 2017. We discuss this variation on the base of Turkey's education policy. In the mental health sector focus, in nursing education in high schools and universities in Turkey is given extensively for many years and therefore it has many professionals in the field. Also in Turkey, social work education has been given by only a single university for many years. The social work departments in universities has become widespread since the 2000s and beyond. For this reason, the social work profession, which is already defined in the young occupations group, has recently started to specialize in areas such as mental health and therefore it is thought that social workers working in the field of mental health are relatively less. On this basis, we can say that, in Turkey, located in the developing country groups, the need in mental health sector for social work, psychiatry and psychology professionals is still high when compared with other developed countries such as Norway, Sweden etc.

On the other hand, there are large inequalities for outpatient services, child and adolescent services and social support on mental health. Globally, the median number of children and adolescents beds is less than 1 in the 100.000 population and is below 0.2 in low and low middle income countries and over 1.5 in high income countries (5). Although international data exist, according to Fisher et al., the number of international comparisons studies on mental health is very limited. So, they developed mental health-care quality indicators aims measures that will allow for international comparisons of mental health. One

of the indicators in this study was mental health workforce (11). In this study, we aimed to investigate the mental health sector workforce in comparative and multidimensional perspective. We found that Belgium, Germany, the Netherlands, Norway, Sweden, Finland and France are differ from other European countries. Although Turkey is in the Europe (EUR) region, according to the analysis of mental health workforce indicators, it was not found to be similar to the countries in the European region. Although there is not much comparative study on mental health workforce in the literature, there are comparative analyzes between countries and within countries in terms of different health indicators. Ersöz in 2008 found that, Turkey is similar to Korea Republic, Mexico and Poland in terms of health indicators (12). In another study, Rehimli and colleagues found that Turkey is differs from other European countries and they suggest to increase in health investment and use it effectively and efficiently to improvements in female health indicators (13). In this study we found that Turkey is the similar to Russia, Croatia, Hungary and Slovenia mostly and is the most different, respectively, from Norway, the Netherlands, Germany and Spain in terms of mental health sector workforce.

Ruble and colleagues presents a systematic review of grey literature describing current initiatives that assess the quality of mental health care in 12 countries. In their study they investigated Australia, Canada, England, Germany, Ireland, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Scotland, Taiwan, and United States in terms of review of quality performance measurement initiatives at the national and found that despite increased activity in recent years in the development of mental health indicators, major challenges remain owing to the lack of coordination and oversight of the various initiatives and programs, the lack of clear responsibility for promotion of best practices, and limitations in the ability to capture more clinically textured data beyond insurance claims (14).

In the literature, several studies, examining the availability of health care, have used state-level data on suicide rates in different regions, as well as the density of health care providers, such as general practitioners, social workers, psychiatrists and psychologists. These studies have yielded some evidence that density of mental health providers is associated with lower suicide rates (15). For instance, Tondo and colleagues found that both the density of psychiatrists and density of non-psychiatrist physicians are associated with lower suicide rates (16). In our study, we did not examine

the relationship between mental health workforce and suicide but the countries which has similar suicide level such as Finland, Norway and Sweden are similar in terms of mental health workforce as well. Compared to the countries we examined in our study, although Sweden, Norway has a relatively high number of mental health workers, it is seen that suicide rate ranks is relatively higher contrary to expectations (2).

CONCLUSION

Despite the limited sources and inequalities, the burden of mental disorders is high in populations on globally (17). Today, one in four people in the world is affected by mental or neurological disorders at some point in their lives. Around 450 million people currently suffer from such conditions, placing mental disorders among the leading causes of ill-health and disability worldwide (2). For mental disorders, treatments are available, but nearly two-thirds of people with a known mental disorder never seek help from a health professional. Stigma, discrimination and neglect prevent care and treatment from reaching people with mental disorders, says the World Health Organization (18). For these and more reasons, the WHO has been preparing Mental Health Atlas Report since 2001. This report require a focus on investment in leadership and governance for mental health, and the development of integrated, responsive mental health and social care services in community-based settings. Strategies for promotion and prevention in mental health, and building and strengthening of information systems, evidence, and research for mental health in conflict-affected countries, are also needed. Mental health sector workforce has crucial role in these requirements.

When social work professions compared with psychiatry and psychology in mental health sector, psychiatry and psychology have individual-oriented intervention in professional practice. But, the social work profession has a political role both in the clinical focus and in activating the individual's social support systems. In this respect, the multi-faceted approach of the social work profession in the mental health sector and its comprehensive intervention in micro-mezzo-macro dimensions are important. In order to reach comprehensive, integrated and sensitive mental health and social care services through community based practices objectives, social workers have major role. To ensure specialization in this field, the number of clinical social work education programs, which are extremely limited, should increase in Turkey.

REFERENCES

1. Montgomery, L., Wilson, G., Houston, S., Davidson, G., Harper, C. (2019). An evaluation of mental health service provision in Northern Ireland. *Health and Social Care in the Community*, 27,105-14.
2. World Health Organization.(2019). *Mental health*. Geneva: WHO Publishing.
3. United Nations.(2019). *Understanding mental health: workplace mental health and well-being strategy*. 1st ed. New York: UN Publishing.
4. Ministry of Health. (2017). *Health statistics yearbook*. 1st ed. Ankara: Health Ministry Publishing.
5. World Health Organization.(2017). *Mental health atlas 2017*. Geneva: WHO Publishing.
6. Kalayci, S.(2014). *SPSS-Applied multivariate statistical techniques*. 5th ed. Ankara: Asil Publishing.
7. Kurt, G.(1992). *Multidimensional scaling and application of multivariate statistical analysis techniques*. 1st ed. İstanbul: University of Marmara Publishing..
8. Tatlıdil, H.(2002). *Applied multivariate statistical analysis*. 1st ed. Ankara: Academy Printing House.
9. Alpar, R.(2011). *Applied multivariate statistical analysis*. Ankara: Detay Publishing.
10. World Health Organization. (2019). *Global health observatory data repository*. Geneva: WHO Publishing.
11. Fisher, C.E, Rublee, B.S., Pincus, H.A. (2013). Developing mental health-care quality indicators: toward a common framework. *Int. J for Quality in Health Care*, 25(1), 75-80.
12. Ersöz, F. (2008). Analysis of health level and health spending in OECD countries and Turkey. *Journal of Statistics*, 2:95-104.
13. Rehimli, S., Ocakoğlu, G., Sığırılı, D., Büyükuysal, M.Ç.(2008). Evaluation of woman health indicators for Turkey and OECD union members. *J Inonu University Faculty of Medicine*, 15(4), 261-66.
14. Spaeth-Rublee B., Pincus, H.A, Huynh, P.T.(2010). Measuring quality of mental health care: a review of initiatives and programs in selected countries. *The Canadian Journal of Psychiatry*,55(9),539-548.
15. Holliday, SB.(2018). The relationship between mental health care access and suicide. *Rand*.
16. Tondo, L., Matthew, A., Ross, B.(2016). Suicide rates in relation to health care access in the United States: An ecological study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(4),517-523.
17. Charlson, F., Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394:240-248.
18. World Health Organization. (2019). *World health report: mental disorders*. Geneva:WHO Publishing.

Türkiye ve Portekiz hemşirelik öğrencilerinin yaşam biçimi davranışları ve bağımlılık, depresyon düzeyleri

Turkey and Portugal nursing student lifestyle behavior and addiction, depression levels

Nükhet Kırığ, Yusuf Güver

Yazar Bilgileri/ Author Information:
Adnan Menderes Üniversitesi

Anahtar Kelimeler:
Hemşirelik, Bağımlılık, Depresyon, Anksiyete, Türkiye, Portekiz

Key Words:
Nursing, Addiction, Depression, Anxiety, Turkey, Portugal

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Nükhet Kırığ,
Adnan Menderes Üniversitesi,
nukhetkirag@gmail.com
Orcid: 0000-0002-9722-374X

Gönderme Tarihi/Received Date:
13.11.2019

Kabul Tarihi/Accepted Date:
19.03.2020

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
31.03.2020

ÖZET

Amaç: Bu çalışma Türkiye ve Portekiz'de yer alan hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, depresyon, anksiyete, alkol ve internet bağımlılığı düzeylerini karşılaştırmayı amaçlamaktadır. **Gereç ve Yöntemler:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu araştırma, Türkiye ve Portekiz'deki toplam 124 hemşirelik öğrencisi ile yürütülmüştür. Araştırma verilerinin toplanmasında, Sosyodemografik Soru Formu, SYBDÖ, BDE, BAÖ, İBÖ ve Audit kullanılmıştır. **Bulgular:** Portekiz'de öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin İBÖ, BAÖ ve Audit puan ortalamalarının Türk hemşirelik öğrencilerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Türk hemşirelik öğrencilerinin BDÖ puan ortalamasının anlamlı olarak Portekiz'deki öğrencilerden daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0.05$). SYBD İLE BDE arasında ters yönlü zayıf, IA ile BDE, BAÖ ve Audit arasında pozitif yönlü zayıf, BDE ile BAÖ arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi ($p < .05$). **Sonuç:** Portekiz'de öğrenim gören öğrencilerin internet bağımlılığı, anksiyete düzeyi ve alkol kullanım bozukluğunun Türk hemşirelik öğrencilerine göre daha yüksek seviyede olduğu depresyon düzeyinin ise daha düşük olduğu görülmüştür.

ABSTRACT

Aim: This study is located in Turkey and nursing students healthy lifestyle behaviors in Portugal, depression, anxiety, alcohol and aims to compare the level of internet addiction. **Material and Methods:** This research is descriptive and cross-sectional study, was conducted with a total of 124 nursing students in Turkey and Portugal. Sociodemographic Questionnaire, SYBD II Scale, BDI, BAI, IBI and Audit were used to collect the research data. **Results:** The mean scores of IBS, BAI and Audit of the nursing students studying in Portugal were significantly higher than the Turkish nursing students ($p < 0.05$). The mean BDI score of Turkish nursing students was significantly higher than that of Portuguese nursing students ($p < 0.05$). There was an inverse weak correlation between SYBD and BDI, a positive weak correlation between IA and BDI, BAI and Audit, and a weak positive relationship between BDI and BAI ($p < .05$). **Conclusion:** Internet addiction, anxiety level and alcohol use disorder were higher in Turkish students compared to Turkish nursing students and depression level was lower in students studying in Portugal.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâli olarak tanımlanmıştır (1). Sağlık, insanoğlunun varoluşundan itibaren üzerinde en çok vakit harcadığı kavramlardan birisidir. Kişilerin sağlığı koruma ve geliştirme için sağlıklı yaşam biçimine ulaşması gerekir (2).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireylerin sağlığı üzerinde etkili tutumlarını ve davranışlarını kontrol altına aldıkları, günlük yaşamda sağlığı geliştirici davranışları seçerek uygulamaya geçirebilmeleridir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde bunlar; beslenme, egzersiz, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, maneviyat olarak belirtilmektedir (3). Sağlık profesyonelleri

içinde hemşireler sayıca çoğunluğu oluşturmaktadır. Hemşirelerin gösterdikleri sağlıklı yaşam biçimi hizmet sundukları alanda rol model alınmaktadır (3).

Hemşire adayları olan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenerek durumun değerlendirilmesi ve bu alanda ortaya çıkan ihtiyaçların tanımlanmasına da fırsat verecektir. Hemşirelik eğitimi sunanların öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirici bir müfredatı oluşturmasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir (4).

Üniversite hayatının başlaması ile öğrencilerin seçtiği bölümden memnuniyetsizlik, düşündüklerini gerçekleştirilememesi, yeni arkadaşlar edinmek, maddi problemler, gelecek kaygısı gibi problemler ile yüzleşmektedir (5). Bu problemler üniversite

öğrencilerinin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyerek bağımlılık, depresyon, anksiyete gibi birçok ruhsal sorun yaşamalarına sebep olabilmektedir (6).

Özellikle internetin kullanım süresinin aşırı artışı, internete bağlanmadan yapamama ve internetin olmadığı durumlarda aşırı sinirlilik, saldırganlık davranışlarının görüldüğü internet bağımlılığı da üniversitede okuyan adölesan grubu olumsuz etkileyebilmektedir (7). Hane halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırmasınının 2019 yılı raporunda Türkiye genelindeki evlerin %94.9'u internet erişimine sahiptir. Bunun yanı sıra bilgisayar kullanımında 16-24 yaş, internet kullanımında 25-34 yaş en yüksek orana sahiptir. (8).

Üniversiteye geçiş dönemi diğer yaş gruplarına göre ağır ve şiddetli alkol kullanımının sık yaşandığı bir zamandır. Üniversite dönemindeki alkol kullanım bozukluğu tespit edilmediği durumda yetişkinlikte daha ciddi bir alkol bağımlılığına dönüşebilmektedir (9).

ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma Türkiye ve Portekiz'de yer alan hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının depresyon, anksiyete, alkol ve internet bağımlılığı düzeylerini karşılaştırılmayı amaçlamaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir ve evrenini Türkiye'nin batısında yer alan Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde 2018-2019 öğretim yılı içinde öğrenim gören toplam 800 öğrenci ve Portekiz'in Alentejo bölgesinde yer alan Politeknik Enstitüsü Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümü 2018-2019 öğretim yılında öğrenim gören yaklaşık 200 öğrenci oluşturmaktadır.

Tabakalı örneklem yöntemi kullanılarak Türkiye'deki Hemşirelik Fakültesinin 1,2,3 ve 4. sınıf öğrencilerinden araştırmaya katılmaya gönüllü olan 81 öğrenci, Portekiz'deki hemşirelik bölümünün 1,2,3 ve 4. sınıf öğrencilerinden araştırmaya katılmaya gönüllü olan 62 öğrenci araştırmaya dahil edilmiştir. Her iki ülkeden araştırmaya toplam 124 hemşirelik öğrencisi dahil edilmiştir.

Araştırmaya başlamadan önce Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Klinik Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli yazılı izin alınmıştır (2019/103). Araştırmaya katılan öğrencilerden yazılı onam alınmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin kimlik bilgilerinin gizli tutulacağına dair açıklama yapılmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayandırılmıştır.

Araştırma soruları altı bölümden oluşmuştur. Birinci bölüm öğrencilerin yaş, cinsiyet, sınıf, yaşanan yer, anne baba eğitim durumu, sigara, alkol kullanımı, sağlık durumunu algılama gibi sosyodemografik özelliklerini içeren 18 sorudan oluşan ve araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan formdur (2-9).

İkinci bölümdeki Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği Pender ve ark. (1987) tarafından bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek için 1987 yılında geliştirilmiştir (10). Ölçek 1996 yılında yeniden gözden geçirilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) olarak adlandırılmıştır. Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve arkadaşları tarafından 2008 tarihinde yapılmıştır (11). Ölçeğin Türkçe formunda yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının sonucunda ise; Cronbach Alfa katsayısı tüm ölçekte 0.92, sağlık sorumluluğuyla ilgili alt boyut için 0.77, fiziksel aktivite ile ilgili alt boyut için 0.79, beslenme ile ilgili alt boyut için 0.68, manevi gelişim ile ilgili alt boyut için 0.79, kişilerarası ilişkiler ile ilgili alt boyut için 0.80, stres yönetimi ile ilgili alt boyut için 0.64 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Portekiz için geçerlik güvenilirlik çalışması Sousa, ve ark. tarafından 2014 yılında yapılmıştır (12). Portekiz versiyonu için Cronbach Alfa katsayısı tüm ölçekte 0.925'dir. Ölçek 52 madde ve altı alt faktörden oluşup ölçeğin derecelendirilmesi 4' lü likert tipindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) kabul edilmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe SYBD düzeyi yükselmektedir.

Üçüncü bölümdeki Beck Depresyon Envanteri (BDE) depresyonun şiddetini ölçmek, tedaviyle olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmeyi sağlar. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Hisli tarafından 1989 yılında hazırlanmış ve geçerlilik çalışması üniversite öğrencileri üzerinde yapılmıştır (13). Ölçeğin Portekiz için geçerlik güvenilirlik çalışması Vaz Serra ve Pio Abreu tarafından 1973 yılında yapılmıştır (14). Portekiz versiyonu için Cronbach Alfa katsayısı tüm ölçekte 0.90'dır. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Depresyona ait semptomlar ve davranışlar bazı cümlelerle tanımlanmış ve 0, 1, 2, 3 şeklinde numaralar verilmiştir. "0" numaralı seçenek depresif belirtilerin olmadığını; 1, 2 ve 3 numaralı seçenekler ise depresif belirtinin yoğunluğunu gösterecek şekilde hazırlanmıştır. Bireylerden şimdiki durumları dahil son bir haftayı kapsayacak şekilde durumlarını en iyi tanımlayan ifadeyi seçmeleri istenmektedir ve sonuç maddelerdeki puanların toplamı ile elde edilmektedir. Şiddet olarak 0-9 minimal, 10-16 hafif, 17-29 orta, 30-63 şiddetli depresyon olduğunu göstermektedir. Puanlama sonucunda bireyler depresif olmayan, hafif depresif, orta derecede depresif ve şiddetli derecede depresif olarak

belirlenmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir. BDE puanının 17'nin üzerinde olması %90 doğrulukla tedaviye gerekli kılacak düzeydeki depresyonun olduğunu saptamaktadır. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında madde analizinde elde edilen Cronbach Alfa katsayısı $r=0.80$ olarak bulunmuştur.

Dördüncü bölümdeki Beck Anksiyete Ölçeği'nin (BAÖ) Türkiye geçerlilik ve güvenirliği Gümüş ve Avcı (1995) tarafından yapılmıştır (15). Ölçek 21 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin Portekiz için geçerlik güvenirlik çalışması Quintão ve ark. tarafından 2013 yılında yapılmıştır (16). Portekiz versiyonu için Cronbach Alfa katsayısı tüm ölçekte 0.88'dir.

Beşinci bölümdeki İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ) Young tarafından oluşturulmuş 20 soruluk bir ölçektir (7). Şahin ve Korkmaz (2011) tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır (17). Ölçeğe göre 80 ve üzeri puan alanlar "Patolojik İnternet Kullanıcısı", 50-79 arası puana sahip olanlar "Sınırlı Semptom Gösterenler", 50 ve altı puan alanlar "Semptom Göstermeyenler" olarak sınıflandırılmıştır. Ölçeğin Portekiz için geçerlik güvenirlik çalışması Pontes ve ark.(2014) tarafından yapılmıştır (18).

Altıncı bölümdeki Alkol Kullanım Bozuklukları Testi (AUDIT) DSÖ tarafından oluşturulmuş ve bireyin alkol kullanım düzeyini sorgulayan 10 maddesi bulunan bir testtir (19). Bu testin Türkiye için geçerlilik güvenirlik çalışmasını Saatçioğlu ve arkadaşları yapmıştır (20).

Araştırma verileri araştırmacılar tarafından 20 Haziran-20 Temmuz 2019 tarihleri arasında Google Forms aracılığı ile internet üzerinden uygulanan anket verileri aracılığı ile toplanmıştır. Türkiyedeki öğrencilerin mail adresleri öğrenci işlerinden ulaşılarak, Portekizdeki öğrencilerin mail adreslerine Politeknik Enstitüsü Beja Sağlık Yüksekokulu'ndaki iki öğretim üyesinin ve iki son sınıf öğrencisinin desteği ile ulaşılmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı, anketlerin doldurulma süresi gibi gerekli açıklamalar internet ortamında yapılmıştır. Öğrencilere anket formu üzerine ad soyad bilgileri sorulmamıştır.

Araştırma verilerinin analiz edilmesinde SPSS 16 paket programı kullanılmıştır. Veriler yüzde, kıkare, t testi, Anova ve Pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerden Türk olanların %65.4'ü, Portekiz öğrencilerin %36.3'ü kız, Türk öğrencilerin %28.3'ü, Portekizdeki öğrencilerin %18.5'i dördüncü sınıfta, Türk öğrencilerin tamamı bekar ve Portekizdeki öğrencilerden 1 kişi evliydi. Türk

öğrencilerden %37.1'i kendisini orta düzeyde başarılı, Portekiz'deki öğrencilerden %39.5'i başarı durumunu iyi bulduğunu belirtti. Türk öğrencilerin %45.2'si, Portekiz'de öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin %48.4'ü herhangi bir işte çalışmadığını ifade etti. Türk öğrencilerin tamamı, Portekiz'de yer alan öğrencilerin %47.6'sı arkadaşına sahip olduğunu, Türk öğrencilerin %56.7'si, Portekiz'deki öğrencilerin %29'u sağlık durumunu "iyi" olarak algıladığını, Türk öğrencilerin babasının %30.8'inin ilkökul mezunu olduğunu, Portekiz'de okuyan öğrencilerin babasının %24.2'sinin lise mezunu olduğunu belirtti. Türk öğrencilerin %51.8'inin, Portekiz'deki öğrencilerin %37.9'unun geliri giderine eşit düzeyde, Türk öğrencilerin %27.1'i, Portekiz'de okuyan öğrencilerin ise %41.1'i alkol içtiğini ve Türk hemşirelik öğrencilerinin %8.6'sı, Portekiz'deki hemşirelik öğrencilerinin %16.9'u psikolojik bir hastalığa sahip olduğunu ifade etti. İki farklı ülkede öğrenim gören öğrencilerin akademik başarı algısı, baba eğitim düzeyi, alkol kullanımı ve psikiyatrik bir hastalığa sahip olma durumlarının birbirinden farklı olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 1).

Portekiz ve Türk hemşirelik öğrencilerinin SYBDÖ, İBÖ, BDE, BAÖ ve Audit ölçek puan ortalamaları incelenmiştir. Buna göre Türk hemşirelik öğrencilerinin SYBDÖ puan ortalamasının 133.79±21.59, Portekiz hemşirelik öğrencilerinin SYBDÖ puan ortalamasının 138.50±18.76 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlendi ($p>0.05$). İBÖ'ne ait puan ortalamalarına bakıldığında Portekiz'de öğrenim gören öğrencilerin 32.12±9.57, Türk hemşirelik öğrencilerinin 25.93±13.5 puan ortalamasına sahip olduğu ve aradaki farkın anlamlı düzeyde olduğu görüldü ($p<0.05$). BDE'ne ait puan ortalamasının Türk hemşirelik öğrenciler için 9.24±7.49, Portekiz hemşirelik öğrencileri için 5.19±5.10 olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). BAÖ'den alınan puan ortalamalarının Portekiz'de öğrenim gören öğrencilerde 16.46±9.96, Türk öğrencilere göre 10.29±8.89 daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Audit puan ortalamalarına bakıldığında Portekiz hemşirelik öğrencilerinin puan ortalamasının 4.46±4.07, Türk hemşirelik öğrencilerine göre 1.91±3.69 anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$). (Tablo 2).

Türk hemşirelik öğrencilerinin cinsiyet değişkeni ile BAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel düzeyde bir anlamlılık olduğu belirlendi. Buna göre erkek öğrencilerin BAÖ ortalamasının 11.29±11.70 kız öğrencilerin puan ortalamasına göre 9.91±7.69 anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Akademik başarı algısı ile BDE puan ortalaması arasındaki ilişki bakıldığında; akademik başarısını kötü olarak tanımlayanların BDE puan ortalamasının 29.0±0.13, orta olarak tanımlayanların 9.30±7.40, iyi olarak tanımlayanların 7.73±6.21 olduğu

Tablo 1. Portekiz ve Türk Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi

Değişkenler	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğrencileri N=81		Politeknik Enstitüsü Beja Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Öğrencileri N=62		P
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	53	65.4	45	36.3	1.00
Erkek	24	29.6	17	13.7	
Sınıf					
Bir	8	9.8	8	6.5	1.00
İki	16	19.7	16	12.9	
Üç	15	18.5	15	12.1	
Dört	23	28.3	23	18.5	
Medeni durum					
Bekar	62	76.5	61	49.2	.315
Evli	0	0	1	0.8	
Akademik başarı					
Kötü	1	1.2	1	0.8	.000
Orta	46	56.7	12	9.7	
İyi	15	18.5	49	39.5	
Çalışma durumu					
Evet	6	7.4	2	1.6	.144
Hayır	56	69.1	60	48.4	
Arkadaş grubuna sahip olma					
Evet	62	76.5	59	47.6	.080
Hayır	0	0	3	2.4	
Sağlık Durumu algısı					
Kötü	1	1.2	0	0	.058
Orta	9	11.1	15	12.1	
İyi	48	59.2	36	29	
Çok iyi	4	4.9	11	8.9	
Baba eğitim durumu					
İlkokul	25	30.8	3	2.4	.000
Ortaokul	19	23.4	4	3.2	
Lise	14	17.2	30	24.2	
Üniversite	4	4.9	25	20.2	
Gelir durumu					
Gelir giderden az	11	13.5	4	3.2	.154
Gelir gidere eşit	42	51.8	47	37.9	
Gelir giderden fazla	9	11.1	11	8.9	
Alkol kullanımı					
Evet	22	27.1	51	41.1	.000
Hayır	40	49.3	11	8.9	
Ruhsal hastalık					
Var	7	8.6	21	16.9	.003
Yok	55	67.9	41	33.1	

görüldü ($p<.05$). Aylık gelir düzeyi ile BDE ortalaması arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ($p<.05$). Geliri giderinden az olanların BDE puan ortalaması 14.90 ± 11.23 , geliri giderine eşit olanların BDE ortalaması 6.83 ± 5.03 , geliri giderinden fazla olanların BDE puan ortalaması 13.55 ± 6.67 olduğu görüldü ($p<.05$). Cinsiyet ile BAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak bir farklılık olduğu belirlendi ($p<.05$). Buna göre erkek

öğrencilerin BAÖ puanı 11.29 ± 11.70 , kız öğrencilerin 9.91 ± 7.69 puanından daha yüksekti ($p<.05$). Alkol kullanımı ile Audit puan ortalaması arasında istatistiksel bir anlamlılık bulundu. Alkol kullanan öğrencilerin Audit puan ortalaması 4.63 ± 4.97 , alkol kullanmayan öğrencilerin audit puanından 0.42 ± 1.27 daha yüksek olarak saptandı ($p<.05$) (Tablo 3).

Tablo 2. Portekiz ve Türk Hemşirelik Öğrencilerinin SYBDÖ, İBÖ, BDE, BAÖ ve AUDIT Puan Ortalaması ve Aradaki Farkın İncelenmesi

Ölçekler	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğrencileri	Politeknik Enstitüsü Beja Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Öğrencileri	t	p
	Ort	Ort		
SYBDÖ	133.79±21.59	138.50±18.76	-1.296	0.447
İBÖ	25.93±13.5	32.12±9.57	-2.947	.004
BDE	9.24±7.49	5.19±5.10	3.516	.001
BAÖ	10.29±8.89	16.46±9.96	-3.641	.000
Audit	1.91±3.69	4.46±4.07	-3.646	.000

Tablo 3. Türk Hemşirelik Öğrencilerinin Bazı Sosyodemografik Özellikleri ile SYBDÖ, İBÖ, BDE, BAÖ ve Audit Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	SYBDÖ	İBÖ	BDE	BAÖ	Audit
Cinsiyet					
Erkek	137.70±26.23	26.52±11.93	10.70±6.22	11.29±11.70	2.41±3.18
Kadın	132.31±19.70	25.71±14.16	8.68±7.91	9.91±7.69	1.73±3.89
p	.165	.193	.721	*.008	.483
Akademik başarı					
Kötü	104.0±0.23	40.0±0.15	29.0±0.13	8.0±0.25	0±0.0
Orta	132.82±22.53	27.06±14.62	9.30±7.40	11.28±9.39	2.0±3.97
İyi	138.73±17.53	21.53±8.23	7.73±6.21	7.4±6.94	1.8±2.93
p	.253	.226	*.020	.334	.862
Sağlık durumu algısı					
Kötü	167.0±0.15	14.0±0.12	8.0±0.11	23.0±0.14	0.0±0.0
Orta	111.33±19.67	26.0±10.30	12.33±8.17	14.0±8.58	0.55±1.13
İyi	136.02±19.84	25.93±13.62	8.97±7.57	9.54±8.97	2.08±4.03
Çok iyi	149.25±2.75	28.75±21.37	5.75±4.27	7.75±5.90	3.50±3.10
p	*.001	.820	.487	.236	.519
Gelir durumu					
Gelir giderden az	137.0±28.03	25.81±9.92	14.90±11.23	13.0±12.22	2.0±6.30
Gelir gidere eşit	133.09±20.27	25.23±14.21	6.83±5.03	9.14±7.43	1.97±2.95
Gelir giderden fazla	133.11±21.22	29.33±14.67	13.55±6.67	12.33±10.52	1.55±3.08
p	.867	.717	*.001	.339	.952
Alkol Kullanımı					
Evet	129.55±20.64	26.09±15.74	8.04±7.99	10.68±10.31	4.63±4.97
Hayır	141.50±21.60	25.85±12.30	9.90±7.22	10.07±8.14	0.42±1.27
p	.576	.124	.805	.614	*.000
Ruhsal hastalık					
Evet	133.0±14.74	30.71±16.94	11.71±9.12	11.14±10.44	2.42±2.87
Hayır	133.89±22.42	25.32±13.06	8.92±7.29	10.18±8.77	1.85±3.80
p	.147	.193	.457	.835	.899

* $p<.05$

Portekiz hemşirelik öğrencilerinin cinsiyet değişkeni ile BAÖ puan ortalamaları incelendiğinde; kızların puan ortalamasının 17.60±10.94, erkeklere göre 13.47±6.05 anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlendi (p<.05). Akademik başarı algısı iyi olan öğrencilerin SYBDÖ puan ortalaması 141.51±17.68, orta olan öğrencilerin 129.83±17.12, kötü olan öğrencilerin 95.0±0.14 puan ortalamasına sahip olduğu ve farklılığın anlamlı düzeyde olduğu görüldü (p<.05). Sağlık durumu algısı ile SYBDÖ puanı, BDE ve BAÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulundu (p<.05). Sağlık durumu algısı çok iyi olanların SYBDÖ puan ortalaması 158.72±13.97, iyi olanların 136.58±15.65, orta olanların 128.26±18.41 olduğu saptandı (p<.05). Sağlık algısı ile BDE puanlarına bakıldığında; sağlık algısı orta olanların 9.73±6.36, iyi

olanların 4.11±3.88, çok iyi olanların 2.54±2.54'dür (p<.05). Sağlık algısı ile BAÖ puan ortalaması incelendiğinde; sağlık algısı orta olanların BAÖ puan ortalaması 25.53±9.29, iyi olanların 25.53±9.29, çok iyi olanların 10.72±5.83 olduğu belirlendi (p<.05). Alkol kullanımı ile Audit puan ortalaması arasındaki ilişki bakıldığında; alkol kullananların puanı 5.31±3.98, alkol kullanmayanların puanı 0.54±1.21 olduğu ve aradaki ilişkinin anlamlı düzeyde olduğu saptandı (p<.05) (Tablo 4).

SYBDÖ İLE BDE arasında ters yönlü zayıf, IA ile BDE, BAÖ ve Audit arasında pozitif yönlü zayıf, BDE ile BAÖ arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi (p<.05) (Tablo 5).

Tablo 4. Portekiz Hemşirelik Öğrencilerinin Bazı Sosyodemografik Özellikleri ile SYBDÖ, İBÖ, BDE, BAÖ ve Audit Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	SYBDÖ	İBÖ	BDE	BAÖ	Audit
Cinsiyet					
Erkek	130.35±16.04	35.35±8.68	5.52±5.16	13.47±6.05	6.88±5.08
Kadın	141.57±18.95	30.91±9.70	5.06±5.13	17.60±10.94	3.55±3.24
p	.397	.672	.555	*.001	*.038
Akademik başarı					
Kötü	95.0±0.14	34.0±0.12	15.0±0.23	15.0±0.16	4.0±0.21
Orta	129.83±17.12	33.33±5.48	6.0±4.41	19.0±11.64	4.75±5.32
İyi	141.51±17.68	31.79±10.44	4.79±5.13	15.87±9.65	4.40±3.81
p	*.008	.870	.117	.624	.961
Sağlık durumu algısı					
Orta	128.26±18.41	31.86±11.0	9.73±6.36	25.53±9.29	3.73±2.71
İyi	136.58±15.65	33.08±9.46	4.11±3.88	25.53±9.29	4.27±3.89
Çok iyi	158.72±13.97	29.36±8.02	2.54±2.54	10.72±5.83	6.09±5.83
p	*.000	.533	*.000	*.000	.320
Gelir durumu					
Gelir giderden az	123.25±17.36	30.75±13.40	4.0±2.44	18.75±12.86	6.25±4.57
Gelir gidere eşit	138.34±18.22	31.97±10.20	5.65±5.57	17.68±10.09	4.0±3.62
Gelir giderden fazla	144.72±19.87	33.27±4.92	3.63±3.13	10.45±6.28	5.81±5.49
p	.146	.885	.449	.084	.278
Alkol Kullanımı					
Evet	140.21±18.17	32.52±9.82	5.17±5.19	16.25±10.16	5.31±3.98
Hayır	130.54±20.27	30.27±8.48	5.27±4.88	17.45±9.40	0.54±1.21
p	.671	.405	.936	.773	*.001
Ruhsal hastalık					
Evet	133.42±15.53	34.61±10.49	8.71±5.32	28.38±5.44	3.38±2.71
Hayır	141.09±19.89	30.85±8.93	3.39±3.96	10.36±4.90	5.02±4.55
p	.156	.560	.172	.541	.011

*p<.05

Tablo 5. SYBDÖ, İBÖ, BDE, BAÖ ve AUDIT Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	SYBDÖ	İBÖ	BDE	BAÖ	AUDIT
SYBDÖ	-	-.063	-.252*	.020	.125
İBÖ	-.063	-	.243*	.258*	.309*
BDE	-.252*	.243*	-	.282*	.020
BAÖ	.020	.258*	.282*	-	.146
AUDIT	.125	.309*	.020	.146	-

* p<.05

TARTIŞMA

Bu çalışmada iki farklı ülkede hemşirelik eğitimi alan öğrencilerin SYBDÖ puanı, İBÖ puanı, BDE puanı, BAÖ puanı ve AUDIT puanı arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir.

Türk hemşirelik öğrencilerinin SYBDÖ puan ortalaması ile Portekiz hemşirelik öğrencileri SYBDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. İki farklı ülke öğrencilerinin SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının Türk öğrenciler için 133.79±21.59, Portekiz'deki öğrenciler için ise 138.50±18.76 olduğu görülmüştür. Türk hemşirelik öğrencilerinde yürütülmüş bir çalışma sonucunda öğrencilerin SYBDÖ'den 131.98 ± 17.15 puan aldığı (4), Ürdün'deki üniversite hemşirelik öğrencileri ile yürütülen çalışmada ise 127.24 ± 21.03 puan aldığı bildirilmiştir (21). Araştırma bulgularımız literatürle uyumlu olarak benzerdir.

İBÖ puanı Portekiz öğrencilerinde Türk öğrencilerine göre daha yüksek bulunmuştur. İnternet, öğrencilerin akademik performans stresini unuttukları ve onlar için çok çekici oldukları sanal bir dünya sunmaktadır (22). Ancak, yoğun internet kullanımı akademik performansta ve sosyal etkileşimde sorunlara neden olabilmektedir (23). Türkiye'de hemşirelik öğrencilerinin internet bağımlılığına ilişkin yapılan beş çalışma olduğu görülmüştür (24-28). Portekiz'de hemşirelik öğrencilerinin internet bağımlılığına ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ferreira ve ark.(2017)'nin Portekiz'de yer alan bir grup adölesan ile yürüttükleri çalışmada internet bağımlılığının erkeklerde ve uyku sorunu yaşayanlarda daha fazla olduğu belirlenmiştir (29). Diğer bir çalışmada Portekiz okul çocukları ve adölesanlarının internet bağımlılığı düzeyinin yalnızlıktan olumsuz etkilendiğini bildirdiği görülmüştür (30). Diğer uluslararası yapılmış araştırmalar ile karşılaştırıldığında; Gaza'da bulunan hemşirelik öğrencilerinin internet bağımlılığı düzeyinin bu çalışmadaki Türk öğrencilerine göre daha yüksek olduğu, Portekizli öğrencilerin internet bağımlılığı düzeyinden daha düşük olduğu belirlenmiştir. Hindistan'da Tıp Fakültesi öğrencileri ile yürütülmüş çalışmada erkeklerde internet bağımlılığı

oranının kızlara göre daha yüksek olduğu ve bu oranın bu çalışmadaki Türk öğrencilerin internet bağımlılığı oranından yüksek olduğu, Portekiz'li grubun oranı ile benzer düzeyde olduğu görülmüştür (31).

Türk hemşirelik öğrencilerinin BDE puan ortalamasının Portekiz'de okuyan hemşirelik öğrencilerinden daha yüksek olduğu görülmüştür. Türk hemşirelik öğrencileri ile yürütülmüş araştırmalarda öğrencilerin depresyon düzeylerinin beklenilenin üzerinde olduğu bildirilmiştir (32-34). Portekiz'de hemşirelik öğrencilerinin depresyon düzeyini inceleyen bir çalışma olmadığı ancak tıp öğrencilerinin depresyon düzeyini inceleyen çalışmalar olduğu dikkati çekmiştir (35,36). Seweryn ve ark.(2015) Polonya, Almanya ve Portekiz tıp fakültesi öğrencilerinin depresyon puan ortalamasını karşılaştırdıkları çalışmada en yüksek Polonya öğrencilerinin puan ortalaması olduğunu bildirmiştir (35). Bir diğer Portekiz 'de bulunan tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan çalışmada kızlarda, yalnız yaşayanlarda, fiziksel sağlığı kötü olanlarda ve psikiyatrik tanısı olanlarda depresyon düzeyi daha yüksek bulunmuştur (36). Brezilya üniversite öğrencileri ile yürütülmüş çalışmada kızlarda, yalnız olanlarda ve okuyarak çalışanlarda depresyon düzeyi yüksek bildirilmiştir (37). Baldassin ve ark.(2008)'nin Portekiz tıp okulu öğrencileri ile yaptığı çalışmada kızlarda, ailesi olmayanlarda depresyon oranının fazla düzeyde olduğu saptanmıştır (38). Moutinho ve ark.(2017)'nin yürüttüğü çalışmada tıp okulu öğrencilerinden kızların erkeklere göre depresyon düzeyi yüksek bildirilmiştir (39). Brezilya'daki bir grup sporcu adölesanla yaptığı çalışma sonucunda depresyon oranını oldukça yüksek düzeyde olduğunu ortaya koymuştur (40).

BAÖ puan ortalamaları incelendiğinde; Portekiz hemşirelik öğrencilerinin anksiyete düzeyinin Türk hemşirelik öğrencilerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Aydın ve Yücel (2014)'in Türk hemşirelik öğrencileri ile yürüttüğü çalışmada öğrencilerin anksiyete düzeyinin düşük olduğunu bildirmiştir (41). Türkiye'de bir kız öğrenci yurdunda kalan üniversite öğrencilerinin anksiyete düzeyinin hafif olduğu saptanmıştır (42).

Brandtner ve Bardagi (2009) Brezilya'daki üniversite öğrencilerinde yürüttüğü çalışmada depresyon ve anksiyete düzeyinin kızlarda erkeklere göre, birinci sınıflarda kıdemli olan sınıflara göre anksiyete düzeyinin arttığı belirtilmiştir (43). Aracaju ve Sao Paulo'da öğrenim gören üniversite öğrencilerinin anksiyete düzeyleri karşılaştırılmıştır. Sao Paulo gibi büyükşehir öğrencilerinde Aracaju gibi daha küçük bir şehirde okuyan öğrencilere göre anksiyete düzeyleri daha yüksek çıkmıştır (44). Mayer ve ark.(2016)'nın Brezilya'daki 22 tıp okulu öğrencileri ile yaptığı çalışmada kız öğrencilerde ve büyükşehirde bulunan öğrencilerde anksiyete seviyesi anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur (45). Farklı bir uluslararası çalışmada Pakistan'da tıp fakültesi kız öğrencilerinin anksiyetesinin yüksek olduğu bildirilmiştir (46). Anksiyete düzeyi öğrencinin bulunduğu sınıf seviyesinden, ekonomik durumdan, okulun bulunduğu yerden, iş bulma gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir. Bu çalışmada yer alan öğrencilerin farklı iki ülkede bulunmasından kaynaklı olarak anksiyete düzeylerinin farklılık göstermesi beklendiği bir sonuçtur.

Audit puan ortalamalarına bakıldığında Portekiz hemşirelik öğrencilerinin puan ortalamasının Türk hemşirelik öğrencilerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü. Jackson ve ark.(2016) alkolün kötüye kullanım düzeyi yüksek olanlarda depresyonunda arttığını göstermiştir (47). Aynı zamanda evlenmemiş olanlarda, yaşça daha küçük olanlarda alkol kullanım bozukluğunun daha fazla olduğunu belirttikleri ortaya çıkmıştır (47). Hagman (2016)'ın çalışmasında erkeklerin alkol kullanım bozukluğunun kadınlara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (9). Zhou ve ark.(2015) ise erkeklerin audit c puan ortalamasını kadınlara göre daha yüksek bulmuştur (48). Garnett ve ark.(2015) yaşı 16-24 arası olanların, erkek olanların, eğitim düzeyi düşük olanların ve işsiz olanların alkol kullanım düzeyinin daha kötü durumda olduğunu belirtmiştir (49). Bibbey ve ark.(2015)'nin problemli internet kullanımı ile alkol kullanım bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (50).

SONUÇ

İnternet bağımlılığının, anksiyete düzeyinin, alkol kullanımının Portekizli öğrencilerde Türk öğrencilere göre daha yüksek olduğu, depresyon düzeyinin ise Türk öğrencilerde Portekizli öğrencilere göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. İki farklı kültüre sahip, aynı meslek dalına aday olan öğrenciler arasındaki farklılıkların toplumsal yapıdan, bireysel ve inanç özelliklerinden etkilendiği düşünülmektedir. Hemşirelik mesleğine aday olan bu öğrencilerin kendi hayatında sağlıklı yaşam biçimini benimsemiş olması ve kendi

sağlığını koruması önemlidir. Bu öğrencilerin davranış ve alışkanlıklarının belirlenmesi, müfredata koyulacak derslerin belirlenmesinde, girişimsel araştırmaların yapılmasında yol gösterici olacaktır. Aynı zamanda farklı toplumların karşılaştırılarak sonuçların literatüre kazandırılması fayda sağlayacaktır.

TEŞEKKÜR

Portekiz'de bulunan hemşirelik öğrencilerine ulaşılmasında ve verilerin toplanabilmesinde gerekli desteği veren Ana Clara Pica Nunes, Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro, Joao Henrique Nunes Silva and Francisco Miguele, araştırmaya zamanını ayıran öğrencilere teşekkürlerimizi sunarız.

KAYNAKLAR

1. <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>. Erişim tarihi:10.06.2019.
2. Zaybak, A., Fadilloğlu, Ç.(2004). Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Geliştirme Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 20:77- 95.
3. Aksoy, T., Uçar, H. (2014). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 4:53-67.
4. Kara, B., İşcan, B. (2016). Predictors of health behaviors in Turkish female nursing students. Asian Nursing Research. 10:75-81.
5. İnanç, N., Savaş, HA., Tutkun, H., Herken, H., Savaş, E. (2004). Gaziantep Üniversitesi Mediko-Sosyal Merkezi'nde Psikiyatrik Açısından İncelenen Öğrencilerin Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 5: 222-230.
6. Aylaz, R., Kaya, B., Dere, N., Karaca, Z., Bal, Y. (2007). Sağlık Yüksekokulu Öğrencileri Arasındaki Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 8:46-51.
7. Young, KS.(2004). Internet addiction. American Behavioral Scientist. 48:402-441.
8. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028. Erişim tarihi:5.10.2019.
9. Hagman, B. T. (2016). Performance of the AUDIT in detecting DSM-5 alcohol use disorders in college students. Substance use & misuse. 51:1521-1528.
10. Pender, NJ., Walker, SN., Sechrist, KR.(1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. Nursing Research. 36: 76-81.
11. Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kissal, A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 12:1-13.
12. Sousa, P., Gaspar, P., Vaz, D. C., Gonzaga, S., Dixe, M. A. (2015). Measuring Health-Promoting Behaviors: Cross-Cultural Validation of the Health-Promoting Lifestyle Profile-II. International Journal of Nursing Knowledge. 26:54-61.
13. Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. The Journal of Psychology. 7:3-13.
14. Vaz-Serra, A., Pio-Abreu, J. L. (1973). Measurement of depressive disorders. II-Preliminary study of new symptom clusters to complement the Beck Depression Inventory. Journal Medical Coimbra. 20:713-736.
15. Gümüş Avci, M. (1995). Beck Anksiyete Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi.

16. Quintão, S., Delgado, A. R., Prieto, G. (2013). Validity study of the Beck anxiety inventory (Portuguese version) by the Rasch rating scale model. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 26:305-310.
17. Şahin, C., Korkmaz, Ö. (2011). Adaptation of internet addiction scale to Turkish. *Ahmet Kelesoglu Education Faculty (AKEF) Journal*. 32:101-115.
18. Pontes, H. M., Patrão, I. M., Griffiths, M. D. (2014). Portuguese validation of the Internet Addiction Test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions*. 3:107-114.
19. Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G. (2001). The alcohol use disorders identification test (AUDIT). Guidelines for use in primary care.2:1-17.
20. Saatçioğlu, O., Evren, C., Cakmak, D. (2002). Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validity and reliability. *Türkiye’de Psikiyatri*. 4:107-113.
21. Nassar, O. S., Shaheen, A. M. (2014). Health-promoting behaviours of University Nursing Students in Jordan. *Health*. 6:2756.
22. Nasiri, E., Raei, M., Vatani, J., Keshavarz, S., Hashiani, A. (2011). Survey the prevalence of internet addiction and its influential factors in Persian college student in 2011. *Middle-East Journal of Scientific Research*. 10:50-53.
23. Cheung, L. M., Wong, W. S. (2011). The effects of insomnia and internet addiction on depression in Hong Kong Chinese adolescents: an exploratory cross-sectional analysis. *Journal of Sleep Research*. 20:311-317.
24. Ançel, G., Açıkgöz, I., Ayhan, A. G. Y. (2015). Problemlerli internet kullanımı ile duygusal zeka ve bazı sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 16:255.
25. Koç, M., Buzlu, S. (2015). Hemşirelik Öğrencilerinde İnternet Kullanımı. *Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics*. 1:19-26.
26. Kırağ, N., Yıldız, H., Hayar, E., Güdü, G., Kandemir, E., Çınar, H., Öztürk, N. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin internet bağımlılığı ve ilişkili faktörler. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 8:15-36.
27. Yılmaz, D., Çınar, H. G., Özyazıcıoğlu, N. (2017). Hemşirelik öğrencilerinde akıllı telefon ve internet bağımlılığı ile üst ekstremiter fonksiyonel aktivite düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*. 8:34-39.
28. Koç, A., Tayaz, E., Erdem, Ö., Kurt, B., Öztaş, D. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin Bağımlılık ile İlgili Bilgi ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*. 18:508-518.
29. Ferreira, C., Ferreira, H., Vieira, M. J., Costeira, M., Branco, L., Dias, Á., Macedo, L. (2017). Epidemiology of internet use by an adolescent population and its relation with sleep habits. *Acta Medica Portuguesa*. 30:524-533.
30. Pontes, H. M., Griffiths, M. D. (2014). Assessment of internet gaming disorder in clinical research: Past and present perspectives. *Clinical Research and Regulatory Affairs*. 31: 35-48.
31. Chaudhari, B., Menon, P., Saldanha, D., Tewari, A., Bhattacharya, L. (2015). Internet addiction and its determinants among medical students. *Industrial Psychiatry Journal*. 24(2):158.
32. Tekir, Ö., Yaşar, Ö., Çevik, C., Dikoğlu, M., Kaymak, G. Ö. (2018). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin depresyon ve benlik saygısı düzeylerinin incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 8:15-21.
33. Yavuzer, Y., Albayrak, G., Keldal, G. (2018). Üniversite Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki: Problem Çözme Becerilerinin Aracılık Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 33: 242-255.
34. Gümüş, F., Zengin, L. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinde Anksiyete, Depresif Belirti Sıklığı ve İlişkili Faktörler. *Van Tıp Dergisi*. 25:527-534.
35. Seweryn, M., Tyrała, K., Kolarczyk-Haczyk, A., Bonk, M., Bulska, W., Krysta, K. (2015). Evaluation of the level of depression among medical students from Poland, Portugal and Germany. *Psychiatria Danubia*. 27: 216-222.
36. Coentre, R., Talina, M. C., Góis, C., Figueira, M. L. (2017). Depressive symptoms and suicidal behavior after first-episode psychosis: a comprehensive systematic review. *Psychiatry Research*. 253:240-248.
37. Andrade, L., Gorenstein, C., Vieira Filho, A. H., Tung, T. C., Artes, R. (2001). Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 34: 367-374.
38. Baldassin, S., Alves, T. C. D. T. F., Andrade, A. G., Martins, L. A. N. (2008). The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*. 8: 60.
39. Moutinho, IL., Maddalena, NC., Roland, RK., Lucchetti, AL., Tibiriçá, SH., Ezequiel, OD., Lucchetti, G. (2017). Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 63: 21-28.
40. Gomes, E. T., da Silva Bezerra, S. M. M. (2017). Anxiety and depression in the preoperative period of cardiac surgery. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 18:420-427.
41. Aydin, L., Yucel, S. C. (2014). Anxiety and comfort levels of nursing students. *Journal of Nursing Education and Practice*. 4:179.
42. Yılmaz, M., Ocakçı, A. F. (2010). Determination the Anxiety Level of University Students One Dormitory Located. *Maltepe University Journal of Nursing Science and Arts*. 3:15-23.
43. Brandtner, M., Bardagi, M. (2009). Sintomatologia de depressão e ansiedade em estudantes de uma universidade privada do Rio Grande do Sul. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia*. 2: 81-91.
44. Gama, M. M. A., Moura, G. S., Araújo, R. F., Teixeira-Silva, F. (2008). Trait anxiety in Brazilian university students from Aracaju. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 30:19-24.
45. Mayer, F. B., Santos, I. S., Silveira, P. S., Lopes, M. H. I., de Souza, A. R. N. D., Campos, E. P. (2016). Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. *BMC Medical Education*. 16:282.
46. Rab, F., Mamdou, R., Nasir, S. (2008). Rates of depression and anxiety among female medical students in Pakistan. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 14 [1]:126-133.
47. Jackson, M. J., Patvardhan, C., Wallace, F., Martin, A., Yusuff, H., Briggs, G. (2016). Perioperative management of diabetes in elective patients: a region-wide audit. *BJA: British Journal of Anaesthesia*. 116:501-506.
48. Zhou, J., Heim, D., O'Brien, K. (2015). Alcohol consumption, athlete identity, and happiness among student sportspeople as a function of sport-type. *Alcohol and alcoholism*. 50:617-623.
49. Garnett, C., Crane, D., West, R., Michie, S., Brown, J., Winstock, A. (2015). Normative misperceptions about alcohol use in the general population of drinkers: a cross-sectional survey. *Addictive Behaviors*. 42:203-206.
50. Bibbey, A., Phillips, A. C., Ginty, A. T., Carroll, D. (2015). Problematic Internet use, excessive alcohol consumption, their comorbidity and cardiovascular and cortisol reactions to acute psychological stress in a student population. *Journal of behavioral addictions*. 4: 44-52.

Maliyet analizi ve veri zarflama analizi yöntemleri ile hastane verimliliğinin değerlendirilmesi*

Evaluation of hospital productivity with cost analysis and data envelopment analysis methods

Zuhal Çayırtepe, Demet Kavak

*22-26 Kasım 2017 tarihli 1. Uluslararası Hasta Güvenliği ve Sağlık Finansmanı Kongresinde sözlü bildiri olarak sunulmuştur

ÖZET

Amaç: Sağlık kurumlarında yüksek kalitede hizmetin düşük maliyetlerle sunulması beklenmektedir. Yöneticilerin maliyet kontrolünü sağlamalarında maliyet analizi katkı vermekte, Veri Zarflama Analizi (VZA) bölümler arası verimlilik farklılığının belirlenmesine olanak sağlamaktadır. Bu çalışmada, Ankara'da hizmet veren 2.basamak bir kamu hastanesinde bulunan tıbbi bölümlerin verimliliğinin, kurumda yapılan maliyet analizine dayanarak VZA ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışma tanımlayıcı kesitsel bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Araştırma evrenini Ankara'da bulunan 2. Basamak kamu hastanesinde, yataklı ve ayaktan tedavi hizmeti verilen 19 bölüm oluşturmaktadır. Kurumda kademeli dağıtım yöntemi kullanılarak yapılan maliyet analizi sonuçları kullanılarak EMS sistemi aracılığı ile VZA yapılmış, bölümler arasındaki göreceli verimlilik değerlendirilmiştir. Analizde Charnes-Cooper Rhodes (CCR) girdi odaklı model kullanılmıştır. Araştırmada girdi olarak bölüm hekim sayısı, bölümlere ait toplam maliyetler, çıktı olarak poliklinik muayene sayıları, yatan hasta günü sayısı kullanılmıştır. **Bulgular:** Girdi odaklı CCR Model Analiz Sonuçları incelendiğinde; Çocuk Hastalıkları, Deri ve Zührevi Hastalıklar ve Göğüs Hastalıkları bölümleri en verimli bölümlerdir. Deri Zührevi Hastalıklar % 135,42 ile en verimli bölüm iken, % 12,85 ile en verimsiz bölüm Anestezi Reanimasyon bölümüdür. **Sonuç:** Araştırma sonucunda yataklı ve ayaktan tıbbi sağlık hizmeti sunan 3 bölümün verimliliğinin yüksek olduğu, diğer 16 bölümün görece daha az verimli çalıştığı ve kaynak israfı olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık kurumlarında yüksek maliyetler, yetersiz çıktılar, boşa harcanan kaynaklarla ilgili stratejilerin, programların ve planların verimlilik değerlendirmesine göre yapılmasının yönetsel başarı sağlayacağı düşünülmektedir.

ABSTRACT

Objective: It is expected that high quality services will be provided at low cost in health institutions. Cost analysis contributes to managers' cost control and Data Envelopment Analysis (DEA) enables the determination of efficiency differences between departments. In this study, it is aimed to evaluate the efficiency of the departments located in a 2nd stage public hospital in Ankara, with DEA on the basis of the cost analysis performed at the institution. **Method:** The study was designed as a descriptive cross-sectional study. The universe of the study consists of 19 departments providing inpatient and outpatient services in the second level public hospital in Ankara. Cost analysis were done by using the gradual distribution method. DEA was implemented using the EMS (Efficiency Measurement System) program and the relative efficiency between the departments was evaluated. In the analysis, Charnes-Cooper Rhodes (CCR) input based model was used. Total number of department physicians, total costs of departments were used as input while outpatient clinic examinations, inpatient day number were used as output. **Results:** When the input-oriented CCR Model Analysis Results are examined; Pediatrics, Skin and Venereal Diseases, and Chest Diseases are the most efficient departments. Skin Venereal Disease is the most productive department with 135,42% and the most unefficient part is the anesthesia reanimation department (12,85%). **Conclusion:** As a result of the research, it is concluded that the efficiency of the 3 department providing inpatient and outpatient services is high and there is resource waste in the other parts that relatively they are working less efficiently. As a result, it is considered that reducing the costs, insufficient outputs, the strategies about wasted resources, programs and plans according to the efficiency evaluation will provide managerial success.

Yazar Bilgileri/ Author Information:

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı

Anahtar Kelimeler:

Maliyet Analizi, Veri Zarflama Analizi, Hastane

Key Words:

Cost Analysis, Data Envelopment Analysis, Hospital

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Zuhal Çayırtepe,
Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı,
zuhalcayirtepe@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:

18.11.2019

Kabul Tarihi/Accepted Date:

05.03.2020

Yayımlanma Tarihi/Published Online:

31.03.2020

GİRİŞ

Günümüzde sağlık kurumları, rekabet koşullarının zorlaştığı, değişen teknoloji ile birlikte maliyetlerin yükseldiği şartlarda hizmet vermektedir. Sağlık politika yapımcıları; hastanelerden, hizmet sunumu sırasında

kullanılan kaynakları etkin ve verimli kullanılmasını istemektedir. Sağlık kurumu yöneticisinden yüksek kalitede hizmeti sunulmasının düşük maliyetlerle sağlanması beklenmektedir. Gelecekte bu beklentiyi karşılamada ortalama performansın yetersiz kalacağı,

kurumların gözlemlenen en iyi uygulamalarla kıyaslanacağı ve buna göre ödeme alacakları öngörülmektedir (1).

Sağlık kurumu yöneticilerinin maliyet kontrolünü sağlamalarında birim maliyet analizi yapılması katkı sağlamaktadır. Birim bazında düzenli belirlenen giderlerin, esas üretim gider yerlerine (poliklinik, klinik) dağıtılması ile yapılan maliyet analizinin ardından, birim maliyetlerinin belirlenmesi maliyet yönetiminde karar vermeyi kolaylaştırmaktadır (2-3). Sağlık kurumlarında üretim planlaması ve kaynak dağılımının hastane amaçlarıyla uyumlu şekilde yapılması gerekmektedir. Hastanelerde üretilen hizmetin ve elde edilen gelirin büyük bölümü polikliniklerde oluşmaktadır. Bu nedenle sağlık kurumunda sunulan hizmetlerin içinde poliklinik hizmetlerinin finansal ağırlığının, bilimsel olarak belirlenmesine ve analiz edilmesine ihtiyaç duyulmaktadır (4).

“Sağlık kurumunun hizmet verirken ortaya çıkan giderlerin, gider merkezlerine dağıtılması ve giderlerin sebep sonuç ilişkilerinin irdelenmesi süreci” maliyet analizi olarak tanımlanmaktadır (3). Sağlık kurumunda gerçekleştirilen maliyet analizi, kurum yöneticisine yönetsel kararların verilmesinde yardımcı olmaktadır. Özellikle maliyetlerin belirlenmesi ve kontrolünün sağlanması, geleceğe yönelik planlama ve bütçe tahsisi çalışmaları, geri ödeme kuruluşları ile yapılan fiyat belirleme çalışmaları ve performans ölçme konularında yöneticileri yönlendirmektedir (5).

Sağlık kurumlarında kaynakların etkin kullanılması, kaliteli ve verimli hizmet sunumunu beraberinde getirmektedir. Kaynak tüketimi fazla olan kurumlardan biri olan hastanelerde, ihtiyaç duyulan maliyet çalışmalarının yapılabilmesi için kurumsal yapılara uygun etkili bir maliyet muhasebesi sistemi oluşturması gerekmektedir (4-6). Maliyetlerin eksiksiz kayıt altına alınması ve doğru hesaplanması maliyet kontrolünü sağlamada yardımcı olmaktadır. Maliyetlerin kontrol altına alınması sağlık kurumlarında maliyetlerde azalma ve sürdürülebilir rekabet üstünlüğü sağlamaktadır. Bu kazanımların sağlanabilmesi için maliyet hesaplamalarının eksiksiz yapılabileceği teknolojik temelde tasarlanmış muhasebe bilgi sistemi kullanılması önerilmektedir. Bu tür sistemlerin çalışması sonucu elde edilen veri kaynağı ve bilgiler kullanılarak; birim ve hizmet bazında performans ölçülmekte; maliyet analizi, bütçeleme, karlılık analizi gibi çalışmalar gerçekleştirilmektedir. Yapılan bu çalışmalar etkili, verimli, kaliteli ve ekonomik sağlık hizmeti sunulması ile sonuçlanmaktadır (7- 8).

Etkili bir hizmetin en az maliyetle sunulması verimliliktir. Verimlilik, bir hastanenin mevcut kaynaklarını ne derece

iyi kullandığını göstermektedir (9). En popüler verimlilik tanımı girdi ve çıktı odaklı değerlendirilmektedir. Bu tanıma göre girdiler sabitlendiğinde çıktıları maksimize edileceği ya da çıktılar sabitlendiğinde girdinin minimize edileceği ancak her iki durumda da kalitenin düşürülmeyeceği varsayılmaktadır (10; 11).

Sağlık kurumlarında; tutumluluk ölçüleri, verimlilik ölçüleri, etkinlik ölçüleri, hizmet kalitesi ölçüleri ve finansal performans ölçüleri verimlilik değerlendirmelerinde kullanılmaktadır. Sağlık kurumlarında maliyetler ve tıbbi teknolojinin kendine has yapısı nedeniyle, bir verimlilik ölçütü olan VZA hastanelerde kolaylıkla kullanılabilen bir yöntem olarak öne çıkmaktadır (12).

VZA, birçok girdi ve çıktının aynı anda yönetilmesine ve ampirik klinik uygulamalara olanak sağlayan, doğrusal programlama prensiplerine dayanan ve spesifik olarak “karar birimleri”nin göreliliğini tahmin etmek için tasarlanmış olan parametresiz bir yöntem olarak tanımlanmaktadır (1-13).

VZA, birçok çıktı üretmek için birçok girdi kullanan sağlık kurumlarının verimliliğini analiz etmek için uygun bir yöntem olma özelliği taşımaktadır. VZA sağlık sektöründe maliyet sınırlaması için kullanılabilir bir araç olarak görülmektedir. VZA ölçme ve değerlendirmeden daha çok, verimliliği en yüksek olan karar birimlerinin etkinlik düzeyini sınır olarak kabul etmekte ve diğer karar birimlerini bu verimlilik düzeyi ile karşılaştırmaktadır. Etkinlik sınırında yer alan karar birimleri referans olarak alınmaktadır. (13-1). VZA’da araştırmaya dâhil edilen her birim “karar birimi” olarak adlandırılmaktadır. Analiz sonucunda verimlilik düzeyi düşük karar verme birimlerinin, yüksek verimlilik sağlayamamalarının kaynağı ve miktarı referans karar birimleri ile kıyaslanarak ortaya koyulmaktadır. Bu sonuçlar kullanılarak, kaynağı ve miktarı belli olan düşük verimlilik sorununun çözülmesi yolunda gerekli müdahaleler planlanabilmekte ve uygulanabilmektedir (14-15).

VZA’nın farklı şekilde sınıflandırılmış farklı modelleri bulunmaktadır. Daha çok, modeli geliştiren kişilerin isimleri ile anılmaktadır. Ölçeğe göre sabit getiri varsayımı altında girdiye ve çıktıya yönelik olarak; kesirli ağırlıklı ve zarflama modellerini içine alan Charnes, Cooper, Rhodes (CCR) modeli kullanılan modellerden biridir. Diğer bir model ise ölçeğe göre değişken getiri varsayımını kabul eden Banker, Charnes, Cooper (BCC) modelleridir (16). Her iki modelin de girdiye ve çıktıya dayalı olarak kullanılabilme özelliği bulunmaktadır (17). Analiz için üretim sürecine nedensel olarak bağlı olan girdilerin ve çıktılarının seçilmesi gerekmektedir. VZA yöntemi hizmetin üretim sürecinde kullanılan

kaynakları girdi, hizmet sonucu üretilenleri çıktı olarak kullanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin özelliklerinden birisi girdi kontrolünün daha kolay olmasıdır. Ayrıca sağlık hizmet sunumunun amacın minimum girdi ile maksimum çıktı elde etmek olduğu bilinmektedir. Bu nedenlerle sağlık hizmetleri ile ilgili araştırmalarda girdi yönelimli modelin kullanımı daha uygun bulunmaktadır (18-33).

Bu çalışmada Ankara'da hizmet veren 2. basamak bir kamu hastanesinde bulunan yataklı ve ayakta sağlık hizmeti sunan bölümlerin verimliliğinin, kurumda yapılan maliyet analizine dayanarak VZA ile değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı olarak tasarlanan araştırmanın evrenini Ankara'da hizmet veren 2. basamak bir kamu hastanesinin 2015 yılında yataklı ve ayakta sağlık hizmeti sunan 19 bölümü oluşturmaktadır. Araştırma evreninin tamamı ulaşılabilir olduğundan örneklem seçilmemiştir.

Hastanenin 2015 yılına ait tıbbi, idari ve mali kayıtları kullanılmıştır. Maliyet dağıtımları sırasında yazılı belge bulunamaması durumlarında uzman görüşü ve gözlemler kullanılmıştır. Hastaneye ait harcama ve giderler; hastane giderlerinin belirlenmesi, gider yerlerinin tanımlanması, gider kalemlerinin tanımlanması, giderlerin esas ve yardımcı gider yerlerine dağıtılması, yardımcı gider yerlerinde bulunan giderlerin esas üretim gider yerlerine dağıtılarak fiili maliyetlerin hesaplanması aşamalarından oluşan, kademeli dağıtım yöntemi kullanılarak maliyet analizi yapılmıştır. Hastanenin gider dağıtım tabloları oluşturulurken personel giderleri gözlemler sonucu poliklinikte harcanan mesai süresinin oranına göre dağıtılırken ilk madde malzeme giderleri kullanım oranına göre dağıtılmıştır. Genel üretim giderlerinin dağıtımında ısınma ve elektrik giderleri için kapalı alan m² oranı, su giderleri için musluk sayısı, haberleşme, bakım onarım, diğer hizmetleri ise kullanım durumu kayıtlarına göre dağıtılmıştır.

MS Excel Programı kullanılarak birim maliyet analizi yapıldıktan sonra doğrusal programlama prensiplerine dayanan ve spesifik olarak "karar verme birimleri" nin görel verimliliğini tahmin etmek için tasarlanmış parametresiz bir yöntem olan VZA, EMS (Efficiency Measurement System) programı kullanılarak uygulanmış ve bölümler arası göreceli verimlilik değerlendirilmiştir. Sağlık hizmetlerinde çıktının kontrol edilmesi mümkün değildir. Bu özellik dikkate alındığında girdi temelli bir VZA modeli olan Charnes-Cooper Rhodes (CCR)'nin kullanılması önerilmektedir (1-18-19- 20). Bu nedenle araştırma verilerinin analizinde CCR girdi temelli model kullanılmıştır.

Finansal verimliliği artırma üzerindeki en önemli değişken; işgücü verimliliğini artıran ve maliyetleri azaltan maliyet kontrolünün sağlanmasıdır. Sağlık kurumlarında maliyetlerin azaltılmasını ortalama kalış günü, işgücü yoğunluğu, sermaye maliyeti verimliliği etkilemektedir (12). Bu nedenle araştırmada girdi olarak bölüm hekim sayısı, bölümlere ait toplam maliyetler, çıktı olarak poliklinik muayene sayıları, yatan hasta günü sayısı kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan hastaneye ilişkin yapılan analizler ve çıkan sonuçlar bu bölümde incelenmiştir. Çalışma esnasında toplanan veriler doğrultusunda birinci, ikinci ve üçüncü gider dağıtım tabloları oluşturulmuştur. 3. Dağıtım sonrası bölüm maliyetleri, hekim sayısı girdi olarak kullanılmış, poliklinik muayene sayıları, yatan hasta günü sayısı çıktı olarak kullanılmıştır. Araştırma yapılan hastaneye ait veriler Tablo 1'de verilmiştir.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre; Veri zarflama analizinde kullanılan girdi ve çıktılar değerlendirildiğinde; en büyük birim maliyet 2.645.634,8 TL ile Ortopedi ve Travmatoloji bölümüne ait iken, 2.645.620,0 ile Kardiyoloji Hastalıkları ikinci sırada yer almıştır. 281.321,5 TL ile Enfeksiyon Hastalıkları en düşük maliyete sahip olan bölümdür.

Poliklinik sayısı açısından değerlendirildiğinde birinci sırayı 53.120 hasta ile İç Hastalıkları bölümü alırken, ikinci sırada 41.836 hasta ile KBB bölümü yer almaktadır. Kalp Damar Cerrahisi (KVC), Plastik Cerrahi, Beyin Sinir Cerrahisi, Enfeksiyon Hastalıkları, Anestezi ve Reanimasyon, Çocuk Cerrahisi polikliniklerinde poliklinik hasta sayısı yıllık 6.500 hastanın altında kalmıştır.

En fazla hasta günü sayısı 2.332 gün ile Ortopedi ve Travmatoloji bölümündedir. Deri ve Zührevi Hastalıklar, Enfeksiyon Hastalıkları bölümleri en az hasta gününe sahip bölümlerdir. Anestezi ve Reanimasyon 7 adet ve KVC 6 adet hekim ile en çok hekim bulunan bölümlerdir. Tablo 1'de aktarılan değişkenlere ait veriler kullanılarak EMS programı aracılığı ile VZA uygulanmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2 incelendiğinde, girdi yönelimli CCR modeli analiz sonuçlarına göre; Çocuk Hastalıkları, Deri ve Zührevi Hastalıklar, Göğüs Hastalıkları bölümlerinin göreceli olarak en verimli bölümler olduğu belirlenmiştir. Deri ve Zührevi Hastalıklar %135,42 ile en verimli bölüm, verimliliğe en uzak bölüm ise %12,85 ile Anestezi ve Reanimasyon bölümü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Verimli çalıştığı için referans olarak belirlenen Çocuk Hastalıkları bölümü, verimsiz

Tablo 1. Veri zarflama analizinde kullanılan girdi ve çıktılar

Departman Adı	Girdi1 3. Dağıtım Sonrası Maliyet- ler (TL)	Girdi2 Hekim Sayısı	Çıktı1 Poliklinik Muayene Sayısı	Çıktı2 Hasta Yatış Günü Sayısı
1 İç Hastalıkları	1.610.411,3	4	53.120	1.369
2 KBB	1.130.131,5	4	41.836	709
3 Kadın Hastalıkları ve Doğum	2.334.719,5	3	35.625	1.833
4 Kardiyoloji Hastalıkları	2.645.620,0	4	35.477	1.245
5 Çocuk Hastalıkları	807.109,6	3	34.293	1.536
6 Ortopedi ve Travmatoloji	2.645.634,8	3	32.601	2.332
7 Göz Hastalıkları	579.062,4	3	30.837	265
8 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	933.229,6	3	23.564	1.539
9 Üroloji	1.275.073,9	3	23.200	1.610
10 Nöroloji	673.447,4	4	20.879	386
11 Deri Ve Zührevi Hastalıklar	288.677,4	2	20.818	42
12 Genel Cerrahi	1.427.691,0	5	20.639	1.789
13 Göğüs Hastalıkları	559.194,0	1	15.364	800
14 Kalp Damar Cerrahisi	1.900.536,9	6	6.396	1.160
15 Plastik Cerrahi	585.379,9	1	4.845	609
16 Beyin ve Sinir Cerrahisi	389.478,9	1	4.627	304
17 Enfeksiyon Hastalıkları	281.321,5	2	3.904	41
18 Anestezi ve Reanimasyon	2.591.043,4	7	3.880	551
19 Çocuk Cerrahisi	338.056,5	1	1.307	470

Tablo 2. VZA Sonuçları-Verimlilik Skorları

Sıra No	Bölüm Adı	Skor	Kıyaslamalar (referans karar birimi sıra numarası ve verimlilik sınırına olan uzaklık)	Hekim Sayısı	Toplam Maliyet (TL)	Poliklinik Muayene Sayısı	Hasta Yatış Günü Sayısı
1 İç Hastalıkları	98,42%	11 (0,74) 13 (2,45)	0	0,01	0	627,24	
2 KBB	86,73%	11 (1,16) 13 (1,16)	0	0,01	0	271,01	
3 Kadın Hastalıkları ve Doğum	77,29%	13 (2,32)	0	507.908,7	0	21,99	
4 Kardiyoloji Hastalıkları	57,73%	13 (2,31)	0	236.015,6	0	602,28	
5 Çocuk Hastalıkları	132,81%			9			
6 Ortopedi ve Travmatoloji	97,17%	13 (2,91)	0	940.625	12.185	0	
7 Göz Hastalıkları	93,53%	11 (1,24) 13 (0,33)	0	0,01	0	57,84	
8 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	92,64%	5 (0,79) 13 (0,40)	0	0	9.790	0	
9 Üroloji	80,48%	5 (0,37) 13 (1,30)	0	0	9.504	0	
10 Nöroloji	54,41%	5 (0,23) 11 (0,62)	0,24	0	0	0	
11 Deri ve Zührevi Hastalıklar	135,42%			5			
12 Genel Cerrahi	67,72%	5 (1,06) 13 (0,19)	0	0	18.821	0	
13 Göğüs Hastalıkları	133,60%			14			
14 Kalp Damar Cerrahisi	34,56%	5 (0,58) 13 (0,34)	0	0	18.651	0	
15 Plastik Cerrahi	76,12%	13 (0,76)	0	19.934,07	6.8501	0	
16 Beyin ve Sinir Cerrahisi	48,14%	5 (0,09) 13 (0,20)	0	0	1.661	0	
17 Enfeksiyon Hastalıkları	21,83%	5 (0,02) 11 (0,15)	0,07	0	0	0	
18 Anestezi ve Reanimasyon	12,85%	5 (0,20) 13 (0,31)	0	0	7.638	0	
19 Çocuk Cerrahisi	80,96%	5 (0,21) 13 (0,19)	0	0	8.705	0	

çalıştığı belirlenen 9 bölüme referans noktası olarak gösterilmiştir. Göğüs Hastalıkları bölümü 14 bölüme, Deri ve Zührevi Hastalıklar bölümü ise 5 bölüme referans olarak gösterilmiştir. Verimsiz çalıştığı tespit edilen bölümlerin referans gösterildikleri bölümler gibi verimli çalışabilmeleri için diğer bölümlerin maliyetlerinin azaltılması gerektiği tespit edilmiştir. Azaltılması gereken bölüm maliyetlerinin, Ortopedi Travmatoloji bölümünde 940.624,89 TL, Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümünde 507.908,7 TL, Plastik Cerrahi bölümünde 19.934,02 TL, Kardiyoloji bölümünde 236.015,6 TL olduğu belirlenmiştir. Ayrıca referans bölümler gibi verimli olabilmek için poliklinik muayene sayılarının artırılması gerektiği tespit edilmiştir. Muayene sayılarının, Ortopedi Travmatoloji bölümünde 12.185,06; Fizik Tedavi ve Rehabilitasyonda 9.790,48; Üroloji'de 9.504,15; Genel Cerrahi'de 18.821,72; KVC'de 18.650,76; Plastik Cerrahi'de 6.850,84; Beyin ve Sinir Cerrahisi'nde 1.661,25; Anestezi ve Reanimasyonda 7.638,79 ve Çocuk Cerrahisi'nde 8.705,42 adet artırılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

TARTIŞMA

Literatürde sağlık kurumunda maliyet analizi uygulamasının verildiği birçok araştırma bulunmaktadır. Örneğin; Özkan ve Ağırbaş (2015) tarafından radyoloji grafi ve us-doppler ünitelerinin birim maliyetleri hesaplanmış ve hesaplanan birim maliyetler 2012 yılı Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatlarıyla karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucunda birim maliyetlerin SUT fiyatlarından yüksek çıktığı, sonuçta karşılaştırma yapılan radyoloji grafi ve us-doppler ünitelerinin hizmet sunum maliyetlerini karşılayamadığı tespit edilmiştir. Birim maliyet analizi sonuçlarının hastanenin maliyet kontrolüyle giderlerini azaltma çabalarında kullanılması önerilmiştir. Geri ödeme politikalarının şekillendirilmesinde bu tür araştırma sonuçlarının kullanımının yararlı olacağı bildirilmiştir.

Aslan (2015) tarafından yapılan maliyet analizi çalışmasının sonucunda; tedavi protokollerine ait gerçek işlem maliyetleri - TİG işlem tutarları - fatura tutarları arasında farklılıkların olduğu saptanmıştır. Bu farklılıklara göre, SUT'da hizmet fiyatlandırmasının gerçek işlem maliyetlerinin esas olarak oluşturulması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık kurumlarında maliyet kontrolünün sağlanabilmesi için ulusal düzeyde toplam gerçek maliyetlerini araştırması gerektiği vurgulanmıştır.

Özkan vd. (2014) yaptığı maliyet analizi çalışmasının sonucunda personel giderlerinin, hastanenin en büyük maliyet unsurunu oluşturduğu, bu nedenle personel verimliliğinin ve etkililiğinin artırılması için önlem alınması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Kısakürek

(2010) tarafından yapılan çalışmada da personel ve ilaç maliyetlerinin en fazla olan iki değişken olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Mut ve Ağırbaş (2017) tarafından yapılan araştırma sonucunda finansal süreçlere adapte olmak zorunda kalan sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlayabilmek için maliyetlerini kontrol altına alması gerekliliği vurgulanmıştır. Poliklinik ve klinik birim maliyetlerin hesaplandığı çalışmada poliklinik maliyetlerinin geri ödeme sistemi fiyatlarından yüksek olduğu, bu nedenle sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin büyük kısmından yararlanan hastaneler içinde maliyetlerin kontrol altında tutulması gerektiği bildirilmiştir. Bu amaca ulaşılması için üretilenin ve hizmete sunulanın sürekli ölçülmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir.

Literatür tarandığında sağlık sektöründe VZA kullanılarak yapılan araştırmaların daha çok hastane ya da hastane içi bölümlerin kıyaslanması, performansının, verimliliğinin veya maliyet etkililiğinin değerlendirilmesi gibi konuları kapsadığı belirlenmiştir.

VZA kullanılarak sağlık kurumlarının performansının değerlendirilmesi konusunda Hollingsworth ve Parkin (2003) tarafından yapılan araştırma sonuçlarına göre, İngiltere ulusal sağlık sisteminin mevcut etkinlik gösteren sistemi ile ilgili memnuniyetsizlik olduğu, VZA'nın potansiyel kullanıcılar için kolay kullanılabilir, anlaşılabilir ve açıklanabilir olduğu ve yararlı bilgiler ürettiği sonucuna ulaşılmıştır (26).

Almanya'da kamu, kar amacı gütmeyen ve özel hastanelerin göreceli performans değerlendirilmesinde VZA kullanılmış ve kamu hastanelerinin performansının daha iyi olduğu, ayrıca özel hastanelere nazaran kaynakları daha verimli kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır. İrande yapılan benzer bir çalışmada VZA ile hastanelerin teknik etkinliği değerlendirilmiş ve hastanelerin %60'ının teknik etkinliğinin yeterli olduğu tespit edilmiştir (21). VZA sayesinde, hem hastanelerin performansı kıyaslanabilmekte hem de verimliliği artıran uygulamalar tespit edilebilmektedir (22).

Bal (2010) tarafından eğitim araştırma hastanelerinin etkinliğinin değerlendirilmesinde VZA yapılmıştır. Girdi ve çıktı değişkeni olarak hastane personel sayıları, muayene, ameliyat, yatılan gün sayılarının yanı sıra hastane gelir giderleri de kullanılmıştır. 35 hastanenin birbirleriyle kıyaslanması ile yapılan etkinlik değerlendirilmesi sonucunda hastane atıl kapasiteleri ve kaynak kullanımındaki hatalar belirlenmiştir (14).

Sağlık kurumları literatüründe hastane etkinliklerinin değerlendirilmesinde VZA sıkça kullanılmaktadır. Örneğin Masiye (2007), Çakmak vd (2009), Yoluk (2010), Barnum vd. (2011), Gülsevin ve Türkan (2012),

Gök (2012), hastane etkinliğinin değerlendirmesinde VZA kullanmışlardır. Araştırmalarının sonucunda etkin ve etkin olmayan kurumlar belirlenmiş, referans kurumlarla karşılaştırılarak daha etkin olmaları yönünde yapılması gereken müdahaleler bildirilmiştir. Her ne kadar bu çalışmalar hastanelerin görece kıyaslanmaları yönünde yapılmış olsa da; etkin çalışmadığı belirlenen hastanelerde problemin çözümünde yönelik etkinlik değerlendirmeleri yapılması gerekmektedir (24-25-27-28-30-32).

Araştırma sonucunda inceleme yapılan yatarak ve ayakta sağlık hizmeti veren 19 bölümden sadece 3 bölümün verimli çalıştığı; diğer bölümlerde kaynak israfı olduğu ve görece daha az verimli çalıştıkları sonucuna ulaşılmıştır. Hastane verimliliğinin artırılmasında, maliyet fazlalığı tespit edilen bölümler için, fiili maliyet analizi ile maliyet artışına neden olan kalemlerin tespit edilmesi ve tasarruf yoluna gidilmesi önerilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde çıktıların kontrol edilmesi güç olabilmektedir ancak poliklinik muayene sayısının artırılması amacıyla yasalar çerçevesinde hastane bölüm ve hizmet tanıtımını artırıcı faaliyetler halkla ilişkilere yönelik etkin çalışmalar planlanabilir.

Hastanede maliyetlerin takip ve kontrol edilebilmesi için hastane bilgi yönetim sistemi gibi kurumsal teknolojik alt yapıyı kullanan gelir ve giderleri takip edilebilecek maliyet muhasebesi sistemi kurulumunun teşvik edilebilir. Düzenli maliyet analizi yapılmasının ve elde edilen bilgilerin kurum verimlilik değerlendirmesinde kullanılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak maliyetlerin azaltılması, yetersiz çıktılar, israf edilen kaynaklar konusundaki strateji, program ve planlamaların verimlilik değerlemesine göre yapılması yönetsel başarıyı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

1. Chilingirian J. (2010) Evaluating clinical performance in health care services with data envelopment analysis (DEA), Managing Money, Measurement and Marketing, Chapter 14 Erişim Tarihi 24.09.2019 <http://heller.brandeis.edu/executive-education/mai.2014/january/pdfs/502CEvalClinicalPerforman cewithDEA.pdf>
2. Esatoğlu A.E., Ağırbaş I., Doğanay Payziner, P., Akbulut, Y., Goktaş, B., Ozatkan Y., Uğurluoğlu E., Yıldırım T., Toruner M., Gök H., Atasoy Ç., Çakır S.Ü. Ve Okten I., (2010) "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde maliyet analizi", Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt. 63, S.1, ss. 17-27
3. Ağırbaş, I. (2014), Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim ve Maliyet Analizi, Siyasal Kitabevi, Ankara
4. Durukan S, Akar Ç, Şahin S., (2007), Seçilmiş hastanelerde karşılaştırmalı poliklinik gider yeri birim maliyetleri, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:10, Sayı:1,19-47
5. Carey K., Burgess JF. (2000), Hospital Costing: Experience from the VHA, Financial Accountability&Management,, V: 16(4), pp. 289-308
6. Özkan O, Kutlu G, Aydın C, Aydemir I, Ağırbaş I, (2014), "Hastanelerde Maliyet Analizi ve Örnek Bir Uygulama" 8. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi" 1012 Eylül 2014,Girne/K.K.T.C
7. Dereköy F, (2012), Hastane işletmelerinde Performans Ölçümü ve Muhasebe Bilgi Sistemi ile ilişkilendirilmesi Temelinde Bir Uygulama, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, yayınlanmış doktora tezi
8. Özkan O, Ağırbaş I, (2015) Radyoloji departmanında birim maliyet analizi ve örnek bir uygulama, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, V:7 (13), pp: 115-128
9. Kavuncubaşı Ş., Yıldırım S. (2012), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi,3. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara
10. Maxwell RJ, (1992), Dimensions of quality revisited: From thought to action, Quality in Health Care V:1, pp: 171-177
11. Bem A, Ucieklak-Jez P, Predkiewicz P, (2014), Measurement of health care system efficiency Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development, 36(1), 25-33.
12. Özgülbaş N, (2005), Measuring financial performance and strategies to increase financial performance in health care organizations, Verimlilik Dergisi, V:3, pp:125-44
13. Zere E, Mbeeli T., Shangula K.,Mandlhate C., Mutirua K., Tjivambi B., Kapenambili W., (2006), Technical efficiency of district hospitals: evidence from Namibia using data envelopment analysis, Cost Effectiveness and Resource Allocation, V4(5).
14. Bal V,(2010), Bilgi sistemlerinin sağlık işletmeleri performansına etkilerinin veri zarflama analizi ile ölçümü: Türkiye'deki devlet hastanelerinde bir araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Yayınlanmış Doktora Tezi, Isparta
15. Kocakoç Deveci İ, (2003), Veri zarflama analizi'ndeki ağırlık kısıtlamalarının belirlenmesinde analitik hiyerarşi sürecinin kullanımı, D.E.Ü.İ.B.F.Dergisi V:18 (2),pp:1-12
16. Adler, N., L. Friedman Z. Stern S., (2002)"Review of ranking methods in the data envelopment analysis context", European Journal of Operational Research, V:140(2), pp:249-265
17. Yıldırım I.E. (2010) Veri zarflama analizinde girdi ve çıktıların belirlenmesindeki kararsızlık problemi için temel bileşenler analizine dayalı bir çözüm önerisi, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, V:39(1), pp:141-153
18. Sarı Z. (2015), Veri Zarflama Analizi ve Bir Uygulama, Hacettepe Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi

19. Tepe M. (2006), Kıyaslama çalışmasında veri zarflama analizi kullanımı., İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi
20. Karahan A., Özgür E. (2011), Hastanelerde Performans Yönetim Sistemi ve Veri Zarflama Analizi,Nobel Yayın Dağıtım, Ankara
21. Shahhoseini R,Tofighi S, Jaafaripooyan E., Safiaryan R.,(2011) Efficiency measurement in developing countries: application of data envelopment analysis for Iranian hospitals, Health Services Management Research; V: 24(2), s: 75-80
22. Helming B., Lapsley I., (2001), On the efficiency of public, welfare and private hospitals in Germany over time: a sectoral data envelopment analysis study, Health Services Management Research 14, 263-274
23. Aslan H, (2015), Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde işlem maliyetleri, fatura bedelleri ve teşhis ilişkili gruplara dayalı maliyet analizi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara
24. Barnum DT, Walton SM, Shields KL, Schumock GT (2011), Measuring hospital efficiency with Data Envelopment Analysis: Nonsubstitutable vs, Substitutable Inputs and Outputs, J Med SYST, V35, pp: 1393-1401
25. Çakmak M, Öktem MK, Ömürgülşen U, (2009), Türk kamu hastanelerinde teknik verimlilik sorunu: veri zarflama analizi tekniği ile sağlık bakanlığına bağlı kadın doğum hastanelerinin teknik verimliliklerinin ölçülmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, V:12(1)
26. Hollingsworth, B., Parkin D.,(2003) Efficiency and productivity change in the English National Health Service: can data envelopment analysis provide a robust and useful measure?Journal of Health Services Research, Vol 8 No:4 230-236
27. Gök MŞ, (2012), Efficiency evaluation of Turkish hospitals by using data envelopment analysis, Gebze Institute of Technology, Institute of social Sciences, degree of doctor of philosophy thesis
28. Gülsevin G, Türkan AH, (2012), Afyonkarahisar Hastanelerinin etkinliklerinin veri zarflama analizi ile değerlendirilmesi, AKU J Sci, V 12, pp: 1-8
29. Kısakürek MM, (2010), Hastane işletmelerinde bölüm maliyet analizi: cumhuriyet üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde bir uygulama, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, V:24 (3), pp: 229-256
30. Masiye F, (2007), Investigating health system performance: An application of data envelopment analysis to Zambian hospitals, BMC Health Services Research, V.7(58), doi:10.1186/1472-6963-7-58
31. Mut S, Ağırbaş I, (2017), cost analysis in hospitals: implementation in a second line public hospital providing services in Ankara, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, V 9(18), pp: 202-217
32. Yoluk M, (2010), Hastane performansının veri zarflama analizi yöntemi ile değerlendirilmesi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, yayınlanmış yüksek lisans tezi
33. Aydemir, Z.C., (2002), "Bölgesel Rekabet Edebilirlik Kapsamında İllerin Kaynak Kullanım Görece Verimlilikleri: Veri Zarflama Analizi Uygulaması, DPT Uzmanlık Tezi", Yayın No: 2664, Ankara

Üniversite öğrencilerinde afetlere karşı bireysel direnç ve sosyal sermaye ilişkisinin değerlendirilmesi

Evaluation of the relationship between individual resistance against disasters and social capital in university students

Ali Ekşi

Yazar Bilgileri/ Author Information:
Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Bornova İzmir.

Anahtar Kelimeler:
Sosyal Sermaye, Afetlere Karşı Toplumsal Direnç, Risk Yönetimi

Key Words:
Social Capital, Social Resilience Against Disasters, Risk Management

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Ali Ekşi,
Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Bornova İzmir,
a_eksi@yahoo.com
ORCID: 0000-0003-1559-6057

Gönderme Tarihi/Received Date:
31.10.2019

Kabul Tarihi/Accepted Date:
28.01.2020

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
31.03.2020

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, üniversite öğrencilerinde afetlere karşı bireysel dirençte, sosyal sermayenin etkisinin değerlendirilmesidir. Çalışma, Türkiye afet yönetiminde yapısal olmayan sorun alanlarının içerisinde, afetlere karşı toplumsal direnç yetersizliğinin büyük yer tutması açısından önemli görülmektedir. **Materyal ve Yöntem:** Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin evren olarak belirlendiği çalışmada örneklem bir meslek yüksekokulu öğrencilerinden seçilmiştir. Örneklem 240 kişiden oluşmuştur. Çalışmada veri toplama aracı olarak sosyo-demografik özelliklerden ve öğrencilerin afetlere karşı bireysel direncini ölçen 15 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Toplanan veriler, IBM SPSS (v22) istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veri çözümlenmesinde frekans dağılımı ve yüzdelerden yararlanılmış, değişkenler arasındaki farkın belirlenmesinde ki-kare testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların %14,6'sı afetlerden korunma ve daha az zarar görmek adına gerekli önlemleri aldığını, %21,3'ü fiziksel yaşam alanlarının afetlere karşı yeterince güvenli olduğunu düşünmektedir. Afetlere karşı bireysel dirençte, cinsiyet ve aile gelir durumu gibi değişkenlerin etkili olduğu görülmektedir. Dayanışmacı sosyal sermayenin afetlere karşı bireysel dirençte doğrudan etkisi bulunmazken, aracı sosyal sermaye belirleyicidir. **Sonuç:** Afetlere karşı bireysel direncin düşük olmasında, özellikle kadın cinsiyet ve düşük ekonomik durumun etkili olması, sosyolojide yoksulluğun kadınlaşmasına benzer bir şekilde afet risklerinin de kadınlaşması ve yoksullaşması olarak tanımlanabilir. Üniversite öğrencilerinde meslek örgütleri ve sektörel etkileşim, afetlere karşı bireysel dirençte belirleyicidir.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to evaluate the effect of social capital on individual resistance to disasters among university students. This study, is considered important in terms of holding a big place of insufficiency of social resistance against disasters inside the non-structural problems in the management of disasters in Turkey. **Materials and Methods:** In the study, the sample was determined as the Egean University Atatürk Health Care Vocational School students and was selected from the students of a vocational school. The sample consisted of 240 students. In the study, a questionnaire form consisting of socio-demographic features and 15 questions that measure students' individual resistance to disasters was used as data collection tool. The collected data were analyzed using IBM SPSS (v22) statistical program. Frequency distribution and percentages were used for data analysis and chi-square test was used to determine the difference between variables. **Findings:** The participants 14.6% think that they have taken the necessary measures in order to prevent the disasters and to take less harm and 21.3% think that the physical habitats are safe enough against disasters. Variables such as gender and family income are effective in individual resistance to disasters. While solidarity social capital has no direct impact on individual resistance to disasters, mediator social capital is decisive. **Results:** Effectiveness of especially the female gender and low economic situation on low level of individual resistance to disasters, can be defined as the womanification and impoverishment of disaster risks in a way similar to the womanification of poverty in sociology. Interaction with professional organizations and the sector in university students is decisive in individual resistance to disasters.

GİRİŞ

Sosyal sermaye, toplumsal gelişim ya da toplumsal sorunların çözümünü için bir toplum içerisinde ki birikim ve yetenektir. Peter F. Drucker'ın söylediği; "gelişmiş ülkelerde 21. yüzyılda büyüme sektörü, organize ekonomik faaliyet olan işletme olmayacak. Öyle görünüyor ki bu, kar amacı gütmeyen sosyal sektör

olacak" sözü dikkate değerdir (1). Sosyal sermayenin etkinliği, yönetilemediğinde büyük toplumsal hasarlar oluşturabilen afetler gibi olağandışı durumlarda daha fazla önem taşımaktadır. Sosyal sermayeye etkin ulaşım, azaltma çalışmalarından hazırlık çalışmalarına, müdahaleden iyileştirme çalışmalarına kadar afet yönetiminin tüm aşamalarında belirleyici olmakla birlikte, afet risklerine karşı bireysel dirençte ve

dolayısıyla da toplumsal dirençte en önemli faktörlerden birisidir. Afetler toplumun tüm kesimlerine ayırım yapmaksızın aynı yıkıcı etkiyi göstermekle birlikte, bireyin sosyo-ekonomik durumu, sosyal çevresi savunmasızlıkta ve zarar görebilirlikte etkili olmakta, bireysel dirençte belirleyici olmaktadır (2,3).

Afetlere karşı bireysel direnç, afet risklerine karşı yapısal ve yapısal olmayan güvenlik açıklarının giderilmesi ve afetlere karşı hazırlıklı olunması ile ilgilidir. Toplumsal direnç ise toplumu oluşturan bireylerin afet risklerine karşı direncidir. Toplumun tüm kesimlerinin aynı eğitim ve sosyo-ekonomik olanaklara sahip olamaması, birçok konuda toplumun bazı kesimlerinin dezavantajlı olmasına, daha fazla güvenlik açığı ile karşı karşıya olmasına neden olabilmektedir. Toplumun içerisindeki dezavantajlı grupların afet risklerine karşı daha savunmasız olması, genel olarak toplumun afetlere karşı güvenlik açıklarını da arttırmaktadır (4,5). Afetlere karşı bireysel dirençte, belirleyici olan faktörleri, afet riskleri ile ilgili fiziksel güvenlik açıklarına karşı önlemlerin geliştirilmesi, genel olarak afetlerle ilgili eğitim ve bilgi durumu, afet sonrası hasarlarla başa çıkabilme yeteneği ve toplum ile kamu yönetimi arasındaki güven ilişkisi olarak sınıflandırmak mümkündür. Gelişmekte olan toplumlarda, afet risklerine karşı güvenlik açıkları ve savunmasızlık çok daha fazladır (6).

Afetlere karşı toplumsal dirençte, sosyal sermayeye ulaşımın etkisi, son yıllarda sıkça tartışılmaktadır. Afetselliği oldukça yüksek olan Türkiye’de, afet risklerine karşı toplumsal ve bireysel direnç; toplum temelli afet uygulamaları, afet risklerine güvenlik açıkları ve savunmasızlıkla ilgili konularla birlikte, son yıllarda sıkça gündeme gelmektedir. Gelişmekte olan toplumların en eğitilmiş ve yapabilirliği en yüksek toplum kesimleri gençlerdir. Bu bağlamda Türkiye’de son yıllarda yapılan yükseköğretim reformu ile üniversite öğrencisi sayısının yaklaşık 8 milyona ulaşması önemli olup; üniversite öğrencilerinde sosyal sermaye ve afet risklerine karşı bireysel direnç ilişkisi önemli bir soru olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmada, üniversite öğrencilerinde afetlere karşı bireysel dirençte, sosyal sermayenin etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışma, Türkiye afet yönetiminde yapısal olmayan sorun alanlarının içerisinde, afetlere karşı toplumsal ve bireysel direnç yetersizliğinin etkili olması açısından önemli görülmektedir.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE - AFETLER VE SOSYAL SERMAYE İLİŞKİSİ

Sosyal Sermaye

Sosyal sermaye, “toplumsal ilişki, ağlar ve sivil toplum katılımı ile oluşan, toplumsal etkileşim, işbirliği ve güvene

dayalı ilişki ile güce ve kaynaklara erişimi kolaylaştıran toplumsal kaynaklar” olarak tanımlanmaktadır. Sosyal sermaye, aktörler arası ilişkiler demetinden oluşan, ağbağlarda yerleşik ve bu ilişkilerle güçlenen kaynaklardan oluşmaktadır. Aktörlerin düzenli ve yoğun etkileşimleri, zamanla ortak davranışlar oluşturur ve aktörlerin birbirinden beklentileri oluşur. Bu düzenli, yoğun etkileşim ve davranışlar, aktörler arasında güven ve itibar oluşmasını, dolayısıyla da sosyal sermayenin oluşmasını sağlar (7). Sosyal sermayenin bir tarafında aile bireyleri, komşular, akrabalar, meslektaşlar, akraneler gibi sosyal yapılar, diğer tarafında ise başta sivil toplum kuruluşları, meslek örgütleri, kooperatifler ve yerel yönetim kuruluşları gibi kurumsal yapılar yer almaktadır (8, 9).

Sosyal sermayeyi, “dayanışmacı” ve “aracı” sosyal sermaye olmak üzere iki farklı türde tanımlamak mümkündür. Dayanışması sosyal sermaye, aktörlerin birbirine güçlü bir şekilde bağlı olduğu, sıkı ve tekrarlayan ilişkilerden meydana geldiği bağlardan oluşmaktadır. Mahalle, köy yaşamı ya da aile yaşamı içerisinde görülen, aktörler arasında güven ilişkisi ile dayanışma ve yardımlaşmayı ön plana çıkaran sosyal sermaye türüdür. Dayanışmacı sosyal sermayenin, kapalılık özelliği başta olmak üzere, bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır (10). Dayanışmacı sosyal sermayeyi oluşturan kapalı güçlü bağlar, toplumun kliklere bölünmesine neden olmakta; aktörler, ağbağ içerisindeki diğer aktörlerle sıkı bağlar kurabilirken, ağbağ dışındaki aktörlerle etkileşime geçmekte zorlanmaktadırlar. Bu, hem aktörleri daha geniş bir bilgi ve kaynak alanından mahrum bırakmakta, hem de kutuplaşmayı artırıcı bir etken olabilmekte, özellikle afet gibi kriz dönemlerinde, hızlı ve etkin dış desteğe ulaşımı zorlaştırmaktadır (9).

Sosyal sermayeden maksimum faydayı sağlamak için dayanışmacı ve aracı sosyal sermayeyi birbirine alternatif olarak görmemek, ikisinin kesişimi ile oluşacak olan katkılarla, etkin bilgi ve kaynak ulaşımını sağlamak gerekmektedir. Özellikle bizim gibi toplumlarda dayanışmacı sosyal sermayenin gücü yadsınamaz ama dayanışmacı sosyal sermayenin kısıtlılıklarının farkına varılmaz ve farklı ağlar arasında köprü kurulamazsa yani aracı sosyal sermayeden yararlanılamaz ise, dayanışmacı sosyal sermaye etkin kullanılamaz. Bununla birlikte, yakın çevre ve aile dışındaki sosyal ağlar ile etkileşim, toplumsal sermayeye de önemli katkılar sağlayacaktır. Ancak her bireyin sosyal ağlara erişim imkanı aynı değildir. Birçok faktör, bireyin sosyal ağlardaki statüsünü etkileyebilir. Herkes kendi çıkarlarına göre bir ağbağ oluşturabilir, ancak her bireyin oluşturduğu ağbağdan elde ettiği çıktı da aynı değildir. Sosyal ağbağ analizinde, bireyin sahip olduğu bağların çeşitliliği ve yoğunluğu, iletişim ve etkileşim yoğunluğu, fırsat eşitliğinde de belirleyicidir (11).

Sosyal sermaye tanımından da anlaşılacağı gibi toplum içerisinde yeteneğin ya da birikimin var olması demek, bu kaynağın etkin kullanılacağı anlamına gelmemektedir. Bilgi ve birikimi harekete geçirebilmek için canlı sosyal ağların olması gerekmektedir. Birey, gücü ve kaynağı zamanında ve etkin bir şekilde kullanabilmek ve içinde bulunduğu olağandışı koşullardan kurtulmak adına sosyal sermayeye ihtiyacı bulunmaktadır. Bireyin sosyal sermayeden etkin yararlanabilmesi adına, sosyal ağlara etkin bir şekilde ulaşabiliyor olması gerekir. Yoğunluğu yüksek ağbağlar, hem tek aktörlere önemli katkı sağlar hem de totalde topluma önemli katkılar sağlar. Bilgi ve beceri donanımı olan aktörün, doğru ve başarılı bağlantılarla ağbağ içerisinde avantajlı konuma sahip olduğu görülmektedir (12).

Sosyal Sermaye ve Afet İlişkisi

Afet yönetiminde, ilk dakikadan itibaren güçlü kapasite oluşturabilme, olağandışı koşullardan çıkış, kıt kaynak yönetimi ve koordinasyonun sağlanması gibi konular belirleyicidir. Aktörlerin birbirine bağımlı, kaynakların dağılık ve çözüm için daha fazla kaynağın koordinasyon içerisinde kullanılmasını gerekli kılan, afetler gibi toplumun genelini ilgilendiren sorunlarda, sosyal sermaye önemli rol almaktadır (13). Afet döneminde sosyal sermayenin etkin kullanımı, sosyal ağlar sayesinde mümkündür. Bir toplumdaki olağan ilişkiler, günlük yaşamın etkinliği, günlük yaşamda insanların birbirine olan güven ve bağlılığı, afet anlarında da belirleyici olmaktadır. Ağların içerisindeki karşılıklı güven ve bağlılık, afetler gibi zor durumlarda işleri kolaylaştıran faktörlerdir. Olağan dönemde, kutuplaşmanın yüksek olduğu ve güven algısının düşük olduğu toplumların, afetlerin olağandışı koşullarında sağlıklı sosyal ağlar oluşturması mümkün değildir.

Kitlesel hasara neden olan afetlerin en önemli özellikleri, beklenmedik bir zamanda, tahminlerin üzerinde hasar oluşturarak, mevcut kapasiteyi yetersiz kılmaları ya da kesintiye uğratmaları, koordinasyon ve organizasyon yeteneğini bozmaları ve iletişim başta olmak üzere ağları çökertmeleridir. Bu nedenle afetlerle mücadelede, sektörler ve kurumlar arası işbirliği ve koordinasyon oldukça önemli olup; afetle başa çıkacak kapasitenin oluşturulması, ağların canlandırılması, müdahalede görevli birimler arası ve bu birimler ile afetzedeler arasında koordinasyon ve güven ortamının sağlanmasına bağlıdır. Afet yönetiminde başarı, çoğu zaman olağan dönemlere nazaran daha esnek ve katılımcı yönetim modelleri gerektirir. Hiçbir yönetim birimi ya da kuruluş, afetlerle mücadelede gerekli bilgi, beceri ve deneyim başta olmak üzere kaynağa tek başına sahip değildir (14).

Olağandışı koşullardan çıkış stratejilerinde, tek başına birey; karşı karşıya kaldığı olağandışı koşulda

yetersiz bir nesneyken, ağbağlar sayesinde sosyal sermayeye ulaşabilir, eklemlendikleri ağın bir parçası olarak ailesinin, yakınlarının ve hatta toplumun bile kurtarıcısı haline dönüşebilir. Ağbağlar bireylere, sosyal sermaye içerisinde gerçek kapasitelerini gösterme olanağı sağlamakla birlikte, yer aldıkları ağ içerisinde sinerjiyi olumluya kullanma imkanı da sunarlar. Afet döneminde kullanılacak ağbağ analizinin mutlak suretle, afet öncesi yapılması ve tıkanıklıkların tespit edilmesi gerekir. Bu analizler aynı zamanda sorun alanlarına yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesine de katkı sunabilir. Bununla birlikte, ağbağın etkinliği, büyüklüğü ile doğrudan ilintilidir. Afetlerle ilgili yapılan planlamalarda, ağ bağlarının temel özellikleri dikkate alınmalıdır. Afet durumunda işlerliğini beklediğimiz bir ağ, ne kaynaklara ulaşımı zorlaştıracak kadar küçük olmalı, ne de koordinasyon ve organizasyonu bozacak kadar büyük olmalıdır (7).

Afet yönetiminde, sosyal sermayenin etkin kullanımını zorunlu kılan bir başka faktörde, “kaynak bağımlılığıdır”. Afet yönetiminde hiçbir kurumun ya da kuruluşun elindeki kaynağın tek başına olağandışı durumdan çıkış için yeterli olmaması, kurum ya da kuruluşun afet yönetimindeki rolü ne olursa olsun, kendi kaynaklarının dışında diğer kurum ya da kuruluş, sivil toplum hatta bireyin elinde olan kaynaklara da ihtiyaç duyulmasına neden olur. Bu kaynak tek başına maddi ya da fiziksel kaynaklar olarak anlaşılmalıdır. Sosyal sermaye ve toplumun içerisinde çıkacak bilgi ve beceri birikimi de önemli kaynaklar olarak, afet yönetiminde ön plana çıkmaktadır. Afet yönetimi aslında kamu yönetiminin bir nevi sınavıdır. Kamu yönetiminin afetler gibi büyük toplumsal sorunların çözümünde başarısı da, aktörlerin kaynak bağımlılığını etkin ve koordinasyon içerisinde, gerektiğinde mübadele de ederek, kamu yararına kullanabilmesine bağlıdır.

Sosyal sermaye, afetlerden sonra en bağımlı olunan kaynakların başında gelir (15). 2005 Dünya Afetleri Azaltma Konferansı'nda, afetlere karşı toplumsal direnci arttırmanın yani savunmasızlık ve zarar görebilirliği yenmenin, en önemli yöntemi olarak, yerel toplulukların kendisine yetmesi, yerel örgütlenmeler ve yerel ağlar olarak belirtilmiştir. Hyogo Eylem Çerçevesi (2005-2015)'nin temel amacı, toplumların afetlere karşı esnekliği ve direncinin sağlanmasına yönelik çalışmaların yaygınlaştırılmasıdır. Afetlere karşı savunmasızlığı azaltmanın en önemli faktörü topluluğun içerisinde kendi kendine yetecek örgütlenmelerin yapılması ve yerel sosyal ağların sağlanması olarak kabul edilmektedir (16). Terörizm başta olmak üzere, afetlerde dahil, önemli toplumsal sorunlarla mücadele edebilmek için ağların sağladığı sorun çözme kapasitesinden yararlanılması gerekmektedir. Bu durum, bugünün

karşık toplum yapılanmalarında oluşan sorunların çözümü için tercih değil, zorunluluktur.

Afet yönetimi iyileştirme çalışmalarında ilk dikkat edilen hasarlar, yapısal sorunlardır. Bununla birlikte, yıkılmış altyapı, köprüler, ortak kamusal alanların yeniden inşası için genelde daha kolay motivasyon sağlanır ve kaynaklara daha kolay ulaşılır. Bununla birlikte toplum içerisinde oluşan yapısal olmayan sorunlar gözden kaçırılabilir. Oysa parçalanmış aileler, ebeveysiz kalmış çocuklar, yakınlarını kaybetmişlerin yaşadığı travmalar, bozulmuş eğitim sistemi, alt-üst olmuş sosya-kültürel yapı, afet sonrasında çok daha büyük hasarların oluşmasına neden olabilir. Sosyal ağların güçlü olduğu, işbirliğinin yüksek olduğu toplumlar; kutuplaşmanın yüksek olduğu ve sosyal dışlanma ve izole toplum kesimlerinin çok olduğu toplumlara göre, yapısal olmayan sorunlarla çok daha az karşılaşır. Bununla birlikte sosyal ağların güçlü olduğu toplumlar, afet sonrası olağandışı koşullardan, normal yaşam koşullarına dönüşü çok daha hızlı başarabilir. İyileştirme çalışmalarında, toplumun olağan dönemde biriktirmiş olduğu sosyal sermaye, yani topluluğun kazanmış olduğu bilgi ve beceri birikimi, güçlü sosyal ağlar, hızlı geriye dönüş için en önemli kaynaklardır.

Hem afet öncesi hem de afet sonrası risklerden korunmak adına bilgi paylaşımı son derece önemlidir. Hem erken uyarı mekanizmasında hem de afet sonrası yeni risklerle ilgili toplumun bilgilendirilmesi sırasında, güçlü sosyal ağların önemli kazanımlarından birisi bilgi akışını kolaylaştırmalarıdır. Birbiri ile hızlı haberleşebilme olanağı bulunan aktörler, kolektif olarak daha hızlı hareket edebilmektedir. Özellikle tehditler ya da fırsatların algılanmasında, aktörlere hızlı hareket etme olanağı sağlanmaktadır. Aktörler arası bağların güçlü olması, yerel dayanışma ve işbirliğini teşvik etmekte, kutuplaşma ile mücadele edilebilmesine olanak sağlanmaktadır (7). Sosyal ağların afet yönetimine bir başka önemli katkısı da, denetimi etkinleştirmesidir. Dış denetimin yetersiz kaldığı afet gibi durumlarda bireyler, kendi sınırlı çıkarlarının peşine düşüp, kurumsal ya da toplumsal yarara hareket etmekten uzaklaşabilirler. Sosyal ağlar ve toplumsal normların bireylerin kontrolde tutulması ve toplum yararına hareket etmelerinin sağlanmasında etkinliği bulunmaktadır.

Tablo 1: Katılımcıların Anne ve Baba Eğitim Durumları

Eğitim Düzeyi	Anne		Baba	
	N	%	N	%
Okur-Yazar Değil	24	10,0	9	3,8
Okur-Yazar	17	7,1	12	5,0
İlköğretim	104	43,3	70	29,2
Lise	75	31,3	115	47,9
Üniversite	20	8,3	34	14,2
Toplam	240	100,0	240	100,0

MATERYAL VE YÖNTEM

Çalışmada evren olarak, Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencileri belirlenmiştir. Örneklem, Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda 2018-2019 eğitim-öğretim yılında birinci ve ikinci sınıflarda kayıtlı olan toplam 2460 öğrenciden oluşmuştur. Örneklem ise %5 kabul edilebilir hata düzeyi ve %90 güven seviyesinde 240 olarak belirlenmiştir (17). Örneklem, çalışmaya katılmayı kabul edenler içerisinde basit rasgele örneklem belirleme yöntemi ile seçilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak, sosyo-demografik özelliklerden ve öğrencilerin eğitim-öğretim ile ilgili özelliklerinden oluşan bir anket formu oluşturulmuştur. Literatürden elde edilen veriler ışığında, dayanışmacı ve aracı sosyal sermayeyi belirleyici sorular ve afet risklerine karşı bireysel direncin belirlenmesi ile ilgili sorular oluşturulmuştur (7,13,14,15,16). Anket toplam 15 sorudan oluşmuştur. Veri toplama, Kasım-Aralık 2018 tarihlerinde yapılmıştır. Toplanan veriler IBM SPSS (v22) istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veri çözümlenmesinde frekans dağılımı ve yüzdelerden yararlanılmış, değişkenler arasındaki farkın belirlenmesinde ki-kare testi kullanılmıştır. $P < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması (21,3±2,98) olup, en küçüğü 18, en büyüğü ise 44 yaşındadır. Katılımcıların, %23,3'ü (n=56) erkeklerden, %76,7'si (n=184) kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcılar öğrencilik döneminde yaşadıkları yer olarak, %45,8'i (n=110) ailesi ile birlikte, %22,5'i (n=54) Kredili Yurtlar Kurumu Yurdunda, %18,3'ü (n=44) tek başına ya da arkadaşları ile birlikte öğrenci evinde, %13,3'ü (n=32) özel kuruluşlara ait yurtlarda kaldığını bildirmiştir. Katılımcıların anne ve baba eğitim bilgileri Tablo 1'de verilmiştir.

Aile gelir durumu ile bilgiler Tablo 2'de verilmiştir. Katılımcıların yarısından daha fazlasının aile gelir durumu 2000 TL ve altında bulunmuştur. Katılımcıların dayanışmacı ve aracı sosyal sermaye ile ilgili sorulara verdiği yanıtlar Tablo 3 ve 4'te verilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Aile Gelir Durumu*

Gelir Düzeyi	N	%
Asgari Ücretin Altında	28	11,7
Asgari Ücret-2000 TL Arası	101	42,1
2000-2500 TL Arası	39	16,3
2500-3000 TL Arası	28	11,7
3000-4000 TL Arası	23	9,6
4000 TL ve Üzeri	21	8,8
Toplam	240	100,0

*Çalışmanın yapıldığı tarihte Türkiye’de asgari ücret 1603 TL’dir.

Katılımcıların dayanışmacı sosyal sermaye ile ilgili değişkenlere verdikleri yanıtlarda, en yüksek oranda her zaman yanıtını %59,2 ile “arkadaşlarımla çok sıkı dostluk ve arkadaşlık ilişkilerim vardır ve onlarla her konuda işbirliği yapabilirim” değişkeni almış, en düşük her zaman yanıtını ise %14,2 ile “akrabam olmayan hemşerilerimle ilişkilerim vardır ve onlarla her konuda işbirliği yapabilirim” değişkeni almıştır (Tablo 3).

Katılımcıların aracı sosyal sermaye ile ilgili değişkenlere

verdikleri yanıtlarda ise en yüksek oranda her zaman yanıtını %28,3 ile “üniversitemde farklı bölümlerden öğrencilerle işbirliği kurabilirim” değişkeni almış, en düşük her zaman yanıtını ise %11,3 ile “sahip olacağım meslekle ilgili sivil toplum kuruluşları ile iletişimim yoğundur ve destek alabilirim” değişkeni almıştır (Tablo 4).

“Afet sonrası oluşan hasarlarla başa çıkabilmek için aileniz dışında yardım talep edebileceğiniz kişiler bulunmakta mıdır?” sorusuna katılımcıların %17,1’i (n=41) “hayır”, %35,4’ü (n=85) “kısmen”, %47,5’i (n=114) “evet” yanıtını vermiştir. Katılımcıların afetlerle ilgili bireysel dirençlere verdikleri yanıtlar, Tablo 5’da verilmiştir.

Anne-baba eğitim durumu ve ikamet edilen yer değişkenleri ile afet risklerine karşı bireysel direnç ile ilgili değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($P>0,05$). Cinsiyet ile “afet risklerine karşı bireysel direnç ile ilgili bazı değişkenler” arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($P<0,05$). Afet risklerine karşı bireysel direnç ile ilgili

Tablo 3: Katılımcıların Dayanışmacı Sosyal Sermaye ile ilgili Değişkenlere Verdikleri Yanıtlar

Değişken	Hiçbir Zaman		Bazen		Her Zaman	
	N	%	N	%	N	%
Ailemle ilişkilerim iyidir ve onlarla kendim ile ilgili her şeyi konuşup-anlatabilirim.	13	5,4	107	44,6	120	50,0
Ailemden (anne-baba-kardeş) destek alabilirim.	12	5,0	56	23,3	172	71,7
Yakın akrabalarımın destek alabilirim.	49	20,4	139	57,9	52	21,7
Arkadaşlarımla çok sıkı dostluk ve arkadaşlık ilişkilerim vardır ve onlarla her konuda işbirliği yapabilirim.	6	2,5	92	38,3	142	59,2
Yakın arkadaşlarımdan destek alabilirim.	6	2,5	112	46,7	122	50,8
Akrabam olmayan hemşerilerimle ilişkilerim vardır ve onlarla her konuda işbirliği yapabilirim.	113	47,1	93	38,8	34	14,2

Tablo 4: Katılımcıların Aracı Sosyal Sermaye ile ilgili Değişkenlere Verdikleri Yanıtlar

Değişken	Hiçbir Zaman		Bazen		Her Zaman	
	N	%	N	%	N	%
Okuldaki hocalarımdan destek alabilirim.	38	15,8	146	60,8	56	23,3
Üniversitemde farklı bölümlerden öğrencilerle işbirliği kurabilirim.	32	13,3	140	58,3	68	28,3
Farklı sivil toplum kuruluşlarında görev yaparım ve destek alabilirim.	44	18,3	153	63,7	43	17,9
Gönüllü olarak bir yapının içerisinde görevlerim bulunmaktadır.	57	23,8	130	54,2	53	22,1
Sahip olacağım meslekle ilgili sivil toplum kuruluşları (Meslek Derneği, Meslek Odası vs.) ile iletişimim yoğundur ve destek alabilirim.	82	34,2	131	54,6	27	11,3
Sahip olacağım meslek ile ilgili kamu ve özel sektör kuruluşları ile yakın iletişimim vardır ve gerektiğinde destek alabilirim.	60	25,0	142	59,2	38	15,8

Tablo 5: Katılımcıların Afet Risklerine Karşı Bireysel Direnç ile İlgili Değişkenlere Verdikleri Yanıtlar

Değişkenler	Hayır		Kısmen		Evet	
	N	%	N	%	N	%
Fiziksel Güvenlik Açıkları ile ilgili Değişkenler						
Afetlerden korunma ve daha az zarar görmek adına gerekli önlemleri aldığınızı düşünüyor musunuz?	91	37,9	114	47,5	35	14,6
Fiziksel yaşam alanlarınız (ev, yurt, okul, misafirhane vs.) afetlere karşı yeterince güvenli midir?	76	31,7	113	47,1	51	21,3
Fiziksel yaşam alanlarınızda (ev, yurt, misafirhane vs.) afetlere yönelik yeterli iyileştirme (binaların güçlendirilmesi, eşyaların sabitlenmesi, yangın güvenliğinin sağlanması vs.) yapılmış mıdır?	97	40,4	105	43,8	38	15,8
Eğitim ve Bilgi Durumu ile ilgili Değişkenler						
Afetler konusunda yeterli seviyede eğitim ve bilince sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?	54	22,5	127	52,9	59	24,6
Afetlerden korunmak ve olası hasarlar ile başa çıkabilmek adına herhangi bir eğitim ya da bilgilendirme çalışmasına katıldınız mı?	89	37,1	55	22,9	96	40,0
Afetlerden korunmak ve olası hasarlar ile başa çıkabilmek adına bilgi ve deneyim kazanmaya yönelik cabanız bulunmakta mıdır?	60	25,0	111	46,3	69	28,7
Afet Sonrası Hasarlarla Başa Çıkabilme ile ilgili Değişkenler						
Afet sonrası olası hasarlardan korunmak adına doğru davranışları bilir misiniz?	29	12,1	141	58,8	70	29,2
Afet sonrası oluşan hasarlar ile başa çıkma ve yardım talep etmek için hangi kurum ve kuruluşlara başvuruda bulunabileceğinizi biliyor musunuz?	68	28,3	105	43,8	67	27,9
Afet sonrası oluşan hasarlar ile başa çıkma ve yardım talep edebileceğiniz kurum ve kuruluşlara başvuru yolu ve yöntemlerini biliyor musunuz?	87	36,3	105	43,8	48	20,0
Yaşadığınız bölgede afet sonrası halk için oluşturulmuş "Afet Sonrası Toplanma Alanlarının" yerini biliyor musunuz?	130	54,2	53	22,1	57	23,8
Kamu Yönetimine Güven ile ilgili Değişkenler						
Yaşadığınız şehir afetlere karşı yeterince güvenli olduğunu düşünüyor musunuz?	127	52,9	89	37,1	24	10,0
Yaşadığınız şehirdeki yerel kamu idarelerinin (belediyelerin) afetlere karşı yeterli yapısal iyileştirmeleri yaptığını düşünüyor musunuz?	141	58,8	81	33,8	18	7,5
Yaşadığınız şehirdeki merkezi yönetim idari birimlerinin (Afet ve Acil Durum Yönetimi İl Müdürlüğü, diğer bakanlıkların taşra teşkilatları vs.) afetlere karşı yeterli yapısal iyileştirmeleri yaptığını düşünüyor musunuz?	124	51,7	98	40,8	18	7,5

Tablo 6: Cinsiyet ile Afet Risklerine Karşı Bireysel Direnç ile ilgili Değişkenler Arasındaki İlişki

Değişkenler		Cinsiyet		P	
		Erkek	Kadın		
Afetlerden korunma ve daha az zarar görmek adına gerekli önlemleri aldığınızı düşünüyor musunuz?	Hayır	N	22	69	0,022
		%	39,3	37,5	
	Kısmen	N	20	94	
		%	35,7	51,1	
	Evet	N	14	21	
		%	25,0	11,4	
Afet sonrası oluşan hasarlarla başa çıkabilmek için kamu kurum ve kuruluşları (AFAD, Belediyeler, Kızılay vs.) dışında yardım talep edebileceğiniz kurum ve kuruluşlar bulunmakta mıdır?	Hayır	N	18	77	0,002
		%	32,1	41,8	
	Kısmen	N	13	69	
		%	23,2	37,5	
	Evet	N	25	38	
		%	44,6	20,7	
Afetlerden korunmak ve olası hasarlar ile başa çıkabilmek adına herhangi bir eğitim ya da bilgilendirme çalışmasına katıldınız mı?	Hayır	N	18	71	0,047
		%	32,1	38,6	
	Kısmen	N	11	44	
		%	19,6	23,9	
	Evet	N	27	69	
		%	48,2	37,5	
Afetler konusunda yeterli seviyede eğitim ve bilince sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Hayır	N	13	41	0,002
		%	23,2	22,3	
	Kısmen	N	20	107	
		%	35,7	58,2	
	Evet	N	23	36	
		%	41,1	19,6	
Afet sonrası olası hasarlardan korunmak adına doğru davranışları bilir misiniz?	Hayır	N	7	22	0,003
		%	12,5	12,0	
	Kısmen	N	23	118	
		%	41,1	64,1	
	Evet	N	26	44	
		%	46,4	23,9	

değişkenlere verilen yanıtlardan, genel olarak kadın cinsiyetin daha dezavantajlı olduğu görülmektedir. Cinsiyet ile istatistiksel açıdan anlamlı ilişkilerin bulunduğu değişkenler Tablo 6'da verilmiştir.

Aile ekonomik durumu ile “afet risklerine karşı bireysel direnç ile ilgili bazı değişkenler” arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır ($P < 0,05$). Afet risklerine karşı bireysel direnç ile ilgili değişkenlere verilen yanıtlardan, aile ekonomik durumu düşük olan katılımcılarda, afet risklerine karşı güvenlik açığının daha yüksek olduğu görülmektedir. Aile ekonomik durumu ile istatistiksel açıdan anlamlı ilişkilerin bulunduğu değişkenler Tablo 7'de verilmiştir.

Üniversite öğrencilerinde dayanışmacı ve aracı sosyal sermaye değişkenleri ile afet risklerine karşı bireysel dirençte belirleyici olan fiziksel güvenlik açığı, eğitim ve bilgi durumu ile ilgili değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($P > 0,05$). Dayanışmacı sosyal sermaye değişkenleri ile afetlerde bireysel direnci belirleyen değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($P > 0,05$). Ancak dayanışmacı sosyal sermaye değişkenleri ile afetlerle ilgili aracı sosyal sermayeye ulaşımında köprü pozisyonundaki aktöre ya da ağa ulaşımı belirlemek için sorulan değişken olan, “Afet sonrası

oluşan hasarlarla başa çıkabilmek için aileniz dışında yardım talep edebileceğiniz kişiler bulunmakta mıdır?” değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır ($P < 0,05$). Genel olarak dayanışmacı sosyal sermayesi yüksek olan üniversite öğrencilerinde, bir afet sonrasında ailesi dışında yardım talep edeceği kişiye ulaşımını daha yüksektir (Tablo 8).

Dayanışmacı sosyal sermaye değişkenleri ile afet risklerine karşı bireysel direnç arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Bazı aracı sosyal sermaye değişkenleri ile afet risklerine karşı bireysel direnç arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır ($P < 0,05$). “Sahip olacağım meslekle ilgili sivil toplum kuruluşları (Meslek Derneği, Meslek Odası vs.) ile iletişimim yoğundur ve destek alabilirim” diyenler ve “sahip olacağım meslek ile ilgili kamu ve özel sektör kuruluşları ile yakın iletişimim vardır ve gerektiğinde destek alabilirim” diyenlerde afet risklerine karşı bireysel direnç daha yüksektir (Tablo 9).

TARTIŞMA

Yaşam alanlarının afet risklerine karşı direnç sağlayacak şekilde iyileştirilmesi başta olmak üzere, afet risklerinden korunmaya yönelik eylemler yüzde yirmilerin altında rakamlarla son derece düşük bulunmuştur. Bu çalışmadan

Tablo 7: Aile Ekonomik Durumu ile Afet Risklerine Karşı Bireysel Direnç ile ilgili Değişkenler Arasındaki İlişki

Değişkenler	Aile Ekonomik Durumu								P
	Asgari Ücretin Altında	Asgari Ücret-2500 TL Arası	2501-3000 TL Arası	3001-4000 TL Arası	4001-5000 TL Arası	5001 TL ve Üzeri			
Fiziksel yaşam alanlarımız (ev, yurt, okul, misafirhane vs.) afetlere karşı yeterince güvenli midir?	Hayır	N	15	36	10	9	4	2	0,041
		%	53,6	35,6	25,6	32,1	17,4	9,5	
	Kısmen	N	7	48	21	14	11	12	
		%	25,0	47,5	53,8	50,0	47,8	57,1	
	Evet	N	6	17	8	5	8	7	
		%	21,4	16,8	20,5	17,9	34,8	33,3	
Afetlerden korunma ve daha az zarar görmek adına gerekli önlemleri aldığınızı düşünüyor musunuz?	Hayır	N	16	28	17	13	10	7	0,017
		%	57,1	27,7	43,6	46,4	43,5	33,3	
	Kısmen	N	7	56	15	13	13	10	
		%	25,0	55,4	38,5	46,4	56,5	47,6	
	Evet	N	5	17	7	2	0	4	
		%	17,9	16,8	17,9	7,1	0,0	19,0	
Aileniz ile birlikte yaşadığımız evin Doğal Afet Sigortası (DASK) yapılmakta mıdır?	Hayır	N	25	82	29	18	16	12	0,002
		%	89,3	81,2	74,4	64,3	69,6	57,1	
	Evet	N	3	19	10	10	7	9	
		%	10,7	18,8	25,6	35,7	30,4	42,9	

Tablo 8: Afet sonrası oluşan hasarlarla başa çıkabilmek için aileniz dışında yardım talep edebileceğiniz kişiler bulunmakta mıdır? Sorusu ile İlişkili Olan Dayanımcı Sosyal Sermaye Değişkenleri

Dayanımcı Sosyal Sermaye Değişkenleri			Afet sonrası oluşan hasarlarla başa çıkabilmek için aileniz dışında yardım talep edebileceğiniz kişiler bulunmakta mıdır?			P
			Hayır	Kısmen	Evet	
Ailemle ilişkilerim iyidir ve onlarla kendim ile ilgili her şeyi konuşup-anlatabilirim.	Hiçbir Zaman	N	9	3	1	0,000
		%	69,2	23,1	7,7	
	Bazen	N	18	40	49	
		%	16,8	37,4	45,8	
	Her Zaman	N	14	42	64	
		%	11,7	35,0	53,3	
Ailemden (anne-baba-kardeş) destek alabilirim.	Hiçbir Zaman	N	7	2	3	0,000
		%	58,3	16,7	25,0	
	Bazen	N	15	20	21	
		%	26,8	35,7	37,5	
	Her Zaman	N	19	63	90	
		%	11,0	36,6	52,3	
Yakın akrabalarımın destek alabilirim.	Hiçbir Zaman	N	17	16	16	0,003
		%	34,7	32,7	32,7	
	Bazen	N	19	53	67	
		%	13,7	38,1	48,2	
	Her Zaman	N	5	16	31	
		%	9,6	30,8	59,6	
Yakın arkadaşlarımdan destek alabilirim.	Hiçbir Zaman	N	5	0	1	0,000
		%	83,3	0,0	16,7	
	Bazen	N	25	43	44	
		%	22,3	38,4	39,3	
	Her Zaman	N	11	42	69	
		%	9,0	34,4	56,6	

Tablo 9: Afetlerde Bireysel Direnç ile İlgili Değişkenlerle ilişkili olan Aracı Sosyal Sermaye Değişkenleri

Aracı Sosyal Sermaye ile ilgili Değişkenler			Afetlerde Bireysel Direnç ile ilgili Değişkenler											
			Afet sonrası olası hasarlardan korunmak adına doğru davranışları bilir misiniz?			Afet sonrası oluşan hasarlar ile başa çıkma ve yardım talep etmek için hangi kurum ve kuruluşlara başvuruda bulunabileceğinizi biliyor musunuz?			Afet sonrası oluşan hasarlar ile başa çıkma ve yardım talep edebileceğiniz kurum ve kuruluşlara başvuru yolu ve yöntemlerini biliyor musunuz?			Afet sonrası oluşan hasarlarla başa çıkabilmek için kamu kurum ve kuruluşları (AFAD, Belediyeler, Kızılay vs.) dışında yardım talep edebileceğiniz kurum ve kuruluşları bulunmakta mıdır?		
			Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet	Hayır	Kısmen	Evet
Sahip olacağım meslekle ilgili sivil toplum kuruluşları (Meslek Derneği, Meslek Odası vs.) ile iletişimim yoğunudur ve destek alabilirim.	Hiçbir Zaman	N	18	46	18	30	35	17	37	32	13	41	23	18
		%	22,0	56,1	22,0	36,6	42,7	20,7	45,1	39,0	15,9	50,0	28,0	22,0
	Bazen	N	10	81	40	35	60	36	47	61	23	48	51	32
		%	7,6	61,8	30,5	26,7	45,8	27,5	35,9	46,6	17,6	36,6	38,9	24,4
	Her Zaman	N	1	14	12	3	10	14	3	12	12	6	8	13
		%	3,7	51,9	44,4	11,1	37,0	51,9	11,1	44,4	44,4	22,2	29,6	48,1
P			0,006			0,015			0,003			0,016		
Sahip olacağım meslek ile ilgili kamu ve özel sektör kuruluşları ile yakın iletişimim vardır ve gerektiğinde destek alabilirim.	Hiçbir Zaman	N	11	37	12	23	24	13	32	21	7	34	17	9
		%	18,3	61,7	20,0	38,3	40,0	21,7	53,3	35,0	11,7	56,7	28,3	15,0
	Bazen	N	16	85	41	40	66	36	47	70	25	51	54	37
		%	11,3	59,9	28,9	28,2	46,5	25,4	33,1	49,3	17,6	35,9	38,0	26,1
	Her Zaman	N	2	19	17	5	15	18	8	14	16	10	11	17
		%	5,3	50,0	44,7	13,2	39,5	47,4	21,1	36,8	42,1	26,3	28,9	44,7
P			0,043			0,016			0,000			0,003		

üniversite öğrencilerinde, fiziksel güvenlik açıklarının giderilmesine yönelik yeterli özveri ve eylemin olmadığı görülmektedir. Türkiye’de, özellikle büyük şehirlerde fiziksel güvenlik açıkları son derece yüksektir. Bunda çarpık kentleşme ve çevresel risk faktörlerinin yükselmesi ile birlikte, son yıllarda yeterli risk değerlendirmesi yapılmadan karar verilen endüstriyel yatırımların etkisi büyüktür. Çalışmanın yapıldığı İzmir ilinde özellikle sel ve deprem riskinin son derece yüksek olmasına rağmen, bina stoğu başta olmak üzere fiziksel yapı, afet risklerine karşı son derece yetersizdir (18). Yüksek risk faktörlerine rağmen, fiziksel güvenlik açıklarının önlenmesi ile ilgili bilinç durumunun ve eylemlerin son derece yetersiz olması, güvenlik açıklarını daha da arttırıcı bir faktöre dönüştürebilir. Özellikle yapılacak farkındalık çalışmaları ile fiziksel güvenlik açıklarına karşı tutumların değiştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Katılımcıların %40’ı afet risklerinden korunma adına eğitim ve bilgilendirme çalışmalarına katılmış olmalarına rağmen, bunların sadece yarısı kadarı afet risklerine karşı kendini yeterli düzeyde bilgili ve eğitilmiş görmektedir. Yine katılımcılardan üç kişiden biri, afet riskleri ile başa çıkabilmek adına yeni eğitim ve bilgi edinme çabası içerisinde olduğunu bildirmektedir. Afet temelli risklerin son derece yüksek olduğu Türkiye’de, toplumun bilinçlendirilmesine yönelik eğitim ve bilgilendirme çalışmaları ile ilgili tartışmalar uzun süredir devam etmektedir. AFAD başta olmak üzere çeşitli kurum ve kuruluşlar tarafından yapılan eğitimlerle birlikte, ilk ve ortaöğretimdeki formal eğitim müfredatının içerisinde afet risklerine yönelik bazı konular bulunmaktadır. Bu çalışmada, afet risklerinden korunmaya yönelik eğitim alanların yetersizliği bir tarafa, yaklaşık yarısının bu konuda kendini yeterli hissetmesi ve yeni bilgi edinmeye yönelik motivasyonun düşük olması dikkat çekicidir. Afet riskleri ile ilgili topluma yönelik yapılacak eğitim çalışmalarında, öncelikle motivasyonun sağlanması ile birlikte, eğitim sonunda katılımcıya yapabilirlik kazandıracak yöntemlerin kullanılması önemli görülmektedir (19).

Afet sonrası oluşabilecek hasarlardan korunmak için gerekli davranışları bilenlerin ve afet sonrası hasarlarla başa çıkabilmek için yardım talep edilebilecek kurum ve kuruluşları bilenlerin oranı %30’lar seviyesindedir. Ancak yardım talep edilebilecek kurum ve kuruluşlara başvuru yol ve yöntemini bilenlerin oranı %20’ler seviyesine düşmektedir. Yine afet sonrası acil durum planlarının önemli bir parçası olan halk için oluşturulmuş toplanma alanlarını bilenlerin oranı %20’ler seviyesindedir. Katılımcıların afet durumlarına hazır bulunuşluk algılarının düşük olması ile birlikte, yapabilirlikte önemli eylemlerin

nasıl gerçekleştirileceği ile ilgili bilgi durumu daha da düşüktür. Bu bulgular, özellikle yerel düzeyde hazırlanan acil durum eylem planlarının önemini ortaya koymakla birlikte, bu planların toplumu da mutlaka kapsamaya ve planlardaki eylemlerin nasıl gerçekleştirileceği ile ilgili toplumun mutlaka bilinçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (20).

Yaşadığı şehri afet risklerine karşı yeterince güvenli olduğunu düşünenlerin oranı %10’lar seviyesindedir. Bununla birlikte, kamu kurumlarına, afet risklerine karşı yeterli önlemleri alacaklarına ve iyileştirmeleri yapacaklarına yönelik algı son derece düşük olup, yerel yönetim ve merkezi yönetim kurum ve kuruluşlarına bu konudaki güven oranı %7,5’dir. Bugün için başarılı afet yönetiminin en önemli paydaşları kamu kurumlarıyla toplumdur. Afet risklerinin artan olasılık ve yıkıcılığına karşı mücadelede, devlet ve toplum her zamankinden daha fazla birbirine ihtiyacı bulunmaktadır. Afet risklerine karşı mücadele başarısında belirleyici olan bir başka faktörde, kamu kurumlarıyla devlet arasındaki karşılıklı güven algısıdır. Güven algısının yüksekliği hem risk yönetiminde hem de afet sonrası hasarlarla başa çıkabilmede belirleyici olmaktadır. Güven algısının düşüklüğü ise afetler sonrası yeni krizlerin oluşabilmesine neden olabilmektedir. Afet risklerinin yönetimi ile ilgili güven algısının yükseltilebilmesi için kamu kurumları ile toplumun daha fazla etkileşime girmesi, işbirliği alanlarının geliştirilmesi, afet risklerini arttırabilecek kamusal kararlara halkın katılımının sağlanması ve süreçlerin şeffaf yürütülmesi gerekmektedir (21,9).

Bu çalışmada, dayanışmacı sosyal sermaye değişkenleri arasında en fazla olumlu yanıtlanan değişken, yakın arkadaşlarla ilgili değişkenlerdir. Üniversite öğrencilerinde yapılan bu çalışmada, bu durum anlaşılabilir görülmeyle birlikte, akrabalar ve özellikle de hemşehrilerle olan ilişkilere bağlı dayanışmacı sosyal sermaye değişkenlerine verilen olumlu yanıtların düşük olması dikkat çekicidir. Türkiye’de toplumsal ağlarda güven algısı ile ilgili çalışmalarda genellikle, aile ile birlikte yakın akrabalar güven algısının dolayısıyla da dayanışmacı sosyal sermayenin en yüksek olduğu değişkenler olarak bulunmaktadır (22). Üniversite öğrencilerinde yakın akrabalar vasıtasıyla oluşacak dayanışmacı sosyal sermayeye ulaşımın bu kadar düşük olması, afetler gibi olağandışı koşullarla mücadele etmeyi gerekli kılan kriz durumlarında kısıtlılıklar oluşturabilir.

Cinsiyet ile afet risklerine karşı bireysel direnç değişkenleri arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Kadınlar, afet risklerinden korunma ve zarar görebilirlik adına gerekli önlemleri alma konusunda, erkeklere göre kendilerini daha yetersiz hissetmektedirler. Yine kadınlar afet riskleri ile ilgili eğitim ve bilgilendirme çalışmalarına yeterince katılmadıklarını ve buna bağlı

olarak da, afet risklerine karşı kendilerini erkeklere göre daha az hazır hissetmekte ve doğru davranışları daha az bildiklerini belirtmektedirler. Kadına biçilen toplumsal rol ve toplumda kadın erkek ilişkisinde var olan eşitsizlikler, kadını birçok konuda dezavantajlı hale getirmekle birlikte bu dezavantajlı durumun afet risklerine karşı var olduğu görülmektedir. Afet risklerine karşı var olan dirençsizliğin, yoksulluk başta olmak üzere diğer faktörlerle birleşmesi durumunda kadının hasar görebilirliğini daha da arttırabilir. Bunun giderilmesi adına başta eşitsizliklerin giderilmesi, eğitim ve bilinçlendirme çalışmalarında kadınların katılabileceği organizasyonlara önem verilmesi gerekmektedir (23,24,25).

Aile ekonomik durumu asgari üret ve daha altında olanlarda, fiziksel yaşam alanlarının afet risklerine karşı güvenli hale getirilmesi ve gerekli güvenlik önlemlerinin alınması konularında, gelir durumu daha iyi olanlara göre dezavantajlılık bulunmaktadır. Bununla birlikte, aile gelir durumu düşük olanlarda doğal afetlere karşı sigorta yaptırma durumu daha düşüktür. Gelir durumu eşitsizliklerinin afet risklerine karşı dirençte belirleyici olması ile birlikte, düşük gelir durumuna sahip kişilerin önemli bir risk transferi yöntemi olan sigorta olanaklarından yararlanamamaları, toplumun bu kesiminin afet sonrası hasar görebilirliğini arttırabileceği gibi afet hasarları ile başa çıkabilme yeteneklerini de zorlaştırarak, dezavantajlılıklarını arttırabilir. Gelir durumunun afet risklerine karşı bireysel dirençte kırılabilirlikleri arttırmaması adına, toplumun yoksul kesimlerine yönelik önlemlerin geliştirilmesi gerekmektedir (26).

Bu çalışmada dayanışmacı sosyal sermayeye ulaşım ile afet risklerine karşı bireysel direnç arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Bununla birlikte, özellikle büyük afetlerin ilk saatlerinde profesyonel yardımın olay yerine ulaşımında oluşabilecek gecikmeler, afetzedelere müdahale ve yardımların ulaştırılabilmesi için dayanışmacı sosyal sermayeyi önemli kılmaktadır. Bununla birlikte afetler gibi kriz durumlarında dayanışmacı sosyal sermaye ile aracı sosyal sermaye arasında köprü görevi yapabilecek aktör ve ağlara ulaşımında son derece önemlidir (7). Bu çalışmada aracı sosyal sermayeye ulaşım için köprü görevini yapabilecek olan aktör ve ağlara ulaşım oranı yüzde elliler seviyesindedir. Ancak burada dikkat çeken nokta köprü görevini yapabilecek olan aktöre ya da ağa ulaşımında, dayanışmacı sosyal sermaye belirleyicidir. Dayanışmacı sosyal sermayesi yüksek olan üniversite öğrencilerinin, afet durumunda köprü aktörlere ulaşımı daha kolaydır. Yani dayanışmacı sosyal sermaye afet risklerine karşı bireysel dirençte doğrudan belirleyici olmaması ile birlikte, köprü görevini yapabilecek aktöre

ulaşımı kolaylaştırması adına önemlidir.

Afetler gibi büyük krizlerden çıkış için aracı sosyal sermayeye ulaşım son derece önemlidir. Genel olarak üniversite öğrencilerinde aracı sosyal sermayeye ulaşım oranları, %20'ler seviyesi ile son derece düşüktür. Üniversite öğrencilerinde önemli bir aracı sosyal sermaye aracı olarak görülebilecek olan mesleki sivil toplum kuruluşlarına ulaşım oranı ise %10'lar ile dikkat çekicidir. Bu çalışmada, afet risklerine karşı bireysel direnç ile mesleki sivil toplum kuruluşları ve meslek ile ilgili kurum/kuruluş vasıtasıyla erişilebilecek olan aracı sosyal sermaye arasında ilişki bulunmaktadır. Mesleki sivil toplum kuruluşları ve mesleki kurum/kuruluşlar ile etkileşimi olanlarda, afet risklerine karşı bireysel direnç daha yüksektir. Eğitimde kaliteyi artırma, istihdam olanaklarını geliştirme gibi birçok konuda belirleyici faktör olarak tartışılan mesleki sivil toplum kuruluşları ve mesleki kurum/kuruluşlar ile etkileşimin (27,28), afet risklerine karşı bireysel dirençte de belirleyici olduğu görülmektedir.

SONUÇ

Afet risklerine karşı toplumun içerisinde kırılabilirlikleri yüksek bireylerin bulunması, genel olarak toplumsal direnç olumsuz etkilemektedir. Gelişmekte olan toplumların eğitimi ve yapabilirliği en yüksek toplum kesimleri gençlerdir. Üniversite öğrencilerini kapsama alan bu çalışmada, cinsiyetin ve aile gelir durumunun afet risklerine karşı bireysel dirençte belirleyici olması dikkat çekicidir. Bir toplumda, cinsiyet temelli ayrımcılığın ve gelir dağılımı eşitsizliğinin varlığı, birçok konuda dezavantajlılık oluşturmakla birlikte, afetlere karşı direnç de olumsuz etkilemektedir. Ancak afet risklerine karşı zarar görebilirliğin yüksek olması, özellikle afetselliğin yüksek olduğu Türkiye gibi ülkelerde, afetler eşitsizliklerin ve dezavantajlılıkların artmasına neden olabilir. Toplumun içerisinde yer alan dezavantajlı grupların, afet risklerine karşı toplumsal dirençte güvenlik açıklarını arttırmaması adına önlemlerin geliştirilmesi önemlidir.

Üniversite öğrencilerinde dayanışmacı sosyal sermaye afet risklerine karşı bireysel dirençte belirleyici değildir. Ancak afetler gibi kısıtlılıkların çok önemli oluşturabileceği olağan dışı koşullarda aracı sosyal sermayeye ulaşım için köprü aktör veya ağa ulaşımında dayanışmacı sosyal sermaye etkilidir. Afetlerde aracı sosyal sermayeye ulaşım hayat kurtarıcı olmakla birlikte, üniversite öğrencilerinde meslek örgütleri ve sektörle etkileşim, afetlere karşı bireysel dirençte belirleyicidir. Son yıllarda yükseköğretimde kalitenin artırılması, etkinliğin sağlanması ve istihdam sorunlarının aşılması için önerilen üniversite öğrencisi, meslek örgütleri ve sektörle etkileşimi afetlerde de hayat kurtarıcı olarak

görülmektedir. Yükseköğretim sistemi içerisinde öğrenci ile meslek örgütleri ve sektör arasındaki etkileşimi arttırmaya yönelik çalışmalar, yükseköğretimde etkinliğin artırılması ile birlikte, afetlere karşı toplumsal direncin geliştirilmesine de katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

1. Drucker, PF. (2014), 21. Yüzyıl için Yönetim Tartışmaları, Epsilon, İstanbul.
2. Burnham, GM. and Rand, EC. (2008), Disaster definitions. Public health guide for emergencies, Rosemarie North/ International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Geneva, Switzerland.
3. Kadıoğlu, M. (2011), Afet Yönetimi Beklenilmeyeni Beklemek, En Kötüsünü Yönetmek, TC. Marmara Belediyeler Birliği Yayını, İstanbul.
4. FEMA (2008), Hazard, Vulnerability, And Risk Analysis, <http://training.fema.gov/EMIWeb/edu/docs/fem/Chapter%206%20Hazard%20Vulnerability%20and%20Risk%20Analysis.doc>, (Erişim Tarihi: 18.11.2018).
5. Ekşi, A. (2015), Kitlesel Olaylarda Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Kitapana, İzmir.
6. Ekşi, A. (2013), Nükleer Kaza ve Saldırılarda Bütünleşik Kriz Yönetimi, Ege Üniversitesi, İzmir.
7. Öztaş, N. (2015), Örgüt, Otorite Kitap, İstanbul.
8. Akatay A. ve Harman, S.(2014), Sivil Toplum Kuruluşları Yönetim, Yönetişim ve Gönüllülük, Ekin, Bursa.
9. Ekşi, A.(2016), Demokrasinin Temsil Krizi Bütünleşik Afet Yönetimi Çözümleyici mi? Kitapana, İzmir.
10. Başak, S. ve Öztaş, N. (2010), Güven Ağbağları, Sosyal Sermaye Ve Toplumsal Cinsiyet, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 12(1), 27-56.
11. Brodie, E., Cowling, E., Nissen, N. (2011), Katılımı Anlamak: Bir literatür taraması, Stratejik Planlama ve Politika Geliştirmede Katılımcılık Projesi, <http://www.sp.gov.tr/upload/Sayfa/47/files/katilimi-anlamak-web.pdf>, (Erişim Tarihi, 29.10.2019).
12. Kangal, N. (2013), Sosyal Sermaye Teorileri ve Sosyal Sermaye Kalkınma İlişkisi: Türkiye Örneği, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı İktisat Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Konya.
13. Demirci M. (2012), Yönetişim Perspektifinden Kent Planlaması. Yönetişim ve Yönetim Ekseninde Kamu Yönetimi (Ed:Genç, FN), Ekin Basın Yayım Dağıtım, Bursa, ss:137-173.
14. Kapucu, N. (2012), Sivil Toplumun Kamu Politikalarına Etkin Katılımı: Yeni Kamu İşletmeciliğinden Yönetişime Geçiş ve Devlet-Birey İlişkileri, Yönetişim ve Yönetim Ekseninde Kamu Yönetimi (Ed:Genç, FN). Ekin Basın Yayım Dağıtım, Bursa, ss:31-46.
15. Zhao, Y. (2010), Social Networks and reduction of risk in disasters: An example of Wenchuan earthquake, <https://www.kent.ac.uk/scarr/events/beijingpapers/ZhaoYandongPpr.pdf>, (Erişim Tarihi, 29.10.2019).
16. Birleşmiş Milletler Gönüllüleri (UNV) (2011), Dünyada Gönüllülüğün Durumu Raporu 2011, Küresel Refah için Evrensel Değerler, Birleşmiş Milletler Gönüllüleri.
17. Demir, AU. (2015), Örneklem Seçimi ve Büyüklüğünün Hesaplanması, Türk Toraks Derneği Akademik Kurs, 10-11 Ekim 2015, İstanbul.
18. Öcal, C. ve İnce, HH. (2012), Türkiye’de Mevcut Yapı Stoğu ve Kentsel Dönüşüm, SDU International Journal of Technologic Sciences, 4(2), 89-95.
19. Mızrak, S.(2018), Eğitim, Afet Eğitimi ve Afete Dirençli Toplum, MSKU Eğitim Fakültesi Dergisi, 5(1),56-67.
20. Büyükkaracıoğlu N.(2016). Türkiye’de Yerel Yönetimlerde Kriz ve Afet Yönetim Çalışmalarının Mevzuat Açısından Değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi. 12(2016):195-219.
21. Ulutaş, M. (2011), Örgütsel Demokrasi, Ulvita Yayıncılık, Konya.
22. Aslan, S. (2016), Türkiye’de Sosyal Sermaye Bileşenlerinden Güven Hakkında Bir Değerlendirme, C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 7(2),181-203.
23. Bora, A. (2007),Yoksulluk ve Kadınlar, Tes-İş Dergisi, Haziran 2007:95-99.
24. Adaman, F. ve Keyder, Ç. (2007), Türkiye’nin Büyük Kentlerinin Gecekondu ve Çöküntü Mahallelerinde Yaşayan Yoksulluk ve Sosyal Dışlanma, Tes-İş Dergisi, Haziran 2007,83-89.
25. Boz, FÇ. ve Şengün H. (2017), Afet ve Kalkınma İlişkisinde Kadın, The Journal of Academic Social Science Studies,(59),359-374.
26. Çakmak H, Ocaktan ME, Akdur R. (2018), Doğal Afetler, Eşitsizlikler ve Sağlık Sonuçları. Eşitsizlikler ve Sağlık Sonuçları (Akın A, Editör), Türkiye Klinikleri, Ankara, ss.88-94.
27. UİS (Ulusal İstihdam Stratejisi) (2017), Eğitim ve İstihdam İlişkisinin Güçlendirilmesi <http://www.uis.gov.tr/media/1452/egitim.pdf>, (Erişim Tarihi, 29.10.2019).
28. Koçer S. ve Özel, AP. (2018), Halkla İlişkiler Bölümü Öğrencilerinin Meslek Algısı, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 11(57), 669-682.

Afetlerde sürdürülebilir sağlık hizmetleri için güvenli hastane kavramının önemi üzerine bir araştırma

A research on the importance of the concept of safe hospital for sustainable health services in disasters

Hacer Canatan

ÖZET

Son zamanlarda dünyanın çeşitli yerlerinde meydana gelen afetler ve zararları, afetlerden sonraki çalışmaların dışında afet öncesinde risk ve zarar azaltma konularının düşünülmesini sağlamıştır. Hastaneler, afetlere cevap vermek için tasarlanmış, bir toplumun kritik işlevlerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Afetlerde önemli bir yeri olan hastaneler standart bir iş yeri statüsünde değerlendirilmemelidir. Hastane hizmetleri en erken dönemde, tüm kapasitesiyle başlatılması istenen ve gereken kamusal hizmettir.

Ülkemiz afetleri esnasında ya hastanelerimiz yıkılmakta ya da ağır hasar görmekte netice itibarı ile hastane içinde kalıp, hastaneyi terk etmeden hizmet verememekteyiz. Geçmiş yıllarda sağlık hizmetleri hep sahra hastanelerinde verilme durumunda kalmıştır.

Pan American Health Organization (PAHO) ve World Health Organization (WHO) güvenli bir hastane kavramını; afetlerde çökmez, hastaları ve personeli öldürmez, en çok ihtiyaç duyulduğunda kritik bir topluluk tesisi olarak hizmet vermeye devam edebilen, şebeke faaliyetlerini sürdürebilmek için sağlık işgücünü organize edebilen hastaneler olarak tanımlamaktadır.

PAHO/WHO tarafından geliştirilen ve birçok ülke tarafından kullanılan Güvenli Hastane Kontrol Listesi, Türkiye'deki hastanelerin afetlere hazırlığında, hastane güvenliği ihtiyacına cevap verebilir. Ülkemiz hastanelerinin tamamı bu liste ile değerlendirilerek hastanelerin öz değerlendirmeleri yapılabilir ve mevcut seviye belirlenerek iyileştirme çalışmaları yapılabilir. Ülkemiz de yeni yapılan/yapılacak hastanelerin güvenli hastane kriterlerine göre değerlendirilerek inşa edilmesi oldukça önemlidir.

Bu listeler konunun uzmanı kişiler tarafından değerlendirilerek çalışılması her hastanenin Hastane Afet Planları ile Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) ile entegrasyonu sağlanmalıdır.

Bu çalışmalar afetlerde tam kapasite sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlayacaktır.

ABSTRACT

The disasters which have taken place in various parts of the world in recent years and their damages rendered thinking about risk and harm reduction issues prior to the disaster, apart from the works done after it.

Hospitals are an integral part of a society's critical functions designed to respond to disasters. Hospitals, which have an important place in disasters, should not be considered as a standard workplace. Hospital services are the public service that is requested and needed to be started with full capacity at the earliest period.

During the disasters in our country, hospitals are either being demolished or severely damaged so that it is not possible for us to serve without leaving the hospital. In the past years, health services have been provided in field hospitals. Pan American Health Organization (PAHO) and World Health Organization (WHO) define the concept of a safe hospital; as the hospitals which do not collapse in disasters, which do not kill patients and staff, which can continue to serve as a critical community facility when needed, and which can organize the health workforce to continue network activities.

Developed by the PAHO/WHO and used by many countries, Safe Hospitals Checklist can respond to the needs of hospital security in disaster preparedness of hospitals in Turkey. Self-evaluation of hospitals can be made by evaluating all hospitals in our country with this list, and improvement studies can be made by determining the current level. In our country, it is very important for recently constructed hospitals/to be constructed hospitals to be built according to safe hospital criteria.

Relevant experts should study and evaluate these lists and each hospital's Hospital Disaster Plan with Turkey Disaster Response Plan (TAMP) should be integrated.

These studies will enable full capacity health services provision in disasters.

Yazar Bilgileri/ Author Information:
Haliç Üniversitesi,
İstanbul

Anahtar Kelimeler:
Güvenli Hastane, Afet, TAMP
(Türkiye Afet Müdahale Planı)

Key Words:
Secure Hospital, Disaster, TAMP
(Turkey Disaster Response Plan)

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Hacer Canatan,
Haliç Üniversitesi, İstanbul,
hacercanatan58@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
05.01.2020

Kabul Tarihi/Accepted Date:
07.03.2020

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
31.03.2020

GİRİŞ

Ülkelerde meydana gelen afetler, bir toplumun işleyişini, yaşantısını ciddi şekilde bozabilir ve çok ağır oluşturabilir. Günlük yaşantı etkilenir, can kayıplarının yanı sıra maddi, ekonomik ve çevresel kayıplara da sebep olabilir. Tablo öyle bir hale gelmiştir ki toplumun kendi kaynaklarını kullanarak başa çıkma yeteneği mümkün değildir (1). Doğa kaynaklı olan afet olayları ile karşılaşmamıza rağmen özellikle son yıllarda insan eliyle olan afetler de karşımıza çıkmaktadır (2). Beklenmedik bir anda oluşması ve öngörülemez şiddeti nedeniyle afetlerin oluşturacağı olaylardan kaynaklanan riskleri hafifletmek, olumsuz etkilerini azaltmak için acil afet yönetiminin çok iyi bir şekilde uygulanması gerekmektedir. İyi uygulanabilen Acil Durum afet yönetimi afet mağdurlarına daha hızlı ulaşarak etkili ve hızlı kurtarma sağlayacaktır. Sabharwal ve Swarup afet yönetimini, “kuruluş tarafından yürütülen faaliyetler” olarak tanımlamaktadır (3). İnsanları veya kaynakları olumsuz yönde etkileyen ve tehdit eden beklenmedik olayların varlığında da kurumların faaliyetlerine devam etmesi gerekmektedir. Bu nedenle, bu konuda çoğu araştırmacının odak noktası saha afet yönetiminin analizi olmuştur. Afet Yönetiminin 4 önemli aşaması olan hazırlıklı olma, iyileştirme, zarar azaltma ve müdahale ile ilgili prosedürleri iyi anlamak ve uygulamak son derece önemlidir. Afetlerde kısa ve uzun vadede her seviyedeki sağlık tesislerinin tam performans ile görevlerine devam etmeleri ve yaralanan afetzedelere uygun tedavileri yapmaları beklenmektedir (4).

Uluslararası kaynaklar göre İran’da olan Bam depremi (2003) sırasında neredeyse tüm hastane binası zarar görmüş ve afetzede tedavileri ile ilgili ciddi kaotik bir ortam oluşmuştur (5). Ülkemizden örnekler verecek olursak 1939 Erzincan Depremi, 1999 Marmara Depremi, 2003 Bingöl Depremi ve 2011 Van Depremi sonrasında hastaların hastaneden tahliyesi, uygun güvenli alanlara taşınmaları, tedavi için gerekli ilaçlar ve ekipmanların organize edilip taşınması zorunluluğu ve zorlukları oluşmuştur. Tüm süreçlerin yönetilmesinde; yatan hastalar, olay esnasında dışardan gelen hastalara cevap verilmesi afetten etkilenen nüfusun sağlık ihtiyaçlarına cevap verilmesinde zorluklar yaşanmıştır. Afetler esnasında hastanelerin ölüm ve yaralanmayı azaltmada önemli rol oynaması ve tıbbi ihtiyaçlara yeterli cevap verebilmesi beklenmektedir. Bu çalışmada hastanelerin doğal afetlerdeki önemine hastane afet yöneticilerinin ne gibi sorunlarla karşılaşacağına dair konular incelenecektir. Geçmiş dönemlerde olan afetlerin hastaneler üzerindeki etkileri incelenerek bir değerlendirme ile olumlu öneriler sunulması hedeflenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, afet etkilerini tanımlayan ve açıklayan ikincil veri analizine dayanmaktadır. Afetler esnasında hastanelerin ve bu hastanelerdeki yöneticilerin ne gibi zorluklarla karşılaştığı konulara yer verilecektir. Araştırmadaki veriler hakemli dergilerden ve bazı kitaplardan, konferans bildirilerinden derlenmiştir. Bazı veri tabanları da bilgi toplamak için kullanılmıştır.

Bu çalışma da Dünya Sağlık Örgütü’nün onayladığı ve yıllardır çeşitli ülkeler tarafından kullanılan “Güvenli Hastane Endex” içeriği de değerlendirilecektir. Çalışmanın ikinci aşaması olarak bu endex ile ilgili veri toplama ve analiz süreci nitel çalışma ile devam etmektedir. Veriler toplandıktan sonra bu analizler de ayrı bir çalışmada paylaşılacaktır. Çalışılan bu hastanelerle ilgili bazı bilgi paylaşımlarına güvenli hastanelerin önemini vurgulamak için bu makalede yer verilecektir. Bu nedenle, bu makalede yalnızca niteliksel bir veri toplama stratejisi kabul edilecek ve nternet ve akademik veri tabanlarından erişilen ikincil kaynaklar kullanılacaktır.

BULGULAR

Doğal Afetlerde Hastanelerin Önemi

Afetler esnasında hastanelerin güvenli ve işlevsel kalması çok önemlidir. Afetlerin olduğu dönemde hastanelerin ayakta kalması, güvenli ve kullanılabilir düzeyde işlevsel olması yatan hasta tedavilerinin aksamadan devam etmesi, bu esnada afet nedeniyle gelecek olan hastalara da gerekli bakım ve tedavinin sağlanarak cevap verebilme düzeyinde olmak can kayıplarını azaltacaktır (6). Hastaneler mevcut tasarlanmış yapıyı kullanarak riskleri belirleyip buna yönelik azaltma stratejileri uygulamayı planlar (7). Her ne kadar planlamalar yapılmış olsa da hala eksik olan taraflar bulunmaktadır. Hastane Afet risk yönetiminin en zayıf noktalarından bir tanesi maalesef hastane mimarisi, hastanelerin tasarım ve yapımıyla ilgili güvenlik açığı bulunmaktadır. Özellikle Acil servis, ameliyathaneler, tüm yoğun bakım üniteleri, tanı ve tedavi üniteleri, ilaç depoları, yiyecek depoları, arşiv, morg hizmetleri gibi bölümlerle ilgili afetlere yönelik yapısal tasarımları güvenlik şartnamelerine uygun olmalıdır. Sadece sağlık kurumlarının fiziksel zararlar görme olasılığı dışında insani ihtiyaçlar, ekonomik ve sosyal ihtiyaçlar açısından da tıbbi hizmet veren tesisler en kritik kurumlardır (8). Şayet hastanelerde yapısal olmayan tehlikelerle ilgili de çalışmalar etkili yapılmış ise görevleri kesintisiz devam edeceklerdir.

Afetlerin Sağlık Kurumlarına etkisi: Son yirmi yılda, dünyanın dört bir yanındaki ülkeler, hastanelerinin

afet kaynaklı uğradıkları zararlar nedeniyle ekonomik kayıpların yanı sıra büyük bir güven kaybına uğramışlardır (9). Deprem, su baskını ve yangın gibi karşılaşılabilecek afetlere göre sağlık kurumlarının etkilenme durumu farklılık göstermektedir. Hastalara etkili hizmet sunmak için özellikle devlet hastanelerinde her hastanenin donanımına göre afetzedenin hangi hastaneye nakil olacağı ile ilgili bir ayırıştırma yapısı da söz konusudur (10).

Filipinler'deki Liago City'de meydana gelen ardışık tayfunlar nedeniyle Josefin Belmonte Duran Memorial Bölge Hastanesi ciddi zarar görmüştür. Tayfunlar sırasında hastanenin çatısı uçmuş ve tesisin %80'i yıkılmıştır. Biri Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu'ndan olmak üzere iki çadır kurulmuş ve çadırlardan biri Acil Servis hizmeti verecek şekilde kullanılmıştır(11).

Afetlerde hastanelerin çalışma düzeni ile ilgili birçok alan etkilenebilir. Hastanenin direk bina sistemi ile ilgili fiziksel hasarlar meydana gelerek kullanılamaz hale gelebilir. Tıbbi ekipmanlar kırılır, parçalanır ve kullanılamaz hale gelebilir (12). Yatan hastaların yapılan tedavileri ile ilgili tıbbi dökümanlara ve tedavi malzemelerine, ilaçlarına erişim kesilebilir. Afetlerin ilk saatlerinde yöneticiler tarafından ele alınması ve çözülmesi gereken hayati konuların başında yiyecek, içecek, temel ilaçların temini gelir (13). Zaman ilerledikçe afetlerin hastaneler üzerinde farklı etkileri ortaya çıkmaya başlar. En riskli olan enfeksiyonları kontrolü konusu olarak belirlenmiştir (14). Afetlerle baş etme de sağlık personeli kaybı, sağlık ekipmanlarına ulaşılama, personel eksikliği, enerji kaynakları kesintisi, hastalarla ilgili belgelere, hastane binalarına erişmekte ortaya çıkan sorunlar gibi durumlar başarısızlıklara sebep olur.

El Salvador'da 2001 yılında yaşanan depremde 8.122 kişi yaralanmış, 1.159 kişi ise hayatını kaybetmiştir. Ülkedeki hastanelerin %63'ü (19 hastane) zarar görmüş ve 6 hastane tamamen boşaltılmıştır. Depremden 3 yıl sonra ise Başkent San Rafael'deki hastalar geçici tesislere (çadır, konteyner vb.) tahliye edilmiştir (15) Mexico City de 1985 yılında olan depremde 13 hastane yıkılmış ve sadece üç hastane de 100 kişi sağlık personeli olmak üzere 866 kişi vefat etmiştir. Toplamda bu hastanelerdeki tüm yataklar kaybedilmiş tüm hastaneler bazında 6000 kişi ölü olarak kayıtlara geçmiştir. Yine 1988 yılında Mitch Kasırgası sonucunda 23 hastanenin su temini sistemleri hasar görmüş ve yıkılmıştır. Peru da 1997 ve 1998 yıllarında El Nino olayları esnasında sağlık tesislerinin %10 u olumsuz etkilenmiştir (16). Afetlere cevap vermede en kritik yapılardan olan hastanelerin ev ve ofis gibi binaların tasarımlarından çok farklı olması gerektiği konusundaki önem anlaşılmalıdır (17). Bina tasarımlarında tahliye prosedürleri üzerinde de dikkatle düşünmek gerekmektedir.

İstanbul İlindeki Hastanelere Bakış

İstanbul ilinde 159 tanesi özel, 15 tanesi üniversite, 37 tanesi Sağlık Bakanlığı'na bağlı olmak üzere 231 hastane bulunmaktadır (18). 2002 yılında İstanbul Büyükşehir Belediyesi ve Japon İş birliği Ajansı JICA ortaklığında, Afet Önleme/Azaltma Temel Planı projesi gerçekleştirilmiş ve mevcut veriler ışığında; yıkıcı bir deprem olması ihtimaline karşılık oluşabilecek hasar belirlenmiştir (19). 115 hastane ve poliklinik binasında güçlendirme ve yeniden yapım çalışmalarının yapıldığı raporlanmıştır (20) İstanbul Proje Koordinasyon Birimi (İPKB) tarafından İSMEP Projesi kapsamında yapılan çalışmalar istenen arzulan çalışmalar olup karşılaşılabilecek afetlerde sağlık kurum ve kuruluşlarının ayakta kalarak hizmetlerine devam edebiliyor olması hayati öneme sahip olup, sağlık profesyonellerinin de güven içerisinde çalışabilmeleri açısından önemlidir.

Güvenli Hastane Endeksi

Pan American Health Organization (PAHO) ve World Health Organization (WHO) güvenli bir hastane kavramını; afetlerde çökmeyen, hastaları ve personeli öldürmeyen, en çok ihtiyaç duyulduğunda hizmetlerini ve kritik bir topluluk tesisi olarak hizmet vermeye devam edebilen, şebeke faaliyetlerini sürdürebilmek için sağlık işgücünü organize edebilen hastaneler olarak tanımlamaktadır (21) Afetlerde güvenli hastanelerin kurulması veya mevcut hastanelerin korunması şartıdır. Gereki olan küçük yatırımlar, bir afet sırasında kısmi veya tam bir yıkım riski, hasta ve personelin ölümü ve sonrasında yüksek sağlık, ekonomik ve kalkınma etkileri ile karşılaştırıldığında hiçbir şey değildir (22). Geçmiş yıllardaki verilere baktığımız zaman afetlerde özellikle depremler esnasında ölüm vakalarının çok yüksek olduğu görülür. Türkiye'de en sık yaşanan afetler su baskınlarıdır. Yangın, terör olayları, araç kazaları, heyelan, infilak/patlama, fırtına/tayfun, sel, kentsel yangın, çığ vb. afetler de meydana gelmiş ve can kayıpları yaşanmış olsa da tabloda görüldüğü üzere depremler esnasında binalarımız nedeniyle fazla can kaybı yaşanmıştır. Bu sayıları aşağı çekmemizin tek yolu yıkılmayan içinde çalışabileceğimiz, güvenle kalıp terk etmeyeceğimiz hastanelere /binalara sahip olmaktır (23).

Kobe'de 2005 yılında yapılan 2. Dünya Afet Azaltma Konferansı'nda, 168 ülke Hyogo'nun Eylem Çerçevesini onayladı ve kabul etti. Kabul edilen bu eylem çerçevesinde; "Tüm yeni hastanelerin afet durumlarında faaliyet gösterebilmeleri için mevcut sağlık tesislerinin, özellikle birinci basamak sağlık bakımı sağlayan tesisleri güçlendirmek için afetin zararlı etkilerini azaltma önlemlerini uygulamalarına olanak tanıyacak bir güvenlik seviyesinde inşa edilmelerini sağlayarak

'felaketlerden korunan hastaneler' hedefini destekleyin" denmektedir (24). Orijinal Hastane Güvenliği Endeksi, PAHO ve WHO tarafından çeşitli alanlarda ulusal uzmanların katkılarıyla geliştirilmiştir ve 2008 yılında yayımlanmıştır. Daha sonra, Hastane Güvenlik Endeksi aracı 3500'den fazla tesisin güvenliğini değerlendirmek için kullanılmış ve birçok ülke tarafından kabul edilmiş ve uygulanmıştır. Bununla birlikte, bazı ülkeler orijinal Hastane Güvenlik Endeksinin, bölgelerinin belirli hususlarını karşılamak için bir miktar adaptasyona ihtiyaç duyduğunu düşünmüşlerdir. WHO Hastane Güvenlik Endeksi Kontrol Listesi yapısal, yapısal ve acil olmayan ve afet yönetimi modüllerinde 151 maddenin eğitilmiş ve deneyimli bağımsız uzmanlar tarafından değerlendirilmesini sağlıyor

Kullanılan Güvenlik Kontrol listesi, acil durumlar ve felaketler durumunda hizmet sunumu için hastanenin emniyet ve kapasitesinin ön tanısını yapmak için kullanılır. Her biri üç güvenlik derecesi seviyesine sahip (düşük, orta ve yüksek) 151 öge içerir.

Kontrol listesi dört bölüme (modüle) ayrılmıştır:

Modül 1: Hastanenin güvenliğini ve hastanenin acil durum ve afet yönetimindeki rolünü etkileyen tehlikeler.
Modül 2: Yapısal güvenlik. Modül 3: Yapısal güvenlik.
Modül 4: Acil durum ve afet yönetimi

Hastaneler arasında karşılaştırmayı kolaylaştırmak için aynı modelin değerlendirme kapsamındaki tüm hastanelere uygulanması esastır (25). Birçok ülkenin kullandığı index ile ilgili çalışmaların kendi sistemimize uyarlanarak kullanılması hastanelerimizle ilgili öz değerlendirmeleri yapıp düzeltici, önleyici faaliyetler ya da yeni vizyoner kararlar almada yardımcı olacaktır.

Afetlerde Hastane Yöneticilerinin Karşılaştıkları Zorluklar: Afetlerde ilk müdahaleler sağlık ekibi üyelerinden doktorlar ve yardımcı sağlık personeli tarafından gerçekleştirilir (25). Bu grup çeşitli zorluklarla karşı karşıya kalır ve mevcut durumu yönetmeye çalışırlar. Koordinasyon eksikliği, iletişim eksikliği, hazırlık eksikliği, lojistik eksiklikler ilk plana çıkan sorunlardır. Marmara Bölgesi'nde 17 Ağustos 1999 saat 03.02'de meydana gelen deprem, 1939 büyük Erzincan depreminden sonra ülke tarihinin en büyük ikinci yıkımına neden olmuştur. Merkez üssü Gölçük olan 1999 Marmara depreminde, Kocaeli, Sakarya, Yalova, Düzce ve İstanbul illeri etkilenmiştir. Yaklaşık 18.000 kişi hayatını kaybetmiş, 50.000'e yakın kişi yaralanmış, binlerce konut hasar görmüş, bölgenin altyapısı tamamen çökmüş ve ekonomik kayıp ise 40-50 milyar doları aşmıştır (26). Kocaeli ve Düzce bölgelerindeki 47 kamu ve özel hastaneden %26'sının (12 kamu ve özel hastane) onarımın ötesinde hasar gördüğü belirtilmiştir. 47 sağlık merkezinin bir kısmı tamamen

yıkılmışken, bir kısmı da ağır hasar görmüştür. Kocaeli ve Düzce bölgelerinde bulunan 550 eczaneden %50'si çeşitli seviyelerde hasar görmüştür (27). Yaşanan ağır tablo nedeniyle tedavi için birçok alanda çadır hastaneler kurulmuştur. Gönüllü Arama ve Kurtarma ekipleri sahaya gelerek günler, geceler boyu çalışmıştır. Böylece afetin etkileri azaltmaya, daha çok insanı enkazdan kurtarmaya, çıkarılanlara tıbbi destek vererek yaşatmaya çalışmışlardır.

Afetlerde Yaşanan Zorluklara bakacak olursak bazılarını şu şekilde sıralayabiliriz;

Yaralı yönetim: 2012 yılında Kuzey-Batı İran'da olan depremde Herris hastanesi'nin tamamı Ahar Hastanesi'nin ilk ve zemin katları tamamen yıkılmıştır. Tüm hastalar sonra Tebriz merkeze taşınır ve sadece bir hastane tamamen tahliye edilebilir. Taşınan hastaların dosyaları ve tedavi bilgilerinin de aktarılması gerekmektedir. Hastalar tahliye edilirken tüm hasta kayıtlarının da taşınması önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır (28).

İletişim yönetimi eksikliği: Doğal bir felaket meydana geldiğinde, tüm iletişim kanalları; mobil ve yerel telefon şebekeleri ve internet sinyalleri kesilecektir. Geçmiş yıllarda yaşanan afetlerde bu şekilde olmuştur. İletişim kopacaktır.

Koordinasyon eksikliği: Afetlerden sonra yaşanan bir başka zorluk iç koordinasyon ve kurumlar arası koordinasyon eksikliğidir. Koordinasyon eksikliği tüm süreçleri etkilemektedir ve bu etkili hizmet sunumu vermenin önündeki en büyük engeldir.

Hazırlık eksikliği: Afet yöneticilerinin hazırlıklı olmayışı söz konusudur. Hazırlık aşaması ya hiç yapılmamış ya da evraklar üzerinde yapıp orada kalmış olabilir. Afet olaylarında hastanelerin etkin hizmet verebilmesi için personel eksikliğinin tamamlanamaması, eğitimlerin eksik olması, önceki deneyimlere göre, planlamaların yapılmaması ve sorunlara cevap vermedeki gecikmeler afetlerde zarar etkisini daha da artırabilir (29).

Lojistik eksiklikleri: Afet yöneticilerinin karşılaştığı diğer zorluklar arasında lojistik eksiklikler önemli bir başlıktır. Acil durumlar için ödenek eksikliği, güvenlik yönetiminde zorluklar, bağış yönetimi ve tıbbi hizmet sağlamak için uygun olmayan yerler en sık karşılaşılan problemlerdir. İran'da 2012 yılında meydana gelen depremi örnek verecek olursak İran'ın Kuzeybatısındaki her iki hastane de yıkılmış, depremden sonra; planlanan yerler yetersiz kalmış ve personel sayısındaki eksiklik hasta ve yaralı sayısı fazla olduğundan hizmet aksamaları, kargaşa, mevcut durumu yönetme sorunları, yetersiz sağlık alanları, soğutma ve ısıtma sistemleri sorunları ile karşı karşıya

kalınmıştır (30). Ödenek sorunları yaşanmış, kurtarma ve devam eden operasyonlar için güvenlik sorunları ortaya çıkmıştır. Bütün bunlar yaşanırken gelen hasta ve yaralılar hızlı bir tedavi beklemektedirler. Personelin görev yaptığı geçici yerleşim alanlarında da hem yaralılar hem de binalar açısından güvenlik sorunu çalışanlarda korku, tedirginlik oluşmasına rahat çalışamamalarına da neden olmuştur (31).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada temel bulgu afetlerde çok önemli bir yeri olan hastanelerin afetlere cevap verebilirlik seviyelerinin en üst düzeyde ve hazırlıklı olması gerektiğinin önemi ve afetlerin hastaneler üzerindeki etkisi araştırılmıştır.

Yöneticilerin afet yönetimi esnasında yaşadıkları yönetsel problemler, kaygı yaratan kilit konular ve yaşanan afetlerden örnekler verilmiştir. Hizmetlerdeki riskli alanların çözümlenebilmesi için afet yönetimi planlamalarının önceden çok iyi yapılması ve entegre yönetim sistemi uygulanmasının bir gereklilik olduğunu göstermektedir ve sağlık kurumlarında bu konular öncelikli olmalıdır. Olaylar esnasında yaralıların triyajı hızla yapılarak uygun alanlarda tedavilerinin başlanması, gerekli kişilerin daha üst düzey alanlara sevk zincirinin planlanması hayati öneme sahiptir. Afet Yönetimi yapacak üst düzey yöneticilerin kurumsal ortak dil eğitimlerini almaları ve aldıkları eğitimleri kurumlarında hayata geçirmeleri, tüm hastane personelinin sürece dahil edilerek kurum bazında davranış değişikliklerinin yapılması gerçek bir afet karşısında gelen taleplerin daha hızlı yönetilmesini ve yüksek fayda odaklı çalışmayı da beraberinde getireceği bir gerçektir. İran da 2012 yılında olan Ahar depremine göre hazırlık eksikliği en önemli sorunlardan birisi olmuştur. Bu depremde afet yöneticilerinin karşılaştıkları sorunlar hazırlık eksikliği iletişim ve bilgi yönetiminde eksiklikler, lojistik ve teknik zorluklar, koordinasyon eksikliği şeklindedir (32).

Hastane yönetim düzeyi yetkililerinin diğer kurumlarla entegre /bütünleşik afet yönetim sistemini kullanabilmeleri önemlidir. Eskiden beri yaşanan afetlerde bu zincirin zayıf olması nedeniyle kopukluklar olmaktadır. Olay Komuta Yönetim Sistemi çalışmamaktadır. Eşgüdümlü çalışmak, hazırlıklı olmak etkili bir hizmet sürecini de beraberinde getirecektir. Lojistik ve teknik sorunlar ile ilgili öngörüler neler olabilir ve buna yönelik hazırlıkların yapılması daha önceden planlanmalıdır. İnsan Kaynağı, lojistik faaliyetleri, ödenek problemi, hasta ve yaralıların kabulü, uygun tedavilerin sağlanması ve uygun nakil süreçlerinin yönetilebilmesi için her hastanenin kendi yapısına uygun olarak hazırlık planını önceden hazırlayıp senaryoları tatbikatlarla zaman zaman yaşamalarının önemi açık ve net görülmektedir

Her ülkenin karşılaşılabileceği afet risklerini belirleyerek, hazırlıklarını yapıp, önce bireysel sonra kurumsal ve en son toplumsal farkındalıklar yaratıp konuya duyarlı hale gelinmelidir. Yapılan birçok çalışmada sağlık kuruluşlarının hazırlıklarının yetersiz olduğu, kurumların buna hazır olmadığı görülmektedir (33). Yaşanan afetlerden ders alarak, bir an önce ve hızlı bir şekilde kamusal alanların hazırlanması, özellikle önemli bir noktada olan hastanelerin eğitimlerinin tamamlanması, tesis donatılarının tamamlanması, etkili ve verimli bir plan hazırlanarak uygulamaya geçilmesi belki afet risklerini azaltmada çözüm olacaktır.

Ülkemizdeki tüm hastanelerin; özellikle riski en büyük il olarak İstanbul, sonra sırası ile İzmir, Ankara, Eskişehir, Bursa ve diğer illerde afetlere hazırlık ve güvenli hastane (Acil durumlarda ve afetlerin etkisinden hemen önce, sırasında ve hemen sonrasında hizmetlerinin erişilebilir durumda ve azami kapasitede ve aynı altyapıya sahip çalışan bir tesistir.) kavramı ivedi olarak ele alınarak tüm hastanelerimizin öz değerlendirmelerinin yapılması, cevap verecekleri nüfus yoğunluğuna göre hazırlıklarının tamamlanması hayati öneme sahiptir.

Afetler olduğunda hiçbir şey ne yazıldığı gibi ne anlatıldığı gibi olmamaktadır. Tarih bize göstermiştir ki yapılan hazırlıklar yetersiz, binalarımız dayanıksız ve organizasyonlarımız bütünleşik değildir.

Ülkemiz hastanelerinde şu an uygulanmakta olan Versiyon 5 Sağlıkta Kalite Standartları uygulama maddeleri uygun olup detaylı değildir. PAHO/WHO tarafından geliştirilen Güvenli Hastane Kontrol Listesi'nin kullanımının sisteme entegre edilmesi son derece faydalı olacaktır. Her hastanenin kendi öz değerlendirmesi anlamlı bir çalışmadır. Türkiye'deki tüm hastanelerin bu tür araçlarla değerlendirilerek afetlere karşı hangi seviyede olduğu belirlenmesi, hastanelerin karşılaştırmalı analizleri yapılarak iyileştirme aşamasında ortak bir paydada buluşması, ayrıca yeni yapılacak olan hastanelerin bu tür araçlarla değerlendirilerek inşa edilmesi önerilmektedir.

Hastane Güvenliği Endeksi, bir ülke veya bölgedeki hastanelerin göreceli güvenliğini karşılaştırmak için hangi hastanelerin sağlık sisteminin işleyişini geliştirmek için kaynak yatırıma ihtiyaç duyduğunu gösteren kullanışlı bir yöntem sağlar.

Türkiye'deki her hastanenin kendi Afet Planı vardır. Hastanelerin Hastane Afet Planları (HAP) ile birlikte Güvenli Hastane Kontrol Listeleri' de Türkiye Afet Müdahale Planı'na (TAMP) dâhil edilmelidir. Bu tür araçlar ulusal düzeyde mevcut durum analizinin belirlenmesine katkı sağlayacaktır. İlerde kurumları bekleyen bir diğer konu da toplumsal farkındalığın artması hukuksal süreçleri de arttıracaktır. Kurum yöneticilerinin afet hukuku ve sağlık hukuku ile de kendileri donatmaları ve tedbir almaları önemlidir.

KAYNAKÇA

1. UNISDR, UNISDR terminology for disaster risk reduction. United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR) Geneva, Switzerland, 2009.
2. Chen, J., Modern disaster theory: evaluating disaster law as a portfolio or legal rules. *Emory International Law Review*, 25, p. 1121, 2011.
3. Sabharwal, M. & Swarup, A. (2012). The implementation of disaster management by Indian banks. *International Journal on Arts Management and Humanities*, 1, 73–80.
4. Eybpoosh, M., Dikmen, I. & Talat Birgonul, M., Identification of risk paths in international construction projects using structural equation modeling. *Journal of Construction Engineering and Management*, 137
5. Ardalan, A., Masoomi, GR., Goya, MM., Ghaffari, M., Miadfar, J., Sarvar, MR., Soroush, M., Maghsoodi, A., Holakouie Naieni, K., Kabir, MJ. & Khankeh, HR., Disaster health management: Iran's progress and challenges. *Iranian Journal of Public Health*, 38(1), pp. 93–97, 2009.
6. Eybpoosh, M., Dikmen, I. & Talat Birgonul, M., Identification of risk paths in international construction projects using structural equation modeling. *Journal of Construction Engineering and Management*, 137(12), pp. 1164–1175, 2011. [https://doi.org/10.1061/\(asce\)co.1943-7862.0000382](https://doi.org/10.1061/(asce)co.1943-7862.0000382)
7. Kenny, C., Disaster risk reduction in developing countries: costs, benefits and institutions. *Disasters*, 36(4), pp. 559–588, 2012. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7717.2012.01275.x>
8. Jaiswal, P. & van Westen, C.J., Use of quantitative landslide hazard and risk information for local disaster risk reduction along a transportation corridor: a case study from Nilgiri district, India. *Natural Hazards*, 65(1), pp. 887–913, 2013. <https://doi.org/10.1007/s11069-012-0404-1>
9. National Disaster Management Authority (NDMA); (2013), *National Disaster Management Guidelines: Hospital Safety*, National Disaster Management Authority Publications.
10. Yarmohammadian, M.H., Atighechian, G., Haghshenas, A. & Shams, L., Establishment of Hospital Emergency Incident Command System (HEICS) in Iranian hospitals: a necessity for better response to disasters. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(12), 2013. <https://doi.org/10.5812/ircmj.3371>
11. Sese M. Christian; (2010), "Safe Hospitals E-Tool: A Comparative Analysis of the Disaster Readiness of Private Tertiary Hospitals Using A Computer-Based Assessment Tool", U.P. College of Architecture, Philippines.
12. Ardalan, A., Mowafi, H. & Khoshsabeghe, H.Y., Impacts of natural hazards on primary health care facilities of Iran: a 10-year retrospective survey. *PLOS Currents Disasters*, 2013. <https://doi.org/10.1371/currents.dis.cdbd870f5d1697e4edee5eda12c5ae6>
13. Nakhaei, M., Khankeh, H., Masoumi, G., Hosseini, M. & ParsaYekta, Z., Health management in past disasters in Iran: a qualitative study. *Health in Emergencies and Disasters*, 1(2), pp. 107–115, 2015.
14. Shaluf, I.M., Disaster types. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 16(5), pp. 704–717. <https://doi.org/10.1108/09653560710837019>
15. World Health Organization (WHO) and Pan American Health Organization (PAHO); (2005), "Safe Hospitals, A Collective Responsibility, A Global Measure of Disaster Reduction", http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/HS_Safe_Hospitals.pdf Erişim Tarihi: 03.04.2019.
16. Guha-Sapir, D., Hargitt, D. & Hoyois, P., Thirty years of natural disasters 1974–2003: the numbers. *Presses universitè de Louvain*, 2004.
17. McEntire, D. A. a., *Disaster response and recovery: strategies and tactics for resilience* (2nd ed.). John Wiley & Sons, Hoboken, NJ, 2015.
18. http://www.wikiwand.com/tr/%C4%B0stanbul%27daki_hastaneler_listesi.erişim tarihi:03.04.2019
19. <http://www.ibb.gov.tr/tr-TR/SubSites/DepremSite/PublishingImages/JICA-TUR.pdf>.Erişim Tarihi:03.04.2019
20. <https://www.ipkb.gov.tr/ismep/b-bileseni/yeniden-yapim-calismalari/depeme-karsi-yeniden-yapilan-hastaneler/>01.04.2019
21. National Disaster Management Authority (NDMA); (2016), *National Disaster Management Guidelines: Hospital Safety*, National Disaster Management Authority Publications, New Delhi.
22. United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNISDR); (2008), *2008-2009 World Disaster Reduction Campaign: Hospitals Safe From Disasters: Reduce Risk, Protect Health Facilities, Save Lives*, United Nations
23. <http://www.afad.gov.tr/icerik/odalar-dan-17-agustos-1999-marmara-depremi-aciklamalari>, Erişim Tarihi: 03.04.2019
24. Hyogo Framework for Action 2005-2015: building the resilience of nations and communities for disasters. Geneva: United Nations International Strategy for Disaster Reduction, 2007
25. https://www.who.int/hac/techguidance/hospital_safety_index_evaluators.pdf.
26. Francescutti, L.H., Sauve, M. & Prasad, A.S., Natural disasters and healthcare: Lessons to be learned. In *Healthcare Management Forum 2017* (Vol. 30, No. 1, pp. 53–55). Sage Publications, Los Angeles, CA, 2017
27. <https://www.tmmob.org.tr/icerik/odalar-dan-17-agustos-1999-marmara-depremi-aciklamalari>, Erişim Tarihi: 03.04.2019.
28. Erdik Mustafa; (2001), "Report on 1999 Kocaeli and Düzce (Turkey) Earthquakes", In *Structural Control for Civil and Infrastructure Engineering*, ss. 149-186.
29. Pouraghaei, M., Jannati, A., Moharamzadeh, P., Ghaffarad, A., Far, M.H. & Babaie, J., Challenges of hospital response to the twin earthquakes of August 21, 2012, in East Azerbaijan, Iran. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, pp. 1–9, 2017.
30. Nakhaei, M., Khankeh, H., Masoumi, G., Hosseini, M. & ParsaYekta, Z., Health management in past disasters in Iran: a qualitative study. *Health in Emergencies and Disasters*, 1(2), pp. 107–115, 2015.
31. Boin, A. & McConnell, A., Preparing for critical infrastructure breakdowns: the limits of crisis management and the need for resilience. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 15(1), pp. 50–59, 2007. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5973.2007.00504.x>
32. Alexander, D.E., *Principles of emergency planning and management*. Oxford University Press on Demand, 2002.
33. Pouraghaei, M., Jannati, A., Moharamzadeh, P., Ghaffarad, A., Far, M.H. & Babaie, J., Challenges of hospital response to the twin earthquakes of August 21, 2012, in East Azerbaijan, Iran. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, pp. 1–9, 2017
34. Pouraghaei, M., Jannati, A., Moharamzadeh, P., Ghaffarad, A., Far, M.H. & Babaie, J., Challenges of hospital response to the twin earthquakes of August 21, 2012, in East Azerbaijan, Iran. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, pp. 1–9, 2017.

Sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği: Kamu hastanelerinde risk değerlendirme yöntemlerine yönelik bir inceleme

Occupational health and safety in health institutions: An investigation on risk assessment methods in public hospitals

Hamiyet Kantarcıoğlu¹, Abdulkadir Kantarcıoğlu², Hamza Dinç³

Yazar Bilgileri/ Author Information:

¹İl Sağlık Müdürlüğü, Elazığ, Türkiye,
²İl Sağlık Müdürlüğü, İstanbul, Türkiye,

Anahtar Kelimeler:

Sağlık Kurumları, İş güvenliği, Risk Değerlendirmesi

Key Words:

Health Institutions, Occupational Safety, Risk Assessment

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Hamiyet Kantarcıoğlu,
İl Sağlık Müdürlüğü, Elazığ, Türkiye,
hamiyet-1974@hotmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:

23.12.2019

Kabul Tarihi/Accepted Date:

01.01.2020

Yayımlanma Tarihi/Published Online:

31.03.2020

ÖZET

İş güvenliği insanlık tarihi kadar eski bir kavramdır. İş güvenliği insanlığın gelişmesi ile değişen üretim modelleri ile gittikçe önem kazanan bir kavram olmuştur. Risk analizi iş güvenliğinin temel unsurlarından birisidir. Sağlık çalışanlarında, çalışma ortamında karşılaşılabilecekleri tehlikeler ve meydana gelecek riskler göz önüne alındığında sağlık kurum ve kuruluşlarının en tehlikeli çalışma alanlarından biri olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı uzun zamandır dağınık şekilde gerçekleştirilen risk yönetim faaliyetlerinin bütüncül bir şekilde sistem yaklaşımı ile ele alınma çalışmalarını 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun yayımı itibarıyla başlamıştır. Bu çalışmada sağlık kurumlarında risk değerlendirilmesi incelenmiş ve etkin risk değerlendirilmesine yönelik yeni yaklaşımlar ele alınmıştır. Sağlık hizmetlerinde tehlikelerin ve oluşturacağı risk derecelerinin belirlenmesi için kanıtlanmış bir risk değerlendirme metodu yoktur. Çalışma aynı ortamda çalışıp farklı riskler taşıyan kişiler açısından önemlidir. Çalışmada derinlemesine literatür incelemesi yapıldıktan sonra gözlem ve ölçme yapılmıştır. Çalışma sonucunda; Kamu Hastanelerinde yakın zamanlarda uygulanmaya başlanan risk değerlendirme metodlarının uygunluğunun ve etkinliğinin gözden geçirilmesi sonucuna ulaşılmıştır.

ABSTRACT

Occupational safety is as old as the human history. Occupational safety has become an increasingly important concept with human development and changing production models. Risk analysis is one of the basic elements of occupational safety. Considering the dangers and risks that may arise in the working environment, it is seen that health institutions and organizations are one of the most dangerous working areas. The Ministry of Health has started the process of dealing with the long-term risk management activities in a holistic manner with the system approach. In this study, risk assessment in health institutions was examined and new approaches to effective risk assessment were discussed. There is no proven risk assessment method for the determination of hazards and risk levels in health services. The study is important for people who work in the same environment and carry different risks. After in-depth literature review, observation and measurement were performed. In the results of working; A review of the appropriateness and effectiveness of the risk assessment methods that have recently been implemented in public hospitals has been concluded.

GİRİŞ

İş sağlığı ve güvenliği kavramı, çalışanların çalışma ortamlarındaki güvenliklerini sağlamak amacıyla, yapılan işin ve işin yapılmasında kullanılan cihazların ve ortamın şartlarından kaynaklanabilecek tehlikelerin yok edilmesi ya da en aza indirilmesi amacıyla planlanan ve gerçekleştirilen sistemli çalışmalardır. Çalışanın kendini ve çevresini koruma bilincinin oluşturularak; iş yeri ve işin gerçekleştirildiği alanları güvenli hale getirme durumunu da kapsamaktadır.

Ülkelerin gelişme düzeyini artırmak için üzerinde durulması gereken önemli parametrelerin başında Sağlık

Hizmetleri gelmektedir. Sağlık Hizmetleri karmaşık, somut ve soyut hizmet üreten yapıdadır.

Sağlık hizmet kalitesi, hasta-çalışan güvenliği ve memnuniyetinin düzeyi ile ilişkilidir. Bu durum sağlık kurumlarında risk yönetimi konusunun profesyonel düzeyde ele alınması gerekliliğini doğurmuştur.

Sağlık kurumlarında da risk yönetimi; sağlık hizmetinin ve kurumun varlığının devamlılığının sağlanmasında mevcut risklerin başarıyla tanınması, yönetilmesi ve azaltılmasıdır. Sağlık hizmeti sunan kurumlar, sunulan hizmetin kaliteli, kurum için verimli, yüksek performanslı ve çalışanları için karşılaşılabilecekleri

risklerin en aza indirilmiş bir çalışma ortamını sağlamalıdır.

Çalışanlarına güvenli çalışma ortamları, hastalarına kaliteli, doğru, güvenilir ve hızlı bir sağlık hizmetinin sunulmasını amaçlayan sağlık kurumları, çalışanlarıyla ekip ruhunu oluşturmak zorundadır.

Huzursuz ve çalışma ortamı tehlikesi bulunan çalışanların, sundukları sağlık hizmetleri de sağlık kurumlarında istenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir. Sağlık hizmeti sunan kurumlarda çalışanlarda iş sağlığı ve güvenliğini etkileyen faktörler sağlık kurumunun büyüklüğü ve profiline göre farklılık gösterebilir. Ancak çalışanların genel olarak biyolojik, kimyasal, fiziksel ve psikolojik ya da çevresel risklere maruz kaldığı görülmektedir.

AMAÇ

Çalışmanın amacı; Sağlık hizmetlerinin sunulduğu hastaneler; hasta ya da sağlık olgusuna sahip bireylerin, uzun veya kısa süreli teşhis ve tedavi gördükleri yataklı kurum ve kuruluşlardır. Karmaşık bir prosese sahip olan Sağlık Hizmetlerinin sunumu esnasında, farklı meslek gruplarının görevlerini yerine getirirken, karşılaştıkları tehlikelerin ortaya çıkaracağı riskin ve risk değerlendirme yönteminin etkin seçiminin sağlanması ve kurumsal risk yönetim süreçlerine katkıda bulunmak amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

Çalışmanın önemi; Risk Yönetimi çalışmalarının sağlık kurumlarında profesyonel düzeyde uygulanmasının sağlanması, sağlık yöneticilerine yol gösterici ve aydınlatıcı yöntemlerin belirlenmesi açısından önemlidir.

SAĞLIK KURUMLARINDA RİSK YÖNETİMİ

Sağlık kurumlarının devamlılığının ve verdikleri hizmetin sürdürülebilmesi için mevcut risklerin tanınması, yönetilmesi ve minimize edilmesi sağlık kurumlarında risk yönetimi kavramı olarak ele alınır. Sağlık kurumlarının alacağı stratejik kararlarda belirsizliklerin, risklerin ve fırsatların kurumun iş başarısı için bir araç olarak kullanılabilmesidir[1].

Sağlıklı ve güvenli hastane ortamını, işin yürütülmesi ile ilgili olarak oluşan ve sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik tehlike ve risklerin, bunlara bağlı meslek hastalıkları ve iş kazalarının olmaması durumu” olarak tanımlamaktadır[2].

Risk Yönetiminin Hastane Rollerine Göre Etkisi

Sağlık Bakanlığı tarafından, sağlık hizmeti sunan tüm hastanelerde yatak sayısı, klinik hizmetleri, teşhis ve tedavi imkanları, tıbbi teknoloji, hekim ve uzman hekim, yardımcı sağlık personeli bakımından sağlık hizmet

kapasitesine ilişkin mevcut durum tespiti yapılır. Sağlık hizmeti sunulan kurumlarda çalışanlar sağlık insan gücü olarak da ifade edilir.

Sağlık insan gücü; verilen hizmetin kamu, üniversite veya özel sektör ayırt etmeksizin toplumun tüm katmanlarının ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üreten kesimdir[3].

Sağlık Bakanlığı, Sağlık hizmetinin kesintisiz, erişilebilir, zamanında ve kaliteli olarak sunulması için ülke genelinde kurumların üstlenecekleri rolleri bölge merkezli sağlık yapılanması anlayışı çerçevesinde planlamaktadır. Kamu, üniversite ve özel sektöre ait sağlık kuruluşları ile birlikte bir bütün olarak sunulacak sağlık hizmetleri değerlendirilerek, hastanelerin rolleri belirlenir. Hastaneler organik işleyiş bağları çok fazla olan ve sunumu, kontrolü insan kaynağına dayanan hizmet sektörleridir. Hizmeti alan ve hizmeti sunanların bu ortamlarda yaşanan her türlü olumsuzluk ya çalışanı ya da hasta ve yakınlarını doğru ya da dolaylı ilgilendirmektedir. Sağlık Bakanlığı, yatarak tedavi sunulan kurumların bölge ihtiyacının karşılanması ve hizmetin devamlılığı için, Yataklı Sağlık Tesisleri Rollerinin Yeniden Belirlenmesi ve Gruplandırılmasına İlişkin Kriterler” uyarınca, tüm hastaneleri hizmet rolüne uygun olarak A-I, A-II, B, C, D ve E (I, II ve III) Grubu olarak sınıflandırmıştır[4].

Hastanelerin rollerinin belirlenmesinde, hastanenin basamak seviyesi, eğitim araştırma faaliyetlerinin yürütülmesi hekim, uzman hekim ve yan dal uzman hekimlerin bulunması ve yetiştirilmesi gibi etkenler hastane rollerini belirler.

Uygulanan tıbbi işlemler, tıbbi tanı ve tedavi yöntemlerinin komplikeliliği hastane rollerine artmakta ya da azalmaktadır. Hastane rolleri sunulan sağlık hizmetlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve malzemenin, hastane fiziksel yapısının daha fazla komplike olduğu ve risk düzeyi açısından değerlendirme yöntemlerinin daha kapsamlı olması gerektiğini göstermektedir.

Sağlık Kurumları-Hastanelerde Risk Değerlendirme Süreci

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2002 yılında risk; sonucun olumsuz olma ihtimali veya bu olasılığı ortaya çıkaran faktör olarak tanımlamış ve riskin ne anlamlara gelebileceğini ifade etmeye çalışmıştır; risk olasılık anlamına gelebilir, risk istenmeyen sonucu ortaya çıkaran faktör anlamına gelebilir, risk bir sonuç anlamına gelebilir, risk potansiyel güçlük veya tehdit anlamına gelebilir [5].

Sağlık çalışanlarının sağlığı konusu 1958 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk kez ortaya çıkarılmıştır.

Hastanelerde işe iş ve işçi sağlığı konusunda, NIOSH (İş Güvenliği ve Sağlığı Ulusal Enstitüsü (USA)) 1974-1976 yıllarında önemli kriterler yayınlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 2010 yılında birlikte çalışarak sağlık çalışanlarında, çalışanların güvenli ortamlarda çalıştırılması ve kendilerini koruyabilme konularına öncelik verilmiş ve ortak bir politika kılavuzu hazırlanmıştır. Sağlık Hizmetlerinde sağlık çalışanlarına yönelik en önemli tehlikelerden olan bulaşıcı hastalıklardan, HIV ve tüberküloz için koruma, tedavi ve bakım hizmetleri kılavuzu oluşturulmuştur[6].

Ülkemizde halk sağlığının korunması amacıyla 1930 yılında yayımlanan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda ilk defa 12 yaşından küçük çocukların fabrikalarda çalıştırılmasının yasak olduğu ve çalışanların sağlığının korunması, bunun için oluşturulacak programlar, işverene düşen sorumluluklar vb. konulara yer verilmiştir. Sağlık çalışanları için bu yasal düzenlemede ayrı bir kriter konulmamıştır[7].

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumlarının 11.08.2005 tarihinde yayınlanan Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği ile yataklı tedavi kurumlarında sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen enfeksiyon hastalıklarını önlemek ve kontrol altına almak, konu ile ilgili sorunları tespit etmek, çözümüne yönelik faaliyetleri düzenleyip yürütmek ve çalışanlarının meslek enfeksiyonlarından korunması amacıyla yürürlüğe girmiştir.

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığının Hizmet Kalite Standartları Rehberinde, Hasta ve çalışan güvenliği konusu kapsamında ilgili faaliyetlerin sürekliliğinin sağlanması çalışmalarının istenilen düzeyde tutulması sağlık hizmetinde güvenlik konseptinin vazgeçilmez bir parçası olduğu belirtilerek, Çalışan Güvenliği kavramı ele alınmıştır[8].

Çalışan güvenliği için düzenlemelerin yapılması, Çalışan güvenliği plan/programından sorumlu bir ekip oluşturularak, ekibin hastanede çalışan güvenliği ile ilgili mevcut durumu tespit etmesi, personel için olası riskleri belirlemesi, düzeltici ve önleyici faaliyet planları yapması ve bu planları hastane idaresi ile birlikte gerçekleştirmesi belirtilmiştir[9].

Çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması 2009 yılında yayınlanan tebliğle çalışma kapsamına alınmıştır. Fiziksel, biyolojik, kimyasal, radyolojik risklere yönelik gerekli tedbirlerin alınması belirtilmiştir.

Sağlık Bakanlığı uzun zamandır dağınık şekilde gerçekleştirilen risk yönetim faaliyetlerinin bütüncül bir şekilde sistem yaklaşımı ile ele alınma çalışmalarını 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun yayımı itibariyle başlamıştır.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığının 2016 yılında yayınlanan Sağlıkta Kalite Standartları Hastane kitabında, Risk Yönetimine detaylı bir şekilde yer verilmiş ve uygulanması istenmiştir. Standart, Risk Yönetiminin amacını; Hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan ile tesis ve çevre güvenliği kapsamında, hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin risklerin önlenmesi veya en alt düzeye indirilmesidir şeklinde tanımlamıştır[10].

Risk yönetimi; hastanede karşılaşılabilen fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal ilişkin unsurlar ile hizmet kaynaklı tüm riskleri içermelidir. Risk yönetimi kapsamında riskler belirlenmeli ve analiz edilmelidir. Riskler, bölüm, meslek ve/veya süreç bazında, ilgili bölüm sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir. Risk düzeyleri en az 3 kategoride (düşük, orta, yüksek gibi) belirlenmelidir. Belirlenen risklere yönelik kök neden analizi yapılmalıdır. Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir. Gözden geçirme aralıkları, belirlenen riskler kapsamında tanımlanmalıdır. Risk yönetimi planı kapsamında, risklere yönelik alınan önlemlerin etkinliği izlenebilir olmalıdır[11].

Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde istenilen bu çalışma ile, Risk Yönetim Planlarının nasıl yapılacağı sağlık yöneticilerinin düşündükleri ve araştırdıkları bir konu haline gelmiştir. Sağlıkta Kalite Standartları ve İş Sağlığı ve Güvenliği kapsamında sağlık kurumlarında risk analizleri yapılmaya başlanmıştır.

SAĞLIK KURUMLARINDA RİSK DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİNİN SEÇİLMESİ

Her çalışma ortamı farklı türde tehlikeler ve riskler arası etkileşimler barındırabilir. Bu nedenle risk değerlendirmesi yaparken kullanılacak yöntem çok önemlidir. Hangi risk analizi yönteminin kullanılacağı tespit edilirken, çalışma ortamındaki risklerin türleri, bu risklerin birbiri ile olan etkileşimleri, çalışanlara olan uzaklıkları gibi etkenler göz önünde bulundurulmalıdır.

Literatürde farklı risk değerlendirme metotları bulunmaktadır. Bu metotlar Tablo 1' de gösterilmiştir.

İş sağlığı ve güvenliği uzmanı, mevcut işyerinin özelliklerine göre hangi metodu uygulayacağına karar verip uygulamalıdır. Risk değerlendirmesi yapılırken iş güvenliği uzmanının tecrübesi risk değerlendirmesinin sonuçlarını etkileyecektir. Risk değerlendirmesi, iş sağlığı güvenliği uzmanı olsa bile bir analistin yapabileceği işlem değildir. Üst yönetim kadrosundan tüm işçilere kadar herkesin birlikte çalışması ile başarıya ulaşır[12].

Tablo 1. Risk Değerlendirme Metotları

Nitel (Kalitatif) Yöntemler	Nicel (Kantitatif) Yöntemler	Nicel ve Nitel (Karma) Yöntemler
<ul style="list-style-type: none">• Ön tehlike Analizi(PHA) (Pre-hazard Analysis)• Ne Olursa Ne Olur? (What If ?)• Birincil Risk Analizi -(Preliminary Risk Analysis (PRA) Using Checklists• Risk Puanlama Metodu (Risk Scoring Method)• Tehlike ve İşletilebilirlik Analizi Yöntemi (HAZOP) (Hazard and Operability Analysis Method)• SWOT Analizi• İş emniyet Analizi (JSA) (Work Safety Analysis)	<ul style="list-style-type: none">• L Matris Metodu (L Matrix Method)• X Matris Metodu (X Matrix Method)• Fine Kinney Metodu (Fine Kinney Method)	<ul style="list-style-type: none">• Hazop ile mesleki güvenlik analizinin birleştirilmesi (Combining professional safety analysis with Hazop)• Kaza Sonuç Analizi (ETA) (Accident Result Analysis)

Tablo, yazar tarafından oluşturulmuştur.

Risklerin kontrolü, analizi ve yönetimi bir yasalara uyma zorunluluğu nedeniyle iş hayatına girmiştir. İhtiyaç karşılamasından çok, gerekli mevzuat için en kolay öğretilen, öğrenilebilir ve uygulanabilen analiz yöntemleri tercih edilmektedir. Birçok risk analizi yöntemi içinde, kolay uygulama alanı bulan analiz yöntemi L Tipi Karar Matrisi (LTM) olmuştur[13].

Sağlık Hizmeti sunulan iş yerlerinde, özellikle Yataklı Tedavi Kurumlarında Risk Yönetimi çalışmaları Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde dinamizm kazanmıştır. Hastanelerde İş Güvenliği uzmanı bulunan ve ya bulunmayan yerlerde genelde 5*5 L Matrisi Yöntemi ile Risk Değerlendirmesi ve analizleri yapılmıştır.

Risk değerlendirme analizleri ile ilgili örnek uygulamalardan bazıları aşağıda yazılmıştır:

- Adana Çukurova Dr. Aşkın Tüfekçi Devlet Hastanesinin Ekim 2015 te yayınlamış olduğu Risk Analizinde Değerlendirme Yöntemi olarak 5 x 5 Matris diyagramı (L Tipi Matris) kullanmıştır[14].
- Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Mart 2016 tarihinde yayınladıkları Risk Analizi Değerlendirme Yöntemi 5 x 5 Matris diyagramı (L Tipi Matris) kullanmıştır[15].
- Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesinde Haziran 2016 tarihinde yayınlanan Risk Değerlendirmesi yöntemi olarak 5x5 Matris Yöntemi Kullanılmıştır[16].
- Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Nisan 2013 ve Mart 2016 tarihinde yayınladıkları Risk Analizi Değerlendirme Yöntemi 5 x 5 Matris diyagramı (L Tipi Matris) kullanmıştır[17].

Yapılan araştırmalar sonucunda, risk değerlendirme metodu olarak hastanelerde daha çok L Tipi Matrisinin tercih edilerek, kullanıldığı sonucuna ulaşılmaktadır.

Sağlık Kurumlarında Risk Değerlendirme Metotlarına Eleştirel Yaklaşım Ve Uygulamada Yaşanan Sorunlar

Kamu Hastanelerinde 6331 sayılı kanunun yürürlüğe girmesiyle birlikte Risk Değerlendirmeleri yapılmaya başlanılmıştır. İş Güvenliği Uzmanı istihdamının yetersizliği ve uygulamanın yeni başlamış olması nedeniyle özellikle Kamu Hastanelerinde anlaşılabilirliği en kolay metod olarak L Tipi Matris seçilmiştir.

L Tipi Matris 5 x 5 Matris diyagramı özellikle sebep-sonuç ilişkilerinin değerlendirilmesinde kullanılır. Bu metod basit olması dolayısıyla tek başına risk analizi yapmak zorunda olan analistler için idealdir, ancak değişik prosesler içeren veya birbirinden çok farklı akım şemasına sahip işlerin hepsi için tek başına yeterli değildir ve analistin birikimine göre metodun başarı oranı değişir[17].

İşyerlerinde iş süresince sürekli yapılan işlerle, aynı iş yerlerinde daha uzun aralıklarla yapılan işlerin tehlikeleri ve ortaya çıkaracakları riskler eşit değerlendirilemez. Örneğin, C grubu bir ilçe devlet hastanesinde haftada bir gün endoskopik işlem ve endoskopi cihazlarıyla temas olması, AI grubu bir eğitim araştırma hastanesinde her gün aynı işlemin birden fazla gerçekleştirilmesi riskleri eşit tutulmamalıdır. Tehlikeyle geçirilen süre risk skorunu etkilemektedir. Dolayısıyla risk skorları farklı olmalıdır. Mevcut tehlikenin gerçekleşmesi durumunda risk skoru aynı olsa bile tehlikeyle daha çok zaman geçiren çalışanın bu riskle karşılaşma oranı daha yüksektir. L Tipi Matris 5 x 5 Matris diyagramı yönteminin risk puanlama ölçütleri tehlikeyle geçirilen süre açısından yeterli değildir.

Hastanelerde sağlık çalışanlarının en çok karşılaştıkları tehlikenin kesici delici alet yaralanması olduğu birçok çalışmalarla ortaya konulmuştur. Kesici delici aletle yapılan işin risk skoru doğru belirlenmelidir. Örneğin;

kesici delici alet yaralanması yaşayan bir çalışan, bulaşıcı olan bir aletle yaralanmışsa bulaşıcı hastalık sonucu ölümler de sonuçlanabilir. Ancak, steril ya da hasta bulaşıcı olmayan bir aletle gerçekleşirse basit ilkyardımlar yeterli olmaktadır. Risk skorunun belirlenmesinde güvenilirlik açısından tehlikenin iyi analiz edilmesi çok önemlidir.

L Tipi Matriste, 25 puan ile belirlenen risk kabul edilebilir seviyeye düşürülünceye kadar iş başlatılmamalı eğer devam eden bir faaliyet varsa derhal durdurulmalıdır. Alınan önlemlere rağmen riski düşürmek mümkün olmuyorsa, faaliyet engellenmelidir. Yine L Tipi Matriste 15, 16 ve 20 puanlarına karşılık olarak; Risk işin devam etmesi ile birlikte devam ediyorsa acil önlem alınmalı ve bu önlemler sonucunda faaliyetin devamına karar verilmelidir. Bu sınır dikkate alındığında yöntemin işi durdurmaya gerek duymadan ('Orta' düzeyde risk kabul ederek) işçilerin çalışabileceğini varsaydığı en yüksek Risk Skoru puanı ise;12 dir. Buna rağmen yöntemde işin devamında veya başlatılmasında bir sakınca görülmemekte, hatta risk azaltma önlemlerinin zaman alabileceği belirtilmektedir[18].

Uygulamada Karşılaşılan Sorunlara Örnekler:

Çalışmada bir devlet hastanesinin ameliyathane bölümü, sterilizasyon bölümü ve fizik tedavi seans odalarındaki süreçler ile bir ağız ve diş sağlığı merkezi diş polikliniği en az 2 saat gözlemlenmiştir.

Örnek 1: Ameliyathane hizmetlerinin sunulduğu her sağlık kurumlarında bulunan sterilizasyon işlemleri için kullanılan basınçlı buhar kazanı otoklavın ortaya çıkarabileceği patlama tehlikesinin risk değerlendirmesini yaparsak;

Hastanelerde sterilizasyon ünitelerinde basınçlı buhar kazanları grubunda yer alan otoklavların Patlama olasılığı, geçmiş yıllarda yaşanan olay sayısı, periyodik kontrol ve bakımlarının yapılması, cihazın teknolojik ömrü, cihazın çalışırken ısı ve basınç kontrolünün yapılması, cihazı kullanan personelin bilgi ve yetkinliğine göre değişecektir. Risk değerlendirme periyot sürecinde patlama olayı yaşanmamış dahi olsa öngörü açısından olasılık 1 alınacaktır. Şiddetin de 5 skoru değerinde yani çok ciddi ölüm riski olduğu kabul edilirse risk skalasında sonuç 5 değeri, orta risk olarak değerlendirilecektir. Orta risk değerlendirmesi, 9(dahil) altında ya da 4 üzerinde puan alan riskler, önlemler planlanan uygulamalar kısmında tarif edilir ve uygulama kontrolleri yapılır. Personele eğitim verilir. L Matrisinde risk skorunun 16-20 arasındaki değerler Çok Yüksek, skor 25 ise Katlanılmaz risk olarak belirlenmiştir. Otoklav patlaması sonucu katlanılmaz riski doğurma ihtimalinin yüksek olduğu bir tehlike olduğu halde L Matrisi değerlendirmesi matematiksel olarak yetersiz kalmaktadır.

Örnek 2: Ameliyathane de bir cerrahi hekimin ve bir ameliyathane hemşiresinin kesici delici alet yaralanma tehlikesini değerlendirelim.

Hastane rolü, türü ve büyüklüğüne göre ameliyat sayıları değişmektedir. Cerrahi hekim, ameliyathanede gerçekleştirdiği operasyon sayısı kadar kesici delici alet tehlikesine maruz kalmaktadır. Ancak bir ameliyathane hemşiresi ameliyathanede operasyon yapacak tüm cerrahlarla mesai süreci boyunca kesici delici alet tehlikesine maruz kalmaktadır. Bu durumda cerrahların ameliyathane de kesici delici alet yaralanması ameliyathane hemşiresine göre bir kademe daha düşük olacaktır. Birçok bilimsel çalışmada ve Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi dergisinde yayınlanan bildiride, Meslek gruplarına göre kesici-delici alet yaralanmalarının sıklığına bakıldığında %69.6 olgu ile hemşirelerde en sık görülürken, hekimlerde %4.3 olgu ve diğer sağlık çalışanlarında %26.1 olguda kesici-delici alet yaralanması saptanmıştır[19].

Bir cerrah, görev yaptığı hastane grubuna göre bir haftalık çalışma termininde haftanın belirli günlerini poliklinik hizmeti, belirli günlerini eğitim, belirli günlerinde de ameliyat kararı verdiği hastalarının ameliyatlarını yapmak üzere ameliyathanede geçirmektedir. Bir ameliyathane hemşiresi ise haftanın tüm mesai günlerinde ameliyathanede tüm gün ameliyatlara katılarak geçirmektedir. Bu durum ameliyathanede bir cerrahın kendi ameliyatını bitirmesiyle ameliyat esnasında oluşacak kesici-delici alet yaralanmaları tehlikesini sınırlarken, hemşire diğer cerrahlarla da ameliyatlara devam edeceğinden kesici-delici alet yaralanma tehlikesi tüm mesai süresince devam edecektir. Ameliyathane bölümü için, Kesici-delici alet yaralanma Risk skorunu değerlendirirken; Hemşiresinin tehlike ile karşılaşma olasılığı 5 iken. Cerrahların 4 kabul edilmesi gerekir. Risk skorunda hemşire $5 \times 5 = 25$ katlanılmaz, Cerrah $4 \times 5 = 20$ Çok yüksek risk olarak değerlendirilmesi gerekir Sağlık Hizmetlerinde. L Matrisinin uygulanmasında bölüm bazlı haricinde meslek gruplarına göre risk derecelerinin ayrı ayrı belirlenmesi riski etkin değerlendirmemizi sağlayacaktır.

Örnek 3: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi/Hastanesinde ya da polikliniğinde çalışan meslek gruplarının fiziksel risk etmenlerinin değerlendirilmesi.

Diş polikliniğinde diş hekim, diş klinik yardımcısı ve/veya ya tıbbi sekreter görev yapar. Diş Hekimi gün boyu ayakta hizmet vermektedir. Mesai süresince diş ünitesi ve ekipmanlarla çalışır. Diş hekiminin kullandığı titreşim oluşturan cihazlar el kol titreşim sendromu adı verilen mesleki rahatsızlığın oluşmasına neden olabilir[20].

Yoğun titreşimle çalışan elektrikli el aletleri kullanan kişilerde yaygın görülen hastalık Beyaz Parmak Hastalığı ya da başka bir ifadeyle Raynaud Sendromu'dur[21].

Bu durumda L Matrisi değerlendirmesine göre diş hekiminin aletle temastan dolayı riskin ortaya çıkma olasılığı 1, risk şiddeti 3 yani Tedavi gerektiren yaralanmalar, risk skoru 3 düşük risk çıkacaktır. Aynı birimde çalışan diş klinik yardımcısı ve/ve ya tıbbi sekreter için de risk derecesi düşük risk çıkacaktır. Bu durumda Yüksek Risk altında çalışan Diş Hekiminin risk derecesini açıkça ortaya çıkarmamış olacaktır.

Tehlike sonucunda meydana gelen bir kaza ya da hasarın olasılığı ve ortaya çıkacak riskin derecesi en az boyutta ele alınması gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Riskin gerçek değerinin ortaya çıkarılması için, minimum standartlarla yöntemi iyi kullanabilmek ve risk analizinin matematiğini iş hayatına yeterli ve doğru olarak yerleştirmek gerekir. Analistlerin birçok uygulayıcı ise bu ayrıma dikkat etmemektedir. Geçmiş yıllarda yaşanan kaza istatistikleri yoksa ya da kaza hiç olmadıysa risk skoru tahmini genellikle zordur. Bu durum, riskin şiddetinin olması gerekenden daha düşük tahmin edilmesidir. Çünkü kaza piramitlerinden de iyi bilindiği gibi bir kaza oluşumunun ardından ramak kala olaylar veya beklenenden hafif yaralanmalar sıklıkla başa gelir; bu da puanlamada risk analiz ekibini yanıltabilir[22].

Örnek 4: Fizik tedavi ünitelerinin seans odalarında, hotpack kazanları, tens cihazı, infraruj cihazı vb cihazlar ile tedaviler gerçekleştirilmektedir. Hotpack kazanları, sıcak su torbalarının ısıtılması için kullanılan, suyun sıcaklığının 80 dereceye ulaştığı kazanlardır. Fizik tedavi teknikeri bu cihazla direk çalışmaktadır. Fizyoterapist hastayla birebir temas ederek, teknikerin hotpack kazanından çıkarıp hazırladığı malzemeleri kullanmaktadır. Teknikerin cihaza ait elektriksiz, yanma ve hijyenik açıdan tehlikesinin diğer çalışanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmelidir. Bölümdeki tüm cihazların yaratacağı tehlike ve risk derecesinin çalışanların birlikte etkileşim sürelerinin doğru belirlenmesi önemlidir. Ancak L Matris Yönteminde risklerin eşit dağıtılması etkin değildir.

L Tipi Matris Yöntemi son dönemlerde hastanelerde yaygın kullanılmıştır. Sağlık hizmetlerinde yöntemin yeterliliği konusunda, bilimsel literatürde oldukça az sayıda çalışma yapılmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinde çalışanlar genel olarak sağlık çalışanları olarak adlandırılır. Sağlık hizmeti üretimine doğrudan katılan sağlık meslekleri profesyonelleriyle, hizmet üretimini destekleyen teknik hizmet ve destek hizmet profesyonellerinden oluşan ekibin risk dereceleri

farklı olmaktadır. Risk değerlendirmesi yapılırken riskleri çalışanların kendisiyle yapmak, risk değerlendirme ekibini tüm riskleri tanımlayabilecek yetkinlikte seçmek ve riskleri çalışanların kendi dolduracakları bir iletişim formu vasıtasıyla imzalı olarak almak ve benzer risklerin olasılıkları hesaplanırken karşılaştırmalı olarak puanlamak faydalı olacaktır.

Riski öngörememek ve öngörülen risklere karşı alınması gereken önlemleri üst yönetime, termin tarihinden sonra ise ilgili bakanlığa mevzuat çerçevesinde bildirilmesi gerekir. Her iki durumda İSG uzmanına hukuki sonuç doğabilecektir. Buradan da anlaşılacağı üzere risk değerlendirmesi, olası riskleri tanımlamak, tedbir almak, risk gerçekleşirse, zararı azaltmak yönünde çalışmalar yapmaktır.

Risk değerlendirmesi hakkaniyetli ölçülerde yapılmalıdır. Sağlık hizmeti verilen alanlarda bulunan tıbbi cihazların tehlikeleri kullanıcılarına göre etkin değerlendirilmelidir. Kabaca kullanılan ölçeklerde sağlık tesislerinde riski tanımlayabilmek güçleşmektedir. Frekans kullanılan ölçekler daha yakın sonuçlar verebilmektedir. Hakkaniyet ölçüsü herkesin aldığı riski tam olarak tanımlayabilmek mümkün olabilecektir. Çalışana verilen/verilmeyen her bir risk skoru, işverene bir maliyeti olacağı gözden kaçırılmamalıdır (Koruyucu ekipman, sağlık taramaları vb). Verilmeyen puanlar ise aslında tersten okunduğunda riski öngörememek anlamına gelir. Bu durumda bazen işverene tazminat, bazen de İSG uzmanına hukuki sonuç olarak dönebilecektir.

Sağlık hizmetlerinde tehlikelerin ve oluşturacağı risk derecelerinin belirlenmesi için kanıtlanmış bir risk değerlendirme metodu yoktur. Risk derecelerinin doğru belirlenmesi sağlık hizmeti sunucularıyla birlikte değerlendirilmeli ve yönetilmelidir. Sağlık hizmetleri sektörüne yönelik risk değerlendirme metodu oluşturma çalışmasını gerekli kılmaktadır.

Sağlık hizmeti sunan çalışanların, çalışan sağlığı ve güvenliği açısından taşıdıkları riskler diğer hizmet sunan sektörlerden daha fazladır. Çalışan sağlığı ve çalışan güvenliği, yönetim tarafından gerekli uygun koşulların oluşturulması ve çalışanın da bu hususta üzerine düşen tedbirleri uygulaması halinde en aza indirilebilir. Gerek sağlık çalışanlarının gerekse yönetimin, sağlık ve güvenliğe öncelik veren rollerini benimsemeleri, güvenlik kültürünün yerleşmesini sağlayacak inanca sahip olmaları, bu konuda gerekli tutumu sergilemeleri gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. ÖZCAN, N. Sağlık Kurumlarında Risk Yönetimi Journal of Health Services and Education; 2(1): 15-24)
2. ÖZTÜRK H. , BABACAN, E. Anahar EÖ. (2012). Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences, 1 (4).
3. BEKTEMÜR, G. <http://www.sdplatform.com/Dergi/794/Saglikta-insangucu-acmazi.aspx>
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hastane Hizmetleri Daire Başkanlığı 46143 03.12.2009
5. ÖZKILIÇ, Ö. (2008-2). Tehlike ve Risk Kavramları-Terminoloji, 5. Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği Konferansı 1. Oturum Sözel Bildiri. (ss. 2), Düzenleyen Taysad Organize Sanayi Bölgesi (TOSB) İstanbul. 3 Kasım 2008.
6. BEYZADEOĞLU, H., CENGİZ, İ. www.sdplatform.com/Dergi/736/Saglik-calisanlarinin-riskleri-ve-sagliktakipleri.aspx
7. HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi © Cilt: 5, Yıl: 5, Sayı: 11 (2016/1) ISSN: 2147-3668
8. Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığının Hizmet Kalite Standartları Rehberin Ankara 2008 (Hizmet Kalite Standartları Rehberi,sayfa 113-129)
9. www.dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/76262,calisan-haklari-ve-guvenligi-uygulamaları-rehberipdf.pdf?0
10. SKS HASTANE, Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı SKS-Hastane (Versiyon-5; Revizyon-01) 1. Revizyon - 2. Baskı: Ankara, Mart 2016
11. www.dosyahastane.saglik.gov.tr/Eklenti/8798,risk-yonetimipdf.pdf?0
12. SEBER, V. İşçi Sağlığı ve Güvenliği Risk Analizleri Nasıl Yapılır? Elektrik Mühendisi-2012 Ekim • Sayı-445
13. Journal of the Faculty of Engineering and Architecture of Gazi University 32:1 (2017) 77-87
14. www.saglikaktuel.com/haber/is-sagligi-ve-guvenligi-risk-analizi-iyi-uygulama-ornegi-50407.htm
15. www.hastane.selcuk.edu.tr/dosyalar/isg/PLANLAR/20162018_risk_degerlendirmesi.pdf
16. www.hkyb.cbu.edu.tr/db_images/site_511/file/R.Y.PL.01%20HASTANE%20R%C4%B0SK%20ANAL%C4%B0Z%C4%B0.pdf
17. www.hastane.selcuk.edu.tr/dosyalar/isg/PLANLAR/2016-2018_risk_degerlendirmesi.pdf
18. Türk Tabipleri Birliği mesleki sağlık ve güvenlik dergisi Risk Değerlendirmede Kullanılan L Tipi Karar Matrisi Yönteminin İşçi Sağlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi Ekim-Kasım-Aralık 2010
19. DOĞAN, H. SÖZEN, H. Sağlık Çalışanlarında Kesici Delici Alet Yaralanmalarının Değerlendirilmesi EVALUATION OF NEEDLESTICK AND SHARP INJURIES IN HEALTH WORKERS Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 32 (2) : 35-43, 2016
20. ŞENEL, B. (2007). Diş hekimleri için risk taşıyan hastalıklar ve diş hekimlerinin mesleki rahatsızlıkları. Gülhane Tıp Dergisi, 204-212
21. İŞSEVER, H. (2017). Vibrasyon ve İnsan Sağlığı Üzerindeki Etkileri: <http://www.arsiv.mmo.org.tr/pdf/11243.pdf>. Erişim Tarihi: 15.05.2017
22. BİRGÖREN, B. Fine Kinney Risk Analizi Yönteminde Risk Analizi Yönteminde Risk Faktörlerinin Hesaplama Zorlukları ve Çözüm Önerileri Kırıkkale Üniversitesi, Endüstri Mühendisliği Bölümü, 71450 KIRIKKALE Cilt/Volume:9 Sayı/ Issue:1 Ocak/January 2017

İstanbul'da özel bir hastanede güvenlik kültürü algısının değerlendirilmesine yönelik araştırma

Research on evaluation of security culture perception in a private hospital in Istanbul

Özge Özcan

Yazar Bilgileri/ Author Information:
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul

Anahtar Kelimeler:
Hasta Güvenliği, Tıbbi Hata, Hasta Güvenliği Kültürü, Çalışan Algısı

Key Words:
Patient Safety, Medical Error, Patient Safety Culture, Employee Perception

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Özge Özcan,
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul
alkanozgee@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
25.12.2019

Kabul Tarihi/Accepted Date:
27.12.2019

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
31.03.2020

ÖZET

Dünyadaki tüm sağlık kuruluşları, sağlık problemlerinin giderilmesi için kendilerine başvuran hastalara hizmet sunumu sırasında bazen istem dışı zarar vermektedir. Hataları önlemeye yönelik tasarımlar geliştiren sağlık kuruluşlarında güvenlik kültürünün geliştiği ve buna paralel olarak hataların da azaldığı gözlemlenmektedir. Sağlık kuruluşlarında hastalara verilen zararın azaltılması amacıyla öncelikle hasta güvenliği kültürü oluşturulmalıdır. İstanbul'da özel bir hastanede çalışanların hasta güvenliği kültürü algısının sosyo- demografik ve kullanılan ölçekteki bilgi sorularına göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada, veri toplamak için hastane güvenlik kültürü anketi uygulanmıştır. Araştırma tam sayım yöntemiyle 350 çalışana anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Anket aracılığıyla edinilen veriler SPSS 20.0 programında gerekli istatistiksel analizlerle değerlendirme yapılmıştır. Araştırmada, hasta güvenliği algısının mesleki çalışma süresine göre farklılık göstermediği, çalışılan departmana göre farklılık gösterdiği, çalışanların %54,5'i son bir yılda güvenlik raporlama formunu doldurmadıkları görülmektedir.

ABSTRACT

All healthcare organizations in the world are sometimes involuntarily harming patients during their service delivery in order to resolve their health problems. It has been observed that the safety culture has improved and the errors have decreased in health institutions that develop designs to prevent errors. In order to reduce the damage given to the patients in health institutions, a patient culture of safety should be established first. The aim of this study was to evaluate the perception of the culture of patient safety in a private hospital in Istanbul on the basis of socio-demographic and knowledge questions. In this study, hospital security culture questionnaire was applied through the questionnaire were evaluated with the necessary statistical analysis in SPSS 20.0 program. In the study, it was observed that patient safety perception did not differ according to the duration of professional work, according to the department worked, 54.5% of employees did not fill the security reporting form in the last one year.

GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, ölümcül veya bireye ciddi zarar verecek hastalıkları tedavi etmek için sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetler yüksek riskli olarak nitelendirilmektedir (1). Bu hizmetler esnasındaki riskler hastanın ölümüyle, sakat kalması ya da ciddi etki yaratmayan yaralanmalarla sonuçlanmaktadır. Dünyadaki tüm sağlık sistemleri, sağlık hizmeti almak isteyen hastalara bazı zamanlarda istemeden de olsa zarar verebilmektedir. Sağlık hizmeti sunumu sırasında yaşanan hataların öncelikli olarak önlenmesi, olay meydana gelmişse düzeltilmesinde önemli faktör kurumda hasta güvenliği kültürünün oluşturulmuş olmasıdır (1).

Sağlık uygulamalarının yüksek riskli girişim ve tedavileri kapsamının yanında sağlık kuruluşlarının hastalar ve yakınları için pek çok riski içermesine karşın, hasta güvenliği kavramı yirmi sene öncesine kadar üzerinde düşünülen ve sağlık kuruluşlarının önem verdiği konular arasında değildi (2). Sağlık hizmetlerinin bakım kalitesi son yıllarda önem kazanmasına rağmen tarihsel geçmişe sahip bir konudur. Joint Commission International (JCI) 1951 yılında kurulmuş olup sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta güvenliğini geliştirmek için çalışmalar başlatmıştır. Institute of Medicine (IOM) göre 21. yüzyılda sağlık sistemlerinin amaçladığı konular hasta güvenliği, hasta odaklılık, zamanlılık, etkili ve verimli sağlık hizmetleri, sağlık hizmetinin eşit olarak dağıtılmasıdır (3).

ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ KAVRAMLAR

Tıbbi Hata

Sağlık hizmetiyle ilintili olarak ortaya çıkan hata, hastaya sağlık hizmeti verilirken kasıt olmaksızın aksaklıkların neden olduğu, tahmin edilemeyen sonuçlardır (4). Tıbbi hatalar sağlık hizmeti verilirken tüm aşamasında meydana gelebilir. Bahsedilen hatalar aşağıdaki başlıklarda belirtilmiştir (5):

(i) Medikasyon hataları: İlaç hatalarının çoğunluğu engellenebilir olup kullanılan ilaçların hastaya uygulanması ile ilgilidir. Hatalı doz, ilaç uygulanma şekli, birlikte verilen ilaçların birbiriyle etkileşimi, atopik olan hastaya alerjiyi tetikleyecek olan ilacın verilmesi, görünümü, okunuşu-yazılışı benzerlik gösteren ilaçların verilmesi gibi hatalar olarak ifade edilir. Bu hataların da yaklaşık olarak yarısı önlenemez hatalardır.

(ii) Cerrahi hatalar: Bu tür hatalar ortalama her hastada %2 oranında tıbbi hata görülebilmekte, ölüm ile sonuçlandığı durumlarda vardır. Yanlış taraf cerrahisi, cerrahi enfeksiyonlar, beklenilmeyen ameliyat komplikasyonu, anestezi komplikasyonları vb.

(iii) Tanı hataları: Laboratuvar testlerinin yanlış yapılması, numunenin alınış yolunun hatalı olması veya yorumlama hataları en sık karşılaşılan tıbbi hatalardandır. Tanı hatalarında eğitimsiz / deneyimsiz / denetimsiz teknisyen veya teknikerler önemlidir.

(iv) Sistem yetersizliğine bağlı hatalar: Sistem ile ilgili aksaklıkların neden olduğu hatalar tespit edilmesi zor hatalardır. Bunlar arasında kullanılan aletlerdeki bozukluklar (defibrilatör, ventilatör, intravenöz sıvı pompaları vb.) ancak ortaya çıkınca tespit edilebilmekte olup çok önemli sonuçlar doğurabilmektedir. Tıbbi müdahalelerde ortaya çıkan hataların büyük çoğunluğu sistem hataları olarak tanımlanmaktadır.

(v) Diğer: Sağlık hizmeti ilintili enfeksiyonlar, kan transfüzyon komplikasyonları, transfer sırasında düşmeler, tecavüz, sağlık kuruluşunda intihar, yatak yaraları, bebek kaçırılması, bebeğin yanlış aileye verilmesi, tehlikeli kısaltmalar vb. konular da tıbbi hatalar arasında yer almaktadır.

Yukarıda belirtilenler dışında çalışmalar iletişim problemlerinin tıbbi hataların kök nedenleri arasında olduğunu göstermiştir. Güvenli sağlık bakımını sağlayan farklı eğitim ve deneyimi ile farklı görevi yerine getirme bireyler arasındaki iletişimi gerektirir (6).

Bugünün iş dünyasına bakıldığında, işin yapılma sırasında yanlış yapmaktan ziyade hata yapmak vardır. Hata, işi yaparken ve iyi niyetli olarak ortaya çıkan bir durum olarak kabul edilirken yanlışsa kötü niyetli

olarak yapılan durumlar sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu noktada çalışma yerlerindeki hataların olabileceği kabul edilerek, hataların analiz edilmesi ve analiz sonuçlarına göre hatalardan ders alınması düşüncesi ortaya konulmalıdır (7).

Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sırasında ortaya çıkan hataların önlenmesi ve hastalara verilen zararın azaltılması olarak tanımlanır (8). Hasta güvenliği "Öncelikle zarar verme kavramıyla tanınmaya başlanmıştır". Hasta güvenliğini etkileyen unsurlar; sağlık bakım hizmeti içindeki yasal düzenlemeler, istihdam, finans, sağlık kuruluşlarının ortamı, hastaların katkıları, sağlık çalışanlarının ve hastaların eğilimi ve hasta sağlık personeli arasındaki iletişimidir (9). Hasta güvenliği, hasta güvenliği sonuçlarını ve süreçlerini iyileştirmeyi amaçlar bunun yanında da sağlık hizmetleri süreçlerinde ortaya çıkan yaralanmalardan ve istenmeyen sonuçlardan korunması ve önlenmesidir (10). Hasta güvenliği, 2000 yılında IOM tarafından yayınlanan rapordan bu yana son 20 yılda artan bir öncelik olmuş durumdadır (11).

Hasta Güvenliği Kültürü

Sağlık kuruluşlarının olması gerektiği gibi güvenli olmadığı uluslararası olarak iyi bilinmektedir. Bu duruma çözüm bulmak için dünya genelinde sağlık bakım servisleri, hastaya zarar verme riski olan sonuçları ve bu riskleri kontrol etmek, önlemek için yapılacakları belirlemek için güçlü hasta güvenliği ve kaliteli bakım programlarını stratejik olarak uygulamaya dikkat etmektedirler (12).

Güvenlik kültürü, hasta güvenliğindeki yaygın eksiklikleri gidermek için, önemli bir strateji olarak görülmektedir. Kültür tanımı yaygın olarak, tutumları, değerleri, inançları, davranışları, uygulamaları ve çalışanların davranışlarını ifade etmektedir (13).

Hasta güvenliği kültürü, örgüt kültürünün bir parçasıdır ve hasta güvenliği ile ilgili olarak çalışanların paylaştığı tutumlar, inançlar, algular ve değerlerden meydana gelmektedir (1).

Hasta güvenliği kültürü yaratmada olması gereken planlamanın ana hatları şöyledir (5):

(i) Kurulusta hatalardan ders çıkartılan bir hasta güvenliği kültürü yaratılmasına çalışılmalıdır.

(ii) Hasta güvenliğinin kurumun liderleri tarafından öncelikli konulardan olduğunun ve bu amaçla ekip çalışmalarının gerçekleştirildiğinin tüm çalışanlara gösterilmelidir.

(iii) Klinik uygulamalar, süreçler, işlemler ve çalışma koşullarının sürekli değerlendirilmesi gerekmektedir.

(iv) Hasta güvenliği raporları ve analizleri belirlenen aralıklarla duyurulmalıdır. Çalışanların kendilerini güven ortamında hissedebilecekleri ve bildirim yapmaktan çekinmeyecekleri tasarımların geliştirilmesi ve kullanılması teşvik edilmelidir.

(v) Ortaya çıkan hatalar sistematik olarak değerlendirilmeli ve değerlendirme sonuçlarına göre sistemlerin iyileştirilmesi sağlanmalıdır.

(vi) Alınacak önlemler çalışanlarda farkındalık yaratmalı ve cezalandırıcı olmamasına özen gösterilmelidir.

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, İstanbul'da özel bir hastanede çalışanların hasta güvenliği kültürü algısının sosyo- demografik ve ölçekteki bilgi sorularına göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini İstanbul'da özel bir hastanede çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplamak için hastane yönetiminden gerekli izin alınmıştır. Araştırma kapsamında özel hastanede yer alan 8 dahili birim, 5 cerrahi birim, radyoloji, laboratuvar ve idari birimlerde çalışan toplam 350 çalışan bulunmaktadır. Araştırma kapsamında tam sayım metodu kullanılarak 350 çalışana hasta güvenliği anketi uygulanmış, dönen anket sayısı ise 220 olup çalışanların %62,8' ine ulaşılmıştır.

Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak Hasta Güvenliği Kültür ölçeği uygulanmıştır. Çalışanlar için uygulanan Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)) 2004 yılında ABD'de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından geliştirilmiştir.

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi 12 boyutludur ve 42 sorudan oluşmaktadır. Katılımcılara hasta güvenliği derecesi ve raporlanan olay sayısı ile ilgili birer soru sorulmaktadır. Anketin A, B, C, D, E, F bölümlerinde ölçeklendirme yöntemi olarak eşit aralıklı 5'li Likert tipi ölçek kullanılmıştır. G bölümünde raporlanan olay sayısı "0, 1-2, 3-5, 6-10, 11-20, 21 yada daha fazla olay raporu" şeklinde 6 seçenek ile değerlendirilmiştir. A bölümünde 5.,7.,8.,10.,12.,14.,16.,17. sorular ters yönlü sorular olup, veriler çevrildikten sonra analizleri gerçekleştirilmiştir.

Anketler toplandıktan sonra elde edilen veriler

araştırmacılar tarafından SPSS 20.0 veri tabanına aktarılmış ve aktarıldıktan sonra SPSS 20.0 programında gerekli istatistiksel analizlerle değerlendirilmiştir. Çalışanların hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, frekans, standart sapma), farklılıkların değerlendirilmesi için t testi, anova testleri ve anketin güvenilirliğini test etmek için kullanılmıştır. Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0,835 – 851 arasında olması anketin oldukça güvenilir olduğu şeklinde değerlendirilmektedir.

Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın kavramsal çerçevesine dayanarak aşağıdaki hipotezler kurulmuştur.

H₁: Hasta güvenliği kültürü algısında hastalara temas etme açısından farklılık bulunmaktadır.

H₂: Hasta güvenliği kültürü algısında meslek hayatı boyunca hata yapma açısından farklılık bulunmaktadır.

H₃: Hasta güvenliği kültürü algısında hatayı açıklama açısından farklılık bulunmaktadır.

H₄: Hasta güvenliği kültürü algısı ile hatanın açıklanması doğru olduğu arasında farklılık bulunmaktadır.

H₅: Hasta güvenliği kültürü algısında hatanın cezalandırılmasının doğruluğu açısından farklılık bulunmaktadır.

H₆: Hasta güvenliği kültürü algısı medikal hata yapıldığında bildirme açısından farklılık bulunmaktadır.

H₇: Hasta güvenliği kültürü algısında hata bildirim sonrası aşamaları bilme açısından farklılık bulunmaktadır.

H₈: Hasta güvenliği kültürü algısında medikal hata yapıldığında bildirim yapma açısından farklılık bulunmaktadır.

H₉: Hasta güvenliği kültürü algısında bir yıl içerisinde güvenlik raporlama formu doldurma sayısı açısından farklılık bulunmaktadır.

H₁₀: Hasta güvenliği kültürü algısında uzmanlık alanında çalışma süresi açısından farklılık bulunmaktadır.

H₁₁: Hasta güvenliği kültürü algısında güvenlik kültürü kavramını bilme derecesi açısından farklılık bulunmaktadır.

H₁₂: Hasta güvenliği kültürü algısında eğitim alınan yer açısından farklılık bulunmaktadır.

H₁₃: Hasta güvenliği kültürü algısı çalışılan bölüm açısından farklılık bulunmaktadır.

BULGULAR

Sosyo - Demografik Özellikler İle İlgili Bulgular

Tablo 1'de katılımcıların sosyo-demografik özelliği olarak çalıştıkları birim, hastanedeki çalışma süreleri,

birimdeki çalışma süresi, haftalık çalışma saatleri, meslekleri, meslekteki çalışma yılı yer verilmiş ve değerlendirilmiştir.

Tablo 1 incelendiğinde katılımcıların 64'ünün yani %29,1'inin idari çalışan olduğu görülmektedir. Hastanedeki çalışma sürelerine bakıldığında, araştırmanın yapıldığı kurumda %54,5'inin bir ila beş yıl arasında çalıştığı görülmektedir. Katılımcıların %48,2'sinin birimdeki çalışma sürelerinin bir ila beş yıl arasında olduğu görülmektedir. Katılımcıların %75,5'inin haftalık çalışma saatlerinin 40-59 saat aralığında olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların %50'sinin hemşirelik mesleğine ait olduğu görülmektedir. Meslekteki çalışma yılları incelendiğinde %43,6'sının bir ila beş yıldır çalışma hayatları olduğu görülmektedir.

Ölçekteki Bilgi Soruları İle İlgili Bulgular

Katılımcıların meslekle ilgili özellikler olarak yaptıkları güvenlik raporlama sayısı, hastalarla temas, hasta güvenliği bilgi seviyesi, hasta güvenliği eğitim alma durumu, hata yapma, hatayı hasta/hasta yakınına açıklama, hatayı hasta/hasta yakınına açıklamayı doğru bulma durumu, hatayı cezalandırma durumu, hata yaparsa kişinin kendini bildirme durumu, hata sonrasında hangi aşamaların yapıldığı, hata yaptıysa bildirme durumlarına yer verilmiştir ve

değerlendirilmiştir.

Tablo 2 incelendiğinde katılımcıların 120'si yani %54,5'i güvenlik raporlama formunu doldurmadıkları görülmektedir. Katılımcıların %91,8'inin hastalarla temas halinde oldukları görülmektedir. Hasta güvenliği bilgi seviyeleri incelendiğinde %67,3'ünün yeterli bilgiye sahip oldukları görülmektedir. Hasta güvenliği eğitimi alma durumuna bakıldığında %57,3'ünün çalıştığı kurumda hasta güvenliği eğitimi aldığı görülmektedir. Katılımcıların %65,5'inin hata yapmış oldukları görülmektedir. Katılımcıların %72,7'sinin yaptıkları hatayı hasta/hasta yakınına açıklamadıkları ve %51,8'inin hatanın açıklanmasını doğru bulmadıkları görülmektedir. Katılımcılar %76,4'ünün hatanın cezalandırılmasının doğru olmadığını belirttikleri görülmektedir. Katılımcıların %84,5'inin hata yaptığında bildirim yapacağı görülmektedir. Katılımcıların %57,3'ünün hata sonrasında hangi aşamalardan geçildiğini bildiği görülmektedir. Katılımcıların %87,3'ünün medikal hata yaparsa bildirim yapacağı görülmektedir.

Anketin güvenilirliğini test etmek için kullanılan Cronbach α güvenilirlik katsayısının 0,851 olması anketin oldukça güvenilir olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (Tablo 3).

Tablo 1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişken	n	%	Değişken	n	%
Çalışılan Birim			Meslek		
Ameliyathane	12	5,5	Göz Hastalıkları Uzmanı	4	1,8
Poliklinik	26	11,8	Anestezi Hekimi	4	1,8
Yatan Hasta Servisi	46	20,9	Hemşire	110	50
Acil Servis	34	15,4	Anestezi Teknikeri	2	0,9
Eczacı	4	1,8	Diğer Sağlık Çalışanı	18	8,2
Laboratuvar	18	8,2	Eczacı	2	0,9
Radyoloji	16	7,3	Diğer	80	36,4
Diğer	64	29,1	Toplam	220	100
Toplam	220	100	Meslekte Çalışma Yılı		
Hastanedeki Çalışma Süresi			1 yıldan az	42	19,1
1 yıl altı	76	34,6	1-5	96	43,6
1-5 yıl	120	54,5	6-10	22	10
6-10 yıl	24	10,9	11-15	18	8,2
Toplam	220	100	16-19	26	11,8
Haftalık Çalışma Saati			20 yıl üstü	16	7,3
20 saat altı	14	6,4	Toplam	220	100
20-39	16	7,3	Birimdeki Çalışması Süresi		
40-59	166	75,5	1 yıl altı	78	35,5
60-79	24	10,8	1-5 yıl	106	48,2
Toplam	220	100	6-10 yıl	36	16,3
			Toplam	220	100

Tablo 2: Ölçekteki Bilgi Soruları

Değişken	n	%	Değişken	n	%
Güvenlik Raporlama Sayısı			Hata Yapma		
0	120	54,5	Evet	144	65,5
1-2	72	32,7	Hayır	76	34,5
3-5	12	5,5	Toplam	220	100
6-10	14	6,4	Hatayı Hasta/Hasta Yakınına Açıklama		
11-20	0	0	Evet	60	27,3
21 ve üstü	2	0,9	Hayır	160	72,7
Toplam	220	100	Toplam	220	100
Hastalarla Temas			Hatayı Hasta/Hasta Yakınına Açıklamayı Doğru buluyor musunuz?		
Evet	202	91,8	Evet	106	48,2
Hayır	18	8,2	Hayır	114	51,8
Toplam	220	100	Toplam	220	100
Hasta Güvenliği Bilgi Seviyesi			Hatayı Cezalandırmayı Doğru buluyor musunuz?		
Evet, yeterli	148	67,3	Evet	52	23,6
Sınırlı	32	14,5	Hayır	168	76,4
Yeterli değil	28	12,7	Toplam	220	100
Kavramı duydum	10	4,6	Hata yaptığımızda bildirir misiniz?		
Hayır, bilgim yok	2	0,9	Evet	186	84,5
Toplam	220	100	Hayır	34	15,5
			Toplam	220	100
Hasta Güvenliği Eğitim Alma durumu			Hata sonrasında hangi aşamalardan geçildiğini biliyor musunuz?		
Evet, yüksek öğrenimde	52	23,6	Evet	126	57,3
Evet, sürekli eğitim kursu	24	10,9	Hayır	94	42,7
Evet, özel ilgi	6	2,7	Toplam	220	100
Evet, kurumda	126	57,3	Medikal bir hata yaparsanız bildirim yapar mısınız?		
Hayır	12	5,5	Evet	192	87,3
Toplam	220	100	Hayır	28	12,7
			Toplam	220	100

Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Ölçekteki Sosyo-Demoğrafik Özellikleri ve Bilgi Sorularına Göre Farklılıkları

Tablo 4 incelendiğinde yapılan Mann Whitney testi sonuçlarına göre hastalarla temas edenlerle etmeyenler arasında hasta güvenliği algısı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). H_1 hipotezi desteklenmektedir.

Tablo 5 incelendiğinde yapılan t testi sonuçlarına göre meslek hayatları boyunca hata yapanlar ile hata yapmayan arasında hasta güvenliği algısı açısından

anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Hasta güvenliği algı ortalamaları ortalamadan (5'li likerte göre ortalama 3) düşüktür fakat hata yapanların hasta güvenliği kültürü algı ortalaması daha yüksek olduğu görülmektedir. H_2 hipotezi desteklenmektedir.

Tablo 6 incelendiğinde yapılan t testi sonuçlarına göre hatayı hasta/hasta yakınına açıklayanlar ile açıklamayanlar arasında hasta güvenliği algısı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hasta güvenliği algı ortalamaları ortalamadan (5'li likerte göre ortalama 3) düşüktür. H_3 hipotezi desteklenmemektedir.

Tablo 3: Kullanılan Ölçeğin Güvenilirlik Sonuçları

Kullanılan Ölçek	Cronbach's alfa	Madde Sayısı
Hasta Güvenliği Kültürü Anketi	,851	42

Tablo 4: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Hastalara Temasa Göre Sonuçları

	Hastalara Temas Durumu	N	Mean Rank	Z değeri	P değeri
Hasta Güvenliği Kültürü	Temas Var	202	113,26	-2,215	0,027
	Temas Yok	18	79,47		

Tablo 5: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Meslek Hayatları Boyunca Hata Yapma Durumuna Göre Sonuçları

	Meslek Hayatında Hata Yapma Durumu	N	x	s.s	T değeri	P değeri
Hasta Güvenliği Kültürü	Evet	144	2,66	0,49157	2,146	0,033

Tablo 6: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Hatayı Açıklama Durumuna Göre Sonuçları

	Hatayı açıklama durumu	N	x	s.s	T değeri	P değeri
Hasta Güvenliği Kültürü	Evet	60	2,727	0,48515	0,310	0,757
	Hayır	160	2,706	0,44920		

Tablo 7 incelendiğinde yapılan t testi sonuçlarına göre hatanın hasta/hasta yakınına açıklanmasını doğru bulanlar ile bulmayanlar arasında hasta güvenliği algısı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hasta güvenliği algı ortalamaları ortalamadan (5'li likerte göre ortalama 3) düşüktür. H_4 hipotezi desteklenmemektedir.

Tablo 8 incelendiğinde yapılan t testi sonuçlarına göre hatanın cezalandırılmasını doğru bulanlar ile bulmayanlar arasında hasta güvenliği algısı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hasta güvenliği algı ortalamaları ortalamadan (5'li likerte göre ortalama 3) düşüktür. H_5 hipotezi desteklenmemektedir.

Tablo 9 incelendiğinde yapılan t testi sonuçlarına göre hata yaptığımızda bildiririz diyenler ile bildirmeyiz

diyenler arasında hasta güvenliği algısı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hasta güvenliği algı ortalamaları ortalamadan (5'li likerte göre ortalama 3) düşüktür. H_6 hipotezi desteklenmemektedir.

Tablo 10 incelendiğinde hata bildirim sonrası aşamaları bilenler ile bilmeyenler arasında hasta güvenliği algısı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hasta güvenliği algı ortalamaları ortalamadan (5'li likerte göre ortalama 3) düşüktür. H_7 hipotezi desteklenmemektedir.

Tablo 11 incelendiğinde yapılan Mann Whitney testi sonuçlarına göre medikal hata yaptığımızda bildiririm diyenler ile bildirmem diyenler arasında hasta güvenliği algısı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). H_8 hipotezi desteklenmemektedir.

Tablo 7: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Hatanın Açıklanması Doğru Mu? Sorusuna Göre Sonuçları

	Hatanın açıklanması doğru mu?	N	x	s.s	T değeri	P değeri
Hasta Güvenliği Kültürü	Evet	106	2,6730	0,39031	1,236	0,218
	Hayır	114	2,7485	0,51250		

Tablo 8: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Hatanın Cezalandırılması doğru mu? Sorusuna Göre Sonuçları

	Hatanın cezalandırılması doğru mu?	N	x	s.s	T değeri	P değeri
Hasta Güvenliği Kültürü	Evet	52	2,7179	0,40360	0,105	0,917
	Hayır	168	2,7103	0,47500		

Tablo 9: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Medikal Hata Yaptığımızda Bildirir Misiniz? Sorusuna Göre Sonuçları

	Medikal Hata Yaptığımızda Bildirir Misiniz?	N	x	s.s	T değeri	P değeri
Hasta Güvenliği Kültürü	Evet	186	2,7097	0,46038	0,185	0,854
	Hayır	34	2,7255	0,45298		

Tablo 10: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Hata Bildirim Sonrası Aşamaları Bilme Durumuna Göre Sonuçları

	Hata Bildirim Sonrası Aşamaları Bilme Durumu	N	x	s.s	T değeri	P değeri
Hasta Güvenliği Kültürü	Evet	126	2,7275	0,42037	0,576	0,565
	Hayır	94	2,6915	0,50621		

Tablo 11: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Medikal Hata Yapıldığında Bildirim Yapma Durumuna Göre Sonuçları

	Medikal Hata Yapıldığında Bildirim Yapma Durumu	N	Mean Rank	z değeri	p değeri
Hasta Güvenliği Kültürü	Evet	192	110,62	-,073	0,942

Tablo 12: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Bir Yıl İçerisinde Güvenlik Raporlama Formu Doldurma Sayısına Göre Sonuçları

	Form sayısı	n	Mean Rank	Sd	X2	P	Anlamlı Fark
Hasta Güvenliği Kültürü	0	120	107,79	4	12,806	0,037	A-D B-D
	1-2	72	106,96				
	3-5	12	93,33				
	6-10	14	152,79				
	11-20	0	0				
	21 ve üstü	2	207,75				

A=0 B=1-2 C=3-5 D=6-10 E=11-20 F=21 ve üstü

Tablo 12 incelendiğinde Katılımcıların hasta güvenliği kültürü algısının bir yıl içerisinde güvenlik raporlama formu doldurma sayısına göre farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla yapılan tek faktörlü Kruskal Wallis sonucunda aradaki farkların anlamlı olduğu görülmüştür ($\chi^2=12,806$, $p<0,05$). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden “Tamhane” testi uygulanmış ve güvenlik raporlama formunu 6-10 arası form dolduranların ortalaması hiç doldurmayanlar ile 1-2 form dolduranların ortalamasından yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre hasta güvenliği algı ortalaması yüksek olanlar daha çok bildirimde bulunduğu görülmektedir. H_0 hipotezi desteklenmektedir.

Tablo 13 incelendiğinde Katılımcıların hasta güvenliği kültürü algısının mevcut uzmanlıklarında çalışma sürelerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla yapılan tek faktörlü Kruskal Wallis sonucunda aradaki farkların anlamlı olmadığı görülmüştür ($\chi^2=8,647$, $p>0,05$). H_{10} hipotezi desteklenmemektedir.

Tablo 14 incelendiğinde Katılımcıların hasta güvenliği kültürü algısının hasta güvenliği kavramıyla ilgili yeterli bilgi sahibi olma durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla yapılan tek faktörlü Kruskal Wallis sonucunda aradaki farkların anlamlı olmadığı görülmüştür ($\chi^2=8,666$, $p>0,05$). H_{11} hipotezi desteklenmektedir.

Tablo 13: Katılımcıların Mevcut Uzmanlıklarında Ne Kadar Süredir Çalıştıklarına Göre Sonuçlar

	Meslekte çalışma süresi	n	Mean Rank	Sd	X ²	P	Anlamlı Fark
Hasta Güvenliği Kültürü	1 den az	42	126,80	5	8,647	0,124	-
	1-5	96	115,70				
	6-10	22	103,68				
	11-15	18	88,61				
	16-19	26	96,67				
	20 ve üstü	16	93,00				

Tablo 14: Katılımcıların Hasta Güvenliği Kavramıyla İlgili Yeterli Bilgi Sahibi Olma Durumlarına Göre Sonuçları

	Hasta Güvenliği Kavramı Bilinirliği	n	Mean Rank	Sd	X ²	P	Anlamlı Fark
Hasta Güvenliği Kültürü	Evet	148	117,68	4	8,666	0,070	-
	Sınırlı	32	107,70				
	Yetersiz	28	81,98				
	Kavramı Duydum	10	94,35				
	Hayır	2	104,00				

Tablo 15: Katılımcıların Eğitim Alınan Yere Göre Sonuçları

	Eğitim Alınan Yer	N	Mean Rank	Sd	X ²	P	Anlamlı Fark
Hasta Güvenliği Kültürü	Yükseköğrenim	52	108,86	4	5,436	0,245	-
	Eğitim Kursu	24	136,90				
	Özel İlgi	6	113,42				
	Çalışılan Kurum	126	107,48				
	Hayır	12	95,08				

Tablo 15 incelendiğinde Katılımcıların hasta güvenliği kültürü algısının eğitim alınan yere göre farklılaşp farklılaşmadığını anlamak amacıyla yapılan tek faktörlü Kruskal-Wallis sonucunda aradaki farkların anlamlı olmadığı görülmüştür (F=5,436, p>0,05). H₁₂ hipotezi desteklenmemektedir.

Tablo 16 incelendiğinde Katılımcıların hasta güvenliği algısının çalışılan bölüme göre farklılaşp farklılaşmadığını anlamak amacıyla yapılan tek faktörlü Kruskal-Wallis sonucunda aradaki farkların anlamlı olduğu görülmüştür (F=2,387, p<0,023). Farkın hangi ortalamalar arasında olduğunu belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden “Tamhane” testi uygulanmıştır. Acil servis çalışanlarının algı

puanlarının radyoloji, ameliyathane, yatan hasta servisi ve diğer bölüm çalışanlarının algısından daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Radyoloji çalışanlarının algı puanlarının diğer bölüm çalışanlarının algısından daha yüksek olduğu ve anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. H₁₃ hipotezi desteklenmektedir.

Tablo 17 incelendiğinde çalışanların bölümlerini hasta güvenliği açısından değerlendirdiklerinde %13,6’sı mükemmel ve %48,2 çok iyi bulduğu görülmektedir. Çalışanların %50’den fazlası birimini hasta güvenliği kültürünü çok iyi ve %32,7’si kabul edilebilir %5,5 kötü bulduğu görülmektedir. Çalışanların hiçbiri başarısız bulduğunu belirtmedikleri görülmektedir.

Tablo 16: Katılımcıların çalıştıkları bölümlere göre sonuçları

	Çalışılan Bölüm	N	Mean Rank	Sd	X ²	P	Anlamlı Fark
Hasta Güvenliği Kültürü	Radyoloji	16	132,22	7	16,204	0,023	E-B E-D E-G E-A A-H
	Ameliyathane	12	88,04				
	Poliklinik	26	118,29				
	Yatan Hasta Servisi	46	104,82				
	Acil Servis	34	138,35				
	Eczacı	4	139,88				
	Laboratuvar	18	105,44				
	Diğer	64	94,99				

A= Radyoloji B= Ameliyathane C= Poliklinik D= Yatan Hasta Servisi E= Acil Servis F=Eczacı G= Laboratuvar H=Diğer

Tablo 17: Katılımcıların çalıştıkları bölümlere verdikleri puana göre sonuçlar

	Değişken	n	%
Çalışılan bölüme verilen skor	Mükemmel	30	13,6
	Çok iyi	106	48,2
	Kabul edilebilir	72	32,7
	Kötü	12	5,5
	Başarısız	0	0

SONUÇ VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan çalışanların hasta güvenliği algıları değerlendirildiğinde en yüksek hasta güvenliği algı ortalaması 3,5 ile 21 ve üstü güvenlik raporlama yaptığını belirten çalışanlar olduğu ve hasta güvenliği ortalaması yüksek olanların daha çok güvenlik raporlama bildirimini yaptığı görülmektedir.

Araştırmada, hasta güvenliği algılarının meslekte çalışma süresine göre farklılık göstermediği, çalıştığı birime göre farklılık gösterdiği, çalışanların %54,5'i son bir yıl içinde güvenlik raporlama formunu doldurmadıkları görülmektedir. Başka bir araştırmada hasta güvenliği algılarının meslekte çalışma süresine ve çalıştığı birime göre farklılık gösterdiği, çalışanların %67,1'inin son bir yıl içerisinde hiçbir olay raporu doldurmadığı görülmektedir (14). Bir başka araştırma incelendiğinde son 12 ay da raporlanan olay sayısının %74,5' i hiç olarak belirtmiştir (15).

Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt %76,4 olarak görülmekte iken başka bir araştırmada hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt %19 olarak görülmüştür (16).

Araştırmaya katılanların %75,5'inin haftalık çalışma saatlerinin 40-59 saat aralığında olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların %50'sinin hemşirelik mesleğine ait olduğu görülmektedir. Hastalarla en sık temas eden sağlık çalışanlarından olan hemşirelerin anket katılımında da çoğunluğu oluşturdukları görülmektedir.

Yapılan araştırmada %13,6'sı mükemmel ve %48,2 çok iyi bulduğu görülmektedir. Çalışanların % 61,8'i birimini hasta güvenliğini çok iyi bulduğu görülmektedir. Başka bir araştırma incelendiğinde çalışanların %8,4 'ünün mükemmel, %32 'sinin çok iyi bulduğu görülmektedir. Çalışanların %40,4 'ü iyi bulduğu görülmektedir (16). Bir başka araştırmada ise hasta güvenliği derecesini %5,5 mükemmel, %29,1 çok iyi, %50,9 'u kabul edilebilir, %10,9 'u zayıf %3,6 'sı başarısız olarak görmektedir (15).

Başka bir araştırmaya bakıldığında hasta güvenliği derecesini %10,9 mükemmel, 38,2 çok iyi, %50,9 'u kabul edilebilir görmektedir. Zayıf ve başarısız gören çalışan görülmemektedir (17).

Bu araştırmada kendi birimlerinin hasta güvenliği açısından çok iyi, mükemmel görmelerine rağmen hastane genelinde hasta güvenliği kültürü ortalamaları düşüktür.

Sonuç olarak hasta güvenliği için hasta güvenliği kültürü önem arz etmektedir. Kurumlar da yöneticiler hasta güvenliği kültürünü artırmak için çalışanları desteklemelidirler. Hasta güvenliği ile ilgili iletişim, çalışan gelişimi, iş birliği ve ödül motivasyon sistemini kurmalıdırlar. Yöneticilere düşen diğer bir görev ise çalışanların pozitif psikolojilerini üst seviyelere çıkarmaktır. Aksi halde çalışanlarda sinizm gibi negatif

duygulanımlar meydana gelebilmektedir. Bu durum da davranışlarına aksedip hasta güvenliği kültürüne bir tehdit unsuru oluşturup zarar verebilmektedir (18). Hasta güvenliği için hastanelerde gerekli önlemleri almalıdırlar. Bu çalışmanın özel bir hastanede yapılması ve örneklemin 220 kişi olması bir kısıtlılıktır. Hastanenin büyüklüğünün ve örneklem sayısının daha fazla olduğu hastanelerde çalışma tekrar edilebilir.

KAYNAKÇA

1. Kaya, S. (2009). Hasta Güvenliği Kültürü Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir? Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi, 1(1), 32-34.
2. Çiçek, A. (2012). Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüş ve Tutumlarının İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
3. Arslanoğlu, A. (2018). "Kalite Yönetimi" Hastane Yönetiminde 4 Boyut, N. Gemlik (Ed.), Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
4. Akalın, H. E. (2014). Hasta Güvenliği Kültürü Dergisi, 32, 64-67.
5. Altındiş, M. (2014). Hasta Güvenliği ve Komplasyonlar. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 32, 68-73.
6. Domnariu, C. D., (September 2012), Patient Safety Culture at Organizational Level. Public Health and Management, Acta Medica Transilvanica; 2(3): 145-147.
7. Tosun, N. , Demirtaş, İ. , Şencan, İ. , Güler, H. , Öztürk, A. ve Tarhan, D. (Ed.) (2012). SKS Işığında Kalite cilt 1. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Pozitif Matbaa, Ankara.
8. Ovalı, F. (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 1(1), 33-43.
9. Akman, B. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü İle İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
10. AHRQ (2013). Environmental Scan of Patient Safety Education and Training Programs. AHRQ Publication No. 13-0051-EF, American Institutes for Research Washington, DC.
11. Kear, T., ve Ulrich, B. (2015). Patient Safety and Patient Safety Culture in Nephrology Nurse Practice Settings: Issues, Solutions, and Best Practices. Nephrology Nursing Journal, 42(2), 113-122.
12. Johnstone M. J. ve Kanitsaki O. (2006), "Culture, language, and patient safety: Making the link", Int J Qual Health Care, vol.18(5), pp. 383-388.
13. Pronovost, P ve Sexton, B. (2005), "Assessing safety culture: guidelines and recommendations", Quality and Safety in Health Care, vol.14, pp. 231-233.
14. Korkmazer, F., Yıldız, A. ve Ekingen, E. (2016). Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 4(2),141-154
15. Soydan, H ve Arslanoğlu, A. (2010). Bir eğitim araştırma hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Birimlerindeki Hasta Güvenliği Konusundaki Uygulamaları Değerlendirmeleri. 2.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, 329-344, Nisan 2010, Antalya.
16. Filiz, E. (2009). Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi.
17. Alptekin, Z., Arslanoğlu, A. ve Erdoğan, A. (2016). Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarını SKS Öncesi ve Sonrası Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması, Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 3(1), 17-25.
18. Keçeli, S. (2019). "Sinizm" Sağlık Kurumlarında Örgütsel Davranış, A. Arslanoğlu (Ed.), Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.

Hand washing behavior of international Cyprus University Dialysis Technician Students

Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi Diyaliz Teknikerliği öğrencilerinin el yıkama davranışları

Nurdan Dikmen , Afet Arkut, Feray Gökdoğan

Author Information/

Yazar Bilgileri :
International Cyprus University Faculty
of Health Sciences, Lefkoşa, KKTC

Key Words:
Hand Hygiene, Hand Washing,
Dialysis Technician Student, Behavior

Anahtar Kelimeler:
El Hijyeni, El Yıkama, Diyaliz
Teknikerliği Öğrencisi, Davranış

Address for correspondence /
Yazışma Adresi:
Nurdan Dikmen,
International Cyprus University Faculty
of Health Sciences, Lefkoşa, KKTC,
ipekk.nrd@gmail.com

Received Date/
Gönderme Tarihi:
16.12.2019

Accepted Date/
Kabul Tarihi:
22.03.2020

Published Online/
Yayımlanma Tarihi:
31.03.2020

ABSTRACT

Objective: This study was carried out to evaluate the behaviors and hand hygiene practices of the dialysis associate program students. **Materials and methods:** A questionnaire was conducted with face-to-face interviews with students from the first and second year students of the dialysis associate degree program of the Cyprus International Vocational School of Health Sciences. The data were analyzed in SPSS Version 21.0 statistical package program. Frequency test was used to analyze the data. **Results:** In our study, it was found that dialysis technician students were aware of the importance of hand hygiene and their visual awareness in reducing the incidence of infections acquired both from the society and in the hospital as a result of the education they received. **Conclusion and suggestions:** It is thought that in order for students to carry out hygienic hand washing procedures completely and accurately, their awareness should be increased and they should be used as a habit by repeating information both theoretically and practically.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma Diyaliz ön lisans programı öğrencilerinin el yıkama alışkanlıklarına ilişkin davranışlarını ve el hijyeni uygulamalarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve yöntem:** Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Meslek Yüksekokulu diyaliz ön lisans programı birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinden ulaşılabilen öğrenciler ile yüz yüze görüşülerek anket yapılmıştır. Veriler SPSS Versiyon 21.0 istatistiksel paket programında analiz edilmiştir. Verilerin analizinde frekans testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmamızda diyaliz teknikerliği öğrencilerinin almış oldukları eğitim sonucunda hem toplumdaki hem de hastanede edinilen enfeksiyonların insidansının azaltılması ve önlenmesinde el hijyeninin önemini bilincinde oldukları ve görsel farkındalıklarının yüksek olduğu bulunmuştur. **Sonuç ve öneriler:** Öğrencilerin hijyenik el yıkama prosedürlerini eksiksiz ve doğru bir şekilde yerine getirebilmesi için farkındalıklarının artırılması, hem teorik hem de uygulama olarak bilgilerin sürekli tekrar edilerek alışkanlık haline getirmelerinin sağlanması gerektiği düşünülmektedir.

INTRODUCTION

In addition to the positive developments in the field of health in recent years, the rapid increase of hospital infections has a negative impact on the quality of health services. Nosocomial infections due to insufficient hygiene and insufficient application of prevention methods constitute a major health problem. One of the risk factors of nosocomial infections is hand hygiene. However, the most effective, inexpensive and practical way to prevent nosocomial infections is hand hygiene. In this study, our aim is to evaluate the behaviors and hand hygiene practices of dialysis associate degree students. The universe of this descriptive and observational study consisted of the first and second year students of dialysis associate degree program of International Vocational School of Health Sciences

of Cyprus University. In order to obtain the data, evaluation of the hygienic handwashing application and face-to-face questionnaire were used. Frequency test was used for data analysis. The questionnaire included questions about the students hand hygiene habits in their daily lives, the necessity of hand hygiene education for health personnel, the opinions of health personnel about handwashing to prevent hospital infection, and awareness of handwashing poster in the laboratory. The hygienic handwashing, handwashing application steps of the first and second year students of the Dialysis Associate Degree Program were observed by the instructor and 100% of first grade students and 75% of second grade students performed hand washing in accordance with hand hygiene procedures. Of the second grade students, 80% of the students who could not perform proper hand hygiene were male and 20% were female students. It was

seen that 60% of the students who could not perform the right hand hygiene application were rubbing by rotating the right hand tips on the palm of the left hand and rubbing the left hand fingertips on the right hand, and 60% did not apply the procedures of rubbing the palms and the fingers between each other. As a result of the survey, according to the handwashing practices, it was seen that 100% of the participants washed their hands before the meal and 92.3% after the meal. It was found that 42.3% before entering the toilet and 100% washing their hands after entering the toilet. 100% of the participants think that health personnel should wash their hands before contact with the patient, 96.2% before and after invasive procedures, and 100% after contact with blood body fluids and secretions. As a result of this study conducted for the candidates of dialysis technicians, it is thought that students should be aware of in order to perform hygienic handwashing procedures completely and correctly and it should be ensured that the information is repeated by making use of both theoretical and practical habits.

In the development and increase of nosocomial infections, the hands of healthcare workers and the transportation of pathogenic microorganisms between patients play a major role as 20-40% (1). Despite the importance of hand hygiene in the control of nosocomial infections, despite the importance given to this issue and the guidelines prepared, it is an important problem that compliance with hand hygiene is insufficient in health workers and regular and frequent hand washing habits are not maintained (2). It has been observed that approximately 30–50% of hospital infections decrease with hand hygiene compliance (3). Therefore, it is important to make plans for individual, institutional and environmental factors and to adopt effective strategies for improving hygiene compliance (4). Among the strategies aiming to increase compliance with hand hygiene, training of healthcare workers constitutes the most critical step especially during patient care (5) and health workers should be sensitive about hand hygiene and support to maintain hand washing behaviors. In this context, in our study, we aimed to identify deficiencies in the handwashing behaviors of dialysis program students and to develop strategies to improve hygienic handwashing habits.

MATERIALS AND METHODS

In this study, handwashing behaviors of International Cyprus University Dialysis Technician students were evaluated. The universe of this descriptive and observational study consisted of the first and second year students of the dialysis associate degree program of the Vocational School of Health Sciences of Cyprus

International University. The sample was not random and all the students who could be reached were included in the study. The data were obtained in two stages. In the first stage, the hygienic handwashing training was given according to the World Health Organization in the dialysis laboratory where the hygienic handwashing poster was hung by the responsible instructor. One week later, the students were given hygienic hand washing and handwashing application steps according to the checklist handwashes are observed by the instructor and marked as "sufficient" or "inadequate".

Hand washing control steps wetting the whole hand surface, taking soap into the palm, spreading the soap into the palm, rubbing the back and fingers between the left hand with the right hand, rubbing the back and fingers between the right hand with the left hand, rubbing the palms and fingers between each other, clamping the fingers into the palms. rubbing, rotating the right thumb to be taken into the left palm, rubbing each other, and rubbing the right thumb to be taken into the right palm, right hand fingertips rotating on the left hand palms, left hand fingertips rotating on the right hand palms, rinsing hands with water, dry hands completely with disposable towels and closing with disposable towel.

In the second stage, a face-to-face questionnaire was applied. For this study, written informed consent and permission from the institution were obtained for participation in the study, which included informing that Dialysis students were conducted to determine their behaviors about hand hygiene. Questionnaire including questions about age, gender and classes, how often students wash their hands, what they use for hand cleaning, how to dry their hands, method, before-after meal, before-after-toilet, before-contact with animals, after cough-sneeze hand hygiene habits in their daily lives, necessity of hand hygiene training for health personnel, before and after contact of health personnel with patient, before-after invasive procedures, after infection with blood body fluids and secretion the opinions of health personnel including handwashing opinions about handwashing to prevent hospital infection and handwashing poster awareness in the laboratory were included. After the questionnaire application, the data obtained with the questionnaire forms were transferred to the database created in electronic environment. Data were analyzed in SPSS Version 21.0 statistical package program.

RESULTS AND DISCUSSION

In this study, hygienic hand washing behaviors of dialysis technician candidates were evaluated.

In the first stage, one week after the hygienic handwashing training given by the instructor, the students were asked

to perform hygienic handwashing and it was observed whether handwashing was sufficient according to the checklist of handwashing application steps.

As a result of the observation, it was found that 100% of first grade students and 75% of second grade students performed hand washing in accordance with hand hygiene procedures. Of the second year students, 80% of the students who could not perform proper hand hygiene were male and 20% were female students. It was seen that 60% of the students who could not perform the right hand hygiene application were rubbing by rotating the right hand tips on the palm of the left hand and rubbing the left hand fingertips on the right hand, and 60% did not apply the procedures of rubbing the palms and the fingers between each other.

According to the World Health Organization (WHO), the most reliable way of measuring compliance with hand hygiene rules is the observation method. In this context, Karaoğlu and Akin reported that 2.2% of the handwashing practices performed by the nurses were washing the hands with the right technique (6). Karabey et al. found that the frequency and technique of hand washing were insufficient as a result of their study in an intensive care unit (7). Aktuğ Demir et al. found that only 26% of hand hygiene applicators used the right technique (8).

Handwashing time and technique determine the handwashing efficiency (9). In our study, it is seen that the majority of the students perform the hygienic hand washing application with the right technique. This means that the candidates of dialysis technicians have performed hand washing effectively.

In the second stage of our study, 26 students (10 girls and 16 boys) were included in the questionnaire application for International Cyprus University Dialysis program students. 7 of the students are first grade and 19 are second grade. The mean age of the research group was 20.04. (Table 1)

Table 1. Characteristics of dialysis students

Features	N	%
Gender		
Woman	10	38.5
Male	16	61.5
Which grade		
Class	7	26.9
Class	19	73.1

The hand hygiene behavior of the research group is given in Table 2.

Table 2. Hand Hygiene Behavior of Dialysis Students in Daily Life

Hand Hygiene Behavior	N	%
Does he wash his hands after a cough-sneeze?		
Yes	12	46.2
No	2	7.7
Sometimes	12	46.2
Does he wash his hands before meal?		
Yes	26	100
No	-	-
Sometimes	-	-
Does he wash his hands before he goes to the toilet?		
Yes	11	42.3
No	7	26.9
Sometimes	8	30.8
Does he wash his hands after he goes to the toilet?		
Yes	26	100
No	-	-
Sometimes	-	-
Does he wash his hands after contact with animals?		
Yes	21	80.8
No	1	3.8
Sometimes	4	15.4
Does he wash his hands after entering the house from the outside?		
Yes	23	88.5
No	1	3.8
Sometimes	2	7.7

According to handwashing, 46.2% of the participants wash their hands after cough-sneeze, 46.2% sometimes wash, 7.7% do not. It was seen that 100% of the hands washed before the meal and 92.3% after the meal.

It was found that 42.3% of the participants had washed their hands before entering the toilet, 30.8% had sometimes washed, 26.9% had not washed, and 100% had washed their hands after entering the toilet. After contact with animals, it was found that 80.8% was washing their hands, 15.4% was washing sometimes and 3.8% was not washing their hands.

It was seen that 88.5% of the participants washed their hands after entering the house from outside, 7.7% sometimes did, and 3.8% did not.

In the study of Turkmen and Bakir's health technician candidates' knowledge, behaviors and attitudes related to hand hygiene, 97.7% before-after contact with animals, 95.4% before-after meal, 72.5% before food contact - 91.4% of them were washing their hands (10).

Ergin et al. in their study with Pamukkale University students found that 70.6% of them washed their hands after eating, and 74.6% of them washed their hands after contact with animals, and 90.8% of them contacted the animals (11).

It is known that food-borne infections, which have become a serious problem, can be reduced by 50% or more by handwashing method. As a result of our study, the high percentage of handwashing before and after a meal and after entering the toilet shows that awareness is high. This is an important finding in terms of controlling foodborne diseases.

As shown in Table 3, it was found that 100% of our participants used liquid soap and water as hand washing product. It was determined that 69.2% of them used disposable paper towels as hand drying method.

Table 3. Handwashing and drying method of dialysis students

	N	%
What is it used as a hand washing product?		
Water only	-	-
Mold soap and water	-	-
Liquid soap and water	26	100
What is the method of hand drying?		
Hand dryer	-	-
Disposable towels / paper	18	69.2
Other	6	23.1
Unanswered	2	7.7

Karaoğlu and Akın according to the results of the survey conducted with nurses they stated that 47.6% of the nurses used water and antiseptic soap for hand cleaning, 30.2% of them used water and 17.5% of normal soap and only 4.8% of them used antiseptic solution for hand hygiene (6).

The liquid soap and water use of the participants is high and in some countries the use of water and soap varies. According to the annual research report published by the global handwashing partnership in 2015, this rate is 70.4% in Afghanistan and 49-77% in India (12).

Inadequate drying or inadequate drying after washing hands is also a source of infection. Therefore, it will be an important step in infection control to be trained in the field of health care for those who will use or receive the correct drying method after handwashing.

Table 4. Dialysis Students' Health Personnel's Views on Hand Hygiene

Hand Hygiene of Health Personnel	N	%
Is hand hygiene training required for Health Personnel?		
Yes	26	100
No	-	-
I do not know	-	-
What is the role of the health worker in the prevention of hospital infections)		
Important	26	100
Not important	-	-
I do not know	-	-
Should Medical Staff wash their hands before contact with the patient?		
Always	26	100
Sometimes	-	-
Never	-	-
I do not know	-	-
Should health personnel wash their hands before invasive procedure?		
Always	-	-
Sometimes	25	96.2
Never	-	-
I do not know	-	-
Should medical personnel wash their hands after invasive procedure?		
Always	25	96.2
Sometimes	1	3.8
Never	-	-
I do not know	-	-
Should health personnel wash their hands after contact with blood, body fluids and secretions?		
Always	26	100
Sometimes	-	-
Never	-	-
I do not know	-	-

When the views of dialysis technician students about the hand hygiene of the health personnel were examined, it was found that 100% of the participants thought that hand hygiene training was needed for health personnel and that health worker had an important role in hospital infections.

Again, it was determined that 100% of the health personnel should be washed before contact with the patient, 96.2% before and after invasive procedures, and 100% after contact with blood body fluids and secretions.

Karaoğlu and Akın according to the survey they conducted with nurses reported that 41.3% of the nurses washed their hands before contact with the patient. In addition, after contact with the patient, 44.4% reported that they frequently wash their hands and 49.2% always wash their hands, 68.3% of nurses' hands after contact with body fluid reported that they always wash their hands and 25.4% frequently wash their hands (6).

Toraman et al. in their study, the rate of hand washing before contact with the patient and 70% after, and 81% after contact with body fluids (13).

Tibbalis et al. found that the rate of hand washing was 12.4% before contact with the patient and 10.6% after patient contact. (14)

Aktuğ Demir et al. reported that health care workers provided hand hygiene most frequently after contact with the patient (88.3%) (8).

Our opinions about health hygiene of health personnel were higher than the literature. The reason for this is thought to be due to the recent training of the students.

Table 5. Hand Hygiene Training and Applications of Dialysis Students

	N	%
Health Professionals Is it necessary to hand hygiene education?		
Yes	26	100
No	-	-
I do not know	-	-
Has he been trained in hand hygiene?		
Yes	25	96.2
No	1	3.8
Did he see the handwash banner in the laboratory?		
Yes	24	92.3
No	2	7.7
Did he read the handwash banner in the laboratory?		
Yes	24	92.3
No	2	7.7

When dialysis students were evaluated about hand hygiene education and practices, it was found that 100% of them thought that hand hygiene education was necessary for health workers and 96.2% of them received hand hygiene education. In addition, it was determined that 92.3% of them saw and read the poster hanging in the laboratory environment where hand hygiene education and application were made. Aktuğ et al. in their study on the level of knowledge of hand workers about hand hygiene and compliance with hand hygiene, it was found that 80.4% of the participants received hand hygiene training and 19.6% did not receive training (8).

Karaoğlu and Akın reported that nurses need training because of their negative knowledge and attitude in terms of hand washing indications. (6)

The findings obtained in our study show that dialysis technician students are aware of the importance of hand hygiene in reducing and preventing the incidence of infections acquired both from the community and in the hospital as a result of the education they have received and their visual awareness is high.

RESULT

There are many risk factors in the formation of nosocomial infections that become a public health problem, some of which belong to the host and some of them belong to hospital and health personnel. One of these risk factors is the insufficiency of hand hygiene which is the cause of 20-40% of hospital infections. Proper hand hygiene can reduce the rate of infection from health care services by preventing the spread of nosocomial pathogens. For this reason, the strict follow-up of the standard handwash procedure of clinical staff and patients is essential to patient care in dialysis centers, as is the case everywhere. In this context, as a result of the study conducted for the candidates of dialysis technicians, it is thought that students should be aware of in order to perform hygienic handwashing procedures completely and accurately, and it should be ensured that the knowledge is repeated and repeated as a habit both in theory and practice.

REFERENCES

1. Yurttaş A, Kaya A, Engin R. Examination of hand hygiene compliance and hospital infections in a university hospital's intensive care unit: Retrospective study. *Journal of health sciences and occupations*. 2017;4 (1):1-7. doi:10.17681/hsp.115490.
2. Erkan T. Evaluation of hand washing behavior of nurses [master's thesis]. Edirne: Trakya University Institute of Health Sciences; 2010.
3. Lucet JC, Rigaud MP, Mentre F, Kassis N, Deblangy C, Andremont A, Bouvet E. Hand contamination before and after different hand hygiene techniques: a randomized clinical trial. *J Hosp Infect*. 2002;50:276-280.
4. World Health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: A Summary. Geneva, Switzerland: 2009.
5. Longtin Y, Sax H, et al. Patients' Beliefs and Perceptions of Their Participation to Increase Healthcare Worker Compliance with Hand Hygiene. *Infect Control Hosp Epidemiol* September 2009, 30, (9): 830-9.
6. Karaoğlu MK, Akin S, Nurses' Views on Hand Washing Habits and Evaluation of Hand Hygiene Compliance Ratios. *Journal of Education and Research in Nursing* 2019; 16 (1): 33-40.
7. Karabey S, Ay P, Nakipoğlu Y, Derbentli Ş, Esen F. Examination of the frequency of hand washing in the light of detailed microbiological examination results in an Intensive Care unit.. *Journal of ANKEM*.2001; 15: 114-123.
8. Aktuğ Demir N, Kölgelir S, Küçük A, Özçimen S, Sönmez B, Saltuk, D, et al. Healthcare professionals level of knowledge about hand hygiene and compliance with hand hygiene. *Nobel Med*. 2013;9 (3):104-9.
9. Boyce JM, Pittet D. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for hand hygiene in health-care settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR Recomm Rep* 2002; 51: 1-45.
10. Türkmen L, Bakır B. Evaluation of Knowledge, Behaviors and Attitudes Related to Health Technician Candidates' Hand Hygiene (Routine / Hand Washing). *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*. 2017; 6 (3): 122 – 127
11. Ergin A, Bostancı M, Önal Ö, Bozkurt Aİ, Ergin N. Evaluation of students' social hand washing knowledge, practices, and skills in a university setting. *Cent Eur J Public Health*. 2011; 19 (4): 222-227.
12. The State of Handwashing in 2015. The Global Public-Private Partnership for Handwashing. <http://globalhandwashing.org/>
13. Toraman AR, Battal F, Çaşkurulu Gürel A, Korkmaz F. Hand washing habits of health personnel in the intensive care unit. *New Medical Journal*. 2009;26:85-9.
14. Tibbalis J. Teaching hospital medical staff to handwash. *MJA* 1996; 164: 395.