



Cilt/Volume :5 Sayı/Issue :3 Yıl/Year :2019 (ARALIK) ISSN-2149-6161

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND
STRATEGIES RESEARCH



İÇİNDEKİLER

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: KEŞİTSEL BİR ARAŞTIRMA
EVALUATION OF HEALTHY LIFE STYLE BEHAVIOUR OF VOCATIONAL SCHOOL OF HEALTH SERVICES' STUDENTS: A CROSS SECTIONAL RESEARCH (Sait SÖYLER, Doğançan ÇAVMAK , Emine ATALAY) (Araştırma makalesi 257-270)

BİR DEVLET HASTANESİ PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE TANI GRUPLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ
THE ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND DIAGNOSTIC GROUPS OF PATIENTS ADMITTED TO A PSYCHIATRIC OUTPATIENT CLINIC AT A PUBLIC HOSPITAL (Ümit ARSLAN) (Araştırma makalesi 271-279)

TÜRKİYE'DE ORGAN BAĞIŞI ÜZERİNDE ETKİLİ FAKTÖRLERİN KÜMELEME ANALİZİ İLE İNCELENMESİ
CLUSTER ANALYSIS OF FACTORS AFFECTING THE INVESTIGATION ON ORGAN DONATION IN TURKEY (Dr. Öğretim Üyesi Hülya ŞEN, Eda Nur AZAK) (Araştırma makalesi 280 -290)

TÜRKİYE'DE ÖZEL HASTANELERE VE DEVLET HASTANELERİNE YÖNELİK ELEKTRONİK ŞİKÂyetLERİN İNCELENMESİ
INVESTIGATION OF ELECTRONIC COMPLAINTS TOWARDS PRIVATE AND PUBLIC HOSPITALS IN TURKEY (Dr. Öğr. Üyesi Fatih ŞANTAŞ, Dr. Öğr. Üyesi Gülcan ŞANTAŞ, Prof. Dr. Gülsün ERİGÜÇ) (Araştırma makalesi 291- 301)

SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN KARIYER PLANLAMA VE GELİŞTİRME UYGULAMALARINA YÖNELİK GÖRÜŞLERİ
HEALTH MANAGERS' VIEWS ON CAREER PLANNING AND DEVELOPMENT APPLICATIONS (Çiğdem YILDIZ, Doç. Dr. Aygül YANIK) (Araştırma makalesi 302-314)

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARININ HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ
THE EFFECT OF TOTAL QUALITY MANAGEMENT PRACTICES ON PATIENT SATISFACTION(Doç. Dr. Selma ALTINDİŞ, İsmail BİÇER, Derya KARABAY) (Araştırma makalesi 315 – 326)

ENGELLİLERİN MESLEKİ EĞİTİMİ VE İSTİHDAMI
VOCATIONAL EDUCATION AND EMPLOYMENT OF THE DISABLED (Ömer Faruk AVER) (Derleme makale 327-354)

SAĞLIK MESLEK MENSUPLARININ MESLEKLERİYLE İLGİLİ YASAL SORUMLULUKLARI VE YÜKÜMLÜLÜKLERİ
LEGAL RESPONSIBILITIES AND OBLIGATIONS OF HEALTH PROFESSIONAL PROFESSIONALS (Dr. Öğr. Üyesi Gülay TAMER) (Derleme makale 355-366)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

Usaysad Derg, 2019; 5(3):257-270 (Araştırma makalesi)

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: KESİTSEL BİR ARAŞTIRMA

EVALUATION OF HEALTHY LIFE STYLE BEHAVIOUR OF VOCATIONAL SCHOOL OF HEALTH SERVICES' STUDENTS: A CROSS SECTIONAL RESEARCH

Sait SÖYLER

Tarsus Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, saitsoyler@tarsus.edu.tr,
orcid.org/0000-0002-7915-0073

Doğancan ÇAVMAK

Sorumlu Yazar Tarsus Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Sağlık Kurumları İşletmeciliği
Programı, dogancavmak@tarsus.edu.tr, orcid.org/0000-0002-3329-4573

Emine ATALAY

Tarsus Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı,
emineatalay@tarsus.edu.tr, orcid.org/0000-0002-1911-4951

Makale gönderim-kabul tarihi (20.07.2019-25.11.2019)

Özet

Sağlık hem bireyler açısından hem de toplumsal anlamda çok yönlü etkisi olan bir kavramdır. Toplumların sağlık düzeylerinin yükselmesi ile beraber refahının arttığı da gözlenmektedir. Dolayısıyla hemen her ülke sağlık statüsünün yükseltilmesi için çaba sarf etmektedir. Burada sağlığın belirleyicileri olarak ifade edilen unsurlar önem arz etmektedir. Zira bir ülkede sağlık hizmetlerinin kalitesi, çevresel koşulların sağlıklı olması gibi unsurların yanı sıra sosyal çevre, kültürel alışkanlıklar ve bu unsurların bireysel davranışlar üzerinde etkisi de göz ardı edilmemelidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak ifade edilen bu davranışlar bireylerin ve dolayısıyla toplumun sağlık düzeyinin en önemli belirleyicilerinden bir tanesidir. Bu kapsamda bu çalışmanın amacı sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda öğrenim gören üniversite öğrencilerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek ve bu doğrultuda öneriler geliştirmektir. Araştırmada veri toplama aracı olarak "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II" ölçeği ve demografik bilgi formu kullanılmıştır. Araştırma bir vakıf üniversitesinin sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden 309

257

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(SÖYLER, S / ÇAVMAK, D / ATALAY, E)

öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarının ortalama veya ortalamanın altında olduğu, anne eğitim durumu ve sağlık eğitimi alıp almama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Anne eğitim seviyesi yüksek olan öğrencilerin ve sağlık eğitimi alan öğrencilerin diğer öğrencilere göre daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda genç bireylerin ve özellikle üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının teşvik edilmesi için aile, toplum ve eğitim kurumlarının bütüncül bir yaklaşımla çaba göstermesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Üniversite Öğrencileri

Abstract

Health is a multi-faceted concept both in terms of individuals and social sense. It is observed that the welfare of societies increases with increasing health levels. Therefore, almost every country makes efforts to improve health status. In this context, the elements expressed as determinants of health are important. In addition to the factors such as the quality of health services and the the environment in a country, the social environment, cultural habits and the effects of these elements on individual behaviors cannot be ignored. These behaviors, which are expressed as healthy lifestyle behaviors, are one of the most important determinants of health status of individuals and therefore of society. In this context, the aim of this study is to evaluate the healthy lifestyle behaviors of university students at a Vocational School of Health Services and to make suggestions. "Healthy Lifestyle Behaviors II" scale and demographic information form have been used as data collection tools. The research has been conducted in a vocational school of health services at a foundation university, and 309 students who voluntarily agreed to participate in the study have been included. In the study, it has been found that the scores of healthy lifestyle behaviors of the students are average or below the average and there are statistically significant differences according to maternal education status and whether or not to receive health education ($p<0.05$). It has also been determined that the students with high maternal education level and those received health education have higher mean scores than the other students. In this direction, it is recommended that family, community and educational institutions should make a holistic approach in order to promote healthy lifestyle behaviors of young individuals and especially university students.

Keywords:Health, Healty Lifestyle Behaviors, University Students

GİRİŞ

Sağlık kavramı içeriğinde birden fazla boyutu barındırmaktadır. 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tüzüğünde yapılan tanımlamada sağlık; bedensel, ruhsal ve sosyal boyutlara atıfta bulunularak irdelenmiştir (<https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>; Erişim Tarihi:25.06.2019). İyilik hali (wellbeing), hastalığın olmayışı gibi ifadelerle birlikte de açıklanan sağlıklı olma halinin belirleyicileri oldukça çeşitlidir. Birey ve toplumun sağlıklı bir yaşam sürmesini sağlamak için, sağlık hizmetlerinin varlığı gerek şart olmasına rağmen, yeter şart değildir. Hatta belirli bir noktadan itibaren, sağlık hizmetinin varlığı ve kullanımını etkisini yitirmekte, sosyal ve ekonomik faktörlerin ağırlığı artmaktadır. Temiz su kaynağına ulaşım, doğru beslenme, iyi barınma koşulları, iyi bir eğitim alma ve yeterli gelir sahibi olmak gibi faktörlerin sağlıklı olma hali üzerinde büyük etkileri vardır. Tüm bu koşullarla koşut olarak, bireylerin kendi yaşam stillerini, sağlıklı davranışlara yöneltmesi, bilgi ve farkındalığını arttırması, sağlık hizmeti kullanım ihtiyacını azaltmakta, toplumun iyilik halini yükseltmektedir. Dolayısıyla, toplumun tüm kesimlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları farkındalığı kazanması önem arz etmektedir. Bu davranış biçimlerinin eğitim hayatı süreci içerisinde de değerlendirilmesi, yaşamın geri kalanı için önemli bir husustur. Bu yönde plan ve programlar için doğru ölçüm ve verilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada, sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda öğrenim gören üniversite öğrencilerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek ve bu doğrultuda öneriler geliştirmek amaçlanmıştır.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Sağlık statüsü bir toplumun gelişmişlik düzeyini değerlendirmekte kullanılan temel ölçütlerden biridir. Bir toplumu oluşturan bireylerin bir bütün olarak sahip oldukları sağlıkla ilgili göstergeler, o toplumun sağlık statüsünü göstermektedir. Doğumda beklenen yaşam, mortalite oranları ve sebepleri, morbidite oranları ve sebepleri gibi göstergeler sağlık statüsünü tanımlamaktadır. Sağlık statüsünün belirleyicilerinin (etkileyen faktörlerin) neler olduğu üzerinde çalışılan bir alan olmuştur. Günümüzde, sağlık statüsünün yalnızca sağlık hizmetleri tüketimine bağlı olmadığı, sağlığın sosyal belirleyicilerinin de olduğu kabul görmüştür. Bu sosyal belirleyiciler; çevre, bireysel davranışlar, kalıtsal faktörler, ekonomik faktörler, demografik unsurlar şeklinde ifade edilebilir (Exworthy, 2008). Bu noktada sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ön plana çıkmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi, birey ve toplumun, bilgi ve farkındalıklarının artırılması yoluyla sağlık potansiyelinin geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve iyilik düzeyinin artırılması çabası olarak ifade edilebilir (Özkan ve Yılmaz, 2008).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, sağlığın sosyal bileşenlerinden biri olduğu görülmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireylerin kendi sağlık durumları ile ilgili sorumluluk duygusunu geliştirmesi, yaşamını hastalıkları önleyecek, iyilik halini uzatacak şekilde organize etmesini ifade etmektedir (Karadeniz ve diğ., 2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının içeriğinde, doğru beslenme, tütün ürünlerinin kullanımını terk etme, alkol kullanımını kısıtlama, hareketli bir yaşam, düzenli fiziksel aktivite, aile ve iş yaşamında denge, stres yönetimi, sosyal beceri kazanma, eğitim gibi bir dizi unsur bulunmaktadır. DSÖ, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, sağlık tanımı ile benzer bir noktada, hastalık ve ölüm riskini büyük oranda azaltan, hayatın daha keyifli yaşanmasını sağlayan ve bireyin sosyal, ruhsal ve fiziksel olarak tam iyilik haline katkıda bulunan davranış biçimleri olarak tanımlamaktadır (WHO, 1999).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanma sürecinde, ilk olarak bireylerin mevcut yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi gerekmektedir. Bilgi ve tutum eksikliğinin ortaya konulması, eğitim ve destek sürecinin önemli veri kaynaklarıdır. Sonrasında, bireylerin doğru yönde eğitilmesi ve desteklenmesi gerekmektedir. Bireyin öğrendiği ve farkındalık kazandığı davranış biçimlerini birer tutum haline getirerek, hayatına aksettirmesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanılmış olur. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışları için istek ve heves duyması önemli bir husustur. Gönüllü katılım sağlanmadan yapılan uğraşlar sonuçsuz kalacaktır (Vural ve Bakır, 2015).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanma süreci insan hayatının her aşamasında yer almalıdır. İlk adımlar aile yaşamında başlamalı, eğitim kurumları, sağlık hizmeti sunucuları, sivil toplum ve dayanışma örgütleri tarafından desteklenmelidir (Yalçınkaya ve diğ., 2007).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının edinilmesi günümüzün değişen sosyal ve ekonomik yaşamı için daha da önemli bir hale gelmiştir. Beslenme bozuklukları, sağlıksız gıdalar, tütün kullanımı, iş stresi, madde ve ilaç bağımlılıkları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için önemli sorunlardır. Bu sorunlarla mücadele için, sağlıklı yaşam biçimi davranışları farkındalığı kritik bir noktada yer almaktadır. Çünkü bu tür yaşam bozukluklarının, yalnızca sağlık hizmetleri ile tedavi ve yok edilmesi mümkün değildir (Farhud, 2015).

Literatür incelendiğinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili olarak farklı örneklerde çok sayıda çalışma yapıldığı görülmektedir. Araştırmalardan bazıları üniversite öğrencileri üzerinde yoğunlaşırken (İlhan ve diğ., 2010; Ünal ve diğ., 2007; Özyazıcıoğlu ve diğ., 2011; Tuğut ve Bekar, 2008; Kocaakman, 2010; Kostak ve diğ., 2014; Tambağ, 2011), bazı araştırmalarda ise farklı sağlık çalışanı gruplarının, hekimlerin ve özellikle de hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları irdelenmiştir (Çakır ve diğ., 2015; Ege ve diğ., 2003; Altay ve diğ., 2015, Şimşekoğlu ve Mayda, 2016; Özkan ve Yılmaz, 2008). Öğrenciler üzerinde gerçekleştirilen çalışmalar çoğunlukla sağlık alanıyla

ilgili eğitim alan öğrencilerin bulunduğu fakültelerde/yüksekokullarda gerçekleştirilmeleriyle beraber genel öğrenci kitlesi üzerinde gerçekleştirilen çalışmalar da mevcuttur. Sağlık personeli üzerinde gerçekleştirilen çalışmalarda ise farklı meslek gruplarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları irdelendiği gibi farklı birimlerde görev alan aynı meslekten bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları da değerlendirilmiştir. Öte yandan öğrenci veya sağlık çalışanı olmayan çeşitli farklı örneklerde gerçekleştirilen çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmaların bazılarında yaşlı bireyler örnekleme alınırken (Softa ve diğ., 2016), bazı çalışmalarda ise çeşitli hastalıklarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları irdelenmiştir (Küçükberber ve diğ., 2011; Savaşan ve diğ., 2013; Ardahan ve Temel, 2006). Bu çalışmaların dışında literatürde özellikle kadınlar üzerinde gerçekleştirilen çalışmaların da yer aldığı görülmektedir (Demir ve Arıöz, 2014; Arslan ve Ceviz, 2007).

Bu çalışma kapsamında üniversite öğrencilerinin değerlendirilmiş olmasının sebebi, üniversite hayatının bireylerin bağımsız davranışlar sergileyebildiği ve yaşam biçimlerini artık kendilerinin belirleyebildiği bir dönem olmasıdır. Çalışmanın amacı ise, sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda öğrenim gören üniversite öğrencilerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerini belirlemek, bu davranışları etkileyen demografik ve kültürel faktörleri irdellemek ve öneriler geliştirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Araştırma gözlemsel tipte ve kesitsel bir araştırma olma özelliği göstermektedir. Araştırmada veri toplama yöntemi olarak ölçek kullanılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Kullanılan ölçek Walker vd., (1987) tarafından geliştirilen ve 1996 yılında revize edilen, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve diğ., (2008) tarafından gerçekleştirilen “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II”dir (Bahar ve diğ., 2008). Ölçek 52 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. 4 seçenekli Likert formatındadır ve ölçekten alınabilecek minimum puan 52, maksimum puan ise 208’dir. Araştırma kapsamında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve demografik bilgileri içeren bir bölüm olmak üzere iki bölümlü bir anket formu oluşturulmuş ve katılımcılara uygulanmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın katılımcıları İstanbul ilinde yer alan bir vakıf yükseköğretim kurumunun sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda öğrenim görmekte olan 309 öğrencidir. Araştırmanın gerçekleştirildiği dönemde kurumda 510 öğrenci öğrenim görmekteydi. Araştırmada örneklem alma yoluna gidilmemiş olup çalışma evrenini oluşturan 510 öğrenciye ulaşılmaya çalışılmıştır. Katılımcılar gönüllü olarak araştırmaya katılmış ve araştırmaya katılmayı kabul edip, anket formunu eksiksiz bir şekilde yanıtlayan 309 öğrenci araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma geçerlilik ve güvenilirliği tespit edilmiş ve yaygın olarak kullanılan bir ölçek ile yürütüldüğü ve girişimsel bir işlem veya özellikli bir grup içermediği için etik kurul onayına ihtiyaç duyulmamıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma kapsamında aşağıdaki hipotezler test edilmiştir;

H_{1a}: Katılımcıların cinsiyetlerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H_{1b}: Katılımcıların sağlık eğitimi alıp almamalarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

- H_{1c}: Katılımcıların beraber yaşadıkları kişi sayısına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- H_{1d}: Katılımcıların yaşadıkları yere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- H_{1e}: Katılımcıların baba eğitim durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- H_{1f}: Katılımcıların anne eğitim durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Verilerin Analizi

Araştırmada ilk olarak tanımlayıcı istatistikler değerlendirilmiş ardından hipotez testlerine geçilmiştir. Araştırmanın verilerinin normal dağılıma uygun olduğu ($p \geq 0.05$) tespit edilmiştir. İki kategorili grup ortalamaları arasındaki farkın incelenmesinde bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla kategorili grup ortalamaları arasındaki farkın incelenmesinde ise anova testinden faydalanılmıştır. $P < 0.05$ düzeyi anlamlı kabul edilmiştir. Analizlerde IBM SPSS Statistics Version 20.00 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programı kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamında öncelikle katılımcıların demografik ve kişisel bilgilerine ilişkin tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir. Demografik ve kişisel bilgilere ilişkin tanımlayıcı istatistikler tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

DEĞİŞKEN		n	%
Cinsiyet	Kadın	204	66
	Erkek	105	34
Sağlık Eğitimi Ders	Evet	254	82,2
	Hayır	55	17,8
Kaç Kişiyle Yaşıyor	1-4 Kişi	202	65,4
	4’ten Fazla	107	34,6
Nerde Yaşıyor	Aile evi	208	67,3
	Öğrenci Evi	36	11,7
	Öğrenci Yurdu	65	21
Anne Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	43	13,9
	İlk-Ortaokul	186	60,2
	Lise	59	19,1
	Üniversite	21	6,8
Baba Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	7	2,3
	İlk-Ortaokul	191	61,8
	Lise	77	24,9
	Üniversite	34	11
TOPLAM		309	100

Katılımcıların %66’sı kadındır. %82,2’si sağlık eğitimi ile ilgili bir ders almış, %65,4’ü 1-4 kişi ile beraber, %67,3’ü aile evinde yaşamaktadır. Katılımcıların anne eğitim durumu %60,2, baba eğitim durumu ise %61,8 oranında ilk-ortaokul düzeyindedir. Katılımcıların demografik ve kişisel bilgilerine ilişkin tanımlayıcı istatistiklerin ardından genel ölçek ve alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler

hesaplanmıştır. Bu kapsamda katılımcıların genel ölçek ve alt boyutlarından aldıkları minimum ve maksimum puanlar ile ortalama ve standart sapmalar tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Genel Ölçek ve Alt Boyutlarına İlişin Tanımlayıcı İstatistikler

DEĞİŞKEN*	Min	Max	Ort.	SD
Genel Ölçek	77	200	129,45	20,86
Sağlık Sorumluluğu	9	36	20,69	4,89
Fiziksel Aktivite	8	32	17,29	5,01
Beslenme	9	33	19,89	4,29
Manevi Gelişim	11	36	26,58	4,85
Kişilerarası İlişkiler	13	36	25,61	4,31
Stres Yönetimi	9	32	19,38	4,08

Katılımcıların genel ölçekten aldıkları minimum puan 77, maksimum puan 200’dür. Genel ölçek puan ortalaması 129,45±20,86’dır. Genel ölçekten alınabilecek ortalama puanın 130 olduğu göz önünde bulundurulduğunda katılımcıların genel ölçek puanları ortalamanın altında kalmaktadır. Sağlık sorumluluğu alt boyutunda alınan minimum puan 9, maksimum puan 36’dır. Sağlık sorumluluğu puan ortalaması 20,69±4,89 olarak hesaplanmıştır. Burada alınabilecek ortalama puan 22,5’tir ve katılımcılar sağlık sorumluluğu alt boyutundan ortalamanın altında puan almışlardır. Fiziksel aktivite alt boyutunda alınan minimum puan 8, maksimum puan 32 ve ortalama puan 17,29±5,01’dir. Bu alt boyutta alınabilecek ortalama puan 20’dir ve katılımcılar fiziksel aktivite alt boyutundan ortalamanın altında bir puan almışlardır. Beslenme alt boyutunda alınan minimum puan 9, maksimum puan 33’tür. Ortalama ise 19,89±4,29 olarak hesaplanmıştır. Bu alt boyuttan alınabilecek ortalama puan 20’dir ve katılımcılar ortalamanın altında bir puan almışlardır. Manevi gelişim alt boyutunda minimum puan 11, maksimum puan 36, ortalama ise 26,58±4,85’tir. Bu alt boyutta alınabilecek ortalama puan 22,5’tir ve katılımcılar ortalamanın üzerinde puan almışlardır. Kişiler arası ilişkiler alt boyutunda katılımcılar minimum 13, maksimum 36 ve ortalama 25,61±4,31 puan almışlardır. Bu alt boyutta alınabilecek ortalama puan 22,5’tir ve katılımcılar ortalamanın üzerinde puan almışlardır. Stres yönetimi alt boyutunda ise katılımcıların aldıkları minimum puan 9, maksimum puan 32 ve ortalama puan 19,38±4,08’dir. Bu alt boyutta alınabilecek ortalama puan 20 olup, katılımcıların bu alt boyutta ortalamanın altında puan aldığı tespit edilmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre genel ölçek ve alt boyutlarına ilişkin farklılıklar analiz edilmiştir. Analize ilişkin tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 3. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

		Ortalama	t*	p
Genel Ölçek	Kadın	128,78	-,792	,429
	Erkek	130,77		
Sağlık Sorumluluğu	Kadın	20,76	,369	,713
	Erkek	20,55		
Fiziksel Aktivite	Kadın	16,49	-4,010	,000
	Erkek	18,84		
Beslenme	Kadın	19,70	-1,079	,282
	Erkek	20,25		
Manevi Gelişim	Kadın	26,56	-,111	,912
	Erkek	26,62		
Kişilerarası İlişkiler	Kadın	25,76	,869	,386
	Erkek	25,31		
Stres Yönetimi	Kadın	19,49	,659	,510
	Erkek	19,17		

**Bağımsız Gruplarda T testi*

Katılımcıların cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösteren tek alt boyut fiziksel aktivite alt boyutudur ($p < 0.05$). Bu alt boyut dışında ne genel ölçek ne de diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p \geq 0.05$). Fiziksel aktivite alt boyutundan kadın ve erkeklerin almış oldukları puanlar incelendiğinde bu alt boyutta erkeklerin daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Buna göre erkeklerin fiziksel olarak daha aktif oldukları ifade edilebilir.

Katılımcıların sağlık eğitimi alıp almama durumlarına göre genel ölçek ve alt boyutlarına ilişkin farklılıklar analiz edilmiştir. Analize ilişkin tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 4. Katılımcıların Sağlık Eğitimi Alıp Almamalarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

		Ortalama	t*	p
Genel Ölçek	Evet	130,56	2,134	,034
	Hayır	123,92		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	21,09	3,310	,001
	Hayır	18,70		
Fiziksel Aktivite	Evet	17,57	2,175	,030
	Hayır	15,94		
Beslenme	Evet	19,92	,292	,770
	Hayır	19,74		
Manevi Gelişim	Evet	26,66	,793	,429
	Hayır	26,09		
Kişilerarası İlişkiler	Evet	25,87	2,456	,015
	Hayır	24,29		
Stres Yönetimi	Evet	19,43	,464	,643
	Hayır	19,14		

**Bağımsız Gruplarda T testi*

Katılımcıların sağlık eğitimi alıp almama durumlarına göre genel ölçek ve alt boyutlardan sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve kişilerarası ilişkilere ilişkin istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimine ilişkin ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p \geq 0.05$). Katılımcılardan sağlık eğitimi ile ilgili bir ders almış olanlar hem genel ölçek hem de alt boyutlarından daha yüksek ortalamalar almışlardır.

Katılımcıların kaldıkları yerde beraber yaşadıkları kişi sayısına göre genel ölçek ve alt boyutlarına ilişkin farklılıklar analiz edilmiştir. Analize ilişkin tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 5. Katılımcıların Beraber Yaşadıkları Kişi Sayısına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

		Ortalama	t*	p
Genel Ölçek	1-4 kişi	129,32	-,153	,878
	4'ten fazla	129,71		
Sağlık Sorumluluğu	1-4 kişi	20,79	,498	,619
	4'ten fazla	20,50		
Fiziksel Aktivite	1-4 kişi	17,46	,814	,416
	4'ten fazla	16,97		
Beslenme	1-4 kişi	19,90	,062	,951
	4'ten fazla	19,86		
Manevi Gelişim	1-4 kişi	26,41	-,870	,385
	4'ten fazla	26,91		
Kişilerarası İlişkiler	1-4 kişi	25,47	-,763	,446
	4'ten fazla	25,86		

Stres Yönetimi	1-4 kişi	19,28	-,608	,544
	4'ten fazla	19,57		

**Bağımsız Gruplarda T testi*

Katılımcıların beraber yaşadıkları kişi sayısına göre genel ölçek ve alt boyutlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p \geq 0.05$).

Katılımcıların yaşadıkları yere göre genel ölçek ve alt boyutlarına ilişkin farklılıklar analiz edilmiştir. Analize ilişkin tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 6. Katılımcıların Yaşadıkları Yere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

	Değişken	Ort.	Std. Sapma	F*	p
Genel Ölçek	Aile Evi	128,81	20,79	,421	,657
	Öğrenci Evi	129,44	20,73		
	Öğrenci Yurdu	131,53	21,36		
	Toplam	129,45	20,86		
Sağlık Sorumluluğu	Aile Evi	20,53	4,92	,472	,624
	Öğrenci Evi	20,66	4,45		
	Öğrenci Yurdu	21,21	5,07		
	Toplam	20,69	4,89		
Fiziksel Aktivite	Aile Evi	17,29	5,10	,401	,670
	Öğrenci Evi	17,88	5,58		
	Öğrenci Yurdu	16,95	4,38		
	Toplam	17,29	5,01		
Beslenme	Aile Evi	19,81	4,33	,130	,878
	Öğrenci Evi	19,91	4,13		
	Öğrenci Yurdu	20,12	4,31		
	Toplam	19,89	4,29		
Manevi Gelişim	Aile Evi	26,37	4,63	1,353	,260
	Öğrenci Evi	26,25	5,44		
	Öğrenci Yurdu	27,46	5,15		
	Toplam	26,58	4,85		
Kişilerarası İlişkiler	Aile Evi	25,57	4,28	,234	,792
	Öğrenci Evi	25,30	4,56		
	Öğrenci Yurdu	25,89	4,31		
	Toplam	25,61	4,31		
Stres Yönetimi	Aile Evi	19,22	4,05	,668	,514
	Öğrenci Evi	19,41	4,17		
	Öğrenci Yurdu	19,89	4,15		
	Toplam	19,38	4,08		

**Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)*

Gerçekleştirilen analiz neticesinde katılımcıların yaşadıkları yere göre genel ölçek ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilememiştir ($p \geq 0.05$).

Katılımcıların baba eğitim durumuna göre genel ölçek ve alt boyutlarına ilişkin farklılıklar analiz edilmiştir. Analize ilişkin tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 7.Katılımcıların Baba Eğitim Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

	Değişken	Ort.	Std. Sapma	F*	p
Genel Ölçek	Okur-Yazar Değil	127,71	16,90	1,304	,273
	İlk-Orta Okul	127,73	18,50		
	Lise	132,07	24,41		
	Üniversite	133,58	24,86		
	Toplam	129,45	20,86		
Sağlık Sorumluluğu	Okur-Yazar Değil	19,00	5,88	2,287	,079
	İlk-Orta Okul	20,27	4,33		
	Lise	21,18	5,71		
	Üniversite	22,32	5,43		
	Toplam	20,69	4,89		
Fiziksel Aktivite	Okur-Yazar Değil	15,57	3,30	1,137	,334
	İlk-Orta Okul	16,97	4,70		
	Lise	17,92	5,55		
	Üniversite	17,97	5,60		
	Toplam	17,29	5,01		
Beslenme	Okur-Yazar Değil	19,28	4,71	1,261	,288
	İlk-Orta Okul	19,57	3,86		
	Lise	20,28	4,79		
	Üniversite	20,91	5,18		
	Toplam	19,89	4,29		
Manevi Gelişim	Okur-Yazar Değil	27,57	3,40	,428	,733
	İlk-Orta Okul	26,39	4,51		
	Lise	27,03	5,44		
	Üniversite	26,41	5,60		
	Toplam	26,58	4,85		
Kişilerarası İlişkiler	Okur-Yazar Değil	26,85	3,62	,454	,715
	İlk-Orta Okul	25,47	4,26		
	Lise	25,59	4,71		
	Üniversite	26,17	3,81		
	Toplam	25,61	4,31		
Stres Yönetimi	Okur-Yazar Değil	19,42	3,10	1,249	,292
	İlk-Orta Okul	19,04	3,72		
	Lise	20,05	4,65		
	Üniversite	19,79	4,74		
	Toplam	19,38	4,08		

*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Gerçekleştirilen analiz neticesinde katılımcıların baba eğitim durumuna göre genel ölçek ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilememiştir ($p \geq 0.05$).

Katılımcıların anne eğitim durumuna göre genel ölçek ve alt boyutlarına ilişkin farklılıklar analiz edilmiştir. Analize ilişkin tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 8. Katılımcıların Anne Eğitim Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

	Değişken	Ort.	Std. Sapma	F*	p
Genel Ölçek	Okur-Yazar Değil	126,27	23,98	7,057	,000
	İlk-Orta Okul	126,50	18,80		
	Lise	136,23	20,74		
	Üniversite	143,14	23,28		
	Toplam	129,45	20,86		
Sağlık Sorumluluğu	Okur-Yazar Değil	19,67	5,26	7,394	,000
	İlk-Orta Okul	20,03	4,48		
	Lise	22,45	4,94		
	Üniversite	23,71	5,42		
	Toplam	20,69	4,89		
Fiziksel Aktivite	Okur-Yazar Değil	16,39	5,05	5,924	,001
	İlk-Orta Okul	16,69	4,54		
	Lise	18,67	5,58		
	Üniversite	20,47	5,55		
	Toplam	17,29	5,01		
Beslenme	Okur-Yazar Değil	19,06	4,81	4,875	,003
	İlk-Orta Okul	19,51	3,97		
	Lise	20,67	4,34		
	Üniversite	22,71	4,62		
	Toplam	19,89	4,29		
Manevi Gelişim	Okur-Yazar Değil	26,88	5,02	2,850	,038
	İlk-Orta Okul	25,98	4,78		
	Lise	27,69	4,57		
	Üniversite	28,19	5,22		
	Toplam	26,58	4,85		
Kişilerarası İlişkiler	Okur-Yazar Değil	25,86	4,57	3,708	,012
	İlk-Orta Okul	25,02	4,09		
	Lise	26,57	4,41		
	Üniversite	27,57	4,59		
	Toplam	25,61	4,31		
Stres Yönetimi	Okur-Yazar Değil	18,39	4,63	2,127	,097
	İlk-Orta Okul	19,24	3,72		
	Lise	20,15	4,44		
	Üniversite	20,47	4,64		
	Toplam	19,38	4,08		

*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Gerçekleştirilen analiz sonuçlarına göre katılımcıların anne eğitim durumuna göre genel ölçek ve alt boyutlarına (stres yönetimi dışında) ilişkin istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Stres yönetimi alt boyutuna ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p \geq 0,05$). Tespit edilen anlamlı farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını incelemek üzere post-hoc testi (tukey) gerçekleştirilmiştir. Buna göre genel ölçeğe ilişkin farklılığın temel kaynağının okur yazar olmayan grup ile üniversite mezunu grup arasındaki farklılık olduğu tespit edilmiştir. Sağlık sorumluluğu alt boyutunda ise okur yazar olmayan grup ile hem lise hem de üniversite mezunu gruplar arasında farklılık vardır ($p < 0,05$). Ayrıca ilk-orta okul mezunları ile de hem lise hem de üniversite

mezunu grupları arasında farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Fiziksel aktivite alt boyutunda okur yazar olmayan grup ile üniversite mezunu grup arasında farklılık vardır ($p<0,05$). Aynı zamanda ilk-orta okul grubu ile lise ve üniversite mezunu gruplar arasında da farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Beslenme alt boyutunda okur yazar olmayan grup ile üniversite mezunu grup arasında, ayrıca ilk-ortaokul mezunu grup ile yine üniversite mezunu grup arasında farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Manevi gelişim alt boyutunda her ne kadar anova sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiş olsa da, gruplar arasındaki farklılıkların değerlendirildiği post-hoc analizinde fark bulunamamıştır ($p\geq 0,05$). Kişilerarası ilişkiler alt boyutuna ilişkin olarak ilk-ortaokul mezunları ile üniversite mezunları arasında farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları literatürde sıklıkla çalışılmış bir konu olma özelliği göstermektedir. Sağlık algısının, sağlık arama davranışlarının, sağlık tüketimi alışkanlıklarının ve nihayetinde sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin davranışların çok kısa sürede çok hızlı bir şekilde değişmesi, gelişen ve faydalarının yanında yüksek miktarda bilgi kirliliği de içeren internetin yaygın kullanımı gibi durumlar, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili çalışmaların güncelliğini korumasını sağlamaktadır. Literatürde her ne kadar öğrenciler üzerinde gerçekleştirilen çalışmalar yer alsada, bu çalışmalar ya sağlık bilimleri fakülte/yüksekokulları ile sınırlı kalmış ya da genel öğrenci profili ile çalışılmıştır. Literatürde karşılaşılan sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin örnekleme alındığı tek çalışma Şen ve diğ., (2017) tarafından gerçekleştirilmiştir. Şen ve diğ., (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışmada Dicle Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinden sadece birinci sınıfta öğrenim görmekte olan 166 kişi örnekleme dahil edilmiştir. Bu çalışmada ise İstanbul ilinde yer alan bir üniversitenin sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda öğrenim görmekte olan bütün öğrencileri araştırmanın çalışma evrenini oluşturmakta ve daha geniş bir örneklem ile çalışmanın genellenebilirlik düzeyi artırılmaktadır.

Analiz sonuçlarına göre; ölçeğin alt boyutlarından en yüksek ortalamaya sahip boyut, $26,58\pm 4,85$ ile “manevi gelişim”, en düşük ortalamaya sahip boyut ise $17,29\pm 5,01$ ile “fiziksel aktivite boyutu” olmuştur. Benzer bir çalışmada, SYBD II genel ölçeğinden alınan toplam puan ortalaması $127,05\pm 20,35$, en düşük ortalamaya sahip boyut fiziksel aktivite ($15,03\pm 4,85$), en yüksek ortalamaya sahip boyut ise manevi gelişim ($26,71\pm 4,55$) olarak bulunmuştur (Vural ve Bakır, 2015). Hemşirelik öğrencileri ile 2014 yılında yapılan başka bir çalışmada ise, SYBD puan ortalaması $136,12\pm 19,16$ olarak hesaplanmıştır (Aksoy ve Uçar, 2014).

Cinsiyete göre yapılan değerlendirmede, yalnızca “fiziksel aktivite” alt boyutunda, erkeklerde ortalama daha yüksek olmak üzere, anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Yapılan bazı benzer araştırmalarda, sağlık sorumluluğu boyutunda, (İlhan ve diğ., 2010; Yalçınkaya ve diğ., 2007) ve beslenme alt boyutunda kız öğrenciler lehine anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Yalçınkaya ve diğ., 2007).

Sağlık eğitimi alan öğrencilerin, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve kişisel aktivite boyutlarından aldıkları ortalamaların, istatistiki olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. 2017 yılında yayınlanan bir makalede, sağlıklı yaşam biçimine yönelik verilen eğitimin, öğrencilerin yalnızca beslenme alışkanlıkları üzerinde anlamlı bir etki yarattığı tespit edilmiştir. Eğitim alan grubun, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi boyutlarında, eğitim almayan gruba göre herhangi bir anlamlı farklılık göstermedikleri ifade edilmiştir (Çoban ve diğ., 2017).

Araştırmanın önemli sonuçlarından bir diğeri, ölçekten alınan puan ortalamalarının, yaşanılan yer, kişi sayısı, baba eğitim durumu gibi faktörlere göre herhangi bir anlamlı farklılık göstermezken, anne eğitim durumunun stres yönetimi hariç olmak üzere tüm boyutlar nezdinde anlamlı bir farklılık yaratmış olmasıdır. Benzer bir çalışmada da bu yönde bulgular elde edilmiştir (Vural ve Bakır, 2015). 2010 yılında yapılan başka bir çalışmada ise, anne eğitim durumunun yalnızca sağlık sorumluluğu boyutu üzerinde anlamlı bir farklılık yarattığı tespit edilmiştir (Bozhüyük, 2010).

Araştırmanın sonucunda, öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının küçük bir farkla orta düzeyin altında kaldığı görülmüştür. Fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi boyutlarından alınan puanların düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler boyutunun ise, orta düzeyde olduğu görülmüştür. Kız öğrencilerin fiziksel aktivite; erkek öğrencilerin ise sağlık sorumluluğu ve beslenme gibi boyutlarda daha zayıf oldukları görülmüştür. Üniversite öğrencilerinin, üniversite hayatı boyunca, beslenme alışkanlıklarının kötü olduğu ifade edilebilir. Bu sonuçların altında yatan temel nedenin, üniversite yaşamının öğrenciye vermiş olduğu aileden kopma, bağımsız yaşama duygusu ve beslenme noktasında yeterli yetkinliğe sahip olmamak olabilir. Daha serbest ve düzensiz bir yaşam stiline, fast food alışkanlıklarının, beslenme koşullarını kötüleştiriyor olması muhtemeldir. Bu durumun, ileriki araştırmalarda özellikle irdelenmesi önerilir. Üniversite öğrencilerinin stres yönetimi noktasında da zayıf oldukları görülmektedir. Bu durumun temel sebebinin de bireysel sorumluluk anlayışındaki yetersizlik olması muhtemeldir. Üniversite hayatına kadar ailesi ile yaşayan bireyler, daha az sorumlulukla yüzleşmektedirler.

Anne eğitim düzeyinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında büyük bir etkisi olduğu görülmektedir. Bu durum, ailevi ilişkilerde kadının etkisini göstermesi bakımından da önemli bir husustur. Bilinçli ve eğitilmiş anneler, gelecek nesillerin yaşam biçimlerine olumlu etkiler sunabilmektedir. Üniversite yaşamı boyunca, ailesi ile güçlü ilişkilerini devam ettiren öğrencilerin, yaşam biçimi davranışlarındaki kötüleşmenin durdurulması veya iyileştirmelerin sağlanması muhtemeldir. Bu noktada, sağlıklı yaşam biçimi davranışları aile ve toplum tabanlı olarak kazandırılmaya çalışılmalıdır.

Eğitim davranış değişiklikleri için önemli bir araçtır. Ancak sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde, verilen eğitimlerin etkisinin zayıf olduğu görülmektedir. Bu durum verilen eğitimlerin nicelik ve nitelik olarak yeterliliklerinin sorgulanması ihtiyacını doğurmaktadır. Sağlık eğitimi konusunun, aileler, toplum, sağlık hizmet sunucuları, ilk-orta öğretim kurumları, liseler, üniversiteler ve sivil toplumun işbirliği ile irdelenmesi önemlidir. Bütüncül olmayan bir eğitimin, bireyler üzerindeki etkisi kuşkuludur. Aileden itibaren gerekli yönlendirmeleri almayan bireylerin davranışlarının, eğitim süreci içerisinde düzeltilmesi daha zor olmaktadır. Aynı şekilde, ilk ve orta öğrenimde eksik kalan eğitim temelini, üniversite yaşamında doldurulması da zorlaşmaktadır. Dolayısı ile bütüncül bir bakış açısı ile, ailelerin, toplumun ve öğrencilerin eğitimine önem verilmesi gerekmektedir.

Çalışmanın en önemli kısıtlarından biri, zaman ve ekonomik şartlardan dolayı İstanbul ilindeki bir meslek yüksekokulunda yapılmış olmasıdır. Ayrıca, çalışmanın sonuçları bireylerin puanlamış oldukları ölçek önermeleri ile kısıtlıdır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik araştırmaların, aileler, eğitimciler ve öğrenciler üzerinde, daha geniş örneklemeler ile analiz edilmesi, ayrıca bireylerin davranışlarının yönünü ve sebeplerini açıklayabilmek için nitel ve boyamsal araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aksoy, T., Uçar, H. (2014). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 53-67.
- Altay, B., Çavuşoğlu, F., Güneştaş, İ. (2015). Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8(1), 12-18.
- Ardahan, M., Temel, A.B. (2006). Prostat kanserli hastalarda yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı ilişkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 22(2), 1-14.
- Arslan, C., Ceviz, D. (2007). Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 21(5), 211-220.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kıssal, A. (2008). C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1), 1-13.
- Bozhüyük, A.(2010) Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Uzmanlık tezi.
- Çakır, M., Piyal, B., Aycan, S. (2015). Hekimlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi: tıp fakültesi tabanlı kesitsel bir çalışma. Ankara Medical Journal, 15(4), 209-219.
- Çoban, A., Adana, F., Taşpınar, A., Arslantaş, H. (2017). Üniversite Öğrencilerine Verilen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dersinin Etkinliğinin Ölçülmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(1):16-21.
- Demir, G., Arıöz, A. (2014). Göç eden kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 1(2), 1-8.
- Ege, E., Zincir, H., Güneş, G., Bilgin, N. (2003). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik-yeterlik düzeylerinin incelenmesi. Toplum ve Sosyal Hizmet, 14(2), 83-92.
- Ertop, N. G., Yılmaz, A., Erdem, Y. (2012). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimleri. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14(2), 1-7.
- Exworthy, M(2008). Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. Health Policy and Planning. 23:318-327.
- Farhud, D.D.(2015). Impact of Lifestyle on Health. Iran Journal of Public Health. 44(1):1442-1444.
- İlhan, N., Batmaz, M., Akhan, L.U. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 3:16-22.
- Karadeniz, Gülten., Uçum, Emre. Yanıkkereem., Dedeli, Özden., Karaağaç, Öznur. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, TAF PrevMedBull, 7 (6), 497- 502.
- Kocaakman, M. (2010). İstanbul ilindeki hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 17(2), 19-24.
- Kostak, M. A., Kurt, S., Süt, N., Akarsu, Ö., Ergül, G. D. (2014). Hemşirelik ve Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. TAF Preventive Medicine Bulletin, 13(3), 189-196.

- Küçükberber, N., Özdilli, K., Yorulmaz, H. (2011). Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyol Dergisi*, 11, 619-26.
- Özkan, S., Yılmaz, E.(2008). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*.3: 89-105.
- Özyazıcıoğlu, N., Kılıç, M., Erdem, N., Yavuz, C., & Afacan, S. (2011). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(2), 277-289.
- Savaşan, A., Ayten, M., Ergene, O. (2013). Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 4(1), 1-6.
- Softa, H., Bayraktar, T., Uğuz, C. (2016). Yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 9(1), 1-12.
- Şen, M. A., Ceylan, A., Kurt, M. E., Palancı, Y., Adın, C. (2017). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 44(1), 1-12.
- Şimşekoğlu, N., Mayda, A. (2016). Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 19-29.
- Tambağ, H. (2011). Hatay sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(2), 47-58.
- Tuğut, N., Bekar, M. (2008). Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 17-26.
- Ünalın, D., Şenol, V., Öztürk, A., Erkorkmaz, Ü. (2007). Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2), 101-109.
- Vural, P.I. Bakır, N. (2015). Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(1):36-42.
- WHO(1999). What Is A Healthy Lifestyle. WHO Regional Office for Europe Copenhagen.
- Yalçınkaya, M., Özer, G.F., Karamanoğlu, A.Y. (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6):409-420.

**BİR DEVLET HASTANESİ PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE TANI GRUPLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**THE ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIODEMOGRAPHIC
CHARACTERISTICS AND DIAGNOSTIC GROUPS OF PATIENTS ADMITTED TO
A PSYCHIATRIC OUTPATIENT CLINIC AT A PUBLIC HOSPITAL**

Ümit ARSLAN

Sağlık Bakanlığı umitars@hotmail.com

orcid.org/0000-0002-9781-3723

Makale gönderim-kabul tarihi (15.07.2019-15.11.2019)

Özet

Bu çalışmada bir kamu hastanesinde psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve tanıları incelenmiştir. Çalışma retrospektif bir çalışma olup çalışmada Ocak-Aralık 2017 tarihleri arasında bir yıllık sürede polikliniğe başvuran 18.630 hasta kaydı değerlendirmeye alınmıştır. Hastaların % 67,6'sı (n=12608) kadın, %32,3'ü (n=6022) erkektir. Ortalama yaş 42.02 ± 17.30 yıl olarak bulunmuştur. ICD (uluslararası hastalık sınıflaması) tanı kodlarına göre konulan tanıları incelendiğinde; anksiyete bozuklukları % 53,75 (n=10013), duygudurum bozuklukları % 37.56 (n=6998), somatoform bozukluklar % 0.91 (n=169), psikotik bozukluklar % 4,53 (n=161), demans % 0,89, mental retardasyon % 0,38 (n=70) ve diğer durumların % 1,99 (n=371) oranında olduğu görülmüştür. Psikiyatrik rahatsızlıkların içerisinde en çok anksiyete bozukluğu tanısının yer aldığı ve genç grupta (19-30) daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun üzerinde değişen yaşam koşullarının etkili olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri polikliniği, sosyo demografik faktörler, psikiyatrik tanı.

Abstract

The study examines the sociodemographic characteristics and diagnoses of the patients admitted to the psychiatric outpatient clinic at a public hospital. It is a retrospective study, and 18,630 patient records were evaluated in one year between January and December 2017. 67.6% (n=12608) of the patients are female, and 32.3% (n=6022) are male. The mean age is 42.02 ± 17.30. According to the diagnoses based on the diagnostic codes of International Classification of Diseases (ICD), it was found out that the diagnostic ratio of anxiety disorders was 53.75% (n=10013), mood disorders were 37.56% (n=6998), somatoform disorders were 0.91% (n=169), psychotic disorders were 4.53% (n=161), dementia were 0.89%, mental retardation was 0.38% (n=70), and other conditions consisted of 1.99%

(n=371). The most common psychiatric disorder was determined to be the anxiety disorder, and it was found to be higher with the young group (19-30). Changing living conditions are considered to have an effect on this result.

Keywords: Psychiatry polyclinic, socio-demographic factors, psychiatric diagnosis.

GİRİŞ

Değişen yaşam koşulları ile birlikte psikiyatrik rahatsızlıkların sosyo-demografik özelliklere göre görülme sıklığı da değişmektedir.

Psikiyatrik bozuklukların etiolojisi ve patogenezi konusunda ipuçları elde etmek ve risk gruplarını belirleyebilmek için epidemiyolojik çalışmalara gereksinim vardır. Gerçek durumu en iyi biçimde yansıtabilecek veriler ancak alan çalışmaları ile elde edilebilir. Ruh sağlığı hizmetlerini inceleyen araştırmalar ise alan araştırmalarından elde edilen bilgilere bu hizmetlerden yararlanmayı etkileyebilecek etmenler ve ileriye dönük projeler geliştirilmesinde yararlı olabilecek bilgiler eklemektedir (Goldman 1988, aktaran Özmen ve arkadaşları, 1994).

Epidemiyolojik yapılan birçok çalışma ruh sağlığı alanında, yaş ve cinsle ilişkili olarak farklı özellikler ortaya koymaktadır. Örneğin, 45 yaşın altındakilerde, 45 yaşın üstündekilere göre daha yüksek oranlarda mental bozukluklar saptanmıştır. Keza tüm depresyon ve yaygın anksiyete bozuklukları için kadımlar erkeklere göre daha fazla riske sahiptir. Aksine madde kullanım bozuklukları ve antisosyal kişilik bozuklukları erkeklerde sık görülmektedir. Toplumun %1'ini etkileyen şizofreni için de kadın ve erkeklerde benzer oranlar gösterilmiştir (Aktaran, Tümkaya vd, 2005)

Ruhsal bozuklukların yaygın görülmesine rağmen geç fark edilmesi sonucu erken tedavi edilememesi nedeni ile bu hastalıkların topluma maliyeti de yüksek olmaktadır. Tedavi edilemeyen ruhsal bozuklukların maliyetini toplum, hastalıkların sıkıntısını da aileleri ve sağlık personeli üstlenmektedir (Akt. Keskin ve arkadaşları, 2012).

Literatürde yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey gibi bazı sosyo-demografik özelliklerle, psikiyatrik hizmet veren kurumlara başvurma arasında ilişki olduğunu gösteren çeşitli çalışmalar mevcuttur. Toplumda değişen yaşam koşulları ile birlikte en çok görülen psikiyatrik rahatsızlıkların hangilerinin olduğu, hangi yaş grubunda ne tür psikiyatrik rahatsızlıkların tanındığının bilinmesi, psikiyatrik rahatsızlıkların erken teşhis ve tedavisine yönelik önlemlerin alınmasında önemli olacaktır. O nedenle güncel çalışmalara daha çok ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada bir devlet hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların sosyo- demografik özellikleri ve tanı ile ilgili verileri incelenmiştir.

Araştırmanın Amacı

Teknoloji ve diğer gelişmelerle birlikte değişen yaşam koşulları ve kültür sonucu kişilerin psikiyatrik ihtiyaçları da değişiklik göstermektedir. Bu çalışmada bir devlet hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların daha çok genel olarak hangi psikolojik rahatsızlıklar için hastaneye başvurduklarının tespit edilmesi amaçlanmıştır. Son dönemlerde benzer araştırmaların az olması bakımından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmada, bir devlet hastanesinin iki psikiyatri polikliniğine 01 Ocak 2017-31 Aralık 2017 tarihleri arasında başvuran 18.630 hasta kaydı değerlendirmeye alınmıştır. Çalışma retrospektif bir çalışma

olup hasta kayıtları incelenmiştir. İlgili hastanede tanılar ICD sınıflamasına göre düzenlenmektedir. Çalışmada tanılar yaş ve cinsiyet bakımından incelenmiştir.

Bulgular

a) Sosyodemografik Bulgular

Tablo 1’de polikliniğe başvuran hastaların cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Buna göre, psikiyatri polikliniğine, 01 Ocak-31Aralık 2017 tarihleri arasında başvuran hastaların %67,6’sı (n=12608) kadın, %32,3’ü (n=6022) erkektir. Ortalama yaş 42.02 ± 17.30 yıl olarak bulunmuştur.

Tablo 1. Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Polikliniğe Başvuru Sayısı

Yaş Grubu	Erkek		Kadın	
	Sayı	%	Sayı	%
0-18	207	1.1	435	2.3
19-30	1797	9.7	3353	18.0
31-45	1611	8.6	3662	19.6
46-64	1723	9.2	3744	20.1
65+	684	3.7	1414	7.6
	6.022	32.3	12.608	67.7
Genel toplam	18.630			

* % dağılımı hesaplaması toplam başvuru sayısına göre yapılmıştır.

b) Tanı ile ilgili bulgular

Tanılar belirli başlıklarda gruplandırılmıştır. Aşağıdaki tabloda polikliniğe başvuran hastaların yaş gruplarına göre tanı dağılımları görülmektedir.

Tablo 2. Polikliniğe Başvuran Hastaların Yaş Grubuna Göre Tanı Dağılımları

TANI GRUBU	YAŞ GRUBU										Toplam	%
	0-18	%	19-30	%	31-45	%	46-64	%	65+	%		
Duygudurum bozukluğu	42	0,6	1281	18,3	2095	29,9	2508	35,8	1072	15,3	6998	37,6
Anksiyete bozukluğu	533	5,3	3463	34,6	2710	27,1	2531	25,3	776	7,7	10013	53,7
Somatoform bozukluklar	6	3,55	34	20,1	68	40,2	57	33,7	4	2,4	169	0,9
Psikotik bozukluklar	5	0,6	162	19,2	323	38,3	288	34,1	66	7,8	844	4,5
Demans	0	0,00	0	0,00	0	0,00	16	9,7	149	90,3	165	0,9
Mental retardasyon	7	10,0	21	30,0	10	14,3	6	8,6	26	37,1	70	0,4
Diğer	49	13,2	189	50,9	67	18,1	61	16,4	5	1,3	371	2,0
Toplam başvuru sayısı											18.630	100

Poliklinikte ICD (International Classification of Diseases-Uluslararası Hastalık Sınıflandırma kodu) tanı kodlarına göre konulan tanılar incelendiğinde; duygudurum bozuklukları %37.6 (n=6998),anksiyete bozuklukları %53,7 (n=10013), somatoform bozukluklar %0.9 (n=169), psikotik bozukluklar % 4,5 (n=161), demans % 0,9, mental retardasyon % 0,4 (n=70) ve diğer durumların % 2,0 (n=371) oranında olduğu görülmüştür.

Yaş gruplarına baktığımızda duygudurum bozukluğu tanısının daha çok 30 yaş üzerinde daha fazla olduğu ve verilere göre en fazla 46-64 yaş grubunda (% 35,8) daha yüksek oranda görüldüğü anlaşılmaktadır. Bununla birlikte anksiyete bozukluğu tanısının 19-30 yaşları arasındaki grupta diğer gruplardan daha yüksek oranda tanımlandığı (% 34,6) saptanmıştır. Anksiyete bozukluğunun daha çok 19-30 yaş aralığında görüldüğü söylenebilir. Yine somatoform bozuklukların da 30-64 yaş arası grupta diğer gruplardan daha fazla görüldüğü anlaşılmaktadır. Psikotik bozuklukların 31-45 yaş grubunda (% 38,8) daha fazla tanımlandığı, demansın ise en çok 65 yaş üzeri grupta (% 90.3) tanımlandığı tespit edilmiştir.

Tablo 3. Tanıların Cinsiyete Göre Dağılımı

	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%		%
DUYGUDURUM BOZUKLUĞU	5088	27,3	1910	10,2	6998	37,6
Bipolar duygulanım bozukluğu	330	4,7	225	3,21	555	2,9
Depresif epizodlar	576	8,2	202	2,9	778	4,2
Depresif nöbet, tanımlanmamış	4182	59,7	1483	21,2	5665	30,4
ANKSİYETE BOZUKLUĞU	6661	35,7	3352	18,0	10013	53,7
Anksiyete bozuklukları diğer, tanımlanmış	5030	27,0	2610	13,9	7640	41,0
Karışık anksiyete ve depresif bozukluk	249	1,3	81	0,4	330	3,3
Obsesif-kompulsif bozukluk, tanımlanmamış	237	1,3	137	0,7	374	3,7
Sosyal fobi	51	0,3	49	0,3	100	1,0
Yaygın anksiyete bozukluğu	980	5,3	404	2,2	1384	7,4
Panik bozukluk [epizodik paroksizmal anksiyete]	114	0,6	71	0,4	185	1,8
SOMATOFORM BOZUKLUKLAR	84	0,5	85	0,5	169	0,9
PSİKOTİK BOZUKLUKLAR	403	2,2	441	2,4	844	4,5
DEMANS	107	0,6	58	0,3	165	0,9
MENTAL RETARDASYON	38	0,2	32	0,2	70	0,4
DİĞER	227	1,2	144	0,8	371	2,0
					18630	100

* % dağılımı hesaplaması toplam başvuru sayısına göre yapılmıştır.

Tablo 3’de tanıların cinsiyete göre dağılımı incelenmiştir. Duygudurum bozuklukları başlığı altında bipolar duygulanım bozukluğu, depresif epizodlar, depresif nöbet tanıları yer almaktadır. Polikliniğe başvuran toplam hasta sayısına göre hastaların tanıları incelendiğinde, duygudurum bozukluğunun kadınlarda (% 27,3), erkeklerden (% 10,2) daha fazla olduğu görülmektedir. Duygudurum bozukluğu başlığı altında en çok depresif nöbet, tanımlanmamış tanısı olduğu görülmektedir. Depresif nöbet tanısının 4182 (% 59,7) kadın hastaya ve 1483 (21,2) erkek hastaya konulduğu görülmektedir.

Anksiyete bozukluğu başlığı altında ise, anksiyete bozuklukları diğer tanımlanmış, karışık anksiyete ve depresif bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk-tanımlanmamış, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk (epizodik paroksizmal anksiyete) tanıları yer almaktadır.

Bu gruba bakıldığında anksiyete bozukluğu tanısının kadınlara (n=6661, %35,7) erkeklerden (n=3352, %18,0) daha fazla konduğu görülmektedir. Anksiyete bozukluğunun kadınlarda daha fazla görüldüğü söylenebilir.

Psikotik bozukluk tanısı konan hastalara bakıldığında ise erkeklerde bu oranın (% 2.4) kadınlardan biraz daha fazla olduğu (% 2.2) görülmektedir. Önceki çalışmalarda da psikotik bozukluklar ve özellikle şizofreninin erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Tümkaya vd. 2005). Psikotik bozuklukların erkeklerde kadınlardan biraz daha fazla görüldüğü söylenebilir.

Tablo 4. Kadın Hasta Başvurularının Tanı ve Yaş Grubuna Göre Dağılımı

		KADIN						
Tanı /	Yaş Grubu	0-18	19-30	31-45	46-64	65+	Toplam	%
Duygudurum Bozukluğu		29	921	1609	1813	716	5.088	40,4
	%	0,6	18,1	31,7	35,6	14,1		
Anksiyete Bozukluğu		371	2216	1853	1696	525	6661	52,8
	%	5,6	33,3	27,8	25,5	7,9		
Somatoform Bozukluk		6	12	39	24	3	84	0,7
Psikotik Bozukluklar		2	75	115	168	43	403	3,2
	%	0,5	18,6	28,5	41,7	10,7		
Demans		0	0	0	4	103	107	0,8
Mental Retardasyon		4	4	8	1	21	38	0,3
Diğer		23	125	38	38	3	227	1,8
Toplam Başvuru Sayısı		435	3372	3691	3786	1425	12608	
	%	3,4	26,6	29,2	30,0	11,3		100

Tablo 4'te kadınların tanı ve yaş gruplarına göre polikliniğe başvuru durumları görülmektedir. Duygudurum bozukluğu tanısı alan kadınların daha çok 31-64 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Anksiyete bozukluğu tanısı alan kadın hastaların daha çok 19-30 yaş grubunda olduğu, yaş grubu arttıkça bu oranın biraz düştüğü görülmektedir. Psikotik bozukluk tanısı alan hastaların yine 30 yaş üstünde daha fazla olduğu ve demans tanısının daha çok 65 yaş üstü hastalarda görüldüğü anlaşılmaktadır.

Tablo 5. Erkek Hasta Başvurularının Tanı ve Yaş Grubuna Göre Dağılımı

Tanı-Grubu	Yaş	ERKEK					Toplam	%
		0-18	19-30	31-45	46-64	65+		
Duygu durumu		13	360	486	695	356	1910	31,7
	%	0,7	18,9	25,6	36,4	18,6		
Anksiyete Bozukluğu		162	1247	857	835	251	3352	55,6
	%	4,8	37,2	25,6	24,9	7,5		
Somatoform			22	29	33	1	85	1,4
Psikotik Bozukluklar		3	87	208	120	23	441	7,3
	%	0,7	19,7	47,2	27,2	5,2		
Demans		0	0	0	12	46	58	0,9
Mental Retardasyon		3	17	2	5	5	32	0,5
Diğer		26	64	29	23	2	144	2,4
Toplam Başvuru Sayısı		208	1817	1658	1750	689	6022	
	%	3,5	30,1	27,5	29,1	11,4		100

Tablo 5'te erkek hastaların tanı ve yaş gruplarına göre polikliniğe başvuru durumları görülmektedir. Erkek hasta tanılarında duygudurum bozukluğu başlığındaki tanıların oranının en yüksek 46-64 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Bu durum kadınlar için de benzerdir. Anksiyete bozukluğu başlığına bakıldığında, anksiyete bozukluğu tanısının kadınlarda daha fazla konduğu görülmektedir. Anksiyete bozukluğu tanısının hem kadınlarda hem de erkeklerde 19-30 yaş grubunda daha fazla konduğu anlaşılmaktadır. Her iki cinste de genç yaş grubunda (19-30) anksiyete bozukluğunun daha yaygın olduğunu söyleyebiliriz. Psikotik bozukluk tanısı alan erkek hastaların yine 30 yaş üstünde daha fazla olduğu ve demans tanısının daha çok 65 yaş üstü hastalarda görüldüğü anlaşılmaktadır.

Her iki grupta da somatoform bozukluklar, mental retardasyon ve diğer tanıların toplam başvuru sayısı içerisinde oranı oldukça düşüktür. Anksiyete bozukluğu başlığı altındaki tanıların hem kadınlarda hem de erkeklerde 19-30 yaş grubunda daha fazla konduğu ve bu oranın ilerleyen yaş gruplarında azalmakta olduğu görülmüştür.

Bu verilerin sonuçlarına göre duygudurum bozuklukları tanısının daha çok orta yaş ve üzerinde görüldüğü ve 46-64 yaş grubunda diğer yaş gruplarından daha yüksek oranda tanılandığını söyleyebiliriz. Duygudurum bozukluğu başlığı altında hem erkeklerde hem de kadınlarda en fazla depresif nöbet tanısının konmuş olduğu (% 80.9) tespit edilmiştir.

18630 hasta başvurusunun genelinde % 53.7 oranında görülen anksiyete bozukluklarının alt tanıları incelendiğinde ise, anksiyete bozuklukları diğer tanımlanmış %76.3, karışık anksiyete ve depresif bozukluk % 3.3, obsesif-kompulsif bozukluk tanımlanmamış % 3.7, sosyal fobi % 1.0, yaygın anksiyete bozukluğu % 13.8 ve panik bozukluk ile ilgili % 1.8 oranında tanı konduğu görülmüştür.

TARTIŞMA

Psikiyatri polikliniğe kadınların (%67.7), erkeklerden (%32.3) daha fazla başvurduğu görülmüştür. Tanılara bağlı olarak başvurma nedenlerine yönelik araştırma yaparak kadınların neden daha fazla başvurduğunun sebepleri hakkında araştırma gereklidir. Başka çalışmalarda da benzer durum mevcuttur (Özmen vd, 1994; Tümkiye vd, 2005; Yağcı vd, 2014). Bununla birlikte kadınlarda ruhsal bozuklukların daha sık ve yaygın görülmesi biyolojik, ruhsal, toplumsal, kültürel ve sosyolojik nedenlere bağlanmıştır (Önen vd, 1995).

ICD tanı kodlarına göre konulan tanılar incelendiğinde sırasıyla anksiyete bozuklukları %53,7 (n=10013), duygudurum bozuklukları %37.7 (n=6998), psikotik bozukluklar % 4,53 (n=844), somatoform bozukluklar %0.9 (n=169), demans % 0.9, mental retardasyon % 0,4 (n=70) ve diğer durumların % 2.0 (n=371) oranında olduğu görülmüştür. Tümkiye ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları benzer çalışmada tanı konan hastalar arasında ilk duygudurum bozuklukları %40.9 (n=588) gelmekte ve onu sırası ile anksiyete bozuklukları %38.5 (n=555), somatoform bozukluklar % 11.4 (n=164) ve %5.1 (n=75) ile psikotik bozukluklar takip etmektedir.

Yağcı ve arkadaşlarının (2014) bir üniversite hastanesi polikliniğinde yaptıkları benzer çalışmada ise bu oranlar; duygudurum bozuklukları %56.5 (n=779), anksiyete bozuklukları %28.8 (n=398), somatoform bozukluklar %1.3 (n=19), psikotik bozukluklar %5.3 (n=74) şeklinde tespit edilmiştir. Çalışmada en çok tanı konan psikiyatrik rahatsızlığın duygudurum bozuklukları olduğu görülmektedir. Çalışmamızda en çok konulan tanı birinci sırada anksiyete bozuklukları gelmekte olup diğer tanı oranları ilgili çalışma ile benzerlik göstermektedir. Üçkardeş (2015) tarafından yapılan çalışmada ise 535 kişi incelenmiş ve en sık konulan tanının duygudurum bozuklukları (n=249, %44) olduğu görülmüştür. Daha sonra sırayla anksiyete bozuklukları (n=179, %32.5), psikotik bozukluklar (n=52, %9.4), uyum bozuklukları (n=26, %4.7) ve somatoform bozukluklar (n=21, %3,8) gelmektedir. Öyekçin (2008) tarafından yapılan çalışmada da duygudurum bozuklukları ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Özmen ve arkadaşları (1994) tarafından yapılan benzer çalışmada ise ilk sırada anksiyete bozuklukları tanısı yer almaktadır.

Toplam başvurular içerisinde duygudurum bozukluğu tanısının kadınlarda (%27,4) erkeklere göre (%10,2) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Özmen vd,1994; Tümkiye vd, 2005; Yağcı vd, 2014; Hacimusalar, 2019). Duygu durum bozukluğu başlığı altındaki tanıları alan hem kadın hem de erkek hasta grubunun daha çok 31-45 ve 46-64 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Çalışmada duygudurum bozukluğu tanısı oranının 46-64 yaş grubunda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Özmen ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğunda ise 50 yaştan büyük olanların oranının diğer tanılara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Mezzich ve arkadaşlarının çalışmasında da duygudurum bozukluklarının yaşlılarda gençlerden daha sık görüldüğü belirtilmektedir (aktaran, Tümkiye vd, 2005).

Anksiyete bozukluklarından yaygın anksiyete bozukluğu oranı % 7,4'dür. Özcan ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada dört aylık sürede psikiyatri polikliniğine ardışık başvuran toplam 950 hastanın 98'ine (% 10.3) yaygın anksiyete tanısı konmuştur. Sonuçlar bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Yine yaygın anksiyete bozukluğu kadınlarda daha yüksek oranda görülmektedir. Bir çok araştırma yaygın anksiyete bozukluğunun kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat fazla oranda görüldüğünü göstermiştir (Keller ve ark. 2002, Wittchen ve ark. 1994, Wittchen ve Hoyer 2001, aktaran, Özcan vd, 2006). Bu çalışmada da benzer bir sonuç görülmektedir. Hacimusalar ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan benzer çalışmada da kadınlarda depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarının daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.

Diğer benzer çalışmalarda anksiyete bozukluklarının ileri yaş gruplarında arttığı bildirilmiştir. Ancak bu çalışmada anksiyete bozukluklarının daha çok 19-30 yaş grubunda tanılandığı ve ileri yaş grubuna doğru tanılanan oranın azaldığı, bununla birlikte duygudurum bozuklukları tanısının ise 30 yaş üstünde gittikçe arttığı görülmüştür.

Psikotik bozukluk tanısı alan erkeklerin oranının (% 2.7) kadınlardan (%2.2) daha fazla olduğu görülmüştür. Yaş grubuna baktığımızda ise psikotik bozukluk tanısının kendi grubu içerisinde erkeklerde daha çok 31-45 (%47.2), kadınlarda ise 46-64 yaşları (%41,7) arasındaki grupta konulduğu anlaşılmaktadır.

Erkek ve kadın hastaların kendi grupları arasında konulan tanılara bakıldığında somatoform bozuklukları tanısının erkeklerde % 0.5, kadınlarda % 0.5, demans'ın; kadınlarda % 0.6, erkeklerde %

0.3 oranında olduğu ve mental retardasyon tanısının ise erkeklerde % 0.2, kadınlarda % 0.2 oranında konulduğu görülmüştür (Tablo 3).

Tanı ile cinsiyet arasındaki ilişki araştırıldığında çalışmamızda, kadınlarda duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluğunun erkeklere göre daha fazla tanılandığı görülmüştür. Psikotik bozukluk tanısı konan erkeklerin ise kadınlardan biraz daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. Önceki çalışmalarda da psikotik bozukluklar ve özellikle şizofreninin erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Tümkaya vd, 2005). Bununla birlikte Yağcı vd.'nin (2014) bu çalışmaya benzer nitelikte yaptığı çalışmada, psikotik bozuklukların kadın hastalarda daha fazla görüldüğü belirtilmiştir.

Öyekçin'in (2008) çalışmasında cinsiyet açısından somatoform bozukluklar, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozukluklarının kadınlarda; alkol bağımlılığı, kişilik bozuklukları ve psikotik bozuklukların ise erkeklerde anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışma sonucunda konulan tanılar incelendiğinde hastalara en çok anksiyete bozukluğu ve bağlı tanıların konduğu görülmüştür. İkinci sırada duygudurum bozukluğu tanısı yer almaktadır. Literatürdeki çalışmalarda bu tanıların en çok konulan tanılar arasında bazen ilk sırada, bazen ikinci sırada yer aldığı görülmüştür. Çalışmamızda elde edilen bulgular literatür bilgileri ile genelde uyumlu görünmektedir. Duygudurum bozukluğu tanısının 30 ve üstü yaşlarda arttığı ve kadınlarda daha çok görüldüğü tespit edilmiştir. Yine anksiyete tanısının hem erkekler hem de kadınlarda genç yaş grubunda (19-30) daha fazla konduğu anlaşılmıştır. Anksiyete tanısının genç grupta artışı geç grupların daha fazla psikolojik destek alması gerektiğini göstermektedir. Böylelikle sonraki dönemlerde oluşabilecek daha ağır psikolojik rahatsızlıkların oluşması önlenabilir, erken tanı ve tedavi ile psikolojik rahatsızlıklar azaltılabilir hale gelebilecektir.

Bu çalışma bir devlet hastanesi polikliniğine başvuran hastaları kapsamaktadır. O nedenle genel çıkarımlar yapılması için çalışmanın daha büyük evrenden oluşan kayıtlar üzerinden yapılması gerekmektedir. Bununla birlikte bu çalışma ile; değişen yaşam koşulları, kültür, teknoloji v.b. etkenler dolayısı ile kişilerin değişen psikolojik algı ve tepkileri sonucuna bağlı olarak psikiyatri polikliniğine başvurularda daha çok hangi psikolojik rahatsızlıkların görüldüğüne ilişkin bir çıkarım yapılması mümkün olabilecektir.

KAYNAKLAR

Hacımusalar, Y., Alperen, M., Karaaslan, Ö. (2019). "Yozgat İlinde Bir Yıl İçerisinde Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastaların Klinik Tanıları Ve Sosyodemografik Verilerinin Değerlendirilmesi" *Bozok Tıp Dergisi* 2019;9(2):132-37

Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U., Yenilmez, Ç. (2012) Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi, *Archives of Neuropsychiatry* 2013; 50: 344-351

Mezzich, S. E. DSM-III Disorders in a Large Sample Of Psychiatric Patients: Frequency and Specificity of Diagnoses. *Am J Psychiatry* 1989; 146:212-219.

Önen, F.R., Kaptanoğlu, C., Seber, G. (1995) "Kadınlarda Depresyonun Yaygınlığı ve Risk Faktörleriyle İlişkisi". *Kriz Dergisi*, 3(1-2), 88-103.

Öyekçin D., Ç. (2008) "Bir devlet hastanesi psikiyatri polikliniğine bir yıl içinde başvuran olguların sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik tanı dağılımı" *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008; 9:39-43



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

Özcan, M, Uğuz, F., Cilli, A., S. (2006) “Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ek Tanılar”, *Türk Psikiyatri Dergisi*. 17(4), 276-285.

Özmen, E, Demet, M.M., İçelli, İ., Yolasığmaz, G., Kültür, S. (1994) “Eğitim Veren Bir Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastaların Tanı Gruplarına Göre Sosyodemografik Özellikleri”, *Kriz Dergisi* 2(1): 235-240

Tümkaya, S., Özdel, O., Değirmenci, T., Oğuzhanoğlu, N. K.(2005) “Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniği Hastalarında Psikiyatrik Tanı ve Tedavi: Bir Yıllık Geriye Dönük Araştırma”. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2005; 6:36-40

Üçkardeş, E.A. (2015) “Kırsal Bir Bölgede Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Olguların Psikiyatrik Tanı Dağılımı ve Sosyo demografik Özellikleri” *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2015;28:8-16 DOI: 10.5350/DAJPN2015280101

Yağcı, İ., Akbulut, N., Kıvrak, Y., Özçetin, A., Ataoğlu, A. (2014) “Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Tanı Grupları Arasındaki İlişki”. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4 (3): 14-18

TÜRKİYE'DE ORGAN BAĞIŞI ÜZERİNDE ETKİLİ FAKTÖRLERİN KÜMELEME ANALİZİ İLE İNCELENMESİ

CLUSTER ANALYSIS OF FACTORS AFFECTING THE INVESTIGATION ON ORGAN DONATION IN TURKEY

Hülya ŞEN

Dr. Öğretim Üyesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, İstatistik Bölümü
hsen@ogu.edu.tr
orcid.org/0000-0002-9095-3643

Eda Nur AZAK

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, İstatistik Bölümü,
edanur.a@gmail.com
orcid.org/0000-0003-4108-1946

Makale gönderim-kabul tarihi (12.09.2019-10.11.2019)

Özet

Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de kişilerin organ bağıışı yapma eğilimleri üzerinde etkili olan faktörleri belirlemektir. Türkiye'de illere göre yapılan organ bağıışı sayısı, bireylerin sosyal ve iktisadi yaşam koşullarını gösteren endekslerle birlikte analiz edilmiştir. Yapılan kümeleme analizi sonucunda 10 kümenin oluştuğu görülmüştür. Analizler sonucunda, Türkiye'deki vatandaşların organ bağıışı eğilimlerinin sosyal ve iktisadi koşullardan etkilendiği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Organ Bağıışı, Yaşam Memnuniyeti, Kümeleme Analizi

Abstract

The aim of this study was to determine the factors that influence the tendency of people to make organ donation in Turkey. The number of organ donations made by provinces in Turkey, were analyzed together with the index showing the social and economic living conditions of individuals. As a result of the clustering analysis, it was seen that 10 clusters were formed. According to the results, the citizens of organ donation trends in Turkey were found to be affected by social and economic conditions.

Keywords: Organ Donation, Life Satisfaction, Cluster Analysis

GİRİŞ

Organ Bağıışı, kişinin hayatta iken, serbest iradesi ile tıbben yaşamı sona erdikten sonra doku ve organlarımızın başka hastaların tedavisi için kullanılmasına olanak tanır. Bir birey, sağlığında vücudunun tamamını veya belirli dokularını, tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlar için bıraktığını resmi veya yazılı bir vasiyet ile belirtebilir. Bu şartların sağlanmaması durumunda sırasıyla eşi, 18 yaş ve üzeri çocukları, anne, baba, kardeşlerinin veya yanında bulunan herhangi bir yakınının muvafakatiyle ölen kişiden organ ve doku alınabilmektedir. Birey, ölümünden sonra, kendisinden organ veya doku alınmasına karşı olduğunu belirtmişse, organ ve doku alınmaz.

Bazı nakiller, yaşarken de yapılabilir. Bu bağışlarda böbrek nakli ilk sıradadır. Karaciğer de yaşarken bağışlanabilir. Ancak, yüksek oranda kendini yenileme özelliği olan karaciğerin tamamı bağışlanamasa da, bir parçası bağışlanabilir. Organ bağışını yaşarken yapmak isteyen kişilerin 18 yaşını doldurmuş olması ve karar verebilecek durumda olması gerekmektedir. Bağış yapan kişiye, yapılacak müdahalenin şekli, olası tehlikeleri, sağlığına şimdi veya daha sonra gelebilecek olan zararlar konusunda doktor tarafından bilgi verilmelidir. Bu şartlar altında, bağış yapacak kişi tüm bilgilendirmelerden sonra bağış yapmakta kararlıysa, organlarını yaşarken de bağışlayabilmektedir.

Organ bağışı ihtiyaç durumundaki hastalar için hayati öneme sahip olmasına rağmen birçok nedenden ötürü henüz istenilen düzeye ulaşamamıştır. Böyle bir durumun oluşmasının temelinde hastalığın türünden, aile tutumuna, kişinin dini inancından yasal prosedürlere kadar birçok faktörün etkili olduğu söylenebilir (Siminoff, Gordon, Hewlett, & Arnold, 2001). Ghorbani vd. (2011) potansiyel (ağır hasta veya yaralı yakını) bağışçı 81 aileyi kapsayan çalışmalarında, ailelerin %44,4'ünün beyin ölümü kriterlerini gerekçe göstererek organ bağışlamayı reddettikleri sonucuna ulaşmışlardır. Yine ailelerin %13,6'sı bir mucize bekledikleri için organ bağışı yapmak istemediklerini söylerken, organların nasıl kullanılacağını ya da hastanelere güvenmedikleri için (ticari amaçlarla satış vs.) bağış yapmak istemeyenlerin oranını %10 olarak hesaplamışlardır. Dini inançlarından ötürü organ bağışı yapmak istemeyen ailelerin oranının ise %8,6 olduğunu belirtmişlerdir (Ghorbani et al., 2011). Bu çalışmada aslında konu ile alakalı bir eğitim ve bilinçlendirme yetersizliğinden kaynaklı problemlerin olduğu görülmektedir. Zira tıbbi bir gerçek olan beyin ölümü kriterlerini reddettikleri veya organların kimlerce nasıl kullanılacağını bilmediğinden dolayı bağış yapmak istemeyen ailelerin toplam oranı %54'ün üzerindedir. Bu durumda organ bağışıyla ilgili asıl problemin kişilerdeki bilgi eksikliği olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Bu durumla bağlantılı olarak Yılmaz, 2011 yılında yürüttüğü bir çalışmada, askeri bir birlikteki askerlere organ bağışıyla ilgili görüşlerini sorup derlemiştir. Daha sonra 2 ay boyunca söz konusu askerlere organ bağışında doğru bilinen yanlışlar ve organ bağışı süreci ile önemini anlatan eğitimler verilmiş ve aynı anket tekrar uygulanmıştır. Yılmaz, elde ettiği verilerde, organ bağışı için gönüllü olma oranının %45'ten %84'e yükseldiğini tespit etmiştir (Yılmaz, 2011).

Yukarıda organ bağışındaki temel faktörün eğitim olduğu söylenmişti ancak konuyu sadece eğitim ekseninde değerlendirmek te doğru bir yaklaşım olmayabilir. Yapılan çalışmalar organ bağışı üzerindeki etkili faktörlerin, inanç (Bruzzone, 2008; Oliver, Woywodt, Ahmed, & Saif, 2010; Randhawa, 1998), aile tutumu (Martinez et al., 2001; Morgan & Miller, 2002), konu ile ilgili yönetsel süreçler ve mevzuatlar (Afifi et al., 2006) kişinin gelir seviyesi hatta etnik kökeniyle (Boulware, Troll, Wang, & Powe, 2006; Gill et al., 2013) bile bağlantılı olabileceğini ortaya koymuştur.

Türkiye özelinde yapılan çalışmalar da ise yine asıl önemli faktörün eğitim olduğu görülmektedir. Çetin ve Harman (2012) lise öğrencilerinin organ nakli ve organ bağışısı konusundaki bilgi ve tutumlarını araştırdıkları çalışmalarında, öğrencilerin sadece %30'unun organ bağışısı konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu belirlenmiştir. Ayrıca, öğrencilerden yine sadece %43'ü organ bağışısını dinen sakıncalı bulmadıklarını belirtmişlerdir. Bir diğer çalışmada Kavurmacı ve arkadaşları (2014) farklı fakültelerde eğitim gören üniversite öğrencilerinin organ bağışısı ve nakli hakkındaki bilgi ve görüşlerini saptamak istemişlerdir. Çalışmaları sonucunda, araştırmaya katılan öğrencilerin organ nakli ve bağışısı konusunda önemli ölçüde bilgi eksikliğinin olduğunu; organ bağışısı konusunda tutum ve davranışlarının farklı olduğunu saptamışlardır. Tarhan (2013) ise çalışmasında; Türk halkının organ nakli ve bağışısı hakkında ilgisiz olmalarının; organ nakli ve bağışısı yönetmeliklerinden haberdar olunmaması ve inanç faktörünün düşüncelerine etkisinin fazla olmasından kaynaklandığını vurgulamışlardır. Tarhan, Türk aile yapısının birbirlerine bağlılıkları sebebiyle yakınlarının vefatından sonra onların organlarını emanet olarak görmeleri ve bu sebeple organ bağışısına sıcak bakmadıklarını ifade etmiştir.

Bu çalışma, yukarıdaki tanım ve çıkarımlardan hareketle Türkiye'nin 81 ilinde kişilerin organ bağışısı yapma (organ bağışıcısı olma) faktörleri üzerinde etkili faktörleri araştırmıştır. Araştırma yapılırken, Türkiye'deki illere göre organ bağışısı sayısı ile beraber TÜİK tarafından hazırlanan insani gelişmişlik endeksi ve eğitim durumu, gelir, sosyalleşme, sağlık hizmetlerine ulaşım gibi konular birlikte değerlendirilerek konuya geniş bir perspektiften bakılması amaçlanmıştır. Bu çalışmanın yöntemi ve kullandığı değişkenler açısından literatürdeki önemli bir boşluğu doldurması amaçlanmıştır.

MATERYAL VE YÖNTEM

Çok değişkenli analiz tekniklerinden biri olan kümeleme analizinin öncelikli amacı, birey ya da nesnelere temel özelliklerini dikkate alarak onları gruplandırmaktır. Diğer bir deyişle kümeleme analizi, gruplanmamış verileri benzerliklerine göre gruplandırarak araştırmacıya özetleyici bilgiler sunmaktır (Kalaycı, 2010). Kümeleme analizi, araştırmada gözlenen birimlerin, ölçülen tüm değişkenler üzerindeki değerlerini hesaplayarak birbirine benzeyen birimleri aynı küme içinde sınıflandırır. Analiz, ortaya çıkacak kümeler ve gruplara odaklanmaktadır ve elde edilen kümelerin kendi içlerinde homojen, kendi aralarında ise heterojen bir yapıda olmaları beklenir. Birim ve bu birimlere ait değişkenlerin sınıflamaları hakkında kesin bilginin bulunmadığı bir popülasyondan alınan n tane birimin, p tane değişkene ilişkin gözlem sonuçları ile ilgilenir. Kümelemede yukarıda değinildiği gibi homojen nesnelere birbiri ile birleştirilerek heterojen gruplar oluşturulur ve birimler hiyerarşik bir düzene sokulur. Sınıflandırma yapmak gözlem sonuçlarının çok az bir kayıpla bir araya toplanmasını sağlar. Kümelerin kendi içlerinde homojen, kendi aralarında ise heterojen bir yapıda olmaları beklenir.

Kümeleme yöntemleri iki ana grupta incelenebilir. Bunlar hiyerarşik kümeleme ve hiyerarşik olmayan kümelemedir. En çok kullanılan yöntemler hiyerarşik kümeleme yöntem grubudur.

Hiyerarşik kümeleme yöntemleri, birimleri birbirleri ile değişik aşamalarda bir araya getirilerek ardışık biçimde kümeler belirlemeyi ve bu kümelere girecek elemanların hangi uzaklık (ya da benzerlik) düzeyinde küme elemanı olduğunu belirlemeye yarayan yöntemdir. Bu yöntemlerden başlıcaları tek bağlantı tekniği, tam bağlantı tekniği ve varyans tekniğidir.

Küme sayısı konusunda ön bilgi var ise ya da araştırmacı anlamlı olacak küme sayısına karar vermiş ise bu durumda hiyerarşik olmayan kümeleme yöntemi kullanılabilir. Bu kümeleme yönteminde birimlerin kümelere parçalanması rastgele yapılabilir. Birimlerin ayrılacakları küme sayısı belirlendikten sonra, küme belirleme kriterine göre birimlerin hangi kümelere gireceklerine karar

verilir ve atama işlemleri yapılır. Hiyerarşik olmayan kümeleme başlığı altında pek çok teknikten söz edilmektedir. Bunlardan başlıcaları k-ortalama tekniği ve en çok olabilirlik tekniğidir. Kümeleme analizi geniş çaplı bölgelerdeki değişkenlerin analiz edilmesini sağlaması açısından literatürde sıklıkla tercih edilmektedir (Şen, 2017)

Analizlerde kullanılan değişkenler ise;

2015 yılı için illere göre Organ bağıışı sayısı (milyon kişide), Genel Yaşam Endeksi, Gelir Endeksi, Sağlık İmkanlarına Ulaşılabilirlik Endeksi, Eğitim Endeksi, Sosyalleşme Endeksi ve Yaşam Memnuniyeti endeksi olarak belirlenmiştir. Veriler TÜİK'in resmi veri tabanından alınmıştır. TÜİK söz konusu verileri en son 2015 yılında güncellediği için bu döneme ait verilere ulaşılabilmiştir.

BULGULAR

Kümeleme analizi sonuçlarına geçmeden önce kullanılan değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler aşağıda verilmiştir;

Tablo 1. Tanımlayıcı İstatistikler

Şehir Adı	Bağıış Sayısı	Genel Endeks	Gelir	Sağlık	Eğitim	Sosyalleşme	Yaşam Memnuniyeti
Isparta	0,4	0,67	0,53	0,84	0,74	0,42	0,8
Sakarya	1	0,67	0,46	0,7	0,58	0,8	0,78
Bolu	0,3	0,66	0,58	0,8	0,65	0,38	0,79
Kütahya	0,6	0,65	0,55	0,65	0,64	0,43	0,89
İstanbul	14,7	0,65	0,88	0,65	0,52	0,51	0,46
Uşak	0,4	0,65	0,56	0,68	0,6	0,43	0,85
Balıkesir	1,2	0,63	0,45	0,64	0,65	0,44	0,81
Artvin	0,2	0,63	0,5	0,74	0,6	0,57	0,58
Kırıkkale	0,3	0,63	0,42	0,74	0,6	0,48	0,94
Afyonkarahisar	0,7	0,63	0,41	0,7	0,53	0,46	0,97
Sinop	0,2	0,63	0,46	0,58	0,6	0,44	1
Karabük	0,2	0,63	0,48	0,65	0,66	0,56	0,4
Bilecik	0,2	0,63	0,52	0,57	0,62	0,52	0,6
Rize	0,3	0,63	0,49	0,77	0,61	0,57	0,55
Eskişehir	0,8	0,62	0,56	0,65	0,64	0,41	0,58
Yalova	0,2	0,62	0,59	0,65	0,69	0,36	0,61
Ankara	5,3	0,62	0,8	0,74	0,55	0,47	0,4
Konya	2,1	0,62	0,46	0,73	0,57	0,5	0,66
Bursa	2,8	0,6	0,54	0,64	0,6	0,42	0,54
Trabzon	0,8	0,6	0,52	0,74	0,64	0,43	0,44
İzmir	4,2	0,6	0,66	0,68	0,6	0,45	0,46
Çankırı	0,2	0,6	0,48	0,64	0,55	0,49	0,88
Kocaeli	1,8	0,59	0,63	0,59	0,58	0,65	0,43
Çanakkale	0,5	0,59	0,43	0,63	0,66	0,43	0,61
Karaman	0,2	0,59	0,45	0,71	0,63	0,52	0,59
Denizli	1	0,59	0,54	0,72	0,65	0,47	0,41
Amasya	0,3	0,59	0,44	0,53	0,7	0,47	0,67
Kırşehir	0,2	0,59	0,49	0,65	0,7	0,44	0,71
Giresun	0,4	0,58	0,4	0,68	0,67	0,4	0,66
Tekirdağ	0,9	0,58	0,6	0,57	0,54	0,44	0,41
Manisa	1,4	0,58	0,39	0,65	0,53	0,42	0,61
Kırklareli	0,3	0,58	0,58	0,56	0,65	0,47	0,31
Samsun	1,3	0,57	0,45	0,68	0,63	0,46	0,53
Erzincan	0,2	0,57	0,46	0,62	0,63	0,46	0,63

Edirne	0,4	0,57	0,5	0,72	0,65	0,41	0,34
Kastamonu	0,4	0,57	0,45	0,6	0,59	0,44	0,5
Nevşehir	0,3	0,56	0,5	0,63	0,64	0,41	0,63
Bartın	0,2	0,56	0,57	0,52	0,52	0,4	0,52
Tokat	0,6	0,56	0,38	0,6	0,63	0,55	0,49
Sivas	0,6	0,56	0,48	0,65	0,52	0,62	0,49
Zonguldak	0,6	0,55	0,6	0,58	0,48	0,49	0,26
Kayseri	1,3	0,55	0,51	0,65	0,55	0,56	0,45
Burdur	0,3	0,55	0,43	0,59	0,68	0,43	0,42
Antalya	2,3	0,55	0,58	0,62	0,64	0,4	0,22
Muğla	0,9	0,54	0,55	0,7	0,61	0,45	0,29
Aydın	1,1	0,54	0,46	0,68	0,61	0,39	0,32
Bayburt	0,1	0,54	0,45	0,59	0,53	0,37	0,95
Kahramanmaraş	1,1	0,53	0,26	0,65	0,48	0,51	0,73
Düzce	0,4	0,53	0,58	0,61	0,42	0,45	0,86
Gümüşhane	0,2	0,53	0,42	0,63	0,59	0,29	0,53
Niğde	0,3	0,53	0,33	0,64	0,56	0,47	0,64
Erzurum	0,8	0,53	0,33	0,65	0,47	0,42	0,66
Malatya	0,8	0,52	0,31	0,65	0,6	0,4	0,33
Aksaray	0,4	0,51	0,43	0,56	0,51	0,32	0,72
Ordu	0,7	0,51	0,33	0,65	0,53	0,39	0,45
Çorum	0,5	0,5	0,34	0,5	0,52	0,57	0,41
Yozgat	0,4	0,49	0,33	0,6	0,5	0,38	0,52
Elazığ	0,6	0,48	0,34	0,63	0,57	0,38	0,27
Mersin	1,7	0,48	0,29	0,51	0,64	0,37	0,3
Gaziantep	1,9	0,47	0,26	0,48	0,41	0,31	0,45
Adana	2,2	0,47	0,35	0,5	0,45	0,42	0,31
Tunceli	0,1	0,45	0,4	0,51	0,75	0,28	0
Bingöl	0,3	0,44	0,22	0,47	0,41	0,43	0,49
Hatay	1,5	0,44	0,35	0,5	0,53	0,38	0,23
Siirt	0,3	0,42	0,31	0,53	0,41	0,41	0,83
Osmaniye	0,5	0,41	0,26	0,52	0,53	0,44	0,11
Kilis	0,1	0,4	0,2	0,32	0,49	0,5	0,53
Bitlis	0,3	0,4	0,16	0,5	0,37	0,45	0,48
Adıyaman	0,6	0,38	0,02	0,53	0,45	0,42	0,65
Kars	0,3	0,38	0,18	0,59	0,36	0,33	0,41
Van	1,1	0,37	0,13	0,37	0,28	0,19	0,47
İğdır	0,2	0,36	0,21	0,41	0,38	0,35	0,49
Şanlıurfa	1,9	0,35	0,09	0,43	0,24	0,32	0,43
Ardahan	0,1	0,35	0,07	0,47	0,32	0,37	0,52
Diyarbakır	1,7	0,35	0,13	0,53	0,35	0,2	0,19
Hakkari	0,3	0,33	0,16	0,43	0,1	0,1	0,8
Batman	0,6	0,32	0,12	0,5	0,35	0,28	0,29
Şırnak	0,5	0,32	0,12	0,33	0,16	0,23	0,82
Ağrı	0,5	0,3	0,06	0,3	0,2	0,14	0,51
Mardin	0,8	0,29	0,13	0,4	0,25	0,23	0,27
Muş	0,4	0,28	0,1	0,34	0,25	0,18	0,36

Tablo.1 incelendiğinde nüfusa oranla en yüksek organ bağışının yapıldığı ilin İstanbul olduğu görülmektedir. Yaşam memnuniyeti açısından ise Sinop 1.sıradadır. Elde edilen bu verilerden hareketle yapılan hiyerarşik olmayan kümeleme tekniği sonuçları aşağıda verilmiştir.

Çalışmanın sonundaki ekler kısmında verilen dendogram grafiğine göre genellikle 10'lu yapıla sahip bir küme yapısının uygun olacağı düşünülmüş ve hiyerarşik kümeleme tekniğinde 10 küme dikkate alınarak analizler yapılmıştır.

Tablo 2. Küme Merkezleri

	Kümeler									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bağış Sayısı	2,35	1,07	,31	,30	14,70	5,30	4,20	1,75	,32	,68
Gelir	,48	,48	,47	,15	,88	,80	,66	,29	,50	,26
Sağlık	,62	,67	,65	,42	,65	,74	,68	,51	,60	,55
Eğitim	,57	,59	,60	,30	,52	,55	,60	,46	,65	,48
Sosyalleşme	,44	,48	,44	,31	,51	,47	,45	,37	,44	,41
Yaşam Memnuniyeti	,43	,53	,72	,54	,46	,40	,46	,34	,29	,41

Tablo.2 incelendiğinde, bağış sayısı açısından en yüksek kümenin 5.küme, en düşük kümenin ise 3.küme olduğu görülmektedir. Gelir açısından da 5.küme en yüksek gelire sahip kümeyi oluşturmaktadır. Eğitim açısından 9, sosyalleşme açısından 5, yaşam memnuniyeti açısından ise 3.kümenin en iyi kümeler olduğu görülebilir.

Tablo 3. Kümeler Arası Uzaklık

Kümeler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1		1,289	2,056	2,111	12,357	2,969	1,859	,659	2,040	1,685
2	1,289		,777	,936	13,640	4,248	3,139	,772	,794	,492
3	2,056	,777		,536	14,394	5,008	3,899	1,509	,434	,545
4	2,111	,936	,536		14,423	5,063	3,956	1,483	,596	,486
5	12,357	13,640	14,394	14,423		9,401	10,503	12,965	14,390	14,031
6	2,969	4,248	5,008	5,063	9,401		1,113	3,596	4,996	4,652
7	1,859	3,139	3,899	3,956	10,503	1,113		2,491	3,891	3,544
8	,659	,772	1,509	1,483	12,965	3,596	2,491		1,466	1,071
9	2,040	,794	,434	,596	14,390	4,996	3,891	1,466		,486
10	1,685	,492	,545	,486	14,031	4,652	3,544	1,071	,486	

Kümeler arası uzaklıklar incelendiğinde ise en birbirine en uzak kümenin 3.küme ile 5.küme birbirine en yakın kümelerin ise 3 ila 9.kümeler olduğu görülmektedir.

İllerin oluşturulan kümelere göre dağılımı ise şöyledir;

Tablo 4. İllerin Kümelere Dağılımı

1.Küme	2.Küme	3.Küme	4.Küme	5.Küme	6.Küme	7.Küme	8.Küme	9.Küme	10.Küme
Adana	Aydın	Afyonkarahisar	Ağrı	İstanbul	Ankara	İzmir	Diyarbakır	Burdur	Adıyaman
Antalya	Balıkesir	Aksaray	Ardahan				Gaziantep	Edirne	Batman
Bursa	Denizli	Amasya	Bingöl				Hatay	Karabük	Çorum
Konya	Eskişehir	Artvin	Bitlis				Kocaeli	Kırklareli	Elazığ
	Kahramanmaraş	Bartın	Hakkari				Mersin	Tunceli	Erzurum
	Kayseri	Bayburt	Iğdır				Şanlıurfa	Zonguldak	Malatya
	Manisa	Bilecik	Kars						Mardin
	Muğla	Bolu	Kilis						Ordu
	Sakarya	Çanakkale	Muş						Osmaniye
	Samsun	Çankırı	Şırnak						Sivas
	Tekirdağ	Düzce							Tokat
	Trabzon	Erzincan							Van
		Giresun							
		Gümüşhane							
		Isparta							
		Karaman							
		Kastamonu							
		Kırıkkale							
		Kırşehir							
		Kütahya							
		Nevşehir							
		Niğde							
		Rize							
		Siirt							
		Sinop							
		Uşak							
		Yalova							
		Yozgat							

Yapılan birçok denemede İstanbul, Ankara ve İzmir'in hep tek başına bir küme oluşturdukları görülmüştür. Ancak diğer küme yapıları incelendiğinde özellikle doğu ve güneydoğudaki illerin kendi içinde anlamlı küme yapıları oluşturdukları gözlemlenmiştir. Bununla beraber iktisadi kalkınmışlık açısından birbirlerine benzeyen Adana, Antalya, Bursa ve Konya'da yine ayrı bir küme yapısı oluşturmuşlardır. En kalabalık küme 3.küme iken bu kümenin ortak özelliği farklı bölgelerden sosyo-demografik olarak birbirine benzeyen illeri barındırması olmuştur. Dolayısıyla benzer özellikleri taşıyan illerin organ bağıışı konusunda da benzer davranışlar gösterdiklerini söylemek yanlış olmayacaktır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Organ bağıışı, insan hayatı açısından en önemli konuların başında gelse de yapılan bağıışların henüz istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir. Bu durumun temelinde yatan faktörler aslında çok karmaşık nedenler değildir. Kişilerin din ve etnik kökenleri (Bruzone, 2008), aile tutumları (Morgan, 2004), yasal zorluklar ve etik değerler (Bos, 2005), maddi imkansızlıklar (Schnitzler, Lentine, & Burroughs, 2005), eğitim (Cantarovich, 2002) ve kişilerin yaşam koşullarının (Messersmith et al., 2014) organ nakli üzerinde etkili olduğu yapılan birçok araştırma ile gösterilmiştir.

Messersmith ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında daha kaliteli ve sağlıklı hayat sürebilen bireylerin organ bağıışına daha sıcak baktıkları sonucuna ulaşmıştır. Özellikle mental olarak sağlık ve gelir açısından problem yaşamayan insanların organ bağıışçısı olma isteklerinin sağlıklı ve zorlu bir hayat yaşadığını düşünen bireylere oranlar çok daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Amerika’da 3159 aileyi kapsayan bir çalışmada ise gelir düzeyi 10.000 dolar ve üzerinde olan ailelerin daha düşük gelirli ailelere göre çok daha fazla organ bağıışına yatkın oldukları görülmüştür (Barcellos, Araujo, & Da Costa, 2005). Barcellos ve arkadaşlarının çalışmasında önemli bir diğer husus ise gelir düzeyi ne olursa olsun Evanjellik veya Yehovanın Şahitleri gibi tarikatlara üye vatandaşların eğitim ve gelir seviyeleri artmasına rağmen organ bağıışına karşı katı bir tutum içinde olduklarını göstermiştir. Bu çalışma aslında organ bağıışına karşı bakış açısının birçok faktörün vektörel toplamından etkilenebilen bir yapıda olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

ÖNERİLER

Bu çalışmada ise incelenen literatürden hareketle kişilerin organ bağıışına karşı tutumlarını tek bir faktörün etkisi altında incelemenin yetersiz olacağı öngörülerek, kişilerin sosyal ve iktisadi koşullarının bir arada değerlendirildiği bir araştırma yönteminin uygulanması uygun görülmüştür. Nitekim yapılan analizler neticesinde organ bağıışının, gelir, sağlık hizmetlerine ulaşım, yaşam memnuniyeti ve sosyalleşme gibi faktörlerle birlikte değerlendirildiğinde aynı koşullardaki şehirlerin benzer kümelerde yoğunlaştıkları görülmüştür.

Çalışma sonucunda hiyerarşik olmayan kümeleme tekniğine göre 10 kümenin oluştuğu görülmüştür. Bu sayı dikkate alınarak yapılan hiyerarşik kümeleme analizi sonucunda da Türkiye’nin farklı

bölgelerinden şehirlerin etnik kökenden bağımsız olarak sadece iktisadi ve sosyal koşullara bağılı bir şekilde kümelendikleri tespit edilmiştir. Bu önemli bir bulgudur zira literatürde daha önce yapılan çalışmalarda organ bağıışçısı olma eğiliminin etnik kökenden etkilendiğine dair bulgulara ulaşılmıştır. Zira en kalabalık küme olan 3.küme incelendiğinde Türkiye’nin birçok farklı bölgesinden şehrin aynı kümede olduğu görülmüştür.

İstanbul, Ankara ve İzmir gibi Türkiye’nin en büyük 3 şehri diğer kümelerden bağımsız olarak tek başına kümelmiştir. Bununla beraber doğu ve güneydoğudaki illerin de hemen hemen aynı kümede toplandıkları görülebilir.

Sonuç olarak Türkiye şartlarında kişilerin organ bağıışçısı olma eğilimlerinin iktisadi ve sosyal koşullardan etkilendiği tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular literatürdeki birçok çalışmayı destekler niteliktedir. Sadece etnik köken konusunda genel olarak literatürdeki çalışmalardan farklı bulgulara ulaşılmıştır.

KAYNAKÇA

- Afifi, W. A., Morgan, S. E., Stephenson, M. T., Morse, C., Harrison, T., Reichert, T., & Long, S. D. (2006). Examining the decision to talk with family about organ donation: Applying the theory of motivated information management. *Communication Monographs*, 73(2), 188-215.
- Barcellos, F. C., Araujo, C. L., & Da Costa, J. D. (2005). Organ donation: a population-based study. *Clinical transplantation*, 19(1), 33-37.
- Bos, M. A. (2005). *Ethical and legal issues in non-heart-beating organ donation*. Paper presented at the Transplantation proceedings.
- Boulware, L., Troll, M., Wang, N. Y., & Powe, N. (2006). Public attitudes toward incentives for organ donation: a national study of different racial/ethnic and income groups. *American Journal of Transplantation*, 6(11), 2774-2785.
- Bruzzo, P. (2008). *Religious aspects of organ transplantation*. Paper presented at the Transplantation proceedings.
- Cantarovich, F. (2002). Improvement in organ shortage through education. *Transplantation*, 73(11), 1844-1846.
- Ghorbani, F., Khoddami-Vishteh, H., Ghobadi, O., Shafaghi, S., Louyeh, A. R., & Najafizadeh, K. (2011). *Causes of family refusal for organ donation*. Paper presented at the Transplantation proceedings.
- Gill, J., Dong, J., Rose, C., Johnston, O., Landsberg, D., & Gill, J. (2013). The effect of race and income on living kidney donation in the United States. *Journal of the American Society of Nephrology*, 24(11), 1872-1879.
- Martinez, J. M., Lopez, J. S., Martin, A., Martin, M. J., Scandroglio, B., & Martin, J. M. (2001). Organ donation and family decision-making within the Spanish donation system. *Social science & medicine*, 53(4), 405-421.
- Messersmith, E. E., Gross, C. R., Beil, C. A., Gillespie, B. W., Jacobs, C., Taler, S. J., . . . Hong, B. A. (2014). Satisfaction with life among living kidney donors: a RELIVE study of long-term donor outcomes. *Transplantation*, 98(12), 1294.
- Morgan, S. E. (2004). The power of talk: African Americans' communication with family members about organ donation and its impact on the willingness to donate organs. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(1), 112-124.
- Morgan, S. E., & Miller, J. K. (2002). Beyond the organ donor card: The effect of knowledge, attitudes, and values on willingness to communicate about organ donation to family members. *Health communication*, 14(1), 121-134.
- Oliver, M., Woywodt, A., Ahmed, A., & Saif, I. (2010). *Organ donation, transplantation and religion*: Oxford University Press.
- Randhawa, G. (1998). An exploratory study examining the influence of religion on attitudes towards organ donation among the Asian population in Luton, UK. *Nephrology, dialysis, transplantation: official publication of the European Dialysis and Transplant Association-European Renal Association*, 13(8), 1949-1954.
- Schnitzler, M. A., Lentine, K. L., & Burroughs, T. E. (2005). The cost effectiveness of deceased organ donation. *Transplantation*, 80(11), 1636-1637.
- Siminoff, L. A., Gordon, N., Hewlett, J., & Arnold, R. M. (2001). Factors influencing families' consent for donation of solid organs for transplantation. *Jama*, 286(1), 71-77.
- Şen, H. (2017). Türkiye'deki İllerin Cinsel Suçlar Açısından İncelenmesi. *Alphanumeric Journal*, 5(2), 293-308.
- Yilmaz, T. U. (2011). Importance of education in organ donation. *Exp Clin Transplant*, 9(6), 370-375.
- Çetin, G., & Harman, Ö. (2012) Lise Öğrencilerinin Organ Nakli ve Organ Bağışı Konusundaki



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

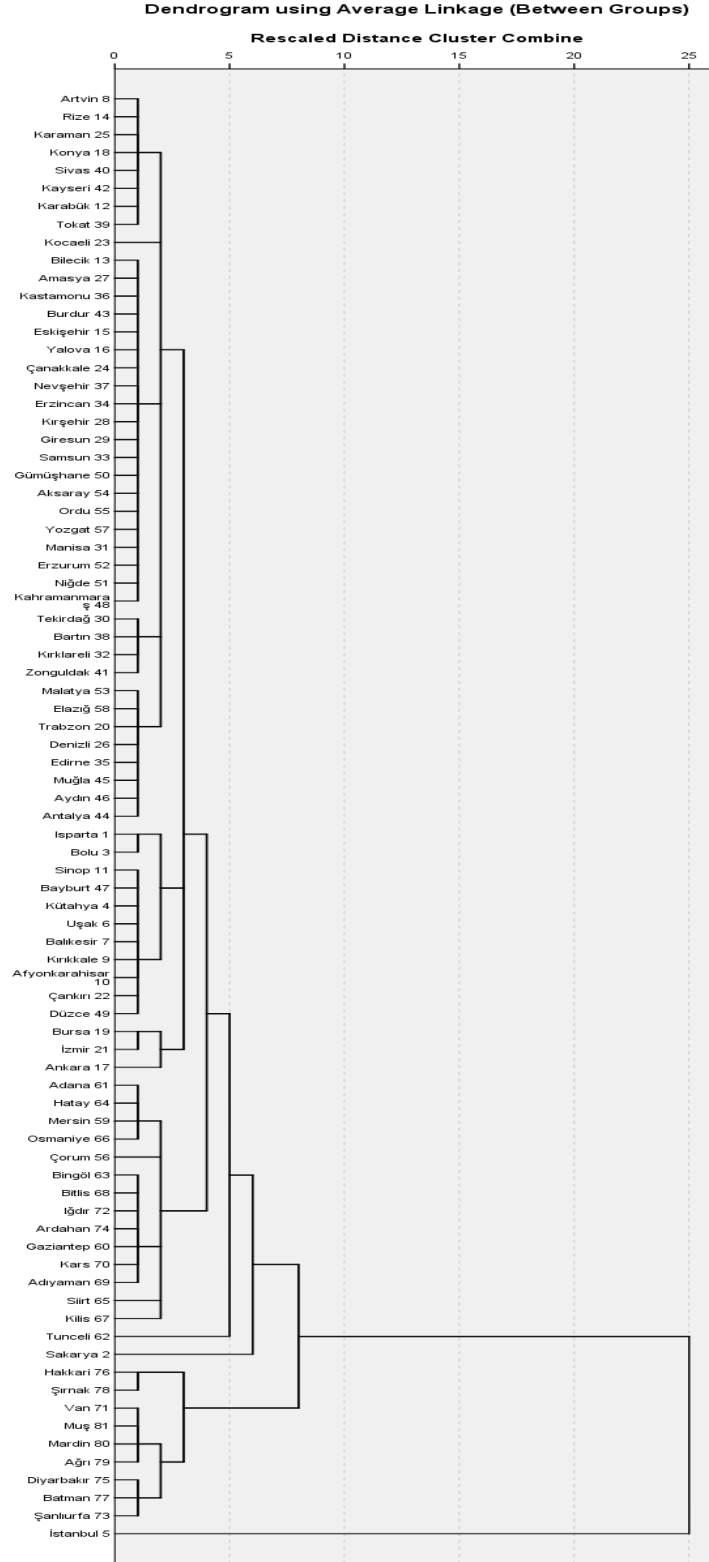
Bilgi ve Tutumları. *Journal of Research in Education and Teaching*, 1(2), 172-177

Demirhan, E. (1996). Organ aktarmaları. *Tıbbi Deontoloji ve Genel Tıp Tarihi*. Bursa, Güneş ve Nobel Yayınları, 09-117

Tarhan, M. D. (2013). Hasta Yakınlarının Organ Bağışı ve Nakli ile İlgili Tutumları ve Sosyal Profilleri Arasındaki İlişki. *Medical Journal of Bakirkoy*, 9 (4), 152-158.

Kavurmacı, M., Karabulut, N., & Koç, A. (2014). Üniversite Öğrencilerinin Organ Bağışı Hakkında Bilgi ve Görüşleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11 (2): 15-21

Ekler



Şekil 1.Dendrogram Grafiği



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

Usaysad Derg, 2019; 5(3): 291- 301(Araştırma makalesi)

TÜRKİYE’DE ÖZEL HASTANELERE VE DEVLET HASTANELERİNE YÖNELİK ELEKTRONİK ŞİKÂyetLERİN İNCELENMESİ*

INVESTIGATION OF ELECTRONIC COMPLAINTS TOWARDS PRIVATE AND PUBLIC HOSPITALS IN TURKEY

Dr. Öğr. Üyesi Fatih ŞANTAŞ

Yozgat Bozok Üniversitesi
fatih.santas@bozok.edu.tr orcid.org/0000-0002-0595-4183

Dr. Öğr. Üyesi Gülcan ŞANTAŞ

Yozgat Bozok Üniversitesi
gulcan.santas@bozok.edu.tr orcid.org/0000-0002-0488-9375

Prof. Dr. Gülsün ERİGÜÇ

Hacettepe Üniversitesi
geriguc@hacettepe.edu.tr orcid.org/0000-0001-5186-9345

Makale gönderim-kabul tarihi (18.10.2019-10.12.2019)

Özet

Bu çalışma, Türkiye’de faaliyet gösteren özel hastanelere ve devlet hastanelerine yönelik internette paylaşılan yorum ve şikâyetlerin betimlenmesini amaçlamaktadır. Araştırmanın veri kaynağı, sikayetvar.com sitesidir. Araştırmanın verileri sikayetvar.com sitesine “devlet hastanesi” ve “özel hastane” anahtar sözcüklerinin girilmesi yoluyla elde edilmiştir. Araştırma, 01 Ocak 2017-31 Aralık 2017 dönemini kapsamaktadır. Araştırma kapsamında özel hastanelere yönelik 522 adet şikâyetin yapıldığı belirlenmiştir ve 522 şikâyet 23 değişken altında toplanmıştır. Özel hastanelerden şikâyette ilk sırayı 86 adet şikâyet ile hekim ilgisizliği ve nezaketsizliği oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında devlet hastanelerine yönelik 723 adet şikâyetin yapıldığı saptanmıştır ve 723 şikâyet 21 değişken altında toplanmıştır. Devlet hastanelerinden şikâyette ilk sırayı 155 adet şikâyet ile hekim ilgisizliği ve nezaketsizliği oluşturmaktadır. Şikâyetleri etkili bir şekilde yönetmek için birimlerin oluşturulması ve bu birimlerde çalışacak personelin şikâyet yönetimi konusunda nitelikli ve deneyimli olması önerilmektedir. Ayrıca sağlık hizmet sunucularının da şikâyet çözüm sürecine dâhil edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Devlet Hastanesi, Özel Hastane, Şikâyet, sikayetvar.com.

* Bu çalışma, VI. Uluslararası Çin’den Adriyatik’e Sosyal Bilimler Kongresi, 29-31 Mart 2018, Ankara’da düzenlenen kongrede sunulan “Özel Hastanelere Yönelik E-Şikâyetlerin İncelenmesi” isimli özet bildirinin geliştirilmiş ve genişletilmiş halidir.

Abstract

The purpose of this study is to determine the comments and complaints shared on the Internet towards private and public hospitals, operating in Turkey. The data source for this research is "sikayetvar.com". The data of the study was obtained by entering the keywords "public hospital" and "private hospital" at sikayetvar.com site. The research included the periods of January 01-December 31, 2017. In the scope of the research, it was determined that 522 complaints were made for private hospitals, and 522 complaints were collected under 23 variables. The first order of complaints from private hospitals was the disinterest and disrespect of the physician with 86 complaints. Within the scope of the research, 723 complaints were made for public hospitals, and 723 complaints were collected under 21 variables. The first order of complaints from public hospitals was the disinterest and disrespect of the physician with 155 complaints. It is proposed that the units should be created in order to manage the complaints effectively and that the personnel working in these units should be qualified and experienced in complaint management. It is also thought that health service providers should be included in the complaints resolution process.

Keywords: Public Hospital, Private Hospital, Complaint, sikayetvar.com.

GİRİŞ

Son yıllarda sağlık tüketicilerinin sosyal medya platformlarında, forum ve web sitelerinde deneyim paylaşma oranlarında artış olduğu dikkati çekmektedir. Sağlık tüketicileri, sağlık hizmeti aldıkları kurumlar ile ilgili olumlu ve olumsuz görüşlerini paylaşmakta, hekim önerisinde bulunmakta, belirli bir hastalığı daha önce geçirmiş kişilere kendi hastalık hikâyesini anlatarak hekim veya sağlık kurumu tavsiyesi istemektedir. Bu açıdan bakıldığında, internet teknolojisi sağlık tüketicisinin sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi düzeyini artırabilmekte ve belirli bir sağlık hizmetini daha önce deneyimleyen hastaların olumlu yorumları aracılığıyla hizmete yönelebilmektedir. Ancak, aynı tüketiciler memnun kalmadıkları ve sorun yaşadıkları hizmetlerden şikâyetlerini de web siteleri aracılığıyla bildirmekte ve olumsuz deneyimlerini paylaşmaktadır. “Şikayetvar.com” isimli web sitesi de, her türlü ürün ve hizmete yönelik şikâyetlerin ve olumsuz deneyimlerin paylaşılabilirdiği bir platformdur.

Sağlık hizmetlerinin sayıca çokluğu ve belirsizliği göz önüne alındığında, sağlık hizmetleri karmaşıklık derecesi yüksek hizmetlerdir. Her bir hastanın ve hastalığın fiziksel ihtiyaçları yanında psikolojik gereksinimleri de farklı olmaktadır. Sağlık çalışanları ve hastane yönetimleri tarafından aynı anda her bir hastanın beklentisini tam olarak karşılamak zorlaşmaktadır. Günümüzün artan hasta beklentileriyle birleştiğinde, sağlık tüketicileri için memnuniyetsizlik ifadeleri kullanmak ve sağlık hizmetlerinden şikâyet etmek kolaylaşabilmektedir.

Hasta şikâyetleri, genellikle sağlık hizmeti sunumu sırasında ortaya çıkan, istenmeyen, memnun olunmayan ve hastanın o an mutsuz olmasına sebep olabilecek durumlarda tepkisini gösterme şeklini yansıtmaktadır. Bu çalışmanın konusunu oluşturan web site aracılığıyla yapılan hasta şikâyetleri, sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirmeyi artırabilir ve sağlık kuruluşları tarafından önemli bir stratejik araca dönüştürülebilir. İnternet teknolojisi imkânlarıyla sağlık hizmeti kullanan hastaların deneyim paylaşımı, hastanelerin zayıf oldukları ve geliştirilmesi gereken alanların görülmesine katkı sağlayabilir. Bu sebeple bu çalışmada, Türkiye’de faaliyet gösteren özel hastanelere ve devlet hastanelerine yönelik internette paylaşılan şikâyetlerin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu şikâyetlerin profili ortaya konularak hastanelerin kendilerini geliştirmeleri gereken alanların belirlenmesi hedeflenmektedir.

E-ŞİKÂYET KAVRAMI

Şikâyet, deneyimlenmiş olsun ya da olmasın, duyguları ortaya koymak amacıyla memnuniyetsizliğin ifade edilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Kowalski ve Western, 1996: 180). Şikâyetler, mal ve hizmetten memnuniyetsiz olunması ve müşterinin beklentisinin karşılanamaması durumunda ortaya çıkmaktadır (Brennan ve Douglas, 2002: 219). Satın alınan ürünlere ilişkin şikâyetler daha çok malın kendisi ile ilgili olurken, hizmet şikâyetlerinde hizmeti sunan personele yönelik şikâyetler yapılmaktadır (Argan, 2014: 50).

Şikâyet, satın alınan mal veya hizmet için geri bildirimde bulunma yolu olarak ifade edilmektedir. Tüketicilerin beklentileriyle uyumlu olmayan mal ve hizmetlerin belirlenmesinde ve ortaya çıkabilecek muhtemel sorunların giderilerek düzeltilmesinde şikâyetler önemli olmaktadır (Yılmaz, 2014: 132). Müşteriler tarafından yapılan şikâyetler, müşteriye kazanmada ve onu elde tutmada önemli bir basamak olmaktadır. Müşteri şikâyetleri örgütün eksiklerini ortaya koyabilme potansiyeline sahip olduğundan, uzun dönemli müşteri ilişkilerini kolaylaştırmaktadır (Kayabaşı, 2010: 28). Bir örgütün şikâyetlerini yönetme becerisi, örgütün etkililiğinde ve müşteri algılarını şekillendirmede etken olabilmektedir (Brennan ve Douglas, 2002: 219).

İnternetin ve iletişim olanaklarının artışı, tüketicilerin kötü deneyimlerini diğer tüketicilerle paylaşmaları için merkezi forumlar olarak işlev gören birtakım şikâyet sitelerinin ortaya çıkmasına yol açmıştır (Harrison Walker, 2001: 397; Mattila ve Mount, 2003: 136). Sunulan hizmet ve ürünlere yönelik şikâyetleri bulunan tüketiciler, bu şikâyetlerini web siteleri aracılığıyla birçok kişiye ulaştırmaktadır. Böylece hizmetten duyulan memnuniyetsizlik kısa sürede yayılmakta ve hizmeti kullanan ve memnun kalmayan diğer kullanıcılarla birlikte hizmete yönelik olumsuz bir algı oluşturulmaktadır (Tuk, 2008: 16-17). İnternet şikâyet forumları, olumsuz deneyimler paylaşmak için bir araç olarak algılanmaktadır (Harrison Walker, 2001: 402).

E-şikâyetler, insanların satın alma kararını belirlemede önemli rol oynamaktadır. Müşterilerin hizmet satın alırken yaşadıkları pozitif ve negatif deneyimler, sanal dünyadaki birçok insanı etkileme potansiyeline sahiptir (Kutluk ve Arpacı, 2016: 372). Paylaşılan bilgi ve deneyim negatif olduğu durumda, bilginin canlılığı ve etkileme gücü artabilmektedir (İslamoğlu ve Altunışık, 2013: 292). Şikâyet sitelerinde yer alan e-şikâyetler, internet kullanıcıları tarafından okunduğu ve takip edildiği için diğer kullanıcılar açısından etkileşim alanı yaratmaktadır. Bu sebeple de, günümüzde işletmelerin e-şikâyetlerin yönetilmesi konusunda şikâyet siteleri ve forumlarını güncel şekilde takip ederek şikâyet sahibi tüketicilerle interaktif iletişim kurması beklenmektedir (Alabay, 2012: 151; Argan, 2014: 53).

SAĞLIK KURUMLARINDA HASTA ŞİKÂYETLERİ

Sağlık sektörü ve sosyal güvenlik alanıyla ilgili yöneticiler, günümüzde artık sağlık hizmetlerinin hastalarla birlikte ortak üretimin ve hasta geri bildirimlerinin önemini farkındadır. Bu geri bildirim bir yolu olarak şikâyetler dikkat çekmektedir (Holmes Bonney, 2010: 12). Son yıllarda, dünya çapında hasta şikâyetleri artan boyutlarda görülmeye başlanmıştır (Sage, 2002: 3003; Wofford ve diğerleri, 2004: 134). Tıp bilimi, sağlık personeli ve tıbbi teknolojideki ilerlemelere rağmen, memnuniyetsizlik ve şikâyet oranları artmaktadır (Jabbari ve diğerleri, 2014: 131).

Şikâyetler, sunulan sağlık hizmeti ile ilgili hayal kırıklığını ifade etmenin en kabul edilebilir seçeneklerinden biridir. Ancak şikâyetler, aynı zamanda sağlık hizmetlerinde daha iyi bakım kalitesi sağlamayı kolaylaştırmakta, sağlıkla ilişkili önlenebilir kazaların en aza indirilmesi anlamında katkı

sağlayabilmektedir. Ayrıca şikâyetler, dava durumunda sağlık hizmeti sunumuyla ilgili hatalardan kaynaklı ekonomik yaptırımlara yol açabilmektedir (Giugliani ve diğerleri, 2009: 8). Şikâyetlerle ilgilenmek, sağlık standartlarını yükseltmek isteyen sağlık sistemlerinin temel bir bileşeni olarak kabul edilmektedir (Jabbari ve diğerleri, 2014: 132). Hastaların öykülerini ortaya çıkarmak ve güvenliği ilişkin bilgi elde etmek için geri bildirim mekanizması oluşturmada, hasta şikâyetlerini toplamak ve analiz etmek önemli olmaktadır (Montini ve diğerleri, 2008: 412).

Sağlık kurumlarında şikâyet; personel, prosedür, ücret ve hizmet sunumu gibi konularda duyulan memnuniyetsizliğin ifadesi olarak tanımlanabilmektedir (Zengin ve diğerleri, 2012: 166). Sağlık hizmetleri sunumunda sorun yaşayan hastalar, endişelerini paylaşmak, soruşturma açılmasını sağlamak, uygun bir dille özür dilenmesi ve diğer hastalara zarar verme riskini azaltmak için şikâyette bulunmak istemektedir (Baker, 1999: 1567). Hasta şikâyetleri, sistematik başarısızlıkları yansıtmamakta, bireysel hasta deneyimlerini temsil etmektedir. Genellikle hasta şikâyetleri öfke ve sıkıntı gibi duygusal sebeplerle ortaya çıkmaktadır (Reader ve diğerleri, 2014: 679). Hasta şikâyetleri genellikle hastanın hastaneye başvurma motivasyonu olan yapılandırılmamış ve spontane bilgilerden oluşmaktadır (Montini ve diğerleri, 2008: 412).

Hasta şikâyetleri, sağlık hizmeti kalitesini izlemek için yararlı bir bilgi kaynağı sağlayabilmektedir. Ancak, hasta şikâyetlerinin etkili bir şekilde kullanılması için sistematik bir şekilde şikâyetlerin toplanması ve bilginin analiz edilmesi gerekmektedir (Thi Thu Ha ve diğerleri, 2015: 1). Gelişmiş ülkelerde hasta şikâyeti yönetimi konusunda sadece sağlık hizmeti sunucuları için değil aynı zamanda hastalar için de açık yönergeler hazırlanmaktadır. Böylece bu yönergeler, şikâyet sürecini yasal yollara başvurarak çözmeye çalışan hastalara yardımcı olarak şikâyet sürecinin olumlu bir şekilde yönetilmesine katkı sağlayabilmektedir (Jiang ve diğerleri, 2014: 10).

Türkiye’de sağlık kurumları ve sağlık hizmetleri ile ilgili her türlü şikâyeti bildirmek için 2004 yılından beri Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi’ne (SABİM) başvuru yapılmaktadır ve ALO 184 numaralı hat aranarak şikâyetler bildirilebilmektedir. Ancak, son yıllarda internet teknolojisi kullanılarak web siteleri aracılığıyla da deneyim paylaşımının arttığı ve şikâyetlerin bu siteler aracılığıyla yapılabildiği görülmektedir. Şikâyet sitelerinde yer alan e-şikâyetler, sağlık tüketicilerinin şikâyet edilen sağlık kurumu ile ilgili algılarını önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Bu sebeple bu çalışmada, Türkiye’de faaliyet sürdüren özel hastanelere ve devlet hastanelerine yönelik internette paylaşılan şikâyetlerin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu şikâyetlerin profili ortaya konularak hastanelerin kendilerini geliştirmeleri gereken alanların belirlenmesi hedeflenmektedir.

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de faaliyet sürdüren özel hastanelere ve devlet hastanelerine yönelik internette paylaşılan olumsuz yorum ve şikâyetlerin betimlenmesidir. Araştırma sonucunda hastaların hastanelerden şikâyetleri ortaya konularak hastanelerin kendilerini geliştirmeleri gereken alanların belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmada kullanılan veriler, şikayetvar.com sitesinden elde edilmiştir. Site, 2001 yılında kurulmuştur ve temel olarak bir ürün veya hizmet satın alan kişilerin memnuniyetsizliklerini dile getirmek ve bunlara çözüm aramak üzerine kurulu bir sistemdir. Sitenin 20 Temmuz 2018 tarihi itibarıyla 3,3 milyon bireysel üyesi bulunmaktadır ve site son 30 günde 7 milyon kez ziyaret edilmiştir. Siteye şu ana kadar 6,1 milyon şikâyet yazılmıştır (Şikayetvar, 2018).

Bu araştırmanın verileri sikayetvar.com sitesine “ devlet hastanesi” ve “özel hastane” anahtar sözcüklerinin girilmesi yoluyla elde edilmiştir. Araştırma 01 Ocak 2017-31 Aralık 2017 dönemini kapsamaktadır.

ARAŞTIRMANIN BULGULARI

1. Özel Hastanelere Yönelik Bulgular

Araştırma kapsamında özel hastanelere yönelik 412 adet şikâyet başlığı açıldığı belirlenmiştir. Aynı şikâyet başlığı içinde birden fazla şikâyet dile getirilebildiğinden bu çalışmada şikâyet sayısı 522 olarak bulunmuştur. Çalışmada 522 şikâyet 23 değişken altında toplanmıştır. Özel hastanelerden şikâyette ilk sırayı 86 şikâyet ile hekim ilgisizliği ve nezaketsizliği (%16,48) oluşturmaktadır. Hekim ilgisizliği ve nezaketsizliğini hekim dışı personelin ilgisizliği ve nezaketsizliği (%16,09), sağlık hizmet kalitesinden memnuniyetsizlik (%12,45), randevu saatine uymama (%12,26) ve fiyatların yüksekliği (%7,66) izlemektedir. Özel hastanelerden şikâyetlerin dağılımı Tablo 1’de verilmektedir.

Tablo 1. Özel Hastanelerden Şikâyetlerin Dağılımı

Değişken	Sayı	Yüzde
Hekim ilgisizliği ve nezaketsizliği	86	16,48
Hekim dışı personelin ilgisizliği ve nezaketsizliği	84	16,09
Sağlık hizmet kalitesinden memnuniyetsizlik	65	12,45
Randevu saatine uymama	64	12,26
Fiyatların yüksekliği	40	7,66
Hizmet sunumunun yavaşlığı	30	5,75
Fazla ücret alma	26	4,98
Yanlış teşhis ve tedavi	19	3,64
Telefonda fiyat ve sonuç bilgisi alamama	18	3,45
Hizmet alamama	14	2,68
Hastanenin yetersiz temizliği	13	2,49
Acil hizmetten ücret alınması	11	2,11
Gereksiz hizmet sunumu	10	1,92
Otoparktan ücret alınması	9	1,72
Doktorla görüşememe	8	1,53
Acil hizmet yetersizliği	7	1,34
Hastanenin fiziki durumu	5	0,95
Personel yetersizliği	4	0,77
Randevu sisteminin yetersizliği	4	0,77
Mahremiyetin sağlanmaması	2	0,38
Dini alan yetersizliği	1	0,19
Güvenlik açığı (hırsızlık)	1	0,19
Otelcilik	1	0,19
Toplam	522	100,00

2. Devlet Hastanelerine Yönelik Bulgular

Araştırmada devlet hastanelerine yönelik şikâyetlerin dağılımı Tablo 2’de verilmektedir. Araştırma kapsamında devlet hastanelerine yönelik 673 adet şikâyet başlığı açıldığı belirlenmiştir. Aynı şikâyet

başlığı içinde birden fazla şikâyet dile getirilebildiğinden şikâyet sayısının 723 olduğu saptanmıştır. Çalışmada 723 şikâyet 21 değişken altında toplanmıştır. Devlet hastanelerinden şikâyette ilk sırayı 155 şikâyet ile hekim ilgisizliği ve nezaketsizliği (%21,44) oluşturmaktadır. Hekim ilgisizliği ve nezaketsizliğini hekim dışı personelin ilgisizliği ve nezaketsizliği (%20,89), sağlık hizmet kalitesinden memnuniyetsizlik (%9,96), randevu alamama (%9,54) ve hizmet sunumunun yavaşlığı (%5,95) izlemektedir.

Tablo 2. Devlet Hastanelerden Şikâyetlerin Dağılımı

Değişken	Sayı	Yüzde
Hekim ilgisizliği ve nezaketsizliği	155	21,44
Hekim dışı personelin ilgisizliği ve nezaketsizliği	151	20,89
Sağlık hizmet kalitesinden memnuniyetsizlik	72	9,96
Randevu alamama	69	9,54
Hizmet sunumunun yavaşlığı	43	5,95
Hastanenin yetersiz temizliği	39	5,39
Acil hizmet yetersizliği	37	5,12
Randevu saatine uymama	28	3,87
Yanlış teşhis ve tedavi	28	3,87
Hekim ve personel yetersizliği	28	3,87
Tıbbi cihaz yetersizliği ve bozukluğu	15	2,07
Hekimin hastaneye geç gelmesi	13	1,80
Hizmet alamama	10	1,38
Hastanenin fiziki durumu	9	1,24
Telefonda bilgi alamama	9	1,24
Mahremiyetin sağlanamaması	6	0,83
Teşhis koyamama	5	0,69
Kantin fiyatı	2	0,28
Hastanenin uzaklığı	2	0,28
Doktorla görüşememe	1	0,14
Güvenlik açığı (hırsızlık)	1	0,14
Toplam	723	100,00

Tablo 3'te hastane yetkililerinden şikâyetlere yönelik cevap yazılmasının dağılımı verilmektedir. Şikâyetlere yönelik cevap verme oranı özel hastanelerde %25,97 iken; devlet hastanelerinde %0,29'dur.

Tablo 3. Şikâyetlere Yönelik Hastane Yetkililerinden Cevap Yazılmasının Dağılımı

Hastane	Şikâyet Sayısı	Cevap Verme	
		Sayı	Yüzde
Özel Hastane	412	107	25,97
Devlet Hastanesi	673	2	0,29

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de faaliyet sürdüren özel hastanelere ve devlet hastanelerine yönelik internette paylaşılan olumsuz yorum ve şikâyetlerin belirlenmesidir. Çalışma sonucunda, özel hastanelere yönelik 412 şikâyet başlığında 522 şikâyet ve devlet hastanelerine yönelik 673 şikâyet başlığında 723 şikâyet incelenmiştir.

Hem özel hastanelerde hem de devlet hastanelerinden şikâyette ilk sırayı hekim ilgisizliği ve nezaketsizliği ve ikinci sırayı hekim dışı personelin ilgisizliği ve nezaketsizliği oluşturmaktadır. Bostan ve diğerleri (2014: 38), Sağlık Bakanlığı SABİM hattına yapılan şikâyetlerin %65,1’inin kurum şikâyetleri ve %35’inin sağlık personeli hakkında yapılan şikâyetler olduğunu ortaya koymuştur. Bir hastanede acil serviste yapılan şikâyetlerin incelendiği bir çalışmada da, şikâyetlerin büyük oranda acil hekimlerine yönelik olduğu ve tıbbi bakım ve iletişim problemlerinin yoğunlukta olduğu tespit edilmiştir (Zengin ve diğerleri, 2012: 165). Bir diğer çalışmada da, en çok şikâyet edilen konular arasında hekimin ilgisizliği ve azarlanma konusuna dikkat çekilmiştir (Acar ve diğerleri, 2015: 40). Başka bir çalışmada da, tüm şikâyetler içinde en yüksek şikâyet oranının hekimlere ve hemşirelere yönelik olduğu saptanmıştır (Jabbari ve diğerleri, 2014: 132). Yapılan diğer çalışmalarda da, sağlık çalışanları ile iletişimin şikâyet sebepleri arasında yer aldığı tespit edilmiştir (Chavan ve diğerleri, 2007: 89; Wong ve diğerleri, 2007: 994; Hsieh, 2010; Haw ve diğerleri, 2010). İletişim başarısızlığı, genellikle sağlık personelinin tutumundan, sağlık durumu ile ilgili bilginin tatmin edici şekilde açıklanmamasından, yetersiz veya çelişkili bilgiler verilmesinden kaynaklanabilmektedir (Chavan ve diğerleri, 2007: 89). Bu durum, hastaların artan beklentilerinden kaynaklanıyor olabilmektedir. Her bir hasta kendi kişiliği, kendi davranış biçimleriyle kendi hastalığını yaşamakta ve bunu yansıtmaktadır. Dolayısıyla, sağlık çalışanları farklı hastalara göre farklılaşan yaklaşımlar benimseyebilmeli, empati kurabilmeli ve hastalıkla ilgili açıklamalarını hastanın anlayabileceği ölçüde hastaya sunabilmelidir. Diğer hastane çalışanlarının şikâyet edilmesinin düşük düzeyde bulunması, işlerinin doğası gereği hastalarla daha az temas kurmaları ile ilişkilendirilebilir.

Çalışma bulgularından hareketle, hem özel hastanelerde hem de devlet hastanelerinde en çok şikâyet edilen konulardan bir diğeri, sağlık hizmet kalitesinden memnuniyetsizlik olarak belirtilmiştir. SABİM’e gelen şikâyetler üzerinden yapılan bir çalışmada, tıbbi hizmetlerden kaynaklı şikâyet sayısının idari ve mali hizmetlerden kaynaklı şikâyet sayısından fazla olduğu tespit edilmiştir (Akgül ve diğerleri, 2016: 4). Üniversite hastanelerinde yürütülen bir başka çalışmada da, sağlık hizmetleri kalitesinden duyulan memnuniyetsizliklere ilişkin şikâyet sayısının yüksek olduğu belirlenmiştir (Ebrahimipour ve diğerleri, 2013: 275). Yapılan diğer bir çalışmada da bu çalışma bulgusuna benzer bulguya ulaşıldığı görülmektedir (Siyambalapitiya ve diğerleri, 2007). Bu şikâyetler, hastanenin sunduğu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi adına stratejik bir araç olarak görülmelidir. Şikâyetleri yapan hastalar dinlenilerek şikâyetleriyle ilgilenildiği algısının verilmesi, hastanın veya hasta yakınının kendini o sağlık kurumuna veya sağlık çalışanına daha hoşgörülü yaklaşmasına ve sorun oluşmadan hizmet almaya devam etmesine sebep olabilir. Bu noktada, sağlık kurumlarının sağlık hizmeti kalitesine yönelik yapılan şikâyetlerin bu kurumları yönetenler tarafından dikkatle incelenmesi önerilebilir.

Özel hastaneler ve devlet hastaneleri şikâyetlerinin ortak olduğu konular arasında randevu saatine uymama, hizmet sunumunun yavaşlığı, yanlış teşhis ve tedavi, telefonda fiyat ve sonuç bilgisi alamama, hizmet alamama, hastanenin yetersiz temizliği, gereksiz hizmet sunumu, doktorla görüşememe, acil hizmet yetersizliği, hastanenin fiziki durumu, personel yetersizliği, mahremiyetin sağlanmaması, güvenlik açığı (hırsızlık) şikâyetleri yer almaktadır. Yapılan diğer çalışmalarda da, yanlış teşhis ve hatalı uygulamalar (Bostan ve diğerleri, 2014: 38; Akgül ve diğerleri, 2016: 4), mesai saatlerine uyulmaması (Bostan ve diğerleri, 2014: 38), tekrarlanan randevuların iptali veya tekrar

programlanması (Chavan ve diğerleri, 2007: 86; Ebrahimipour ve diğerleri, 2013: 274), hizmetten genel olarak faydalanamama (Toprak ve Şahin, 2012: 17; Akgül ve diğerleri, 2016: 4) ve mahremiyetin sağlanmaması (Akgül ve diğerleri, 2016: 4) gibi şikâyetler yapıldığı tespit edilmiştir. Bekleme sürelerinin uzunluğundan şikâyetler, yapılan diğer bilimsel çalışmalarda da tespit edilmiştir (Zengin ve diğerleri, 2012: 167; Ebrahimipour ve diğerleri, 2013: 274). Genellikle bürokratik sebeplerle gerçekleşen bekleme süreleri, hastalar için zaman kaybı olarak görülmektedir. Bu konuda, hasta otomasyon sistemlerinin gözden geçirilmesi önerilebilir. Bekleme süresinin gerekçeleri hastalara doğru şekilde ifade edilmeli ve süreçlerle ilgili hastaya doğru bilgilendirme yapılmalıdır. Bekleme süreleriyle ilgili belirsizlik hizmet kalitesi ne kadar iyi olursa olsun hastalar ve hasta yakınlarının memnuniyetinde azalmaya yol açabilmektedir. Bu sebeple, hastanelerin bekleme alanları daha ferah tasarlanmalıdır. Ayrıca, hasta ve hasta yakınları için yazılı materyaller, broşürler, televizyon yayımları planlanabilir ve böylece bu şikâyetler azaltılabilir.

Özel hastaneler ve devlet hastanelerine yapılan şikâyetlerde benzer özellikler görülmekle birlikte, hastanelerin hizmet sunum doğası gereği şikâyetlerin farklılaştığı noktalar da bulunmaktadır. Özel hastanelerde fiyatların yüksekliği, fazla ücret alma, acil hizmetten ve otoparktan ücret alınması gibi maddi şikâyetlerin daha yoğun olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de özel hastanelerin ücret tarifesi ve gelir kalemi Sağlıkta Uygulama Tebliği (SUT) ile belirlenmektedir. Bu hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin belirli bir oranını Sosyal Güvenlik Kurumu ödemektedir. Ancak, özel hastaneler Sosyal Güvenlik Kurumu’nun belirlediği üst sınıra kadar ilave ücret talep edebilmektedir. 2013 yılında özel hastanelerin talep edebileceği üst sınır %30’dan %200’e çıkarılmıştır. Dolayısıyla, özel hastanelerde sağlık hizmeti almak isteyen hastalar, hastaneler tarafından belirlenen ilave ücretleri de ödemeleri sebebiyle fiyatları yüksek bulmakta ve bu sebeple şikâyet etmektedirler. Son zamanlarda, özel hastanelerin hastalardan talep ettiği fiyatlar için ayrıntılı fatura sunmaları zorunluluğu gibi yeni düzenlemeler getirildiği görülmektedir. Bu uygulamayla hizmetlerin kapsamına yönelik fiyatlandırma konusunda bilgilenen hastaların fiyat yüksekliğine yönelik şikâyetlerinin azaltılabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada devlet hastanelerinde dini alan yetersizliği ile ilgili şikâyete rastlanmazken, özel hastanelerde şikâyet sebebi olabilmektedir. Ancak, Kırgın Toprak ve Şahin (2012: 18) tarafından Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yapılan bir çalışmada, düşük düzeyde olmakla birlikte dini vecibeleri yerine getirememeye ile ilgili şikâyet yapıldığı tespit edilmiştir.

Devlet hastanelerinde en önemli sorun alanlarından ve şikâyet sebeplerinden biri randevu alamama ile ilgili olmaktadır. 2010 yılından itibaren hastalar, Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) ve Alo 182 Çağrı Merkezi üzerinden Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumlarında randevu alarak muayene olabilmektedir. Erişimi kolaylaştırmak, verimi ve kaliteyi artırmak, zaman yönetimi sağlamak, karar desteği sağlamak gibi amaçlarla başlatılan MHRS, randevu için bakılan günle birlikte 15 günlük randevu sisteminin erişimine olanak sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Ancak, bu çalışmanın bulgularının da desteklediği gibi bazı hastane birimlerine randevu almada sorunlar yaşanabilmekte ve hastaların randevuları için uzun süreler beklemek zorunda kaldıkları durumlar ortaya çıkabilmektedir. Merkezi hekim randevu sisteminin sağlık hizmeti kullanıcıları için tedavi olunacak hekimi seçme özgürlüğü tanınması, zaman konusunda bireye seçim hakkı tanınması ve zaman kaybını önlemesi gibi sebeplerle pek çok olumlu katkısı olmakla birlikte, randevu sisteminin geliştirilmeye açık eksiklerinin olduğu ve bu konuda hastaların şikâyetlerde bulunduğu görülmektedir. Bu konuda devlet hastanelerine yapılan şikâyetler dikkate alınarak önlemler alınması önerilebilir.

Tıbbi cihaz yetersizliği ve bozukluğu, bir diğer şikâyet sebebi olarak dikkat çekmektedir. Şehir hastaneleriyle birlikte yüksek bütçeli tıbbi cihazların bu konudaki hasta şikâyetlerini azaltılabileceği düşünülmektedir. Kantin fiyatı, hastanenin uzaklığı ve doktorla görüşememe ise, devlet hastanelerinden şikâyet sebepleri arasındadır.

Çalışmanın ana bulgularından bir diğeri de, hastane yetkililerinden şikâyetlere yönelik cevap yazılması konusundadır. Şikâyetlere yönelik cevap verme oranı özel hastanelerde %25,97 iken, devlet hastanelerinde bu oran %0,29 olarak tespit edilmiştir. Tayvan'da yürütülen bir çalışmada da, hasta şikâyetlerini ele alma konusunda hastane personelinin isteksiz olduğu belirtilmektedir (Hsieh ve diğerleri, 2005: 313). Acil servislerde yapılan bir çalışmada da, şikâyetlere geri bildirim yapma konusunda sağlık kurumunun yetersiz olduğu belirtilmiştir (Zengin ve diğerleri, 2012: 167). Doğru yönetilirse hasta tarafından yapılan şikâyetlerin her türlü sağlığı hizmetlerini geliştirmek ve hizmetin kalitesini artırabilmek için bir öğrenme süreci olarak düşünülebilir. Hastane yöneticileri, hem doğrudan hastaneye yapılan hem de web siteleri üzerinden yapılan şikâyetlerinin cevaplandırıldığı ve hastalarla iletişime geçildiği bir örgüt kültürünün benimsenmesine aracı olmalıdır. Böylece, kendisinin ve şikâyetinin değerli olduğuna inanan hastaların o sağlık kurumunu daha fazla tercih etmesine katkı sağlayabilecektir. Özellikle sadık hasta portföyü ile çalışmak isteyen özel hastaneler için şikâyet yönetimi sisteminin etkin kullanımı daha da önemli hale gelmektedir.

Araştırma sonucunda, hastaların şikâyetleri belirlenerek hastanelerin kendilerini geliştirmeleri gereken alanlar ortaya konulmuştur. Şikâyetlerin sebeplerine bakıldığında sağlık çalışanlarının tutumları, kaliteli sağlık hizmeti sunumunda yetersizlik, bekleme sürelerinin uzun olması gibi kolayca çözülebilecek ve eğitim ve doğru yönlendirmelerle önenebilecek şikâyetler olduğu bulunmuştur.

Hastane yöneticilerinin hasta şikâyetlerine yönelik bakış açısı ve vizyonu, şikâyetlerin çözümlenmesinde önemli olmaktadır. Şikâyetleri etkili bir şekilde yönetmek için birimlerin oluşturulması ve bu birimlerde çalışacak personelin şikâyet yönetimi konusunda nitelikli ve yetenekli olması beklenmektedir. Klinik birimlerle entegre olmayan bir hasta şikâyet yönetim sisteminin yetersiz olacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmet sunucularının da şikâyet çözüm sürecine dâhil edilmesinin gerektiği düşünülmektedir. Çalışma sonuçlarından hareketle, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının ilgisi ve nezaketi konusunda sorunlar olduğu görülmektedir. Bu noktada, tıbbi personelin hastayla doğru iletişim ve etkileşim kurulması konusunda eğitimler verilmesi önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Acar, Ethem, Alatas, Ömer Doğan, Kırlı, Ulviye ve Kılınc, Cem Yalın (2015) "Acil Servis Hasta Şikâyetlerinin Değerlendirilmesi", Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi 2(2), s.38-43.
- Akgül, Neriman, Palteki, Tunçay, Şimşek, E. Ersin, Bayram, Melahat, Erkan, İtir ve Ulutin, H. Cüneyt (2016) "Bir Grup Kamu Hastanesine Ait Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi Şikâyet Başvurularının İncelenmesi", Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi 1(1), s.1-7.
- Alabay, Mehmet Nurettin (2012) "Müşteri Şikâyetleri Yönetimi", Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi 8(16), s.137-157.
- Argan, Mehpare Tokay (2014) "E-Şikâyetle İlgili Tanımlayıcı Bir Çalışma: Şikâyet Forumu Olarak Bir Web Sitesinin Sosyal Ağ Analizi", İnternet Uygulamaları ve Yönetimi Dergisi 1, s.49-66.
- Baker, Richard (1999) "Learning From Complaints About General Practitioners: Clinical Governance Means Handling Complaints Betterfor Both Parties", British Medical Journal 318(12), s.1567-1568.
- Bostan, Sedat, Kılıç, Taşkın ve Çiftçi, Fatma (2014) "Sağlık Bakanlığı 184 Sabim Hattına Yapılan Şikâyetlerin Karşılaştırmalı Analizi", Global Journal of Economics and Business Studies 3(5), s.32-40.
- Brennan, Carol ve Douglas, Alex (2002) "Complaints Procedures in Local Government: Informing Your Customers", International Journal of Public Sector Management 15(3), s.219-236.

- Chavan, Randhir, Porter, Carol ve Sandramouli, Soupramanien (2007) "Formal Complaints At An Eye Hospital: Three-Year Analysis", *Clinical Governance: An International Journal* 12(2), s.85-92.
- Ebrahimipour, Hossein, Vafae-Najar, Ali, Khanijahani, Ahmad, Pourtaieb, Arefeh, Saadati, Zoleykha, Molavi, Yasamin ve Kaffashi, Shahnaz (2013) "Customers' complaints and its determinants: The case of a training educational hospital in Iran", *International Journal of Health Policy and Management* 1(4), s.273-276.
- Giugliani, Camila, Gault, Nathalie, Fares, Valia, Jegu, Jérémie, dit Trolli, Sergio Eleni, Biga, Julie ve Vidal-Trecan, Gwenaelle (2009) "Evolution of Patients' Complaints in a French University Hospital: Is There a Contribution of a Law Regarding Patients' Rights?", *BMC Health Services Research* 9(141), Doi: 10.1186/1472-6963-9-141
- Harrison-Walker, L. Jean (2001) "E-Complaining: A Content Analysis of an Internet Complaint Forum", *Journal of Services Marketing* 15(5), s.397-412.
- Haw, Camilla, Collyer, Jeanette ve Sugarman, Philip (2010) "Patients' Complaints at a Large Psychiatric Hospital: Can They Lead to Better Patient Services?", *International Journal of Health Care Quality Assurance* 23(4), s.400-409.
- Holmes Bonney, Kathy (2010) "Managing Complaints in Health and Social Care", *Nursing Management* 17(1), s.12-15.
- Hsieh, Sophie Y, Thomas, David ve Rotem, Arie (2005) "The Organisational Response to Patient Complaints: Case Study in Taiwan", *International Journal of Health Care Quality Assurance* 18(4), 308-320.
- Hsieh, Sophie Y. (2010) "The Use of Patient Complaints to Drive Quality Improvement: An Exploratory Study in Taiwan", *Health Services Management Research* 23(1), 5-11.
- İslamoğlu, Ahmet Hamdi ve Altunışık, Remzi (2013) *Tüketici Davranışları*, 4. Baskı, Beta Basım Yayın, İstanbul.
- Jabbari, Alireza, Khorasani, Elahe, Jazi, Marzie Jafarian, Mofid, Maryam ve Mardani, Raja (2014) "The Profile of Patients' Complaints in a Regional Hospital", *International Journal of Health Policy Management* 2(3): 131-135.
- Jiang, Yishi, Ying, Xiaohua, Zhang, Qian, Tang, Sirui Rae, Kane, Sumit, Mukhopadhyay, Maitrayee ve Qian, Xu (2014) "Managing Patient Complaints in China: A Qualitative Study in Shanghai", *BMJ Open*, 4(8), e005131. Doi: 10.1136/bmjopen-2014-005131
- Kayabaşı, Aydın (2010) "Elektronik (Online) Alışverişte Lojistik Faaliyetlere Yönelik Müşteri Şikâyetlerinin Analizi ve Bir Alan Araştırması", *İşletme Araştırmaları Dergisi* 2(2), s.21-42.
- Kowalski, Robin M. ve Western Carolina U. (1996) "Complaints and Complaining: Functions, Antecedents, and Consequences", *Psychological Bulletin* 119(2), s.179-196.
- Kutluk, Ayşegül ve Arpacı, Özgür (2016) "E-Wom Bağlamında Seyahat Acentalarına Yönelik E-Şikâyetlerin Gömülü Teori ve İçerik Analizi İle İncelenmesi", *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 19(35), s.367-386.
- Mattila, Anna S. ve Mount, Daniel J. (2003) "The Impact of Selected Customer Characteristics and Response Time on e-Complaint Satisfaction and Return Intent", *International Journal of Hospitality Management* 22(2), s.135-145.
- Montini, Theresa, Noble, Alice A ve Stelfox, Henry Thomas (2008) "Content Analysis of Patient Complaints", *International Journal for Quality in Health Care* 20(6), 412-420.

- Reader, Tom W, Gillespie, Alex ve Roberts, Jane (2014) “Patient Complaints in Healthcare Systems: A Systematic Review and Coding Taxonomy”, *BMJ Quality & Safety* 23(8), s.678-689.
- Sage, William M. (2002) “Putting the Patient in Patient Safety: Linking Patient Complaints and Malpractice Risk”, *JAMA* 287(22), s.3003-3005.
- Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (2018) erişim tarihi: 10.08.2018, <https://sabim.saglik.gov.tr/login.aspx>
- Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (2018) Merkezi Hekim Randevu Sistemi, erişim tarihi: 05.07.2018, <https://www.hastaneraidevu.gov.tr/Vatandas/hakkimizda.xhtml>
- Siyambalapitiya, Sajith, Caunt, Julie, Harrison, Natalie, White, Lesley, Weremczuk, Denise ve Fernando, Devaka JS (2007) “A 22 Month Study of Patient Complaints at a National Health Service Hospital”, *International Journal of Nursing Practice* 13(2), s.107-110.
- Şikayetvar, erişim tarihi: 14.12.2018, <https://www.sikayetvar.com/>
- Thi Thu Ha, Bui, Mirzoev, Tolib ve Morgan, Rosemary (2015) “Patient Complaints in Healthcare Services in Vietnam’s Health System”, *SAGE Open Medicine* 3, Doi: 2050312115610127
- Toprak, Duygu Kırgın ve Şahin, Bayram (2012) “Sağlık Bakanlığı Hastanelerine Yapılan Hasta Şikâyetlerinin Değerlendirilmesi”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 3(1), s.1-28.
- Tuk, Mirjam A (2008) *Is Friendship Silent When Money Talks? How People Respond To Word-Of-Mouth Marketing*, Erasmus Research Institute of Management, (No. EPS-2008-130-MKT), erişim tarihi: 08.08.2018, <https://repub.eur.nl/pub/12702/>
- Wofford, Marcia M, Wofford, James L, Bothra, Jashoda, Kendrick, S Bryant, Smith, Amanda ve Lichstein, Peter R. (2004) “Patient Complaints About Physician Behaviors: A Qualitative Study”, *Academic Medicine* 79(2), s.134-138.
- Wong, L. L, Ooi, Shirley Beng Suat ve Goh, Lee Gan (2007) “Patients’ Complaints in a Hospital Emergency Department in Singapore”, *Singapore Medical Journal* 48(11), s.990-995.
- Yılmaz, Özgür Devrim (2014) “Tüketici Şikâyetlerinin Örgütsel Öğrenme Aracı Olarak Değerlendirilmesi: Konaklama İşletmeleri ve Tur Operatörlerine Yönelik Şikâyetler Üzerine Bir Araştırma”, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 28(4), s.131-148.
- Zengin, Suat, Al, Behçet, Yavuz, Erdal, Şen, Cem, Cindoruk, Şener ve Yıldırım, Cuma (2012) “Patient and Relative Complaints in a Hospital Emergency Department: A 4-Year Analysis”, *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 12, s.163-168.

SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN KARIYER PLANLAMA VE GELİŞTİRME UYGULAMALARINA YÖNELİK GÖRÜŞLERİ

HEALTH MANAGERS' VIEWS ON CAREER PLANNING AND DEVELOPMENT APPLICATIONS

Çiğdem YILDIZ

Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü, Kırklareli, Türkiye
cigdemyildiz2006@hotmail.com orcid.org/0000-0001-6896-3477

Doç. Dr. Aygül YANIK

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye aaygul.yanik@medeniyet.edu.tr
orcid.org/0000-0001-6736-0391

Makale gönderim-kabul tarihi (28.11.2019-20.12.2019)

Özet

Sağlık yöneticileri ve çalışanların kariyer hedeflerinin karşılanması, bireysel ve kurumsal başarılarını arttıracaktır. Araştırmada, kamu hastanelerinde kariyer planlama ve geliştirme uygulamaları, sağlık yöneticilerinin bu uygulamalara yönelik görüşlerinin belirlenmesi ve demografik özellikler açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma, kamu hastanelerinde görev yapan yöneticiler ile yapılmıştır. Veriler anket formu ile toplanmış ve 160 anket değerlendirmeye alınmıştır. Verilerin analizi; SPSS 22.0 for Windows programında yapılmıştır. Yöneticilerin %65,6'sının kadın, %85,22'sinin evli, %44,4'ünün alt, %37,5'inin orta ve %18,1'inin üst yönetim kademesinde olduğu belirlenmiştir. Dahası, yöneticilerin hastanelerdeki bazı kariyer planlama ve geliştirme görüşleri ile yaş hariç diğer demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca, hastanelerde ideal bir kariyer planlama ve geliştirme uygulamasının olmadığı belirlenmiştir. Yöneticilerin hastanelerde uygulanan bazı kariyer planlama ve geliştirme görüşleri, demografik özelliklere göre değişmektedir. Araştırmanın hastanelerde etkili kariyer planlama ve geliştirme politikaları geliştirilmesine katkı sağlaması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kariyer Planlama, Kariyer Geliştirme, Sağlık Yöneticisi

Abstract

Meeting the career goals of health managers and employees will increase their individual and institutional success. In this research, it was aimed to determine career planning and development applications in public hospitals, to state the views of health managers about these applications and to evaluate them in terms of demographic characteristics. The research was conducted with managers working in public hospitals. All data were collected with a questionnaire and 160 questionnaires were evaluated. It was determined that 65.6% of the managers were women, 85.22% were married, 44.4% were lower, 37.5% were middle and 18.1% were upper manager. Further it was found there was a statistically significant difference between managers' some career planning and development views in hospitals and demographic characteristics except for age. It was also

determined there was not ideal career planning and development practice in hospitals. It was also determined there was not ideal career planning and development practice in hospitals. Some career planning and development views of managers in hospitals varied according to demographic characteristics. It is expected the research contribute to the development of effective career planning and development policies in hospitals.

Key Words: Career Planning, Career Development, Health Manager

GİRİŞ

Kariyer, bir bireyin yaşamı boyunca edindiği işe ilişkin deneyim ve etkinliklerle ilgili algıladığı tutum ve davranışlar dizisidir. Kariyer yolu, uzun dolambaçlı bir yolculuğu gerektirir. Bu yolculukta, kariyer yönüne karar vermek, varılacak noktaya hızlı ve doğrudan nasıl ulaşılacağını belirlemek ve başarılması gerekenleri başararak kariyer seçimini yapmak önemlidir (Tappen, 2001; Can vd., 2009).

Kariyer planlaması (KP), bireysel kariyer amaçlarının ve bireyin bu amaçları başarması için gereken araçların belirlenmesi sürecidir. Kariyer geliştirme (KG) ise, kariyer seçimine, seçilen kariyere uyum göstermeye ve bu yolla çalışanların yeterlilik ve kendine saygı gereksinimlerinin tatminine katkı sağlayan bilinçli etkinliklerdir (Can vd., 2009; Sonmez ve Yildirim, 2009). KG, davranış değişikliği gerektirir. KG programları, yöneticilerin özel bir görevin üstesinden gelme ve kariyer hedeflerini planlamaya yardım eder (Yu ve Lee, 2015). Kariyer planlama ve geliştirme (KPG) araçları olarak kurum içinde tüm pozisyonları, gerekli nitelikleri tanımlayan kariyer yolları ya da kariyer haritaları kullanılır (Sonmez ve Yildirim, 2009). KPG'nin önemi, hem bireyler hem de kurumlar açısından ortaya çıkar. KPG bireyler açısından, çalışanların kendi geleceğini ve kariyerini planlamasına olanak tanıyarak güdülenmesini sağlar. Kurumlar açısından KPG, çalışanların tatmini ve kuruma bağlılığının artırılması; çalışanların daha gerçekçi kariyer hedefleri, planları gerçekleştirmesi ve becerilerinin zenginleştirilmesi gibi yararlar sağlar (Can vd., 2009; Vergiliel Tüz, 2003). KPG, bireysel kariyer hedefleri ile kurumsal olanakların uyumlaştırılmasını içerir.

KPG'nin teknolojik gelişmeler, işlerin niteliğinin değişmesi ve kurumun gelecekteki gereksinimleri nedeniyle önemi artmıştır (Can vd., 2009; Chetana ve Mohapatra, 2017). Özellikle 1980'lerden itibaren kariyer değişimleri hızlanmış (Yu ve Lee, 2015) ve KPG ile farklı değişkenlerin etkisini ölçmeye yönelik araştırmalar yapılmıştır (Taormina ve Law, 2000; Chow, 2002; Rollag, 2004; Sonmez ve Yildirim, 2009; Guan vd., 2014; Biemann vd., 2015).

Bir kurumda yöneticiler, çalışanlar, yapılacak işler ve çevre önemli unsurlardır (Tappen, 2001). Bu bağlamda etkili KG, kurum içindeki insan kaynaklarının işlevleri, hiyerarşik kademelerdeki yöneticiler ve çalışanlar arasında üçlü bir ortaklık gerektirir. KG fırsatları, çalışanların algısı ve gelecekteki kariyer hedeflerini başararak işlerinden tatmin olmaları ile ilgilidir. KPG sürecinin bir parçası olarak çalışanlar, genellikle kurum içinde kişisel gelişimlerine yönelik fırsatlar ararlar ve bu fırsatları değerlendirmek isterler (Crawshaw ve Game, 2015). KG'ye destek olunmadığında, çalışan ilişkilerine güven kaybolabilir ve bireyler daha fazla alternatif işe yönelme ve kurumdan ayrılma yolları arayabilir.

Kurumlar ve çalışanlar yöneticilerin kariyer sorumluluğunu paylaştığında ve başarılı bir planlamaya sahip olduğunda, yöneticiler daha başarılı kariyerlere sahip olabileceklerdir. Başarılı KP, kurum kariyer senaryoları ve etkili kurumsal bağlılık açısından önemli rol oynar. Eğer yöneticiler kişisel mesleki fırsatlar ve kariyer yönlerinin farkında olursa, kurumları ile daha fazla bütünleşecek ve kurumsal amaçları başarmak için daha fazla çaba göstereceklerdir (Yu ve Lee, 2015).

Kariyer uygulamalarının etkili olmasında, bireysel faktörler, kurumsal faktörler ve tepe yönetimin desteği önemlidir. Yöneticilerin KG’de bilgi ve becerileri etkin rol oynar. Etkili bir KPG programı, ihtiyaç duyulan değerli bilgiye erişim sağlamalı ve KPG’de farklı kademelerdeki yöneticileri ve çalışanları desteklemelidir. Bu sayede, yönetici ve çalışanlar yaptıkları işler ile kuruma değer katacaklar ve kurumsal başarı yakalanacaktır (Can vd., 2009; Yu ve Lee, 2015).

KPG’nin yönetici ve kurum açısından önemini yanı sıra, araştırmanın sağlık hizmet sunumunda etkin rol üstlenen hastanelerde görev yapan yöneticiler üzerinde yapılmış olması önemini arttırmaktadır. Literatürde sağlık kurumlarında görev yapan yöneticilerin KPG’ye ilişkin görüşlerine yer veren araştırmalar sınırlıdır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümü, kamu hastanelerinde sunulmaktadır. Sunulan hizmetlerin etkili, kaliteli ve verimli olmasında; sağlık yöneticileri planlamadan denetimine önemli rol üstlenmektedir. Bu bağlamda yöneticilerin KPG görüşleri, çalışanlar ve hastaneler için yararlı olmaktadır. Bu araştırmada, kamu hastanelerinde KPG uygulamaları, sağlık yöneticilerinin bu uygulamalar hakkındaki görüşlerinin ortaya çıkartılması, bunların demografik özellikler açısından farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi ve KPG’ye yönelik öneriler geliştirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu araştırma, kesitsel tipte tanımlayıcı niteliktedir. Sağlık yöneticilerinin hastanelerde KPG uygulamalarına ilişkin görüşleri, bireysel ve kurumsal başarı açısından önemlidir, yaklaşımla tasarlanmıştır. Araştırmada tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra aşağıdaki hipotezler test edilmiştir.

H₀. Yöneticilerin KPG görüşleri, demografik özelliklere göre farklılık gösterir.

H₁. Yöneticilerin KPG görüşleri, demografik özelliklere göre farklılık göstermez.

Araştırmanın evrenini, Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’na bağlı Türkiye’nin Tekirdağ, Edirne ve Kırklareli illerinde faaliyet gösteren 4 (dört) farklı hastanede çalışan yöneticiler oluşturmuştur. Araştırma, Edirne Devlet Hastanesi (EDH), Kırklareli Devlet Hastanesi (KDH), Tekirdağ Devlet Hastanesi (TDH) ve Çorlu Devlet Hastanesi (ÇDH)’nde 01 Ocak 2015 ve 31 Mart 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu hastaneler, ikinci basamak sağlık hizmeti sunması, benzer yapı, yatak kapasitesi, insan kaynağı ve yönetsel özelliklere sahip olmaları nedeniyle seçilmiştir. Yöneticiler, aynı iş özelliklerine ve benzer iş yüküne sahiptir. Hastanelerdeki KPG uygulamaları ve kariyer olanakları da benzerdir. Ayrıca hastanelerin yatak kapasitesi, 266 ile 400 arasındadır. Hastane personel yönetimi birimlerinden elde edilen bilgilere göre, tüm birimler dahil bu hastanelerdeki yönetici sayısı 225’tir. Araştırmada, yöneticilerin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Ancak, araştırmaya katılmak istemeyen, izinli ve hastalık raporlu olan yöneticiler dahil edilmemiştir. Gönüllülük esasına göre anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Anket, gönüllü olan 168 yöneticiye uygulanmıştır. Ancak üzerinde eksikler olan 8 anket formu analiz dışı bırakılmıştır. Dolayısıyla 160 anketin verileri değerlendirmeye alınarak analize dahil edilmiştir. Dolayısıyla evrenin %71’ine ulaşılmıştır.

Veri toplama aracı olan anket, demografik bilgi ve KPG soruları olmak üzere iki bölümden oluşmuştur. KPG soruları, Sonmez ve Yıldırım (2007) tarafından kategorik olarak geliştirilen anketten yararlanılarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Anket formunda 9 demografik bilgi ve 16 KPG sorusu yer almıştır.

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 22.0 for Windows paket programında tanımlayıcı istatistikler (yüzde, ortalama, standart sapma) ve uygun olanlar için ki kare testi kullanılarak yapılmıştır. Yanılma olasılığı 0,05 olarak belirlenmiştir.

Araştırma için hastanelerin bağlı olduğu Tekirdağ, Kırklareli ve Edirne Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliklerinden izin alınmıştır. Yöneticilere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden yöneticilerin sözel onayları alınarak anket formu uygulanmıştır. Araştırma klinik bir araştırma değildir ve araştırma kapsamında 18 yaşından küçük katılımcı yoktur.

BULGULAR

Demografik Özellikler

Yöneticilerin yaş ortalaması, minimum 22 maksimum 49 olmak üzere (37,47±6,22)'dir. Yöneticilerin %65,6'sı kadın, %85,22'si evli, %56,9'u 40 yaşın üstünde, %44,4'ü alt yönetim kademesinde, %67,5'i lisans ve üstü eğitilmiş, %72,5'i on yıldan fazla mesleki deneyimli, %91,9'u bir yıldan fazla süre ile yönetim pozisyonunda, %51,9'u beş yıldan fazla hastane deneyimlidir (Tablo 1).

Tablo 1. Yöneticilerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik özellikler		n	%
Kurumu	Kırklareli Devlet Hastanesi	41	25,6
	Edirne Devlet Hastanesi	32	20,0
	Tekirdağ Devlet Hastanesi	47	29,4
	Çorlu Devlet Hastanesi	40	25,0
Cinsiyet	Kadın	105	65,6
	Erkek	55	34,4
Medeni durum	Evli	136	85,0
	Bekar	24	15,0
Yaş	<40 yaş	91	56,9
	40 yaş ve üzeri	69	43,1
Yönetim kademesi	Üst	29	18,1
	Orta	60	37,5
	Alt	71	44,4
Eğitim	Lise/Ön lisans mezunu	52	32,5
	Lisans mezunu	69	43,1
	Yüksek Lisans mezunu	39	24,4
Mesleki deneyim	10 yıl ve daha az	44	27,5
	11-20 yıl	76	47,5
	21 ve üstü	40	25,0
Yönetim pozisyonundaki çalışma süresi	1 yıldan az	13	8,1
	1-5 yıl	97	60,6
	5 yıldan fazla	50	31,3
Kurum deneyimi	1 yıldan az	11	6,9
	1-5 yıl	66	41,3
	5 yıldan fazla	83	51,9

Yöneticilerin Hastanelerdeki KPG Uygulamaları İle İlgili Görüşleri

Yöneticilerin %76,9'u hastanelerinde ideal bir KPG uygulaması olmadığı, %83,8'i KPG'nin yazılı olmadığı, açık/boş pozisyonlara personel seçimi ve yerleştirilmesinde %71,3'ü kurum içi ve kurum dışı seçim yöntemlerinin birlikte kullanıldığı, açık/boş pozisyonlar ve gerekli nitelikler hakkında

%53,8'i bilgilendirme yapılmadığı, açık/boş pozisyonlara personel seçiminde %53,1'i bireyin kariyer hedeflerinin dikkate alınmadığı ve %77,5'i kurumda özel terfi prosedürü olmadığı görüşündedirler. Yöneticilerin %56,3'ü yazılı iş analizleri ve görev tanımları olduğunu, %56,7'si bunların birim KPG'sinde kısmen dikkate alındığını ve %48,8'i kurumdaki yönetici devir hızının orta düzeyde olduğunu, %52,5'i KPG uygulamalarının orta düzeyde olduğunu, %67,5'i KPG uygulamaları ile en yüksek terfi pozisyonuna gelmenin olanaksız olduğunu ve %48'8'i KPG'nin mesleki gelişimde etkin bir yöntem olmadığını ifade etmişlerdir (Tablo 2). Ayrıca KPG'den yararlanmayı en iyi tanımlayan ifade olarak yöneticilerin %31,9'u (n=51) KPG'den kurumdaki tüm çalışanların yararlanmasını, %31,9'u (n=51) üst düzey yöneticilerin yararlanmasını, %15,0'i (n=24) performansı beğenilen çalışanların yararlanmasını, %15,0'i (n=24) öncelikli olarak terfi ettirilmesi düşünülen çalışanların yararlanmasını göstermişler ve sadece (n=10) %6,3'ü diğer bir nedeni göstermiştir.

Aşağıda belirtilen yönetici görüşleri için birden fazla seçenek belirtildiğinden kümülatif olarak değerlendirilmiştir.

Yönetici olunmasında dikkate alınan kriterler sırasıyla; ilk amirinin önerisi (%41,3), üst yönetimin kararı (%36,3), eğitim düzeyi (%30), klinik deneyimi (%27,5), bireysel gelişim (%19,4), diğer meslek üyelerinin önerisi (%10), uzmanlık alanı (%7,5) ve diğer (%6,3) şeklinde belirtilmiştir. Ayrıca yöneticilerin hastanelerde yükseltilmenin (terfi) sırasıyla; 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (%34,4), Devlet Memurları Sicil Yönetmeliği (%34,4), politik ve siyasi nedenler (%27,5), kamu kurum ve kuruluşlarına ait görevde yükselme ve unvan değişikliği yönetmeliği (%21,9), kurum tarafından geliştirilen performans değerlendirme prosedürleri ve terfi esaslarına (%16,9) göre gerçekleştirildiği görüşünde oldukları saptanmıştır. Öte yandan çalışanların bir üst göreve geçişinde dikkate alınan kriterler ise; üst yönetimin önerisi/kararı (%77,5), eğitim düzeyi (%31,3), kişinin yetenek ve performansı (%28,1), diğer meslek üyelerinin önerisi (%10,6) ve politik siyasi gibi diğer nedenler (%14,4) şeklinde sıralanmıştır.

Yöneticilerin KPG'ye yönelik üst yönetici olarak sorumlulukları ise sırasıyla; bilgi akışının sağlam kontrolü (%64,4), bireysel gelişim planını gözden geçirme (%39,4), kurum tarafından geliştirilen performans değerlendirme prosedürlerini uygulama (%28,8), birinci sicil amiri olarak sicil raporu doldurma (%23,8), birinci sicil amirini yönlendirmek üzere sicil raporu doldurma (%16,3) ve diğer (%10,6) olarak belirtilmiştir. Ayrıca performansı yüksek yöneticilere yönelik uygulamalar sırasıyla; sözlü takdir ve takdim etme (%66,9), terfi ettirme (%27,5), ekstra prim verme (%13,8), yüksek ücretle ödüllendirme (%12,5) ve diğer (%7,5) şeklinde ifade edilmiştir. Performansı az olan yöneticilere yaklaşım ise; yazılı uyarıda bulunulması (%49,4), çalıştığı bölümün değiştirilmesi (%40,0), terfi hakkı olmaması (%18,8), eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi (%14,4), disiplin soruşturması açılması (%10,6), performans primlerini alamaması (%8,1) ve diğer (%9,4) olarak sıralanmıştır.

Yöneticilere yönelik KPG uygulamaları sırasıyla; kişinin iş ve yetenekleri ile uyumlu eğitim programları, kurs ve seminerlere katılımını sağlama (%59,4), bireysel ve mesleki gelişime yönelik kaynak sağlama ve yararlandırma (%25,6), diğer (%22,5), ileri eğitim (lisansüstü, doktora, doçent vb.) için teşvik ve olanak sağlama (%15,0) olarak belirtilmiştir. Öte yandan, yöneticilerin KPG hakkında kurumdan beklentileri ise; kurumdaki kariyer olanakları hakkında bilgi sahibi olma (%70,0), mesleğin gerektirdiği bilgiye ulaşmak için sürekli eğitim programlarının düzenlenmesi (%60,0), yönlendirme, kariyer danışmanlığı (%53,5) ve diğer (%3,8) şeklinde ifade edilmiştir. Ayrıca yöneticilerin kurumlarındaki KPG uygulamalarından beklenti öncelikleri değerlendirildiğinde; çalışma koşullarının iyileştirilmesi (%67,5), güç ve sorumluluk artışı (%57,5), uzun süreli istihdam (%47,5), ücret artışı

(%42,5), yüksek statü ve saygınlık (%35,6), bireysel gelişim ve motivasyon (%35,0) olarak sıralanmıştır.

Tablo 2. Yöneticilerin Hastanelerdeki KPG Uygulamaları İle İlgili Görüşleri

KPG Değişkenleri	Alt Değişkenler	n	%
KPG uygulaması	Var	37	23,1
	Yok	123	76,9
KPG sürecinin yazılı olması	Evet	26	16,3
	Hayır	134	83,8
KPG süreci var ise, KPG'nin hangi birim tarafından yürütüldüğü	Hastane yöneticiliği	22	64,7
	Diğer (Başhemşirelik vd.)	12	35,3
Açık/boş pozisyonlara personel seçimi ve yerleştirilmesinde kullanılan yöntem	Kurum içinden personel temini	38	23,8
	Kurum dışından personel temini	8	5,0
Açık pozisyonlar ve gerekli nitelikler hakkında bilgilendirme	Her ikisi birlikte	114	71,3
	Yapılıyor	18	11,3
Açık/boş pozisyonlara personel seçiminde bireyin kariyer hedeflerinin dikkate alınma durumu	Yapılmıyor	86	53,8
	Kısmen yapılıyor	56	35,0
Kuruma özel terfi prosedürü	Alınmıyor	75	46,9
	Alınmıyor	85	53,1
Kuruma özel performans değerlendirme prosedürü	Var	20	12,5
	Yok	124	77,5
	Kısmen var	16	10,0
Terfi politikasına bağlı kalınması	Var	25	15,6
	Yok	89	55,6
	Kısmen var	46	28,8
Yazılı iş analizleri ve görev tanımları	Çoğunlukla evet	18	11,3
	Kesinlikle hayır	55	34,4
	Pozisyon ve kişiye göre değişmekte	87	54,4
Birimde yazılı is analizi ve görev tanımlarının KPG'de dikkate alınması	Var	90	56,3
	Yok	70	43,8
Kurum yönetici devir hızı	Alınmıyor	18	20,0
	Alınmıyor	21	23,3
	Kısmen alınmıyor	51	56,7
KPG'ye yönelik uygulamaların düzeyi	Düşük	5	3,2
	Orta	78	48,8
	Yüksek	77	48,1
KPG uygulamaları ile en yüksek terfi pozisyonuna gelinebilmesi	Düşük	76	47,5
	Orta	84	52,5
KPG'nin mesleki gelişimde etkinliği	Olanaklı	52	31,5
	Olanaksız	108	67,5
KPG'nin mesleki gelişimde etkinliği	Etkin	41	25,6

Etkin değil	78	48,8
Kısmen etkin	41	25,6

Demografik Özelliklere Göre Yöneticilerin KPG Algıları

Yöneticilerin KDH'de %78'inin, EDH'nde %90'ının, TDH'nde %74,5'inin ve ÇDH'nde %95'inin kurumlarında yazılı bir KPG'nin olmadığı ve KDH'de %26,8'inin, EDH'nde %21,9'unun, TDH'nde %17,0'sinin ve ÇDH'nde %50'sinin kuruma özgü performans prosedürünün olmadığı görüşü belirlenmiştir. Yöneticilerin kurumu ile KPG uygulamasının yazılı olup olmaması ($\chi^2=8,786$, $p=0,032$) ve özel performans prosedürü olup olmamasına ($\chi^2=18,071$, $p=0,006$) ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Yöneticilerin yaşı ile KPG görüşleri arasında anlamlı bir fark bulunmamış iken ($p>0,05$), yöneticilerin cinsiyeti ile özel terfi prosedürü olup olmaması ($\chi^2=9,007$, $p=0,011$) ve KPG'nin meslek gelişiminde etkinliği ($\chi^2=7,705$, $p=0,021$) görüşleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların %86'sı erkeklerin %38'i özel terfi prosedürünün ve kadınların %42,9'u erkeklerin %60'ı KPG'nin meslek gelişiminde etkin bir yöntem olmadığı algısına sahiptir.

Yöneticilerin medeni durumu ile açık pozisyonlar ve gerektirdiği nitelikler hakkında bilgilendirilme ($\chi^2=10,902$, $p=0,004$) ve terfi politikasına bağlılığa ($\chi^2=19,495$, $p=0,001$) ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Evlilerin %80'i bekarların %25'i açık pozisyonlar ve gerektirdiği nitelikler hakkında bilgilendirilme yapılmadığı, evlilerin %36'sı bekarların %25'i terfi politikasına bağlı kalmadığı, evlilerin %57,4'ü bekarların %37,5'i pozisyon ve kişiye göre işlem yapıldığı görüşündedir.

Yöneticilerin yönetim kademesi ile KPG uygulamasının yazılı olup olmaması ($\chi^2=11,489$, $p=0,003$), açık pozisyonlara personel seçiminde bireyin kariyer hedeflerinin dikkate alınması ($\chi^2=10,749$, $p=0,005$), özel performans prosedürü olup olmaması ($\chi^2=12,285$, $p=0,015$), terfi politikasına bağlılık ($\chi^2=16,151$, $p=0,003$), yönetici devir hızı ($\chi^2=10,712$, $p=0,005$), KPG uygulaması ile en yüksek terfi düzeyine ulaşma ($\chi^2=35,456$, $p=0,001$) ve KPG'nin meslek gelişiminde etkinliğine ($\chi^2=11,166$, $p=0,025$) ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Üst yöneticilerin %93,1'i, orta yöneticilerin %69,8'i ve alt yöneticilerin %89,7'si KPG uygulamasının yazılı olmadığını; üst yöneticilerin %41,4'ü, orta yöneticilerin %43,4'ü, alt yöneticilerin %64,1'i açık pozisyonlara personel seçiminde bireyin kariyer hedeflerinin dikkate alınmadığını; üst yöneticilerin %34,5'i, orta yöneticilerin %62,3'ü, alt yöneticilerin %59'u özel performans prosedürü olmadığını; üst yöneticilerin %27,6'sı, orta yöneticilerin %30,2'si, alt yöneticilerin %39,7'si terfi politikasına bağlılık olmadığını; üst yöneticilerin %75,9'u, orta yöneticilerin %45,3'ü, alt yöneticilerin %41'i orta düzeyde; üst yöneticilerin %20,7'si, orta yöneticilerin %47,2'si, alt yöneticilerin %59'u yüksek düzeyde yönetici devir hızı olduğunu ifade etmişlerdir. Yine üst yöneticilerin %20,7'si, orta yöneticilerin %79,2'si, alt yöneticilerin %76,9'u KPG uygulaması ile en yüksek terfi düzeyine ulaşamadığı; üst yöneticilerin %31'i, orta yöneticilerin %64,2'si, alt yöneticilerin %44,9'u KPG'nin meslek gelişiminde etkin olmadığını ifade etmişlerdir.

Yöneticilerin eğitimi ile KPG uygulamasının olup olması ($\chi^2=7,979$, $p=0,019$), açık pozisyonlar ve gerektirdiği nitelikler hakkında bilgilendirilme ($\chi^2=23,738$, $p=0,000$), açık pozisyonlara personel seçiminde bireyin kariyer hedeflerinin dikkate alınması ($\chi^2=6,223$, $p=0,045$) ve KPG uygulaması ile en yüksek terfi düzeyine ulaşmaya ($\chi^2=9,457$, $p=0,009$) ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0,05$). KPG uygulaması olmadığını ifade eden yöneticilerin %90,4'ü lise ve dengi okul, %69,6'sı lisans, %71,8'i yüksek lisans mezunudur. Yine açık pozisyonlar ve gerektirdiği

nitelikler hakkında bilgilendirilme yapılmadığını ortaya koyan yöneticilerin %76,9'u lise ve dengi okul, %44,9' lisans ve %38,5'i yüksek lisans düzeyindedir. Ayrıca açık pozisyonlara personel seçiminde bireyin kariyer hedeflerinin dikkate alınmadığı görüşünde olan yöneticilerin %67,3'ü lise ve dengi okul, %46,4'ü lisans, %46,2'si yüksek lisans mezunudur. %78,8'i lise ve dengi okul, %69,6'sı lisans, %48,7'si yüksek lisans mezunu olan yöneticilerin KPG uygulaması ile en yüksek terfi düzeyine ulaşamadığı görüşünde olduğu belirlenmiştir.

Yöneticilerin mesleki deneyimi ile yönetici devir hızı ($\chi^2=9,783$, $p=0,008$), KPG uygulamasına yönelik görüşleri ($\chi^2=7,001$, $p=0,030$), KPG'nin meslek gelişiminde etkinliğine ($\chi^2=9,588$, $p=0,048$) ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Mesleki deneyimi on yıldan az olan yöneticilerin %50'si, 10-15 yıl olanların %40,8'i, 16 yıl ve üstü olanların %62,5'i yönetici devir hızının orta düzeyde olduğu algısına sahiptirler. Yine on yıldan az mesleki deneyimli yöneticilerin %38,6'sı, 10-15 yıl deneyimlilerin %52,6'sı, 16 yıl ve üstü deneyimlilerin %67,5'si KPG uygulamalarını orta düzeyde bulmuşlardır. Ayrıca mesleki deneyimi on yıldan az yöneticilerin %47,7'si, 10-15 yıl olanların %52,6'sı, 16 yıl ve üstü olanların %42,5'i KPG'nin meslek gelişiminde etkin olmadığı görüşündedir.

Yöneticilerin pozisyonda çalışma süresi ile açık pozisyonlara personel seçiminde, bireyin kariyer hedeflerinin dikkate alınması ($\chi^2=6,590$, $p=0,037$), yönetici devir hızı ($\chi^2=7,554$, $p=0,023$), KPG uygulamasına yönelik görüşleri ($\chi^2=6,826$, $p=0,033$), KPG uygulaması ile en yüksek terfi düzeyine ulaşma ($\chi^2=16,737$, $p=0,001$) görüşleri arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0,05$). Yöneticilik süresi bir yıldan az yöneticilerin %79,9'u, 1-5 yıl olanların %52,6'sı, 6 yıl ve üstü olanların %34'ü açık pozisyonlara personel seçiminde bireyin kariyer hedeflerinin dikkate alınmadığını düşünmektedir. Yöneticilik süresi bir yıldan az yöneticilerin %79,9'u, 1-5 yıl olanların %52,6'sı, 6 yıl ve üstü olanların %34'ü yönetici devir hızının orta düzeyde olduğu görüşündedir. Yöneticilik süresi bir yıldan az yöneticilerin %84,6'sı, 1-5 yıl olanların %52,6'sı, 6 yıl ve üstü olanların %44'ü KPG uygulamalarının orta düzeyde; yöneticilik süresi bir yıldan az yöneticilerin %15,4'ü, 1-5 yıl olanların %47,4'ü, 6 yıl ve üstü olanların %56'sı KPG uygulamalarının düşük düzeyde olduğu algısına sahiptir. Yöneticilik süresi bir yıldan az yöneticilerin %30,8'i, 1-5 yıl olanların %62,9'u, 6 yıl ve üstü olanların %86'sı KPG ile en yüksek terfi düzeyine ulaşamadığı görüşündedir.

Yöneticilerin kurum deneyimi ile açık pozisyonlara personel seçiminde bireyin kariyer hedeflerinin dikkate alınması ($\chi^2=11,509$, $p=0,003$), yönetici devir hızı ($\chi^2=11,509$, $p=0,003$), KPG uygulaması ile en yüksek terfi düzeyine ulaşma ($\chi^2=7,271$, $p=0,026$) görüşleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kurum deneyimi bir yıldan az yöneticilerin %18,2'si, 1-5 yıl olanların %66,7'si, 6 yıl ve üstü olanların %47'si açık pozisyonlara personel seçiminde bireyin kariyer hedeflerinin dikkate alınmadığı; kurum deneyimi bir yıldan az yöneticilerin %90,9'u, 1-5 yıl olanların %43,9'u, 6 yıl ve üstü olanların %47'si yüksek düzey yönetici devir hızı olduğu; kurum deneyimi bir yıldan az yöneticilerin %36,4'ü, 1-5 yıl olanların %63,6'sı, 6 yıl ve üstü olanların %74,7'si KPG uygulaması ile en yüksek terfi düzeyine ulaşamadığı görüşünde olduğu belirlenmiştir.

Yukarıda belirtilen farklılıklar dışındaki değişkenler açısından ilgili demografik değişkenlerle yöneticilerin KPG görüşleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

TARTIŞMA

Kariyer, bireylerin geleceklerini şekillendirmelerinde ön plana çıkmaktadır. İş yaşamında KPG fırsatları ve kendi yönetim stratejilerine sahip olan yöneticiler, kariyer yolunda avantajlı olmaktadır. Bu yöneticiler, kurumsal hedeflerin başarılması için daha fazla çaba sarf edeceklerdir (Yu ve Lee,

2015). Kurumsal başarı için, yöneticilerin kurumda kalması ve yüksek kaliteli çalışanlar yaşamsal öneme sahiptir (Mascia ve Piconi, 2013). Bu nedenle terfi fırsatı sağlayan ve açık geliştirme politikalarına sahip hastaneler, yüksek nitelikli yönetici ve sağlık çalışanları tarafından tercih edilen başarılı hastaneler olarak görülebilir. Nihayetinde etkili KPG, yönetim ve kurumlarda gelişme, yeterli ve esnek bir işgücü yaratmada merkezi, yüksek çalışan güveni, kurumsal bağlılık ve istihdamda önemli araçlardır (Crawshaw ve Game, 2015).

KPG konusunda, literatürde değişik araştırmalar yapıldığı görülmektedir. Chetana ve Mohapatra (2017) araştırmalarında, KG'de KP ve kariyer yönetiminin önemini vurgulamışlardır. Anafarta (2001), orta düzey yöneticilerin KP'sına bireysel açıdan bakış açılarını incelemiştir. Bu yöneticilerin KP sürecine ilişkin bireysel sorumluluklarının tam olarak bilincinde olmadıkları ve sistematik bir bireysel KP gerçekleştiremediklerini bulmuştur. Gökdeniz (2017), özel sektör ve kamu yönetiminde KP'ni araştırmış ve sektörel farkın önemine vurgu yapmıştır. Deniz ve Ünal (2007) araştırmalarında çalışanların etkin katılımı ve kaliteli bir yönetim gerçekleştirmek amacıyla, KPG'nin uygulandığını bulmuşlardır. Mascia ve Piconi (2013) ise, kariyer geçmişinin başarıyı etkilediğini belirtmişlerdir. Tepe yöneticilerin, kurumlarında daha uzun süre çalışan yöneticilerin ve tanınmış sağlık kurumlarında çalışan yöneticilerin yönetsel başarısının daha yüksek olacağını ifade etmişlerdir. Bredin ve Söderlund (2013) araştırmalarında, proje yöneticileri için yönetim düzeyleri, karmaşık görevler ve formal gereksinimlerden dolayı kariyer modelleri tasarımının önemli olduğuna dikkat çekmişler, yetki stratejisi ve yetenek yönetim modelini uygulamışlardır. Dijck (2014) ise, doktorlar ve yöneticilerin işi bütünüyle anlaması durumunda, hasta bakım hizmetlerinde daha uyumlu işbirliği yapabileceklerini saptamıştır. Hastanelerde doktorların kariyerinin mesleki alışkanlıklarını özümlediği uzun bir süreçte başladığını, onların yaptığı işleri açıkça tanımlamanın zor olduğunu ve bu yüzden yöneticilerin kalite sorunlarını doktorlarla tartışmasının güçlüğüne dikkat çekmiştir. Guan ve arkadaşlarının (2014) araştırmalarında, objektif kariyer başarı göstergeleri (ücret ve hiyerarşik iş düzeyi), subjektif kariyer başarısı (kariyer tatmini) ve işi bırakma niyeti göstergeleri arasındaki ilişkileri incelemiştir. Bu ilişkiler tamamıyla kariyer tatmini aracılığı ile hem ücret hem de iş düzeyi, işten ayrılma niyeti ile negatif ilişkili bulunmuştur. Daha yüksek kurumsal kariyer yönetimi algılayan yöneticiler arasında iş düzeyi ve kariyer tatmini arasındaki ilişki daha zayıf iken, daha yüksek yönetsel kariyer güveni olan yöneticiler arasında daha kuvvetlidir. Yani iş düzeyi ve algılanan kariyer yönetimi arasındaki ilişkinin önemli olduğu belirlenmiştir. Jyrkinen (2014), kadın yöneticilerin kariyerinde yaş ve cinsiyetin etkisini araştırmış ve toplumsal cinsiyetçiliğin KG'nin pek çok aşamasında gerçekleşebileceğini ortaya koymuştur. Biemann ve arkadaşları (2015) ise, güçlendirici liderlik ve kariyer öz yeterliliği ilişkisini araştırmışlar ve bunlar arasında pozitif bir ilişki bulmuşlardır. Liderlerin KP ile güçlendirilmesi gereğini öne sürmüşlerdir. Crawshaw ve Game (2015), yönetici ilişkilerinde KG'nin önemini vurgulamışlardır. Berg ve Byrkjeflot (2014) ise, hastanelerde güçlü bir yönetim pozisyonu için KPG uygulamasının gerekliliğini belirtmişlerdir.

Araştırmada, hastanelerde KPG uygulamalarına yeterince önem verilmediği ve yazılı KPG uygulamasının olmadığı görülmektedir. Yine aynı hastanelerde yazılı iş analizleri ve görev tanımlarının olduğu fakat dikkate alınmadığı görüşü yaygındır. Benzer olarak Sonmez ve Yildirim (2009) ve Sevinç ve Sabuncu'nun (2018) araştırmalarında ise, Türkiye'de hemşireler için tanımlanmış etkili KG uygulamaları olmadığı ve hemşirelerin KG konusunda farklı görüşlere sahip olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla bulgular, hastanelere göre KPG uygulamalarının yazılı olması ve hastaneye özgü performans prosedürlerinin değiştiğini ortaya koymaktadır.

Araştırmada, hastanelerde açık/boş pozisyonlara yönetici seçiminde çoğunlukla yöneticilerin kariyer hedeflerinin dikkate alınmadığı ve yöneticilere gerekli özellikler hakkında bilgilendirme yapılmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca yöneticilerin çoğunluğu hastanelere özel görevde yükselme ve performans

değerlendirme prosedürü olmadığı görüşündedirler. Hastanelerde terfilerin çoğunlukla 663 nolu Kanun Hükmünde Kararname ve Devlet Memurları Sicil Yönetmeliğine göre yapıldığı belirtilmektedir. Bir üst göreve getirilmek için, üst yöneticinin tercihi ilk sırada yer almakta olup, çok önemli görüldüğü anlaşılmaktadır. Eğitim ise, değerlendirme kriteri olarak ikinci sırada yer almaktadır. Bu durum mesleğin gelişmesi açısından endişe vericidir. Hastanelerde mevcut KPG uygulamalarından tüm yönetici ve çalışanların faydalandığına inananlar çoğunlukta olmakla birlikte tersine inananlar da vardır. Bu görüş KPG açısından yöneticilerin hastaneye güvenlerine katkı sağlamakla birlikte, KPG uygulamalarının işlerliğinde eksiklikler olduğunu göstermektedir.

Yöneticilerin KPG'ye yönelik üst yönetici olarak sorumlulukları ile ilgili görüşleri değerlendirildiğinde, bilgi akışının kontrolü ve bireysel gelişim planını gözden geçirme ilk sırada yer almaktadır. Hastanelerdeki kariyer olanakları ile ilgili tüm yöneticilerin bilgilendirilmesi gerekmektedir. Hastanelerde performansı yüksek olan yöneticilere yönelik; sözlü takdir ve diğer çalışanlara takdim edilme ile terfi alma, performansı az olan yöneticilere yönelik olarak; yazılı uyarıda bulunma, çalıştığı bölümün değiştirilmesi ve terfi alamama gibi uygulamaların olduğu görülmektedir. Performansı az olan yöneticilerin yer değiştirmeye zorlanması, yöneticilerin kuruma olan güvenini azaltmakta ve aynı zamanda kurum içi çatışmalara neden olmaktadır. Hastanelerde KPG'ye yönelik mesleki eğitim programları düzenlenmesi, sürekli gelişen sağlık hizmetleri açısından olumlu bir uygulama olarak değerlendirilmektedir. KPG uygulamalarına yönelik hastanelerde kariyer fırsatlarının herkese sunulması ve mesleki gelişimin sağlanması gerekmektedir. Yöneticilerin KPG uygulamalarından beklenti önceliklerinde ilk sırayı, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve ücret artışı sağlanması almaktadır. Hastanelerde çalışma şartlarının iyileştirilmesi ve uygun ücret sisteminin benimsenmesi, bireysel ve kurumsal başarıyı olumlu yönde etkileyebilir. Ayrıca hastanelerde KPG orta düzeyde uygulanmakta ve yönetici devir hızının ortalama bir hızda olduğu belirtilmektedir. Dolayısıyla KPG uygulamalarının geliştirilmesi ve yönetici devir hızının azaltılması çalışmalarının başlatılması yararlı olabilir. Öte yandan, yöneticilerin çoğunluğunun kurumda KPG uygulamasının mesleki gelişime bir etkisi olmadığı görüşünde olması, hem mevcut uygulamaların hem de yönetici yeterliliklerinin değerlendirilmesini gerektirmektedir.

Yöneticilerin hastanelerde uygulanan KPG görüşleri ile demografik özellikleri arasında yaş grubu hariç, diğer özelliklerin bazı alt grupları açısından (kurum, cinsiyet, medeni durum, yönetim kademesi, mesleki deneyim, yönetim pozisyonunda çalışma süresi, kurum deneyimi) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Sonmez ve Yildirim (2009)'da, yönetici hemşirelerin kariyer geliştirme görüşleri ile yönetim kademeleri, yaş ve eğitim arasında fark olduğunu belirlemişlerdir. Sevinç ve Sabuncu (2018) ise, kurumdaki KPG ile pozisyon, yaş, eğitim durumu, toplam çalışma süresi, kurumdaki çalışma süresi ve aynı pozisyonda çalışma süreleri arasında fark olduğunu tespit etmişlerdir. Her iki araştırmanın aksine, araştırmada yaş ile KPG uygulamaları arasında fark bulunmamıştır. Bu bulgu, araştırmaya katılan yöneticiler arasında yaş farklılıklarının yüksek olmamasına bağlanabilir. Araştırma bulguları literatür ile desteklenmekle birlikte farklılıklar da söz konusudur.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, katılımcı yöneticilerin KPG uygulamalarına ilişkin görüşleri ile sınırlıdır. Örneklem kısmen küçük olduğu için, araştırma bulguları kısmen genellenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada, hastanelerde KPG uygulamalarının yetersiz olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, yöneticilerin hastanelerdeki KPG uygulamalarına ilişkin bazı görüşlerinin demografik özelliklere göre

farklılık gösterdiği saptanmıştır. Kadınların erkeklere göre büyük oranda KPG'nin meslek gelişiminde etkin bir yöntem olmadığı algısına sahip olması, özellikle yöneticilik açısından liyakatin yeterince uygulanmadığının bir göstergesi olabilir. Orta ve üst yöneticilere göre, alt yöneticilerin daha yüksek oranda açık pozisyonlara personel seçiminde bireyin kariyer hedeflerinin dikkate alınmadığını belirtmeleri, irdelenmelidir. Öte yandan performans prosedürü hakkında yöneticilerin farklı yanıtlar vermesi, mevcut terfi ve performans prosedürlerinden bazılarının haberdar olmadıklarını göstermektedir. Tüm yöneticilerin yaklaşık üçte biri, terfi prosedürüne uyulmadığını ifade etmektedir. Bu önemli bir orandır. Ayrıca üst yöneticiler başta olmak üzere tüm yöneticilerin kurumlarda yönetici devir hızının orta ve yüksek düzeyde olduğunu belirtmesi, sık sık yönetici değişimlerinin yapıldığını ya da yöneticilerin kurum değiştirdiğini ya da yöneticilikten ayrıldıklarını göstermektedir. Özellikle orta ve alt yöneticilerin çoğunluğunun KPG uygulaması ile en yüksek terfi düzeyine ulaşamadığını düşünmesi, orta yöneticilerin yarısından fazlasının, alt kademe yöneticilerin yarıya yakını ve üst yöneticilerin üçte birinin KPG'nin meslek gelişiminde etkin olmadığını ifade etmesi düşündürücüdür. Hem eğitim düzeyi düşük hem de yüksek yöneticilerin önemli oranlarda açık pozisyonlar ve gerektirdiği nitelikler hakkında bilgilendirilme yapılmadığı, açık pozisyonlara personel seçiminde bireyin kariyer hedeflerinin dikkate alınmadığını ve KPG uygulaması ile en yüksek terfi düzeyine ulaşamadığını belirtmeleri, ilgili hususların gerçekliğini ortaya koymaktadır. Yine mesleki deneyimi yüksek olan yöneticilerin de yönetici devir hızı ve KPG uygulamalarını orta düzeyde değerlendirmeleri, KPG'nin meslek gelişiminde etkin olmadığını düşünmeleri, uzun yıllardır hastanelerde KPG uygulamalarında yetersizlikler olduğunu göstermektedir.

Yöneticilik süresi bir yıldan az yöneticilerin açık pozisyonlara personel seçiminde bireyin kariyer hedeflerinin dikkate alınmadığını, yönetici devir hızının orta düzeyde olduğunu, KPG uygulamalarını orta düzeyde değerlendirmesi, yakın geçmişte yöneticilik pozisyonuna gelenlerin KPG uygulamaları konusunda yeterince bilgilendirilmedikleri ya da henüz sürece dahil olmadıkları şeklinde yorumlanabilir. Oysa yöneticilik süresi arttıkça KPG uygulamalarının düşük düzeyde belirtilmesi ve KPG ile en yüksek terfi düzeyine ulaşamadığı görüşünde olan yöneticilerin oranının yüksek olması, süreç hakkında daha belirgin bilgi vermektedir. Bu grubun görüşü, hastanelerdeki uygulamaları uzun süredir takip etmeleri nedeniyle daha önemlidir. Dolayısıyla yöneticilerin kurumda çalışma süresi de hastanelerde KPG uygulamalarının oldukça yetersiz olduğunu göstermektedir. Araştırma bulguları, araştırmanın H_0 hipotezini kısmen desteklemektedir.

Hastanelerde yöneticilere kişisel gelişim ve eğitim olanağı sağlanması, fiziki şartların ve ücretin iyileştirilmesi, terfi ve performans değerlendirme kriterlerinin uygulanması, yöneticilerin liyakat ilkesine göre seçilmesi, yönetici görevlendirmelerinin standardize bir süreyi kapsaması ve sık değişimlerin önlenmesi, KPG sürecinin amacına uygun şekilde işletilmesinde yararlı ve etkili olabilir. Etkili KPG, bireyin ve kurumun geleceği için hayati düzeyde önemlidir. Yöneticilerin mesleki geleceklerine yön vermesi açısından, KPG uygulamaları sürecinin etkin ve verimli bir şekilde planlanması ve geliştirilmesi gerekmektedir. Böylece bireysel ve kurumsal başarıya önemli düzeyde katkı sağlanabilir. Dolayısıyla bu kapsamda hastanelerde KPG politikaları geliştirilmeli, yönetici ve çalışanların yapılandırılmış KPG eğitimi almaları sağlanmalıdır.

Bu araştırmanın sağlık yöneticilerinde KPG farkındalığının artmasına ve hastanelere özgü etkili KPG politikaları geliştirilmesine katkı sağlaması beklenmektedir. Hastanelerde çalışan yöneticiler üzerinde KPG'nin etkisine yönelik farklı açılardan kapsamlı araştırmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Anafarta, N. (2001). Orta düzey yöneticilerin kariyer planlamasına bireysel perspektif. Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi, 2, 1-17.

Berg L.N. ve Byrkjeflot, H. (2014). Management in hospitals. A career track and a career trap. A comparison of physicians and nurses in Norway. *International Journal of Public Sector Management*, 27(5), 379-94.

Biemann T. Kearney E. ve Marggraf K. (2015). Empowering leadership and managers' career perceptions: examining effects at both the individual and the team level. *The Leadership Quarterly*, 26, 775-85.

Bredin K. ve Söderlund, J. (2013). Project managers and career models: An exploratory comparative study. *International Journal of Project Management*, 31(6), 889-902.

Can H. Kavuncubaşı Ş. ve Yıldırım S. (2009). Kamu ve özel kesimde insan kaynakları yönetimi. Bölüm 9: Örgütsel sosyalizasyon ve kariyerler. 6. Baskı, Siyasal Yayın Dağıtım, Ankara.

Chetana N. ve Mohapatra D. (2017). Career planning and career management as antecedents of career development: A Study. *Asian J. Management*, 8(3), 614-18.

Chow I.H.S. (2002). Organizational socialization and career success of Asian managers. *Int. J. of Human Resource Management*, 13(4), 720-37.

Crawshaw J.R. ve Game A. (2015). The role of line managers in employee career management: an attachment theory perspective. *The International Journal of Human Resource Management*, 26(9), 1182-203.

Deniz, M. ve Ünal, A. (2007). İnsan Kaynaklarının Bir Fonksiyonu Olarak Örgütsel Kariyer Yönetimi ve Bir Uygulama. *e-Journal of New World Sciences Academy*, 2(2), 1-19.

Dijck H.V. (2014). Hospital doctors behave differently, and only by respecting the fundamentals of professional organizations will managers be able to create common goals with professionals. *Acta Clinica Belgica*, 69(4), 309-11.

Gökdeniz, İ. (2017). Özel Sektör ve Kamu Yönetiminde Kariyer Planlaması. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 9(32), 123-131.

Guan Y. Wen Y. Chen S.X. Liu H. Si W. Liu Y. Wang Y. Fu R. Zhang Y. ve Dong Z. (2014). When do salary and job level predict career satisfaction and turnover intention among Chinese managers? The role of perceived organizational career management and career anchor. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23(4), 596-607.

Jyrkinen M. (2014). Women managers, careers and gendered ageism. *Scandinavian Journal of Management*, 30, 175-185.

Mascia D. ve Piconi I. (2013). Career histories and managerial performance of health care chief executive officers: An empirical study in the Italian National Health Service. *Health Care Manage Rev*, 38(1), 71-80.

Rollag K. (2004). The impact of relative tenure on newcomer socialization Dynamics. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 853-72.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

Sevinç E. ve Sabuncu N. (2018). Kariyer planlama ve geliştirme uygulamalarına ilişkin bir özel hastanede çalışan hemşirelerin görüşleri. IGUSABDER, 6, 585-606.

Sonmez B. ve Yildirim A. (2009). What are the career planning and development practices for nurses in hospitals? Is there a difference between private and public hospitals? Journal of Clinical Nursing, 18(24), 3461-71.

Taormina R.J. ve Law C.M. (2000). Approaches to preventing burnout: the effects of personal stress management and organizational socialization. Journal of Nursing Management, 8(2), 89-99.

Tappen, Ruth M. (2001). Nursing Leadership and Management Concept and Practice. Fourth edition. F.A. Davis Company, Philadelphia.

Vergiliel Tüz, M. (2003). Kariyer Planlamasında Yeni Yaklaşımlar. Uludağ Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, 4(4), 169-176.

Yu M.C. ve Lee M.H. (2015). Managers' career development recognition in Taiwanese companies. Asia Pacific Management Review, 201, 11-7.



TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARININ HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ

THE EFFECT OF TOTAL QUALITY MANAGEMENT PRACTICES ON PATIENT SATISFACTION

Doç. Dr. Selma ALTINDIŞ

Sorumlu Yazar: Sakarya Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü altindis@sakarya.edu.tr
orcid.org/0000-0003-2805-5516

İsmail BİÇER

İstanbul Arel Üniversitesi Meslek Yüksekokulu ismailbicer@arel.edu.tr orcid.org/0000-0003-1878-0546

Derya KARABAY

İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü deryakarabay@arel.edu.tr orcid.org/0000-0002-6871-1285

Makale gönderim-kabul tarihi (18.11.2019-10.12.2019)

Özet

Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi, müşteri odaklı ve kalite yönetim tekniklerini uygulayan, yapıları ve süreçleri sürekli geliştiren, ekip çalışmasını teşvik eden, yüksek kaliteli ürün/hizmetler sunarak müşteri memnuniyetini ve performansını arttırmayı hedefleyen bir stratejidir. Buna göre, birçok sağlık kuruluşu, sonuçların kalitesini ve sağlık hizmeti sunumunun etkinliğini artırmak için TKY ilkelerini giderek daha fazla uygulamaktadır. Araştırmamızda özel bir hastaneden hizmet alan hastaların kurumun TKY uygulamalarından ne derece memnun olduklarını ölçmek amaçlanmaktadır. Araştırma İstanbul'da yer alan bir özel hastaneden poliklinik hizmeti alan hastalar ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma, ilgili hastanenin polikliniklerine Nisan 2019 tarihinde başvuru yapan 276 hasta ile yüz yüze anket yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde bağımsız t testi, ANOVA testi ve regresyon analizi yapılmıştır. TKY ilkelerini, sağlık kuruluşları için kalitenin ve hasta memnuniyetinin iyileştirilmesi amacıyla kullanılmasının uygun bir seçenek olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hizmet Kalitesi, Toplam Kalite Yönetimi, Hasta memnuniyeti, Hastaneler

Abstract

The main objective of health systems is to provide quality health service with low cost and high efficiency. Efficiency is not only related to lowering costs, but also to the satisfaction level of patients receiving service from health institutions. TQM is one of the measuring tools used to achieve this quality service goal. The aim of the study is to determine the effect of total quality management practices on patient satisfaction. The study was conducted with patients who received polyclinic services from a private hospital in Istanbul. The study was carried out with 276 patients who applied to the outpatient clinics of the hospital in April 2019 by using face-to-face questionnaire method. Independent t test, ANOVA test and regression analysis were performed in the data analysis. It has been concluded that the use of TQM principles for health institutions to improve quality and patient satisfaction is a viable option.

Keywords: Service Quality, Total quality Management, Patient satisfaction, Hospitals

GİRİŞ

Küresel dünyada yaşanan sosyal, ekonomik ve teknolojik değişimler, toplumun tüm kesimi ile birlikte sağlık hizmeti sunan kurumları da etkilemektedir (Lüleci, 2018:1). Günümüzde birçok düşük ve orta gelirli ülkede hizmet sağlayıcıları ve yöneticileri, başarılı ve düşük maliyetli hasta sonuçları elde edebilmek için sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin önemini kabul etmektedir (Hijazi ve ark, 2018:1). Sağlık hizmetlerinin kalitesi, çeşitli ölçme araçlarıyla belirlenmektedir. Kalite yönetim tekniklerinden biri olan toplam kalite yönetimi (TKY) özellikle hastanelerde kalite ölçme aracı olarak kullanılmaktadır. TKY, paydaşları dâhil ederek, ekip çalışmasını teşvik ederek, müşteri odaklı ve kalite yönetim tekniklerini uygulayarak yapıları ve süreçleri sürekli geliştirerek, yüksek kaliteli ürünler ve hizmetler sunarak müşteri memnuniyetini ve performansını artırma stratejisidir (Mosadeghrad, 2014:320).

TKY, öncelikle müşterilerin beklenti ve gereksinimlerini bilmeyi ve ardından hizmetleri buna göre sunmayı amaçlayan bir tekniktir. TKY'nin önemli ilkelerinden bir olan hasta odaklılık; hastaların ihtiyaçları, beklentileri ve şikâyetleri doğrultusunda hizmetlerin üretimini sağlamayı amaçlar(Sadıkoğlu ve Olcay, 2014:5). Çünkü hasta merkezli olma, sağlık hizmeti sunumuna katılan tüm tarafların, hastanın değerlerini tüm klinik kararlara yol göstermesini sağlaması, hastanın ihtiyaçlarını, tercihlerini ve beklentilerini göz önünde bulundurmasını gerektirir. Ayrıca sağlık hizmeti veren kurumların, bakım sağlarken kişi merkezli bir yaklaşım benimsemesi için, büyük ölçüde düşünce ve faaliyetlerin gerçekleştirilme yaklaşımını değiştirmeleri gerekir. Hastaların bir teşhis veya belirti seti olarak değil, kendi bakımlarını planlama, geliştirme ve değerlendirmede eşit partnerler olarak tedavi edilmeleri gereken bireyler olarak kabul edilmesi gerekir (Hijazi vd, 2018: 2). Sağlık hizmeti sunumunda hasta memnuniyetinin ölçümü, hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığına ilişkin bilgi veren ve bakımın kalitesini gösteren temel ölçütlerden biridir. Ayrıca bu ilke hizmet sunumunda esas otoritenin hasta olduğunu dolayısıyla da müşteri memnuniyetini sağlayacak kaliteli ve güvenilir hizmetler üretmesi gerektiğini vurgular. Çalışma konumuza kavramsal temel oluşturacak konuya ilişkin literatür ayrıntılarıyla aşağıda açıklanmaktadır.

LİTERATÜR

Son yıllarda sağlık kuruluşları, bir yandan sağlık hizmetlerinin maliyetindeki artışı düşürmek diğer yandan hasta ihtiyaçlarını karşılamak için birçok zorlukla karşı karşıya kalmaktadır (Shdaifat, 2015:462). Karşılaşılan bu zorluklar, karar vericileri, sağlık hizmetlerini ölçülebilir bir şekilde yönetebilecek bir sistemi benimsemeye zorlamaktadır. Karar vericilerin karşılaştıkları tüm bu zorluklarına cevap verebilecek bir sistem olarak Toplam Kalite Yönetimi ortaya çıkmıştır (Aggarwal, 2018:2). Özellikle TKY'nin diğer sektörlerde sağladığı başarı, sağlık yöneticilerini bu uygulamanın sağlık sektöründe çalışıp çalışamayacağını incelemeye teşvik etmiştir. Buna göre, birçok sağlık kuruluşu, sonuçların kalitesini ve sağlık hizmeti sunumunun etkinliğini artırmak için TKY ilkelerini giderek daha fazla uygulamaktadır (Mosadeghrad, 2014:545).

Toplam Kalite Yönetimi, hasta memnuniyeti odaklı ve kurumsal performansı geliştiren, insanlarla ve iş süreçleriyle ilgili bir yönetim felsefesidir (Sadıkoğlu ve olcay, 2014). TKY, kanıta dayalı gerçekler ve ekip çalışması yoluyla çalışan, kaliteye odaklanan, hasta odaklı bir sistemdir (Lasgari vd., 2015:1). TKY de müşteri odaklı olmak hastaların memnuniyeti ve ihtiyaçları temelinde tanımlanmaktadır (Lasgari vd, 2015:1). Böyle bir sistemde, daha fazla hastanın memnuniyetini kazanmak, sağlık bakım sisteminin önemli hedefleri arasındadır (Lasgari vd., 2015:1). Çünkü kurumların müşteri beklentileri karşılandığında memnuniyetleri artacak, memnun müşteriler kurumları tekrar tercih edecek ve pazar



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

paylarını artıracaktır (Sadıkoğlu ve Olcay, 2014:5). Pazarlama araştırmacıları hasta memnuniyetini, sağlık hizmetlerinin satın alınmasıyla ilgili gelecekteki davranışsal niyetlerin ana belirleyicisi olarak kabul etmişlerdir (Salehi ve Nosradnejat, 2018:18). Ayrıca Salehi ve Nosradnejat (2018)'e göre, mevcut bir müşteriyi elde tutmanın maliyeti, yenisini kazanmaktan çok daha düşüktür.

Toplam Kalite Yönetiminde (TKY) müşteri odaklı olma temel ilkesi çerçevesinde hastalar hastane sisteminin dış müşterileri olarak değerlendirilmektedir (Lasgari vd., 2015:1). Bundan dolayı bir sağlık kurumunun verdiği tüm stratejik kararlar hasta odaklıdır. Bu misyonu edinmiş sağlık kurumları, hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri sürekli ölçer (Sadıkoğlu ve Olcay, 2014:5). Çünkü hasta memnuniyeti beklentilerin karşılanma düzeyini ve bakım kalitesini gösteren önemli bir ölçüttür (Altındış, 2018:207). Kurumda TKY sistemi uygulanırken öncelikle hastaların beklenti ve gereksinimleri belirlenir. Böylece hasta ihtiyaçları ve şikâyetlerinin neler olduğu saptanır ve bu doğrultuda verilen hizmetler gerekli görülürse tekrar düzenlenebilir. Bu ölçümler aracılığı ile kurumlar zamanında kaliteli ve güvenilir hizmetler üretme yönünde teşvik edilmiş olur (Sadıkoğlu ve Olcay, 2014:5).

Değer ve memnuniyet algısı, fiyat, hizmetin hızı, iletişim, pazarlama yöntemleri gibi birçok faktörden etkilenir (Yüksel, 2015: 34). Ayrıca verilen hizmetlere ilişkin memnuniyetin düşük olması, hastaların kuruma uyum seviyesini düşürmesinin yanı sıra kaynakların israfı, sunulan sağlık hizmetinin etkinliğinin düşük olması gibi bir takım olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (Lasgari 2015:1). TKY'nin ilkelerinden hasta odaklı bakım sunmak, daha memnun ve sadık hastalara, daha iyi bakım sunumu ve daha iyi klinik sonuçlara katkıda bulunabilir (Hijazi vd, 2018: 2).

Kavas vd. (2016: 8)'ye göre; TKY'nin kurumlarda başarılı bir şekilde uygulanması, süreçlerin daha verimli sürdürülmesini sağlar ve sunulan hizmet kalitesini de artırır. Bununla beraber TKY sağlık kurumlarında verimlilik için oldukça önemli olan kaynak israfını azaltır. Yunis ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, TKY'nin rekabet avantajı elde etmede ve sürdürmede stratejik bir kaynak olduğu belirtilmektedir (Yunis vd., 2013: 701).

Sağlık Hizmeti kalitesi temelinde hasta memnuniyeti yatmakta olup bu süreç bireyin sağlık kuruluşuna ilk baş vurusundan, tanı, tedavisi ve rehabilitasyon sonuçları ve değerlendirilmesine kadar geçen tüm aktiviteleri kapsar. Sağlık uygulamasının kalitesini niteleyen unsurlar; hizmetin sunulduğu ortam, fiziki görüntü, sağlık hizmeti sunuş zamanlaması, hizmet sağlayanların konularında yetkin ve uzman olmaları, hizmetin sürekli ve kesintisiz kaliteli arz edilmesi, güvenilir, doğru ve esnek olabilmesi gibi değerlerdir. Bunların yanı sıra sağlık hizmetinin nitelik ve kalitesi belirlenmesinde ve algısında; hastaların hizmet bekleme zamanları, sağlık çalışanlarının nezaket ve tutarlılıkları, hizmete kolay ulaşabilme, verilen sağlık hizmetinin tek bir uygulamada ve nitelikli, doğru ve kesin olarak yapılmış olması, olağanüstü/beklenmedik bir durum karşısında sağlık çalışanlarının gereken çözümleri bulması ve yanıt vermesi ile sağlık uygulama sunusunun zamanında ve tam olarak yerine getirilmesi gibi unsurlar önemli rol oynamaktadır (Kıdak ve Aksaraylı 2008: 87, Yılmaz 2001:69)

Sonuç olarak bu çalışmada sağlık kurumlarında TKY uygulaması, müşteriyi kazanmak için önemli faktör olarak değerlendirilmektedir. Bu düşünceden hareketle araştırmamızda özel bir hastaneden hizmet alan hastaların kurumun TKY uygulamalarından ne derece memnun olduklarını ölçmek ve hastaların toplam kalite uygulamalarına ilişkin yaklaşımlarını hasta memnuniyeti üzerinden ortaya koyabilmek amaçlanmaktadır.

MATERYAL VE METOT

Araştırma Amacı ve Hipotezleri

Betimleyici tipte bir araştırma olan bu çalışmanın amacı toplam kalite yönetimi uygulamalarının hasta memnuniyeti üzerine etkisini araştırmaktır. Toplam kalite yönetimi ile hasta memnuniyeti kavramları birbiri ile yakından ilişkili ve birbirini etkileyen kavramlardır. Diğer bir ifadeyle toplam kalite yönetimi uygulamasındaki başarı, hasta memnuniyetindeki artışı da beraberinde getirmektedir. Bu çalışma ile birlikte sağlık kurumundan hizmet alan hastaların hastanenin sağladığı toplam kalite uygulamalarından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Çalışmanın bir diğer amacı da hastaların gözüyle kurumda toplam kalite anlayışının etkili olup olmadığının belirlenmesidir. Ayrıca çalışma ile toplam kalite yönetimi alanında yapılacak olan araştırmalara önerilerde bulunularak mevcut literatüre katkı sağlanacaktır.

Araştırmada incelenen literatür ışığında aşağıda yer alan hipotez test edilecektir.

H: Toplam kalite yönetiminin hasta memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, İstanbul Küçükçekmece bölgesinde özel bir hastaneye başvuru yapan poliklinik hastalarından oluşmaktadır. Araştırmanın gerçekleştirildiği zamanda hastaneye 700 hasta, poliklinik başvurusunda bulunmuştur. Seçilen evrenin tümüne ulaşılmaya çalışılmış ancak hem zaman hem de hastane yoğunluğu ve başka nedenlerden dolayı 276 hasta ile evrenin %39,42'sine ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan hastalara, çalışmanın amacı açıklanmış, yazılı ve sözlü onamı alınmıştır. Ayrıca bu çalışma Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 28.06.2016 tarihinde onaylanmıştır.

Araştırma Verilerinin Elde Edilmesi

Araştırmada veri toplama aracı olarak, üç bölümden oluşan değerlendirme formu kullanılmıştır. İlk bölümde katılımcıları tanıtan sosyo-demografik sorular, ikinci bölümde hasta memnuniyetini ölçmek üzere Yeşilyurt (2018) tarafından geçerliliği güvenilirliği yapılmış 9 ifadeden oluşan hasta memnuniyetini ölçen sorular, üçüncü bölümde ise Şenel (2013) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış 'Hastaların Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarına Karşı Memnuniyet Algılarını' ölçen sorular (15 ifade) yer almaktadır. Bu ifadeler, 5'li likert sistemine göre "1=Kesinlikle katılmıyorum, 2=kısmen katılmıyorum, 3= Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, 4=Kısmen katılıyorum ve 5=Kesinlikle katılıyorum" şeklinde derecelendirilmiştir.

Araştırma Verilerinin Analizi

Anketlerden elde edilen verilerin analizinde SPSS 22 programı, verilerin değerlendirilmesinde ise tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (yüzde, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliklerini test etmek için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır ve Cronbach Alpha kat sayılarına bakılmıştır. Değişkenler arasındaki anlamlı farklılıkları test etmek amacıyla bağımsız t testi ve ANOVA testi yapılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek amacıyla Spearman Korelasyon ve basit doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamında kurulan hipotez test edilmiştir. Sonuçları aşağıdaki gibidir.

Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya katılan 276 hastanın %53,3'ü kadın, %46,7'si erkektir. Medeni durum değişkeni açısından katılımcıların %43,8'i evli, %52,5'i bekâr ve %4'ü ise boşanmıştır. Katılımcıların eğitim seviyeleri incelendiğinde, %4,5'i ortaokul, %29'u lise, %32,2'si ön lisans, %26,1'i lisans ve %8,3'ü de yüksek lisans/ doktora mezunu olarak saptanmıştır. Ayrıca hastaların %66,7'si işlemlerin 1 saatten az bir sürede tamamlandığını söylemektedir. Ortalama muayene dakikası olarakta %67,8'i 10-20 dakika arasında olması gerektiğini belirtmiştir.

Tablo 1. Demografik Özellikler

Demografik özellikler	N	YÜZDE(%)
Cinsiyet	Kadın	147 53,3
	Erkek	129 46,7
Medeni durum	Evli	120 43,5
	Bekâr	145 52,5
	Boşanmış	11 4
Eğitim	İlkokul	- -
	Ortaokul	12 4,5
	Lise	80 29
	Ön Lisans	89 32,2
	Lisans	72 26,1
	Yüksek Lisans/Doktora	23 8,3
Yaş	25 ve altı	81 29,3
	26-35	108 39,1
	36-45	36 13
	46-55	35 12,7
	56 ve üzeri	16 5,8
	Toplam gelir	1001-2000
2001-3000		62 22,5
3001-4000		35 12,7
4001 +		105 38
Hizmeti değerlendirdiğiniz birim	Dâhiliye	62 22,5
	Beyin ve Sinir Cerrahi	69 25
	Kardiyoloji	45 16,3
	KBB	52 18,8
	Göz Polikliniği	48 17,4
İşlemleriniz ortalama ne kadar sürmektedir	1 saatten az	184 66,7
	1-3 saat	92 33,3
Ortalama bekleme süresi ne kadar olmalı	10 dk dan az	89 32,2
	10-20 dk	187 67,8

Veri setinin faktör analizi yapmaya uygunluğunu belirlemek için her iki ölçeğe de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett's Küresellik Testi yapılmıştır. Bartlett testi korelasyon matrisini genel olarak incelerken ve bu korelasyon matrisinin istatistiki olarak anlamlı olup olmadığını belirlemektedir. KMO değerinin 0 ile 1 arasında bir değer alması beklenir. Elde edilen değer 1'e yaklaşması örneklem büyüklüğünün yeterli düzeye ulaştığını gösterir. 0,8-0,9 arasında çıkması örneklem düzeyinin büyüklüğünü iyi düzeyde olduğunu belirlerken daha yukarıda olması mükemmel düzeyi göstermektedir. Örneklem büyüklüğünün yeterli olması için 0,60'dan büyük çıkması beklenir (Büyüköztürk, 2018; Kılınc ve Sünbül 2019). Bu durumda Barlett Testinin anlamlı ve KMO testinin ise 0.60'dan büyük çıkması beklenmektedir.

Yapılan testler sonucunda hasta memnuniyetine ilişkin veri setinin KMO değeri 0,750 çıkmıştır ve soruların faktör analizi yapılması için uygun olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. KMO ve Barlett's Testi

KAİSER-MEYER-OLKİN TESTİ (KMO)		0,750
BARLETT'S KÜRESELLİK TESTİ	Ki-kare	795,15
	S.d.	36
	P*	,000

*p< .001

Analiz sonuçlarına göre verilerin faktör analizi yapmaya uygun olduğu belirlenmiştir.

Veri setinin faktör analizine uygunluğu belirlendikten sonra 9 madde ile boyut tanımlaması yapılmadan temel bileşenler analizinin yanı sıra kavramsal anlamlılık elde edilmesi ve kavramsal anlamlılığın artırılması için varimax dik döndürmesi yapılarak faktör yapısı analiz edilmiştir. Tablo 3'te görüldüğü gibi, 3 faktöre dağılan 9 maddelik hasta memnuniyetine ilişkin soruların faktör analizi sonuçları, toplam varyansın % 68,62'sini açıklayan ve öz değeri 1'den büyük 3 faktörlü bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymuştur.

Tablo 3. Hasta Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Maddelerin ve Faktörlerin Varyansı Açıklama Oranları

Bileşenler	Başlangıç Özdeğerleri			Yüklerin Kareleri Toplamı			Varimax Döndürme Sonrası Yüklerin Kareleri Toplamı		
	Toplam	Varyansın %	Yığılmalı %	Toplam	Varyansın %	Yığılmalı %	Toplam	Varyansın %	Yığılmalı %
1	3,434	38,161	38,161	3,434	38,161	38,161	2,55	28,36	28,36
2	1,478	16,427	54,588	1,478	16,427	54,588	2,192	24,353	52,720
3	1,264	14,040	68,628	1,264	14,040	68,628	1,432	15,907	68,628

Analiz sonuçlarına göre hasta memnuniyeti ölçeği 9 soru ve 3 boyuttan oluşmaktadır.

Hastaların toplam kalite yönetimi uygulamalarına karşı algılanan hizmet kalitesine ilişkin soruları, 15 soru ve 4 boyuttan oluşmaktadır. Yapılan testler sonucunda soru formunun KMO değeri 0,828 çıkmıştır ve veri setinin faktör analizi yapılması için uygun olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizine uygunluk tespit edildikten sonra 15 madde ile boyut tanımlamadan temel bileşenler analizi ve varimax dik döndürmesi ile faktör yapısı analiz edilmiştir. Ölçeği oluşturan 11. soru faktör yükleri birden fazla boyutta yakın değerler aldığı için analizden çıkartılmıştır. KMO değeri yeniden hesaplanmış ve oluşan yeni değer ve boyutlar Tablo 4 ve Tablo 5'te verilmiştir.

Yapılan testler sonucunda hasta memnuniyetine ilişkin veri setinin KMO değeri 0,809 çıkmıştır ve soruların faktör analizi yapılması için uygun olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. KMO ve Barlett's Testi (Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği)

KAİSER-MEYER-OLKİN TESTİ (KMO)		0,809
BARLETT'S KÜRESELLİK TESTİ	Ki-kare	1884,741
	S.d.	91
	P*	,000

*p< .001

Analiz sonuçlarına göre verilerin faktör analizi yapmaya uygun olduğu belirlenmiştir

Tablo 5'de görüldüğü gibi, 4 faktöre dağılan 14 maddelik **Algılanan Hizmet Kalitesine ilişkin** sorunun faktör analizi sonuçları, toplam varyansın %70,78'ini açıklayan ve öz değeri 1'den büyük 4 faktörlü bir yapı olduğunu ortaya koymuştur.

Tablo 5. Ölçeğe İlişkin Maddelerin ve Faktörlerin Varyansı Açıklama Oranları (Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği)

BİLEŞENLER	BAŞLANGIÇ ÖZDEĞERLERİ			YÜKLERİN KARELERİ TOPLAMI			VARİMAX DÖNDÜRME SONRASI YÜKLERİN KARELERİ TOPLAMI		
	Toplam	Varyansın %	Yığılmış %	Toplam	Varyansın %	Yığılmış %	Toplam	Varyansın %	Yığılmış %
1	4,939	35,282	35,282	4,939	35,282	35,282	2,76	19,77	19,77
2	2,078	14,846	50,128	2,078	14,846	20,128	2,76	19,75	39,53
3	1,573	11,234	61,361	1,573	11,234	61,361	2,52	18,03	57,56
4	1,319	9,422	70,783	1,319	9,422	70,783	1,85	13,21	70,78

Alpha katsayılarının yorumlanmasında Hair et al. (1998) referans aralıkları kullanılmıştır. Buna göre, Cronbach's Alpha değeri (α) 0,80 ve üzeri yüksek derecede güvenilir, 0,60 ile 0,80 arası ise oldukça güvenilir olarak kabul edilmektedir. Tablo 6'da ölçeklere ilişkin güvenilirlik katsayılarına yer verilmiştir. İki ölçeğinde genel olarak yüksek seviye de güvenilir seviyesine sahip olduğu saptanmıştır. Ölçeklerin alt boyutlarından oldukça güvenilir ve yüksek seviyede güvenilir olduğu saptanmıştır.

Tablo 6. Ölçeklere Ait Güvenilirlik Katsayıları (Cronbach' s Alpha)

Hastaların toplam kalite yönetimi uygulamalarına karşı memnuniyet algısı ölçeği boyutları	Madde No	A
Genel	1-9	0,853
Hasta memnuniyeti ölçeği boyutları		
Genel	1-14	0,786

Yapılan analiz sonucunda katılımcı hastaların hastane memnuniyet ortalaması 3,71 standart sapma da ,66 olarak hesaplanmıştır (tablo7).

Tablo 7: Total Memnuniyet Düzeyi

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Memnuniyet	276	1,67	5,00	3,7105	,66139
Valid N (Listwise)	276				

Hastaların büyük bir bölümünün hastane hizmetlerinde memnun olduğu, hastanenin hasta beklentilerinin büyük bir bölümünü karşıladığı ve gelecekte hastaların hastane tercihi üzerinde hastanenin olumlu bir etki bıraktığı görülmektedir.

Tablo 8. Hasta Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamaları

Gösterge Değişkenler	Ort.	SS.
Bu hastaneye zorunlu olduğum için gidiyorum.	3,98	,80
Bu hastanenin hizmetleri beklentilerimi tamamen karşılıyor.	3,72	,97
Gelecekte de bu hastaneden hizmet almaya devam edeceğim.	3,86	1,13
Muayene ücretleri ne kadar yükselirse yükselsin bu hastaneye gelmeye devam ederim.	3,84	1,19
Bu hastanede bir problem yaşarsam başka bir hastaneye giderim.	3,89	1,10
Bu hastane hakkında eş, dost ve akrabalarım olumlu şeyler söylerim.	3,68	1,08
Bu hastanenin hizmetleri diğer hastanelerden daha iyi olduğunu düşünüyorum.	3,49	1,11
Bu hastaneyi seçmekte doğru bir şey yaptığımı düşünüyorum.	3,57	1,08
Bu hastanenin hizmetleri beni her yönüyle tatmin etmektedir.	3,31	1,23

1=Kesinlikle katılmıyorum, 2=kısmen katılmıyorum, 3= Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, 4=Kısmen katılıyorum ve 5=Kesinlikle katılıyorum

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi “Bu hastaneye zorunlu olduğum için gidiyorum” ifadesi en yüksek ortalamaya sahiptir. Diğer en yüksek ortalamaya sahip ifadeler sırasıyla “bu hastanede bir problem yaşarsam başka bir hastaneye giderim” ve “gelecekte de bu hastaneden hizmet almaya devam edeceğim” ifadeleridir. Katılımcılar aslında mevcut hastaneye mecbur gittiklerini ancak eğer memnuniyetsizlik durumu olursa başka kurumu tercih edebileceklerini bildirmişlerdir. Hastaneden beklentilerin genel olarak karşılanma oranı 3.72 ile olumlu bulunmuş, bu hastaneden hizmet almaya devam edileceği de yüksek oranda bildirilmiştir (3.82). Ancak hizmet alanlar en ufak bir olumsuzlukta da hastane değiştirebileceklerini yüksek oranda ifade etmişlerdir (3.89). En düşük ortalamaya sahip ifade ise “bu hastanenin hizmetleri beni her yönüyle tatmin etmektedir” ifadesi olup, aslında katılımcıların hastaneyi kendilerini tam olarak memnun etmediğini, yani memnuniyetsizliklerine neden olan bazı unsurların olduğunu belirtmişlerdir.

Dağılımın normal olup olmadığını saptamak için çarpıklık katsayısının standart hatasına bölünmesiyle elde edilecek z-istatistiğinin 2,58’den küçük çıkması dağılımın normalden aşırı sapma göstermediği gösterir. Grup büyüklüğünün 50’den büyük olduğu durumlarda Kolmorov-Smirnov testi, puanların normalliğe uygunluğunu incelemede kullanılan testtir (Büyüköztürk, 2018). Yapılan analiz sonucunda dağılımın aşırı sapma göstermediği, uygun olduğu saptanmıştır. Uygunluk testinden sonra Hasta

memnuniyetinin demografik değişkenlere göre farklılık olup olmadığını belirlemek üzere bağımsız t testi ve ANOVA testleri yapılmıştır ve sonuçları Tablo 9’da ve Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Bağımsız T-Test Sonuçları

Cinsiyet	N	Ortalama	S	Serbestlik Derecesi	t	P
Kadın	147	3,76	0,67	274	1,58	0,11
Erkek	129	3,64	0,64			
Medeni Durum						0,39
Evli	120	3,66	0,70	263	0,84	
Bekâr	145	3,73	0,61			
Ortalama İşlem Süresi						0,97
1 saatten az	184	3,71	0,63	274	0,02	
1-3 saat	92	3,70	0,71			

Yapılan analiz sonucunda p değerleri 0,05’ten büyük olduğu için cinsiyet, medeni durum ve ortalama bekleme süresi değişkenleri ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 10. ANOVA Test Sonuçları

Değişken	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ort.	F	p
Yaş	Gruplar arası	1,293	4	0,323	0,736	0,56
	Gruplar içi	119,002	271	0,439		
	Toplam	120,296	275			
Eğitim	Gruplar arası	0,693	4	0,173	0,392	0,81
	Gruplar içi	119,603	271	0,441		
	Toplam	120,296	275			
Gelir	Gruplar arası	3,743	3	1,248	2,912	0,03
	Gruplar içi	116,553	272	0,429		
	Toplam	120,296	275			
Hizmet Değerlendirilen Birim	Gruplar arası	2,051	4	0,513	1,175	0,32
	Gruplar içi	118,245	271	0,436		
	Toplam	120,296	275			

Yapılan analiz sonucunda p değerleri 0,05’in altında çıkan yaş, eğitim ve hizmetin değerlendirildiği birim değişkenleri ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Gelir değişkeni ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05).

Tablo 11. Regresyon Model Özeti

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahminin Standart Hatası
1	,639 ^a	,408	,406	0,509

Hastaların toplam kalite yönetimi uygulamalarına karşı memnuniyet algısı ile memnuniyet arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki mevcuttur (R= 0.63). Regresyon analizi sonucunda hastaların memnuniyet düzeyindeki değişimin yüzde 40'nın toplam kalite yönetimi uygulamalarına karşı memnuniyet algısı ile açıklandığı görülmektedir

Tablo 12. Regresyon Katsayıları

Model	Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	Sig.
	B	Std. Hata	Beta		
Sabit	1,235	0,176		7,025	,000
Hasta Memnuniyeti	0,641	,047	,639	13,752	,000

Veriler doğrultusunda, iki değişken arasındaki ilişkiyi ifade eden formül aşağıdaki gibidir.

Hastaların Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarına Karşı Memnuniyet Algısı=1,235+Hasta Memnuniyeti*0,641

Bağımsız değişkenimiz olan toplam kalite yönetimindeki bir birimlik değişim (ölçüm düzeyleri aynı olduğu için) bağımlı değişkenimiz olan hasta memnuniyeti üzerinde 0,64 lük bir değişime neden olmaktadır. Analiz sonuçlarına göre Toplam kalite yönetimi algısının hasta memnuniyeti üzerinde etkisinin anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,05). Sonuç olarak kurulan hipotez kabul edilmiş (p<0,05) ve toplam kalite yönetiminin hasta memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

TKY ilkelerinin hastanenin tüm idari ve tıbbi birimlerine dahil edilerek uygulanması, hastaların genel personel hizmetlerinden ve ayrıca genel hastane hizmetlerinden memnuniyetlerinin önemli ölçüde artmasına neden olacaktır.

Lashgari vd. (2015:4)'nin İran'da bir askeri hastanede yaptıkları çalışmada TKY uygulamasından sonra memnuniyet düzeyinin % 55,4'ten% 71,3'e yükseldiğini saptamışlardır Şenel (2013:14) Yalova Devlet Hastanesinde tedavi gören hastalarda yaptığı çalışmada katılımcıların hasta memnuniyet düzeylerini yüksek bulmuş olmasına rağmen hastaların toplam kalite yönetimi uygulamaları konusunda orta düzeyde bir memnuniyete sahip olduğunu saptamıştır. Çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşan Yeşilyurt'a (2018:166-167) göre hastaların algıladıkları hizmet kalitesi ile hastaların memnuniyeti arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu, yani hastaların algıladıkları hizmet kalitesi arttıkça memnuniyet düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir. Bir devlet hastanesinde yatarak sağlık hizmeti almış olan, taburcu olmuş 396 hasta üzerinde yapılmış başka bir çalışmada verilen sağlık hizmetlerinde memnuniyet düzeyinin düşük olduğu ve TKY uygulamalarını etkin bir şekilde uygulandığı ancak bazı süreçlerde eksikliklerin olduğu sonucuna varılmıştır (Kavas vd., 2016).

Hasta memnuniyeti ile ilgili literatürde birçok araştırma bulunmaktadır (Erdem, vd: 2008; Halil ve Tarım, 2010; Tezcan vd, 2014; Gökkaya vd, 2018; Küçük vd, 2018). Gökkaya ve arkadaşlarının(2018) yaptıkları çalışmada devlet hastanesinin şehir hastanesine dönüştürülmesinden duyulan memnuniyet



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

düzei araştırılmıştır. Çalışmada şehir hastanesinin yeni olması, temiz ferah ve rahat olması yanı sıra, kullanılan araç gereçlerin modern ve hastanenin genel kalitesinin iyi olması konularından dolayı memnun oldukları saptanmıştır (Gökkaya ve ark. 2018). Zaim ve Tarım'ın yaptıkları çalışmada (2010) katılımcılara hastanedeki nezaket ve güven konusunda hastaların memnuniyetinin yüksek düzeyde, güvenilirlik konusunda daha düşük olsa da yine de katılımcı hastaların memnun oldukları tespit edilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada katılımcılar, mecbur kaldıkları için devlet hastanesini seçtiklerini (%54,1), özel hastaneleri ise önceki hizmetten duyulan memnuniyet (%33,7) nedeniyle seçtiklerini bildirmişlerdir. Özel hastanelerden hizmet alanların büyük çoğunluğunun hastaneyi başkalarına önerebileceklerini bildirmişlerdir. Tezcan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da (2014) katılımcı hastaların genel olarak (%78.4) verilen hizmetten memnun oldukları saptanmıştır.

Çalışmamızda hastaların toplam kalite yönetimi uygulamalarına karşı memnuniyet algısı ile memnuniyet arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki varken Küçük ve arkadaşlarının hizmet kalitesi algısı ile memnuniyet düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek için ya yaptıkları çalışmada (2018) ise hizmet kalitesi algısı ile memnuniyet düzeyi arasında pozitif ve güçlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir.

Sonuç olarak hasta memnuniyetinin, TKY uygulamalarında kullanılması daha etkin ve verimli süreçlerin tasarlanmasını sağlayarak hizmet kalitesini artırmanın yanı sıra, kaynak israfını azaltma, verimliliğin artması, müşteri memnuniyeti, müşteri sadakati gibi olumlu sonuçlar sağlayabilir. Çünkü bu uygulamalar sayesinde kurum yöneticilerinin hizmet kalitesini izlemesi ve sürdürmesi daha kolay hale gelebilir. Hizmet sunucuları, hastaların perspektifinden çeşitli boyutların ve öğelerin genel hizmet kalitesini nasıl etkilediğini ve hizmet sunumu süreçlerini verimli bir şekilde yeniden daha iyi tasarlayabilirler. TKY ile hizmet kalitesinin güçlü ve zayıf yönlerini belirler, yapılacak iyileştirmeler sonucunda istedikleri sağlık çıktılarına ulaşabilirler.

KAYNAKÇA

- Aggarwal, A. , Aeran, H. , Rathee, M. (2018). Quality management in healthcare: The pivotal desideratum. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*. 9(2): 180-182.
- Akbaş, E. (2014). "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği)", Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Altındış, S. (2018). Büyük Verinin Sağlık Hizmetleri Kalitesindeki Rolü. *Sakarya Tıp Dergisi* 8(2): 205-213.
- Büyüköztürk, Ş. (2018). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Pegem Atıf İndeksi, 001- 214.
- Emad, A. , Shdaifat, Al. (2015). Implementation of total quality management in hospitals *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 10(4), 461-466.
- Erdem, R. Rahman S, Avcı L, vd. (2008). "Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi", *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (31), 95-110.
- Gökkaya D, İzgüden D, Erdem R (2018) Şehir hastanesinde hasta memnuniyeti araştırması: İsparta ili örneği. *SDÜ Vizyoner Dergisi*,9(20),136-148. DOI: 10.21076/vizyoner.363783
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., and Black, W. C. (1998). *Multivariate Data Analysis*. 5e éd.
- Hijazi, H. H. , vd. (2018). The Impact of Applying Quality Management Practices on Patient Centeredness in Jordanian Public Hospitals: Results of Predictive Modeling. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* v: 55: 1–15.

325

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(ALTINDIŞ, S / BİÇER, İ / KARABAY, D)

- Halil, Z. ve Tarım, M. (2010). “Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması”, Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, (59), 1-24.
- Kavas, H. G, Gültekin, C. M., Emek, Ö. F. (2016). Toplam Kalite Yönetimi Bağlamında Hasta Memnuniyeti: Sivas Devlet Hastanesi Örneği. Global Business Research Congress (GBRC), pp:26-27.
- Küçük, F., Arslan, B., & Erkan, N. U. R. (2018). Hizmet Kalitesi Algısı İle Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki: Harran Üniversitesi Öğrencileri Üzerine Bir Uygulama. *Econharran*, 2(2), 40-56.
- Kıdak L, Aksaraylı M.(2008) Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt: 10(3), 87-122.
- Lashgari, M.H., Arefanian, S. , Mohammadshahi, A. , Khoshdel, A. R. , (2015). Effects of the Total Quality Management Implication on Patient Satisfaction in the Emergency Department of Military Hospitals. *J Arch Mil Med*. 3(1):1-5
- Lüleci, M. (2018). Sağlık İşletmeleri ve Toplam Kalite Uygulamalarının Hastane Personeli Performansına Etkisi: Bir Vakıf Üniversitesi Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Ufuk Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Mosadeghrad, A. M. (2014). Why TQM does not work in Iranian healthcare organisations. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 27(4):320-335.
- Sadikoğlu, E. , Olcay, H. (2014). The Effects of Total Quality Management Practices on Performance and the Reasons of and the Barriers to TQM Practices in Turkey Hindawi Publishing Corporation *Advances in Decision Sciences*. Doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/537605>
- Sağlık Bakanlığı, (2015), Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi, Ankara.
- Salehi, A. , Nosratnejad, S. , Janati, A. , Heydari, L. (2018). “ Factors influencing the inpatients satisfaction in public hospitals: A systematic review” *Bali Medical Journal*. 7(1): 17-26. Doi: [10.15562/bmj.v7i1.533](http://dx.doi.org/10.15562/bmj.v7i1.533)
- Şenel, E. H. (2013). Toplam Kalite Yönetiminin Hasta Memnuniyetine Etkisi Erişim Linki: <https://independent.academia.edu/ersinsenel>
- Tezcan D, Yücel MH, Ünal UB, Edirne T.(2014) Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunda Hasta Memnuniyeti, *Pam Tıp Dergi*, 7, 57-62.
- Yeşilyurt. Ö. (2018). Sağlık İşletmesinde Algılanan Hizmet Kalitesi, Algılanan Risk ve Algılanan Değer Boyutlarının Hasta Memnuniyeti Ve Davranışsal Niyeti Üzerine Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeli İle Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- YILMAZ M (2001) Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5 (2): 69.
- Yunis, M. Jung, J., Chen, S. (2013). TQM, Strategy, and Performance: a Firm-Level Analysis. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 30(6): 690-714.
- Yüksel, Ş. S. (2015). Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkileri. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi.



ENGELLİLERİN MESLEKİ EĞİTİMİ VE İSTİHDAMI¹

VOCATIONAL EDUCATION AND EMPLOYMENT OF THE DISABLED

Ömer Faruk AVER

Gazi Üniversitesi
farukaver@hotmail.com
orcid.org/0000-0003-3135-5130

Makale gönderim-kabul tarihi (15.05.2019-06.08.2019)

Özet

Sosyal politikalar disiplininin çalışma alanı olan dezavantajlı gruplar içerisinde oran olarak en büyük grubu engelliler oluşturmaktadır. Bu çalışmada ilk önce engelliğe neden olan durumları, sonuçlarını ve önlemleri ele almaktadır. Engellilerin sorunlarını çözmeye yönelik geliştirilen sosyal politika uygulamalarını ve etkilerini araştırmaktadır. Eğitim ve istihdam, engelli bireyin toplumsal hayata katılımını etkileyen iki önemli alandır. Kapsayıcı sosyal politikalar bireysel uyarlamalar, desteklerle toplumsal katılımı artırmayı amaçlamaktadır. Gelenekselleşmiş düşüncede eğitim ve istihdam ilişkisi birbirini izleyen süreçler olarak düşünülmektedir. Fakat teorik ve uygulamalı eğitimin birleşimden oluşan destekli istihdam modelinin, engelli istihdamında başarılı olduğu görülmektedir. Farklı ülkelerin engellilere yönelik mesleki eğitim ve istihdam alanındaki sosyal politikaları incelenmekte ve karşılaştırılmaktadır. Değerlendirme bölümlerinde ise Türkiye’de uygulanan politikalara değinilmiş ve önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Mesleki eğitim, istihdam, engellilik, sosyal politika, destekli istihdam

Abstract

People with disabilities constitute relatively the largest group among the disadvantageous groups which are the fields of study for social policies discipline. This study discusses primarily conditions causing the disability, results of and measures for the disability. It investigates social policy practices developed for solving problems of the people with disabilities and effects of these practices. Education and employment are two important fields affecting participation of any disabled person in social life. Purpose of the comprehensive social policies is to increase social participation through individual adaptations and supports. Education and employment are considered as successive processes in traditional approach. It is seen that, however, supported employment model consisting of the combination of theoretical training and applied training is useful in employment of people with disabilities. We analyze and compare social policies of different countries on vocational education and employment for the people with disabilities. As for the evaluation sections, policies implemented by Turkey are mentioned and suggestions are made in this respect.

Key Words: Vocational training, employment, disability, social policy, supported employment

¹Bu çalışma, Ömer Faruk AVER tarafından Hacı Bayram Veli Sosyal Bilimler Enstitüsü’nde Prof. Dr. Yücel Uyanık danışmanlığında yürütülen “Özel Eğitim Meslek Liselerinde Eğitim Gören Öğrencilerin Mesleki Eğitimi Ve İstihdamı” başlıklı yüksek lisans tezinden hazırlanmıştır.

GİRİŞ

Toplumsal sorunları ele aldığımızda sosyal yaşam, sosyal adalet, sosyal barış, gelir eşitsizliği, eğitime erişim, yoksulluk gibi konular karşımıza çıkmaktadır. Dezavantajlı gruplara dâhil edilen engelliler de sosyal politikanın çalışma alanlarından biridir. Engellilerin yaşadığı sorunlar, en temelde yaşadığı çevrede başlayıp zincirleme olarak diğer yaşadığı sorunların oluşmasına veya etkisinin artmasına neden olmaktadır. Engelli olmayan bireylerin büyük oranda çözdüğü toplumsal problemleri engelliler henüz ya aşamamış ya da problemi daha ağır bir şekilde yaşamaktadır. Bu büyük problemlerden ikisi de mesleki eğitim ve istihdamdır. Engellilerin eğitime erişimde sorunlar yaşaması veya nitelikli eğitim alıp, almaması onların istihdam edilme durumunu etkilemektedir. İşsiz kalan engelli birçok yönden etkilenmekte ve yeni sorunların oluşmasına neden olmaktadır. Engellilerin sosyal hayata katılımını etkileyen temel bileşenlerinden istihdam, etki açısından ilk sıralarda yer almaktadır. İstihdam toplumsal onay alınması, ekonomik özgürlüğün kazanılması ve yoksulluktan kurtulmak açısından önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın amacı, engelli istihdamının zaman içindeki gelişimini inceleyerek, bu konunun bugüne kadar uluslararası düzenlemelerde, ulusal mevzuatta nasıl ele alındığını ve dünya genelinde istihdam ve iş fırsatlarını teşvik etmedeki deneyimleri inceleyerek, bu alanlarda ilerleme kaydedilmesinin yollarını önermektedir. Engellilerin mesleki eğitim ve istihdam yöntemleri analiz edilmiştir ve her yöntemde karşılaşılan kilit noktalar vurgulanmıştır. Başlıca uluslararası yasal araçlara, engellilerin sorunlarının çözümüne yönelik politikalara, başarılı uygulamalara yer verilmiştir. Engelli bireylere yönelik mevzuat dahil olmak üzere istihdam, iş bulma, mesleki eğitim alanlarında ulusal düzeyde benimsenen temel yaklaşımlar ele alınmıştır. Tespit edilen sorunların çözümüne yönelik değerlendirmeler yapılmıştır.

1. ENGELLİLİK

Engelli, BM Engelli Hakları Sözleşmesi'ne göre 'diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişiler' olarak tanımlanmıştır. Çevre şartları, imkânlar erişim, ekonomik ve teknolojik gelişime göre değişen bir kavramdır (BM, ILO, 2018).

1.1.Engellilik Türleri

- Fiziksel
- Travmatik beyin hasarı
- Kas hastalığı
- Görme
- İşitme
- Ruhsal ve duygusal engelli
- Süreğen hastalık
- Zihinsel engelliler
- Otizm, Down sendromu
- Hiperaktivite
- Disleksi
- Çoklu engellilik (Engellilik Nedir ve Engel Çeşitleri. (2015).

1.2. Engelliliğin Nedenleri

Türkiye Engelliler Araştırması'na göre ülke nüfusunun %12,9 'u engellidir. Engellilik nedenleri ise hastalık (%56,6), kalıtsal (%15,9), bilinmeyen nedenler (%13,9), kaza (%9,6), doğum esnasındaki sorunlar (%3) ve diğer nedenler (%2,7) izlemektedir. Güncel nüfus ile oranladığımızda yaklaşık 10 milyon sayısı bulunmaktadır (TÜİK, 2002: 5). Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırmasına göre, en az %20 engelli oranı olan 280.014 kişiden %8,4'ü görme, %5,9'u işitme, 0,2 'si dil ve konuşma, 8,8'i ortopedik, 29,2'si zihinsel, 25,6'sı süregen hastalık, %18'i ise çoklu engellidir (TÜİK, 2010:1-19). Türkiye Sağlık Araştırması 2016 verilerine göre nüfusun %8,6 görme, %5 işitmede, %8,9 yardım almadan veya araçsız yürüyememekte, %12,4 merdivenden inip çıkmada, %7,8 öğrenmede zorluk yaşamaktadır (TÜİK, 2017).

Doğumdan önceki nedenler

- Kan uyuşmazlığı ve diğer genetik uyuşmazlık
- Soy ağacındaki genetik hastalıklar ve annedeki süregen hastalıklar
- Anne yaşının çok küçük veya büyük olması, gebelik sıklığı ve sayısının fazla olması
- Gebelikte annenin zararlı ortamlarda bulunması, yanlış ilaç, zararlı madde (alkol, sigara, uyuşturucu) kullanımı
- Riskli gebeliklerin tespiti ve takibinin yetersiz olması
- Gebelikte yetersiz beslenme, zehirlenme, travma, aşırı strese ve kazaya maruz kalma, hastalıklar

Doğum esnasındaki nedenler

- Düşük doğum ağırlığı
- Doğumun elverişsiz şartlarda yaptırılması
- Bebeğin travmaya uğraması, yeterince oksijen alamaması
- Doğumun erken veya zor gerçekleşmesi

Doğumdan Sonraki Nedenler

- Bebeğin düzenli kontrollerinin, gerekli testlerin, aşıların yapılmaması,
- Bebeğin ateşli ve ağır hastalık geçirmesi, yeterli beslenememesi
- Psikolojik rahatsızlıklar
- Zararlı alışkanlıklar ve sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olması (DSÖ, 2011: 2).

Yaşlanma: Türkiye'de 2040 yılında ortanca yaşın 38,5'e ulaşması beklenmektedir (TÜİK, 2018). Yaşlılığa bağlı süregen hastalıklar ve diğer engellilik halleri artmaktadır (DSÖ, 2011:1-2).

Akraba Evliliği: Evli kişilerin %23,2'si eşi ile akrabadır (Güneydoğu Anadolu %42,6) (TÜİK, 2017).

Doğal Afetler: 1900-2017 yılları arasında 210 depremde 86.802 kişi hayatını kaybetmiştir (AFAD, 2018: 46).

Süregen Hastalıklar: Nüfusun %9,7'si süregen hastalıklar nedeniyle engellidir (TÜİK, 2002: 5).

Trafik Kazaları: 2018 yılında 30.000 kişi engelli durumuna gelmiştir (Trafik Hizmetleri Başkanlığı , 2019:1-3).

Yoksulluk: Diğer nedenlerin önemli bir kısmının temelinde yoksulluk yatmaktadır (Yılmaz, 2015: 85).

Eğitim: Eğitim düzeyi arttıkça kazalara ve tehlikelere karşı farkındalık düzeyi, sağlık yaşam biçimi davranışı artmaktadır (Erdem, Bolu ve Mayda, 2017).

Yanlış Tedavi: Sağlık hizmetlerine erişimin ve niteliğinin yetersiz olması sorunlara neden olmaktadır. 2017-101.841 hata bildirim yapılmıştır (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2017: 5).

Şiddet ve terör olayları sonucunda engelli olanlar.

Tablo 1.1. İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları

Yıllar	İş Kazası	Ölen Kişi	Meslek Hastalığı Vakası
2017	359.653	1.633	691
2016	286.068	1.405	597
2015	241.54	1.252	510
2014	221.366	1626	494

Kaynak: (SGK, 2019)

ILO raporuna göre meslek hastalıklarında yıllık 50 ile 140 bin arasında vaka beklenirken bu sayı yüzlerle ifade edilmektedir (Ankara Ofisi, 2016: 61).

1.3.Engelliliği Önleme

Engelli politikaları yüksek maliyetli ve devamlılık arz eden harcama çeşitleri içermektedir. Sosyal yardımlar GSYH'nin %12,8'ini oluşturmaktadır (Avrupa Komisyonu, 2018: 85). Engelliliği önlemede en önemli çözüm yolu nedenleri ortadan kaldırmaktır.

Tablo 1.2. Bakıma muhtaç engelli ve engelli yakını maaşı alan kişi sayısı

Yıllar	Bakıma Muhtaç Engelli (%70 ve Üzeri)		Engelli (%40-%69)		Engelli Yakını Aylığı (18 Yaş Altı)		Silikozis Hastalarına Yardım	
	Kişi Sayısı	Tutar (Milyon TL)	Kişi Sayısı	Tutar (Milyon TL)	Kişi Sayısı	Tutar (Milyon TL)	Kişi Sayısı	Tutar (Bin TL)
2018	287.726	1.681	341.825	1.341	93.003	345	168	1.771
2017	284.625	1.748	335.769	1.399	94.268	366	177	1.849
2016	284.951	1.577	338.814	1.278	91.478	327	189	1.731
2015	280.288	1.383	338.588	1.142	89.631	281	195	1.617
2014	268.038	1.259	332.432	1.069	87.084	262	201	1.155
2013	225.457	1.089	300.242	984	64.445	241	197	1.477
2012	201.670	847	298.617	848	59.517	167	200	1.251
2011	187.711	689	293.141	753	59.558	145	153	305

Kaynak: (Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2019: 15)

Sağlık Önlemleri

- Erken teşhis, tedavi biçimi
- Sağlık personelinin niteliği, erişim
- Sağlık sigortasının kapsamı, sağlık politikaları
- Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıklı yaşam kültürü
- Olumsuz çevre şartları düzenlenmeli

- Akriba evliliği farkındalığı, hamilelik esnasında düzenli kontroller, genetik testler
- Doğum ve yeni doğan bakım üniteleri bakımlı ve teknolojiye uygun olmalıdır (Güler, 2015).

Kaza Önlemleri

Ev, iş yeri, trafik kazaları olarak ayrılrsa da büyük bir çoğunluğu, kişisel hatalar ve önlenebilir durumlar nedeniyle meydana gelmektedir. Kazaları azaltıcı önlemler :

- İlk yardımın doğru yapılması
- Tehlikeli durumlar ortadan kaldırmalı veya azaltılmalıdır
- Kreş, yaşlılar için gündüz bakımevleri
- Trafik kazaları azaltıcı tedbirler
- Bilinçlendirme-denetim- mevzuat önlemleri (Erdem, BoluveMayda, 2017; Turan, Dündar, Yorgancı ve Yıldırım, 2010).

İş Sağlığı ve Güvenliği Önlemleri :

ILO (155,187 s. sözleşmeler, 197 s. tavsiyeykararı) “Önleyici sağlık ve güvenlik kültürü” ‘ne dikkat çekmektedir. ILO tavsiyeleri :

- Kayıt dışı için etkili bir denetim mekanizması
- Tehlikeli durumlar rapor edilmeli,
- İşveren koruyucu ekipman sağlamalı,
- Tüm çalışanlara eğitim verilmeli,
- Firmalar güvenli ürünler üretmeli (ILO Ankara Ofisi, 2013: 5-12).

2.ENGELLİLERİN MESLEKİ EĞİTİMİ

Mesleki eğitim, kişinin yetenekleri ve ilgisi doğrultusunda becerilerinin geliştirilmesi, bilgi ve donanımının artırılmasıdır (Besiri, 2009). Rehabilitasyon sürecinin bir parçasıdır (Majıd ve Razzak, 2015). Bağımlı nüfus oranı azaltılmaktadır. Nitelikli işgücü, işgücüne katılımı, iş bulma olanaklarını artırmaktadır (Besiri, 2009). BM EHS 24. Maddesinde; “Taraflar Devletler, engellilerin eğitim hakkını tanırlar. Bu hakkın fırsat eşitliği temelinde ve ayrımcılık yapılmaksızın sağlanması için, eğitim sisteminin her seviyede engellileri de içine almasını ve ömür boyu öğrenim imkânı sağlamalıdır.” İfadesi bulunmaktadır (TOHAD, 2017: 79).

2.1.Engellilerin Mesleki Eğitimindeki Sorunlar

Engellilerin %41,6’sı okuma- yazma bilmemekte, %18,2’si sadece okuma yazma bilmektedir. Okuma yazma bilmeyenler %57,5 ile zihinsel engelliler ilk sıradadır, %48,5 ile çoklu engelliler ikinci sıradadır (TÜİK,2010:3-7). Mesleki eğitim almama nedenleri: İstihdam edilmeye katkısının bulunmadığını düşünenler (%88,4), sağlık sorunları (% 36,1), yaşından dolayı (%29,5), eğitimlerden haberi olmadığı için (%18,6), uygun eğitim olmadığı için (%14,6), eğitimine devam ettiği için (%8,1), ilgi duyduğu eğitimin olmaması (%5,4), ailesinin izin vermemesi (%5,2), ulaşım sorunları nedeniyle (%2,8) olarak sıralanmaktadır (TÜİK, 2010: 34-35). UNESCO 2017 Küresel Eğitim İzleme Raporu’na göre Türkiye’deki engellilerin okulu bırakma oranı %60’in üzerindedir; bu oran 25 Avrupa ülkesi içerisindeki en yüksek orandır (Engelliler Konfederasyonu, 2018: 27). İş piyasası ve teknolojinin hızlı değişimi sonucunda meslek çeşitlerinin ve mesleki yeterliliklerde değişmektedir. Müfredatın uygun ve güncel olmaması en temel sorunlardan biridir. Sınıf geçme sistemi yerine modüler müfredat ve kredili sistem önerilmektedir (Avrupa Komisyonu, 2018: 90).

Ulaşım sorunları, yeterince uygun eğitim kurumu ve kurumlar arasında bütünleşik bir ilişkinin bulunmaması başlıca eğitime erişim sorunlarıdır. Kırsal kesimde eğitim kurumlarındaki eğitmen sayısı yetersizdir (Karataş, 2002). Öğretmenlerin özel eğitim alanında eğitim yetersizliği, finansman sorunları bulunmaktadır (Küçükali, 2014). Kaynaştırma eğitimindeki öğrenci sayısı her yıl artmaktadır (Avrupa Komisyonu, 2018: 39). Kalabalık sınıflar, fiziki yapının düzenlenmemesi nedenlerden dolayı sorunlar yaşanmaya devam etmektedir (Yılmaz, 2015: 89). Özel eğitim kurumlarındaki öğrenci sayısı ve eğitim sistemindeki oranı hala yüksektir. Genel ve yaygın eğitimdeki engelli öğrencilerin verilerine erişilememektedir. Engellilere yönelik özel ölçme değerlendirme yöntemleri geliştirilmesi gerekmektedir (Avrupa Komisyonu, 2019: 43). Engel türüne özel geliştirilmiş ders materyali ve yardımcı teknolojiye erişim sorunları yaşanmaktadır. Uzaktan eğitimin etkili olarak kullanılması ve yaygın eğitimden yararlanma olanakları kısıtlı kalmıştır. İş yeri (staj) eğitimlerinde yaşanan sorunlar mesleki eğitimin kalitesini düşürmektedir (Avrupa Komisyonu, 2016: 75).

Engellilerin Mesleki Eğitim Yöntemleri

- Teknik ve meslek yüksekokullarında sınıf tabanlı eğitim
- Telafi edici okullaşma
- Destek kurumları
- Kamu istihdam kurumları
- Açıköğretim ve uzaktan eğitim
- İş yerinde öğrenme-Çıracılık, Örgün Eğitim+staj (ILO, 2018) (Milli Eğitim Bakanlığı , 2014).

2.2. Engellilere Mesleki Eğitim Veren Kuruluşlar

Anayasa'nın 42. Maddesinde eğitim hakkının sağlanmasında ana yükümlülüğü devlete verilmiştir. Milli Eğitim Bakanlığı, Üniversiteler, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, İŞKUR, Ticaret odaları, KOSGEB, Sendikalar, İlgili Sivil Toplum Kuruluşları, İlgili Bakanlıklara Bağlı Kamu Kurumları, AB Projeleri, Belediyelere bağlı kültür, sanat, gençlik merkezleri engellilere yönelik eğitimler vermektedir (Keçiören Belediyesi, 2015).

Milli Eğitim Bakanlığı

Özel Eğitim Meslek Okulları: 8 yıllık zorunlu eğitimini tamamlamış ancak ortaöğretim genel veya mesleki eğitimine devam edememiş yaşı 23'ü geçmemiş engelli bireylere eğitim verilmektedir. Öğrenciler, akademik ve uygulamalı olarak dört yıl eğitim almaktadırlar. Öğrencilerin uygulamalı eğitimi (staj), okuldaki iş yeri koordinatör öğretmenleri tarafından takip edilmektedir (Millî Eğitim Bakanlığı, 2018a: 40).

Özel Eğitim Uygulama Okulları (3. Kademe): 256 Özel Eğitim Uygulama Okulu (3. Kademe) bulunmaktadır. Genel veya mesleki eğitim ortaöğretim kurumlarında eğitim alamayan, 23 yaşını geçmemiş engelli gençlere mesleki beceri kazandırmak için faaliyet göstermektedirler. 4 yıllık eğitim sonunda mezun öğrenci " Öğrenim Belgesi " almaktadırlar (Özbey, 2015: 16-17).

Özel Eğitim Meslek Liseleri : 2 ortopedik engelliler, 20 işitme engelliler özel eğitim meslek lisesi bulunmaktadır. Eğitim süresi 4 yıldır (Özbey, 2015: 16-17).

Tablo 2.1. Mesleki eğitim veren örgün eğitim kurumları ve öğrenci sayıları

Okul Türleri	Okul sayısı	Öğrenci Sayısı		
		Toplam	Erkek	Kadın
Meslekî ve Teknik Ortaöğretim Toplamı	4.461	1.987.282	1.117.229	870.053
Meslekî ve Teknik Ortaöğretim (Resmi)	4.077	1.686.075	922.927	763.148
Mesleki Açıköğretim Lisesi	1	192.094	128.079	64.015
Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü (Resmi)	3.636	1.660.115	906.351	753.764
Çok Programlı Anadolu Lisesi	762	151.863	88.341	63.522
Mesleki Eğitim Merkezi	322	136.274	50.221	86.053
Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	2.552	1.371.978	767.789	604.189
Meslekî ve Teknik Ortaöğretim (Özel)	383	109.113	66.223	42.890
Özel Eğitim Uygulama Okulu (Zihinsel Engelliler- 3.Kademe)	2	37	25	12
Özel Eğitim Mesleki Eğitim Merkezi (Okulu) (Zihinsel Engelliler- 3.Kademe)	4	36	25	11
Özel Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	377	109.040	66.173	42.867
Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Resmi)	428	25.409	16.396	9.013
Araştırma Geliştirme Eğitim ve Uygulama Merkezi	1	30	15	15
Özel Eğitim Meslek Lisesi (İşitme Engelliler)	20	1.886	1.129	757
Özel Eğitim Meslek Lisesi (Ortopedik Engelliler)	2	42	28	14
Özel Eğitim Meslek Okulu (Görme Engelliler-3. Kademe)	2	34	22	12
Özel Eğitim Uygulama Okulu (3. Kademe)	256	10.911	7.095	3.816
Özel Eğitim Meslek Okulu (Zihinsel Engelliler-3. Kademe)	147	12.506	8.107	4.399

Kaynak: (Millî Eğitim Bakanlığı, 2018a: 40)

Mesleki Açıköğretim Lisesi: 2006 yılında kurulmuştur ve 192.094 öğrenci sistemde kayıtlıdır . 42 farklı mesleki alanda eğitim verilmektedir (Millî Eğitim Bakanlığı, 2019).

Kaynaştırma Eğitimi: Özel eğitim gerektiren öğrencilerin yaşlıları ile birlikte genel eğitim kurumlarında eğitim alması olarak tanımlanabilir. **Özel eğitim alan öğrenci sayısı 2009 yılında 128.515 iken 2018 yılında 353.610 kişiye ulaşmıştır** (Millî Eğitim Bakanlığı, 2018a: 54).

Yaygın Eğitim - Halk Eğitim Merkezleri

Tablo 2.2. Yaygın eğitim kurumlarının kurum ve kursiyer sayısı -2018

Okul Türleri	Okul/ Sınıf/ Kurum sayısı	Öğrenci Sayısı		
		Toplam	Erkek	Kadın
Yaygın Eğitim (Resmi)	1.397	6.882.837	3.005.384	3.877.453
Mesleki Eğitim Merkezi	-	182.912	152.082	30.830
Kız Teknik Olgunlaşma Enstitüsü	22	6.771	456	6.315
Halk Eğitim Merkezi	991	6.623.197	2.812.684	3.810.513
Meslek Kursları (3308 say.yasaya göre)	-	36.237	23.541	12.696
Yaygın Eğitim (Özel)				
Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	2.437	403.104	245.670	157.434
Özel Eğitim Okulu (Yaygın Eğitim)	37	4.251	2.620	1.631

Kaynak: (Millî Eğitim Bakanlığı, 2018a: 219)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

Sadece engellilere yönelik toplam **5200** kurs açılmış, 2.665 tanesi mesleki ve teknik eğitim kursları oluşturmaktadır(Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü, 2018: 15).

Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezleri: Engelli bireylerin fiziksel, duyuşal, zihinsel, sosyal, konuşma, davranış problemlerini çözerek veya azaltarak becerilerini geliştirmek amacıyla faaliyetler yürüten kurumlardır (Millî Eğitim Bakanlığı, 2018a: 23).

İŞKUR'un mesleki eğitim faaliyetleri: 2012 - 2019 yılları arasında 7.060 kişi işbaşı eğitim, 10.004 kişi girişimcilik eğitimi, 28.861 kişi mesleki eğitim kurslarından faydalanmıştır. Ayrıca iş kulübü eğitimi, farkındalık eğitimleri, iş arama becerileri eğitimi gibi diğer eğitimler de verilmektedir (İŞKUR, 2019).

2.3.Dünyada Engellilerin Mesleki Eğitimi Uygulamaları

ABD ve Avrupa Birliği ülkelerinde kaynaştırma eğitimine ağırlık verilmektedir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2016). Pek çok ülke, engelli bireyleri hala genel eğitim sistemine etkin bir şekilde dahil edememiştir. G20 gelişmiş ekonomileri de dahil olmak üzere birçok OECD ülkesinde, genel ilk ve orta öğretime erişim, özellikle ağır engelliler için zor görünmektedir. Engelli bireyler için mevcut eğitim kurumları nitelikten yoksundur veya işgücü piyasası talepleriyle uyumlu değildir (OECD, 2018). AB'de, engelli gençlerin, engel oranlarına ve ülkelere bağlı olarak değişmekle birlikte yalnızca % 30-40'ı "okul öncesi, ilköğretim ve ortaöğretim eğitimi" almıştır. Yükseköğretimde engelli olmayanlara göre % 15-25 daha düşüktür (Eurostat, 2019).

Almanya: Öğrencilerin %57'si mesleki eğitim almaktadır (Federal Ministry of Education and Research, 2014:19). Okullar kamu istihdam kuruluşlarının kariyer rehberliği bölümleriyle iş birliği yapmaktadır. Örgün eğitim ile birlikte mesleki iş yeri stajını içeren mesleki eğitim almaktadırlar. Staj eğitimi şirketler, şirketler arası eğitim merkezlerinde veya mesleki eğitim atölyelerinde gerçekleştirilmektedir. Ayrıca tam zamanlı meslek okulları bulunmaktadır. Staj eğitimi mümkün değilse, engelli gençlerin bağımsız bir yaşam sürmelerini sağlayacak bir meslek veya korumalı iş yerlerinde çalışabilmek için hazırlık eğitimi verilmektedir (EuropeanAgency, 2018).

Danimarka: Bütün öğrencilere haftada iki günü işbaşı eğitimi içeren mesleki eğitim verilmektedir. Her belediye öğrencilere okuldan iş hayatına köprü kurma programı sunmaktadır (EuropeanAgency, 2018). Sektörel komiteler, mesleki niteliklerin tanımlanmasında, geliştirilmesinde, eğitim şartlarının belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (EACEA NationalPolicies Platform, 2018).

Brezilya: Serasa Experian şirketi, 2001'de engellilerin işgücüne entegrasyonu için bir program ile 200 katılımcıya ulaşmıştır (ILO, 2014). 2008'de 16 büyük şirket ve stklar ile ortaklık yaparak kapsamı genişletmiştir (RedeEmpresarial De Inclusão Social,2015). Ericsson Brezilya, engelli çalışanların dil ve iletişim becerilerini geliştirmelerinde, BT yeterliliklerini kazanmalarında, çatışma yönetimi, pazarlama, finansal planlama, yönetim ve iş etiği konularında bilgi edinmesini amaçlayan bir program geliştirmiştir (BM,ILO,2018).

Norveç: TelenorGroup, Open Mind programı, fiziksel ve spesifik zihinsel engelli insanlara 2 yıllık iş başında eğitim sunan bir girişimdir. Benzer projeler Malezya, Pakistan, Sırbistan'da yürütülmüştür. 5 kişilik gruplar halinde 3 aylık bir beceri eğitimine alınmakta ve ardından 21 aylık bir iş başında mesleki eğitim alınmaktadır. 3 aylık eğitim (bilgisayar, teknik destek, kariyer koçluğu, özgeçmiş hazırlama, mülakat uygulaması, kişisel gelişim, iş başvuruları, işe başlama kursları) çeşitli kurslar almışlardır (Telenor Group, 2018).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

İsviçre: Erişilebilir kurs yelpazesi teşvik edilmektedir. Kantonlar zorunlu eğitimden sorumlu iken, zorunlu eğitim sonrası sorumlulukları Federal Hükümet ile paylaşmaktadır. Kantonlar ve belediyeler eğitim harcamalarını %90'nı yerel vergi gelirleriyle finanse etmektedir. Yeni yasa, esnek eğitim şekilleri ve müfredat için federal bir çerçeve oluşturmaktadır (European Agency, 2018).

Singapur: Eureka Çağrı Merkezi Sistemleri-Yardımcı teknolojilerin kullanımıyla görme engelli personeller istihdam edilmektedir. Sistem kısa yol tuşları, senaryo yanıtlar oluşturarak uyarlanmıştır ve 4 ay boyunca kapalı devre denenmiştir

Güney Afrika: Mentörlük, koçluk, girişimcilik desteği uygulanmaktadır (ILO, 2018).

Nijerya: Mikro finansman eğitimi ve finansman desteği sağlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2011).

Hindistan: Cüzzam Misyonu, cüzzamlı gençlere teknik beceri, işletme ve temel yaşam eğitimi vermektedir. İşe yerleşmedeki %95 başarısı ise: eğitimlerinin standartlarının yüksek olması, işverenlerle iyi ilişkiler, aktif işe yerleştirme görevlileri, mezunların birbirleriyle ve eğitim merkezleriyle iletişim halinde olmasına bağlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2011).

2.4.Mesleki Eğitim Politikalarının Değerlendirilmesi

Ulaşımında, binalarda fiziksel erişim sorunu çözülmeli ve bilişim teknolojilerine erişim artırılmalıdır. Paydaşların eğitim politikalarının geliştirilmesi, uygulanmasında katılımı sağlanmalıdır. Verilerin analizi yapılarak düzenlemelere gidilmelidir. Bireysel özelliklere en uygun eğitim kurumuna yönlendirilmelidir. Eğitimden sonraki hayatlarını da dikkate alan bütüncül sosyal politikalar geliştirilmelidir (Yılmaz, 2015: 81). Özel eğitim kurumları son çare olmalıdır (Özbey, 2018: 55). Ülkeler özel eğitim okullarından, kaynaştırma eğitimine geçiş yapmaktadır. Teorik eğitimin süresi azaltılarak iş yerinde eğitimin süresi artırılmaya başlanmıştır. Kapsayıcı eğitimin yaygınlaştırılması, ulusal engelli stratejisinin temel hedeflerinden biri olmalıdır. Yaşanan sorunlar en kısa zamanda çözülmesi önemlidir (Engelliler Konfederasyonu, 2018: 27). Kaynaştırma eğitimindeki öğretmenlere özel eğitim kursu verilmelidir (Karataş K.,2002). Eğitim fakültelerinde kapsayıcı eğitim dersleri eklenmelidir (DSÖ, 2011:8-9). Eğitimin her kademesinde engellik hakkında (haklar, önleme) içerik eklenmelidir (Çelebi, 2018). Eğitim sürecinde elde edilen veriler destekli istihdam modelinin uygulanmasında hayati önem taşımaktadır. Destekli istihdam sürecini, mesleki eğitim süreci ile bütünleştirilmesi, yaşanan sorunları azaltacaktır (Levinson ve Palmer: 11-18).

Mesleki eğitim programlarının büyük bir çoğunluğu pilot uygulama, proje bazlı, şirketlerin sosyal sorumluluk projeleri şeklinde olmaktadır. Eğitim programlarının başarılı olabilmesi için uzun vadeli politikalar uygulanmalıdır. İŞKUR'un mesleki eğitimlerinin çeşidi ve sayısı artırılabilir. İşverenler, stklar teşvik edilmeli ve talepleri dikkate alınmalıdır (Çelebi, 2018). İşyeri eğitiminin süresi, niteliği, yöntemleri iyileştirilmelidir ve öncelik verilmelidir (Koç,2018). Mesleki eğitim kursuları için temel yeterlilikler netleştirilmeli ve gerekirse hazırlayıcı eğitim verilmelidir. Halk Eğitim Merkezlerinin eğitim materyallerinin sağlanması, eğitimin güncel olması, yakın çevredeki iş gücü piyasasının ihtiyaç ve şartlarını göz önünde bulundurulması katılımcı sayısını arttıracaktır. Uzaktan eğitim ile desteklenerek yeni beceriler kazanabilir. Bakanlık e-içerik (video, yazı, görsel, ses kaydı, metin, benzetim) üretmelidir. Hayat boyu öğrenme yeteneği kazandırılmalıdır. Mesleki eğitim programlarına girişimcilik, pazarlama, işletme, iş arama, mülakat, özgeçmiş yazma, iş yeri ilişkileri, müşteri hizmetleri gibi dersler eklenmelidir (ILO, 2018). Başarılı bir okuldan işe geçiş programını için paydaşları sürece dahil eden kapsamlı, disiplinler arası bir mesleki değerlendirme yapılmalıdır. AB

335

Erasmus+ projelerinde elde edilen veriler politika geliştirmekte, uyarlamada, deneyimlerin paylaşılmasında etkili bir şekilde kullanılmalıdır (Ulusal Ajans, 2019).

3. ENGELLİ İSTİHDAMI

Yüksek işsizlik oranları, yoksulluk nedenlerinden biridir(Dünya Sağlık Örgütü, 2011). BM engellilerin eğitim, istihdam, gelir, aile hayatı, kültür, dinlenme ve din haklarına vurgu yapılmıştır. Engelli istihdamı, toplumun işgücünü daha etkin kullanılmasını sağlar. Bireye psikolojik yönden fayda sağlar. İş, insanların iyiliğinin merkezindedir. Gelir sağlamanın yanı sıra, çalışma sosyal ve ekonomik yönden bireyleri, ailelerini ve topluluklarını güçlendirmektedir (ILO, 2015). Daha iyi sağlık sonuçlarına katkıda bulunmaktadır. Sosyal yardım ihtiyacını azaltmakta ve vergi matrahını arttırmaktadır (Altan, 2007: 108-197). İşverenin imajına olumlu katkı sağlamaktadır. Engelliler teknolojiye yıllık 700 milyar ABD Doları harcamaktadır ve Amerikalı engelli yetişkinler artık sadece seyahatlerinde yıllık 17,3 milyar ABD Doları harcamaktadır. (BM, ILO, 2018).

3.1.Engelli İstihdam Yöntemleri

Kota Yöntemi: Belirlenen sayıda ve üzerinde işçi çalıştıran işyerlerinde belirlenen sayıda engelli çalışan çalıştırma zorunluluğudur (BM, ILO, 2018).

Korumalı İstihdam: Sınırlı çalışma kapasitesi nedeniyle açık işgücü piyasasında iş bulamayanlar için işletmenin tamamında veya ayrılmış bir kısmında istihdam edilmesidir. Çoğunluğu zihinsel engelli olma eğilimindedir (Schartz ve Blanck,2003). Genellikle haftalık küçük bir ek ödeme alırlar. Hayır kurumlarının, dini grupların veya ebeveyn gruplarının gönüllü faaliyetleri sonucunda kurulmuştur (OECD, 2018).

İstihdam Kurumları: G20 ve OECD ülkeleri dahil birçok ülkede engellilere tek elden hizmet uygulanmasına ağırlık verilmektedir (OECD,2018). Danışmanlık, gelir desteği, istihdam yardımı, mesleki eğitimler vb faaliyetler yürütülmektedir.

Makul Düzenlemeler: İşyerinde, engellilerin için değişiklik yapılmasıdır. Binaya girişi, hareketi, iş istasyonuna, aletlere adaptasyonu, personel kuralları, güvenlik protokolleri vb unsurların yeniden düzenlenmesi (BM,2018; OECD, 2018).

İşverenlere Yönelik Teşvikler: Vergi indirimini, işyeri düzenlemeleri, eğitim, iş koçu, maaş vb giderlere destekler verilmektedir (AustralianApprenticeships, 2017)

Evde Çalışma Yöntemi: İşyerine gitmeden veya bir kısmının evden yürütülmesi (Meşhur, 2011).

Engellilere Ayrılmış Meslekler/Seçilmiş İş Yöntemi: Belirlenmiş meslek kollarında çalıştırılmasıdır (Uşan, 2003).

Girişimcilik: Girişimcilik eğitimleri, hibe, kredi imkanları sağlanmaktadır (OECD, 2018).

Yeniden İşe Dönüş: İş kazası ve sağlık sorunu nedeniyle oluşan engellilik durumunda, çalışma hayatına geri dönmesi ve iş yapabilme kabiliyetlerinde en az kayba uğramasıdır (NationalInstitute of Disability Management and Research, 2015).

Destekli İstihdam: ABD'de ileri düzey engelliler için alternatif olarak ortaya çıkmıştır (Wehman, Revell ve Kregel, 1997). Boş iş pozisyonlarına engellileri yerleştirmek yerine, engellinin yeteneklerini, özelliklerini temel alan “kişi odaklı” istihdam modelidir. Amaç kişinin işi benimsemesi, aynı işte daha uzun süreli kalarak kendini ve kariyerini geliştirmesini sağlamaktır (Tisk, 2013). Mesleki mentörlük, mesleki eğitim, iş koçları, iş yeri eğitim programları, staj, çıraklık, işe alım programları, ulaşım ve yardımcı teknolojik hizmetleri, kişisel yardım hizmetleri, akran destek hizmetleri gibi uygulamaları içerir (Parmenter, 2011). İş koçunun desteği zaman içerisinde giderek azalmaktadır (OECD, 2018). Küçük gruplar (Enclaves), mobil çalışma ekipleri, küçük işletme düzenlemeleri, bireysel yerleştirme çeşitlerinde uygulanmaktadır (Parmenter, 2011). Gruplar genellikle 3 ila 8 kişiliktir. İş yeri düzenlemeleri ve finansal teşvikler başarıyı artırmaktadır. Bazı ülkelerde, iş kazası sonucu engelli olan kişileri kapsamaktadır. Norveç, Hollanda, Birleşik Krallık, İrlanda, Yeni Zelanda ve ABD'de iş koçuna dayalı faaliyetlerde mali sübvansiyonlar sağlanmaktadır (OECD, 2013) (Ministry of Social Development-New Zealand, 2017). Bireysel yerleştirme seçeneği ABD'de en çok uygulanan destekli istihdam modelidir (Wehman, Revell ve Kregel, 1997). Finlandiya'da, desteklenen istihdam belediye hizmeti olarak verilmektedir (Saloviita, 2000).

Sosyal İşletmeler: Avrupa Komisyonu, geniş bir yelpazedeki topluluğun, gönüllü ve kar amacı gütmeyen faaliyetleri olarak tanımlamaktadır (European Commission, 2011). Sosyal firmalar ve işletmeler, topluluk işletmeleri, sosyal kooperatifler, kredi birlikleri, mikro kredi toplulukları çeşitleri bulunmaktadır (Campos, 2007). AB-27'de, 207.000'den fazla kooperatif 4,7 milyon kişiye doğrudan istihdam sağlamaktadır (CICOPA, 2014).

4. DÜNYA'DA ENGELLİ İSTİHDAM POLİTİKALARI

Dünya nüfusunun %15'i engelli konumundadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2011). 785 milyon engelli çalışma çağında olduğu halde çoğunluğu çalışmamaktadır. Engellileri işgücünden dışlanması, % 3 ila %7 arasında GSYİH zararlarına neden olmaktadır (Buckup, 2009).

BM Küresel İlkeler Sözleşmesi, 2000 yılında başlatılan, 160'tan fazla ülkede ve 70'den fazla Yerel Ağa dayanan 9.000'den fazla şirket ve 3.000'den fazla işveren ile dünyanın en büyük kurumsal sürdürülebilirlik girişimidir. Kurumsal uygulamaların geliştirilmesi, uygulanması ve açıklanması için bir liderlik platformudur. BM EHS, engelli haklarını tanıyan, açıklayan, engellilik paradigmasının değiştirilmesinde başlıca uluslararası anlaşmadır. 8.maddesinde “Engellilerin becerilerinin, meziyetlerinin, yeteneklerinin işyerlerine ve iş piyasasına katkılarının tanınmasını teşvik etmek ” ifadesi bulunmaktadır. Sözleşmenin en çok vurguladığı “eşitlik” kavramının sağlanması, denetlenmesi ve sürdürülebilir olmasıdır (Birleşmiş Milletler, 2006). 180'den fazla ülke hükümlerini yerine getirmek için mevzuat ve politikalarını değiştirmiştir veya değiştirmektedir (BM, ILO, 2018).

4.1. Avrupa Birliği'nin Engelli İstihdamına İlişkin Politikaları

Engelliler, Ortaçağda büyücülük, kötülük, şeytanla özleştiriliyordu. Tarihsel Süreçte Engelli Ayrımcılığı,2016). Sanayi devrimi ile işçi açığını kapatmak için kadınlar, çocuklar, engelliler zor şartlarda çalışmıştır ve engelli sayısını artmıştır. 2. Dünya Savaşında silah ve diğer ihtiyaçların üretiminde çalışanların önemli kısmının engellilerden oluşması ve işgücü katkısı dikkat çekmiştir. Savaşta 20 milyon insan sakat kalmıştır. Avrupa'nın yeniden inşası ve kaybedilen işgücünün telafisi için engelli istihdamının önemi artmıştır (Cohen,2008).

AB, diğer vatandaşlarla aynı haklara sahip ve topluma uyum sağlamaya çalışan kişiler olarak ele almaktadır. Uygulamalar engellilerin haklarını tanıma ve eşitsizliklerin önündeki engelleri

kaldırılması yönünde gelişmiştir (Aysoy, 2004). AB'nin engelli politikalarının temel etkenlerinden biri de sosyal güvenlik sisteminin finansman sorunudur (Özen, 2015).

BM EHS 27. Maddesi uyarınca açık işgücü piyasasına engellilerin dahil edilmesi, temel politika alanlarından biri olarak kabul edilmektedir. Ulusal eylem planlarını AB Engellilik Stratejisi veya AB 2020 gibi ilgili AB politikalarıyla uyumlu hale getirmeye çalışmaktadırlar. AB 2010-2020 Avrupa Engellilik Stratejisine göre iyileştirilmesi gereken 8 başlık: erişilebilirlik, eşitlik, sağlık, istihdam, eğitim, öğretim ve dış eylem, sosyal koruma, katılımdır. AB'nin engellilere yönelik politika araçları: Verilerin toplanması, ihtiyaçların belirlenmesi, koordinasyonun güçlendirilmesi, örnek uygulamalar, Avrupa genelinde uygulanabilir olması, deneyim paylaşımı, ortaklık geliştirme, istihdam, eğitim, ulaşılabilirlik, danışmanlık uygulamalarıdır. Avrupa İstihdam Stratejisinin temel ilkeleri: önleme, girişimciliğin artırılması, uyarlanabilirlik, istihdam edilebilirlik, eşit fırsatlar olarak sıralanmaktadır (European Commission, 2018).

4.2.İstihdam Oranları

Kayıt dışı istihdam oranlarının yüksek olması sağlıklı veri elde etmeyi zorlaştırmaktadır. Birçok ülkede iş hayatı kayıt dışı ve kendi hesabına çalışanlardan oluşmaktadır (ILO, 2007). İşsizlik oranları yerine istihdam oranlarının temel alınmasının sebebi ise: bazı engelli bireylerin iş bulmaktan umutlarını kestikleri için artık iş aramayı bırakmışlardır. 51 ülkeyi kapsayan Dünya Sağlık Araştırmasında engelli erkeklerde istihdam oranı %52.8 ve engelli kadınlarda %19.6 olduğu görülmüştür. OECD'nin 27 ülkede yapmış olduğu çalışmaya göre engelli bireylerin istihdam oranı %44 seviyelerindedir. Faal olmama durumu engellilerde %49 seviyesine çıkmaktadır. Hollanda'da engelliler arasında part-time çalışma %61'dir. Fakat bu tarz işlerin ücretleri ve istihdam hakları daha düşük olmaktadır (Eurostat, 2016).

Avrupa İşgücü Araştırması'na göre engellilerin %15'i evde çalışmaktadır. Engellilerin çalıştığı işyerleri genellikle gönüllü dernekler, sosyal kooperatifler veya özel statü sahibi özel işletmelerdir (European Union,2018c). Hırvatistan ve Romanya'da engellilerinin yarısı el işi sektöründe çalışmaktadır. Tarım sektöründe çalışanlar Hırvatistan'da %39, Romanya'da %54 ve Türkiye %44'dür. AB'de engellilerin iş hayatının dışında kalma oranının en yüksek olduğu ülkeler Macaristan, Bulgaristan, Romanya ve İrlanda iken en az olan ülkeler İsviçre ve İsveç'tir (Eurostat, 2016a):

4.3.Engelli İstihdamında Ülke Örnekleri

2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi'nde ülkelerin tüm yoksulluk biçimlerine son verme, eşitsizliklerle mücadelede kimsenin geride kalmamasına yönelik bir vizyon belirlenmiştir (COPAC, 2017). Uluslararası düzeyde, 25 çokuluslu şirket, 2010 yılında ILO ile Küresel İş ve Engellilik Ağı'nı oluşturmak için bir araya gelmiştir. Avustralya, Brezilya, Kanada, Almanya, Endonezya, Meksika, Suudi Arabistan, Güney Afrika, İngiltere, ABD, Çin ve Hindistan'da faaliyet göstermektedir. Şirketler ağ içerisinde en iyi uygulamalarını tanıtmakta ve paylaşımlar yapmaktadır (OECD, 2018).

Fransa: Kota sistemi 4 biçimde uygulanabilmektedir. Doğrudan engelli çalıştırarak, taşeron korumalı işyerleri açılarak, engellilerin istihdamına aracılık ederek, engelli istihdam fonlarına katkı sağlayarak (Orhan, 2013). İş piyasasına erişim, iş yerinde daha iyi tutunması için bireylere uzun vadeli destek sağlanmaktadır. Destekli İstihdam, sübvans edilen sözleşmeler, korumalı işyerleri çeşitli uygulamalar geliştirilmiştir. İş veriminde kademeli olarak azalma yaşayan çalışanların (52 yaş ve üstü) işverenlerine maddi yardım sağlanabilmektedir. 800 uyarlanmış işletme bulunmaktadır (çalışma saatlerinin esnekliği, ofis alanı, masa donanımı vb.) (EuropeanUnion, 2018c).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

Hollanda: İş bulmaları için yardım eden gönüllü çalışan iş koçları bulunmaktadır. İşverenler tarafından uygulanan en iyi uygulamalar halka tanıtılarak maddi olarak ödüllendirilmektedir (European Commission,2018). Engellilerin istihdama yönlendirilmesinden ve mesleki eğitiminden belediyeler sorumludur. İşverenlere, ücret sübvansiyonu sunulabilmektedir. İlk olarak, engelli işçinin “kazanç kapasitesi” bir profesyonel tarafından ölçülmektedir. 2.aşamada, işveren engellilere en azından asgari ücreti ödemektedir. Üçüncü aşamada, işverene, engelli işçinin kazanma kapasitesi ve asgari ücret arasındaki fark, asgari ücretin% 70'ine kadarlık kısmı geri ödenmektedir. Çalışan işten yeterli gelir elde etmezse, belediye bunu sosyal yardım seviyesine kadar kısmı tamamlar (Oostveen, 2018).

Finlandiya: Yetişkin mesleki eğitime katılım yoğundur. Yerel yönetimler kişisel yardım, mesleki eğitim, erişim ile ilgili hizmetler ve rehabilitasyon gibi önlemlerinden sorumludur. STK'lar hem lobi kuruluşları hem de hizmet sağlayıcılar olarak hareket etmektedir. Ayrıca, kısmi hastalık ödeneği, kısmi engellilik maaşı, engellilik ödeneği ve rehabilitasyon masraflarının geri ödenmesi yoluyla maddi destek sağlanmaktadır. Kamu istihdamı kurumu, işgücü piyasası eğitimi, iş koçluğu, iş arama ve kariyer koçluğu, iş denemesi, ücret sübvansiyonu (24 ay), mesleki rehabilitasyon, iş sağlığı faaliyetleri yürütmekte ve STK'lara destek vermektedir. Personelinin %30'undan fazlası engelli olan işyerlerine ek finansal destek verilmektedir (European Commission,2018).

İtalya: Engelli istihdamında: iş hayatına uyum sağlayabilecekleri iş modelleri geliştirmek, ihtiyaçları dikkate alan mesleki eğitim programları, iş bulma kurumlarını sistematik olarak destekleme önlemleri üzerinde durulmaktadır. 200 bin Euronun altındaki tutardaki işleri, sosyal işletmelere yaptırılması teşvik edilmektedir (Ceker,2009). Sosyal kooperatifler başarılı deneyimler göstermiştir (European Commission,2018).

Avusturya: Engelli emekli aylığı için rehabilitasyon şartı getirilmiştir. Engellilere yönelik devlet destekli vakıflar, kurumlar bulunmaktadır (European Commission, 2018). Kamu istihdam kurumu mesleki rehabilitasyon, danışmanlık ve destek önlemleri sunmaktadır.” fit2work” programı engellilere kronik hastalıklara veya diğer sağlık sorunlarına yönelik danışmanlık ve ikincil önleme hizmetleri sunmaktadır (European Union, 2018c).

Amerika Birleşik Devletleri: Bridges programı ile 13.000'den fazla engelliye 3.800 farklı iş yerinde istihdam edilmiştir. Staj süresi 15-24 aydır. Bridges personeli ilgi alanlarını, becerilerini, deneyimlerini değerlendirmek ve doğru iş eşleşmesini yapmak için katılımcıyla belirli bir zaman geçirmektedir. Ek olarak, kritik iş arama ve istihdam becerilerini desteklemek için bir dizi iş öncesi eğitim sunulmaktadır. İşe yerleştirme sonrası destekleme devam etmektedir. Mesleki rehabilitasyon kurumları, liseler dahil olmak üzere yüzlerce farklı ortakla iş birliği yapmaktadır (ILO, 2014). AbilityOne Komisyonu, kar amacı gütmeyen kuruluşlar aracılığıyla görme engelli veya diğer ciddi engelli olan yaklaşık 50.000 kişiyi istihdam etmekte ve Federal kurumlarla sözleşmeli hizmetler vermektedir (AbilityOneCommission, 2017).

Çek Cumhuriyeti: Mesleki rehabilitasyon, mesleki eğitim, korumalı işyerleri uygulamaları bulunmaktadır. Kota üç farklı şekilde uygulanmaktadır: doğrudan engelli çalıştırabilir veya en az %50 engelli çalıştıran iş yerinden mal veya hizmet satın alabilir veya engelli maaşının 2.5 katı vergi verebilir (Orhan, 2013: 98).

Singapur ve Avustralya: Singtel Mentörlük Programı öğrencilerin iletişim ve güvenlerini arttırmalarına yardımcı olmak, meslek seçimleri konusunda tavsiyelerde bulunmak, iş deneyimi, stajlar ve iş olanakları için iş ortamı sağlamak amaçlı mentörlük sunmaktadır(BM, ILO, 2018).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

Güney Afrika: İhale Yasası'na göre, kamu kurumlarının dezavantajlı kişileri çalıştıran kurumlardan hizmet alınması önceliklidir (OECD, 2018).

İsveç: İskandinav ülkelerinde kota uygulaması yoktur. İş göremezlikten ziyade kapasiteye odaklanılmaktadır (European Commission,2018). Avrupa Komisyonun “Yaşam Boyu Öğrenme Programı“ gibi programlarla engellilerin topluma adaptasyonu sağlanmaktadır (Ertem, 2010: 4). Diğer İskandinav ülkelerini de kapsayan engelli stkları bulunmaktadır (ANED, 2018).

Danimarka: Kamuda istihdam edilmelerinde öncelik tanınmaktadır. Kamu İstihdam Kurumunun kişisel yardım, medikal cihazlar ve maaş destekleri içeren uygulamaları bulunmaktadır (VIVE,2017).

4.4.İstihdam Politikalarının Değerlendirilmesi

Avrupa Yaşam Kalitesi Anketi (EQLS-2011), engellilerin daha düşük yaşam standartlarına sahip olduğunu bildirmekte ve AB'deki en dezavantajlı gruplardan biri olarak tanımlamaktadır (Ahrendt,2018). 100 milyondan fazla AB vatandaşının bir engelli bulunmaktadır (Eurostat, 2019). Ülkenin gelişmişlik düzeyi, ağırlıklı üretim yaptığı sanayi dalı, hizmet sektörünün yapısı gibi özellikler gerekli işgücünün niteliğini belirlemektedir (Gökbay, Ergen ve Özdemir, 2011).

İngiltere, Almanya, Fransa, İsveç, İsviçre ve Hollanda gibi ülkelerde belirlenen hedeflere tam olarak ulaşılmasa da birliğe daha sonra katılan ülkelere daha iyi durumdadırlar. Ülkeden ülkeye değişen uygulama ve kanunlar yüzünden hak mahrumiyeti yaşanabilmektedir. Liberal ekonomi politikalarının benimsendiği ABD'de gelir testleri ile en muhtaç olan engelliye gelir desteği sunulmaktadır. Sosyal devlet kavramının güçlü olduğu Avrupa ülkelerinde engelli istihdamında çoğunluğu korumalı iş yerleri oluşturmaktadır. BM EHS birçok ülkede ulusal engellilik stratejilerini şekillendirmiştir ve serbest piyasada çalışmanın teşvik edilmesini önermektedir (Petri,2018). OECD ülkelerinde mesleki rehabilitasyon ve istihdam önlemlerine gereken finansman ayrılmamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde geniş kapsamlı eğitim çalışmalarının maliyetlerinin fazla olması nedeniyle istenilen hedeflere ulaşamamaktadır. Gelir transferleri, Almanya, Norveç gibi çoğu OECD ülkesinde engellilik harcamalarının %95'ini oluşturmaktadır. Hollanda ve Danimarka, engelliler için aktif işgücü piyasası programlarına %10'dan fazla harcama yapmaktadır. Engelli İstidam Politikalarının Finansmanı: Cezalardan gelen bütçe, Avrupa Sosyal Fonu, Topluluk İstihdam Girişimi (Employment Community Initiative-EQUAL), Erasmus+ engellilere yönelik projeler ile sağlanmaktadır (Ulusal Ajans, 2018). Kota uygulaması farklı şekillerde uygulanmaktadır (bağış, vergi, taşeron, mal ve hizmet alımı, ceza). Korumalı işyerleri açık işgücü pazarından ve toplumdan izole, hayır kurumu gibi işlediği yönünde eleştiriler bulunmaktadır. Bazı ülkelerde uygun çalışma koşullarını ve iş sözleşmelerini sağlamadığı için eleştirilmiştir. Genellikle, asgari ücretten daha az ücret ödenmektedir. İstihdam, iş güvenliği ve sağlığı yasaları ve sendikalaşma hakkı çoğu zaman geçerli değildir (Çavuş & Tekin, 2015).

Savunan taraflar ise istihdam ve verimliliğin ana amaç olmadığını engellinin sosyal bütünleşmesine katkıda bulunduğunu belirtmektedirler. Ayrıca, bu girişimlerdeki devlet desteği geri çekildiğinde birçoğu başarısız olmuşlardır (ILOCOOP, 2018). Korumalı işyerleri hakkında yeni görüşler: Serbest piyasaya geçiş için daha profesyonel ve rekabete hazır yapılandırılması, sosyal firma biçimine dönüştürülmesidir (ILO, 2015). Hollanda, İsveç, Norveç ve Finlandiya'daki kamu politikası, korumalı işyerlerinin finansmanını, açık istihdama geçiş hedeflerine bağlamıştır (OECD, 2010). Açık işgücü piyasasına geçiş engelleri: işverenlerin isteksizliği; atölyelerdeki kilit çalışanları serbest bırakma isteksizliği; potansiyel becerileri kısıtlayan düşük teknoloji; gereksinimleri karşılamayan beceri eğitimi olarak belirtilmektedir (Woude, 2018). Özel teşvikler ve gelişen teknolojinin de yardımıyla

340

istihdam için yeni fırsatlar yaratılmaktadır (Birleşmiş Milletler, 2006). Bireysel Yerleştirme ve Destek (IPS- Individual Placement and Support) gibi kanıta dayalı yöntemler giderek daha fazla kabul görmektedir. Finlandiya, İsveç, İrlanda ve ABD'de IPS yaklaşımı kullanılmaktadır. Birçok ülke kendi özel durumlarına bağlı olarak karma modeller kullanmaktadır. Sübvans edilen bir çalışma ortamında aynı anda mesleki eğitim ve rehabilitasyon da yapılabilmektedir (European Union, 2018c).

5.TÜRKİYE'DE ENGELLİLERİN İSTİHDAMI

Anayasa'nın 10. Maddesinde istihdam ve tatil hakları güvence altına alınmıştır. Engellilere yönelik pozitif ayrımcılık uygulamalarının Anayasanın eşitlik ilkesine aykırı olmayacağı maddesi 2010 yılında yapılan değişiklikle düzenlenmiştir. Anayasa'nın 61. Maddesi devlete, engellilerin istihdamında sorumluluk yüklemektedir. 5378 Sayılı Engelliler Hakkında Kanun istihdam, sınıflandırma, eğitim, rehabilitasyon, iş ve meslek tanımlarına yönelik açıklamalar bulunmaktadır.

5.1.Türkiye'de Engelli İstihdamında Yaşanan Sorunlar

Genel işgücü piyasasındaki işsizlik oranlarının yüksek olması, engellilere etkisi daha ağır olmaktadır. Eğitime, mali kaynaklara erişimlerinin kısıtlı olması nedeniyle nitelikli işgücü oranı düşüktür ve istenilen nitelikler ile eğitimle kazandırılan beceriler arasında uyumsuzluklar bulunmaktadır (Avrupa Komisyonu,2018: 58).

TÜİK'in Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması'na göre engellilerin %14,3'ü çalışmaktadır. En yüksek %26,8 ile işitme engelliler olurken, zihinsel engellilerin sadece %5,8'i çalışmaktadır. %77,4'ü maaş karşılığında, %15'i kendi hesabına, %7,6'sı ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır. Çalışmayanların ancak %6,3'ü iş aramaktadır. İş aramayanların %51,4'ü çalışamayacak kadar ağır engelli olduğunu, %29,2'si yaşlı, emekli, ev hanımı olması nedeniyle iş aramamaktadır. Engeli nedeniyle iş verilmeyeceğini söyleyenlerin %16,6'dır. Engelli aylığı alanların oranı %27'dir (TÜİK, 2010: 43). Süreçten hastalıklardan dolayı engelli kişilerin sınav puanlarının daha yüksek olması nedeniyle diğer engel gruplarından daha az kişi atandığı iddia edilmektedir (Engelliler Konfederasyonu, 2018: 32). Zorunlu %3 engelli istihdam kotası hedefine henüz ulaşılamamıştır (Avrupa Komisyonu, 2018: 20). 50 ve daha fazla işçi çalıştıran iş yeri sayısı, işyerleri toplam sayısı içerisinde çoğunluğu oluşturmamaktadır. Kamu ve özel sektörde yaklaşık 150 bin engelli istihdam edilmektedir. Nüfusa oranladığımızda engellilerin ancak %1,5'i çalıştığını sonucuna varmaktayız (Çelebi, 2018). İstihdam politikaları yetersiz kalmaktadır (Engelliler Konfederasyonu, 2018: 31). Çalışan engellilerin çoğunlukla iş yeri koşulları kötü ve kariyer olanakları düşüktür. İş yerinde izin alma, çalışma saatlerinin düzenlenmemesi, fiziksel düzenlemelerinin yapılmaması, diğer çalışanların bilgilendirilmemesi, işe yardımcı teknolojilerin sağlanmaması, işe uyum eğitiminin verilmemesi gibi nedenlerle sorunlar yaşanmaktadır. İş değiştirme veya son çalıştığı işten ayrılma nedenleri: Sağlık sorunu(%36,4), kendi isteğiyle (%22,1), piyasa şartları nedeniyle (%15), engeline uygun olmaması (%12,2), maaşın yeterli olmaması (%4,8), iş yerindeki olumsuz davranışlardır (%4). Engellilerin çalıştıkları veya çalışmayı düşündükleri işyerlerinden beklentileri: ağır fiziksel güç içermeyen işler (%55,7), dinlenme aralarının daha fazla olması (%33), kısmi zamanlı çalışma (%27,6), gerektiğinde iş arkadaşından yardım almak (%16,2), yıllık izin sürelerinin fazla olması (%16), iş yeri dışına çıkılmayan işler (%13,5), evde çalışmak (%13,5), yardımcı ekipmanlar (%10,7) (TÜİK, 2010: 43).

ILO'nun tespit ettiği diğer sorunlar: Vasıfsız emek talebinin azalması, maliyet endişeleri, engelli olarak kayıt yaptırmakta isteksizlik, iş fırsatları hakkında bilgi eksikliği, engellilerin ihtiyaç ve yeteneklerini hakkında farkındalık eksikliğidir (ILO, 2015).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2011) “İşgücü Piyasasının Özürlüler Açısından Analizi” araştırmasına 1.628 özel sektör işveren temsilcisi dahil edilmiştir. Çalışanların sendikalı olduğu iş yeri sayısı %8’dir, çalışan sayısı azaldıkça engelli çalıştıran iş yeri oranı düşmektedir. İşyerlerinin %19,4’ü imalat sektöründedir. İşverenlerin engelli çalıştırmama nedenleri: İşe uygun engelli bulunamaması (%31,6), nitelikli engelli bulunamaması (%19,2). İŞKUR’un işe uygun engelli aday yönlendirmemesi (%11) olarak belirtmişlerdir. İşverenler mesleki ve bireysel eğitim, iş yerinde hizmet içi eğitim, kişisel gelişim kursları verilmesini önermişlerdir.

Mamaoğlu’nun araştırmasına göre, istihdamda ortopedik engelliler en çok tercih edilen engelli grubu iken işitme-dil engelliler ikinci sıradadır. Engelli istihdamının gerekçesini %71’i “yasal zorunluluk”, %22’si sosyal sorumluluk amacı, %7’si “engelli çalışanın yeterliliği” göstermişlerdir. %63’ü kota ve teşvikten oluşan karma bir sistemi tercih edeceklerini ifade etmişlerdir (Mamatoğlu, 2015).

Engellilikle İlgili Yanlış Kanılar: Yeterince engeli olmayan işsiz bulunduğu düşüncesi, daha çok iş kazası yapacağı, daha az verimli olacağı, fazladan maliyet oluşturacağı, iş arkadaşlarını rahatsız edeceği, işten çıkarmanın zor olacağı yaygın önyargılardandır (Seyyar, 2001: 31). Önyargılar nedeniyle birey iş becerisine inanmamakta, iş aramayı bırakmaktadır. Önyargılar sadece işverenlerde değil, engelliler ve ailelerinde de mevcuttur (Ameri, Schur, Adya, Bentley ve Kruse, 2015).

Ayrımcılık: Zihinsel, ruhsal-duygusal, görme ve çoklu engelliler en az tercih edilen gruplardır. Engel oranı düşük, görünür olmayan engelliler tercih edilmektedir (Meşhur ve Alkan,2006:75). Girişimci engellilere karşı, kredi verenlerin önyargısı olabilmektedir. 4857 sayılı İş Kanunu’nda da ayrımcılığa karşı maddeler yer almaktadır. Ancak işe alımda ayrımcılığa karşı yaptırımlar tanımlanmamıştır. Ayrımcılıkla mücadelede mevcut eylem planı veya strateji bulunmamaktadır (Avrupa Komisyonu, 2018: 85). Engelliler özellikle kadın engelliler daha az ücret almaktadır (Kidd,Sloane ve Ferko, 2000).

Çalışma Yasalarındaki Aşırı Korumacılık: İşvereni engelli istihdamından uzaklaştırabilmektedir (Kuddo, 2009).

Yardım Tuzağı: Yardımlar ile ücret arasındaki gelir farkı, çalışmaya teşvik edecek düzeyde olmadığına çalışmaya istekli olmayacaktır. Sosyal yardım ödeneklerine tekrar erişememe korkusu da bulunabilmektedir.

Erişim: Fiziksel alanlar veya bilgi iletişim teknolojileri engellilerin ihtiyaçlarına göre tasarlanmadığında sıkıntılar yaşanmaktadır (Avrupa Komisyonu,2016:15). Belirli bir süre engelli olan kişileri (hamile, yaşlı, hasta) de ilgilendirmektedir.

Veri Toplama: Araştırmaların düzenli aralıklarla yapılmaması, güncel olmaması, sosyo-demografik verilerin kısıtlı olması, kamuoyuyla paylaşılmaması, verilerin genelde sosyal yardımlara erişen engellilerle ilgili olması nedeniyle eleştirilmektedir (Avrupa Komisyonu,2019: 43; Tellioğlu, 2019).

5.2. Kamu ve Özel Sektörde Engelli İşçi İstihdamı

4857 sayılı İş Kanunu’nun 30. Maddesine göre 50 işçi ve daha fazla işçi çalıştıran özel sektör işyerlerini %3, kamu işyerlerinde ise %4 engelli işçiyi çalıştırmakla yükümlüdür (Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2014). Yasa kapsamında engelli çalıştırma zorunluluğu bulunan işyerlerindeki engelli personel sayısı, 2018 yıl sonu itibariyle 26.645 kişidir. 21.257’si özel sektörde, 5 bin 388’de kamu kurumlarındadır. Kontenjan fazlası çalışan sayısı ise 10 bin 884’tür. 7.993 kişi özel sektörde, 2.891 kişi de kamu kurumlarında (İŞKUR, 2018). Çalıştırmadıkları her engelli işçi için 2018 yılı için

ayda 2627 TL cezai yaptırım uygulanmıştır (Engelliler Konfederasyonu, 2018: 31). SGK primlerinde ve vergide indirim teşviki yapılmaktadır. (Gelir İdaresi Başkanlığı , 2019). Destek süresi engelliler için 18 ay olarak uzatılmıştır. Kota fazlası engellinin SGK primleri yüzde 50'sinin hazine tarafından karşılanmaktadır (Tisk, 2013).

5.3. Engelli Kamu Personel Seçme Sınavı (EKPSS)

İlk defa 2012 yılında uygulanan Özürlü Memur Seçme Sınavı (ÖMSS) “Engelli Kamu Personel Seçme Sınavı” olarak değiştirilmiştir. Yeni düzenlemeyle kamu kurumlarına işçi alımlarında da kullanılmaya başlanmıştır (Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi, 2018).

Tablo 5.1 Ekpss ve kura yöntemi ile istihdam edilen memurlar sayısı

Yıllar	Öğrenim Düzeyi				
	İlkokul/ilköğretim	Lise	Önlisans	Lisans	Toplam
2012	988	2.174	1.093	999	5.254
2013	591	3.378	1.343	614	5.926
2014/1	0	426	384	806	1.616
2014/2	234	1.383	990	1.344	3.951
2015/1	470	2.595	609	647	4.321
2015/2	210	1.549	126	65	1.950
2016	1.220	2.466	1.233	893	5.812
2017	246	386	458	1.273	2.363
2018/1	329	502	465	854	2.150
2018/2	198	534	723	846	2.301
Toplam	4.486	15.393	7.424	8.341	35.644

Kaynak: (Devlet Personel Başkanlığı, 2018)

Toplam 15.393 ortaöğretim mezunu memur EKPSS ile yerleşmiş ve genel toplamdaki oranları %43,19 olmuştur.

5.4. Engelli Memur İstihdamı

657 sayılı göre kurum ve kuruluşlar %3 oranında engelli çalıştırmak zorundadır. Takip, denetim ile yerleştirilmesinden Devlet Personel Başkanlığı sorumludur. Engellilik oranlarına gruplandırılmış grupların hepsinde erkek memur sayısı kadın memur sayısından birkaç kat daha fazladır.

Tablo 5.2. Engel türü ve cinsiyetine göre memur sayıları

Engel Türü	Kadın	Erkek	Toplam
Dil ve Konuşma	124	331	455
Görme	2.460	7.990	10.450
İşitme ve Konuşma	1.076	2.426	3.502
Ortopedik	3.914	10.979	14.893
Ruhsal ve Duygusal	270	1.100	1.370
Süreğen	1.556	4.535	6.091
Zihinsel	611	2.731	3.342
Sınıflanamayan	3.183	9.731	12.914
Toplam	13.194	39.823	53.017

Kaynak:(Devlet Personel Başkanlığı, 2018)

Eğitim durumuna göre lisans ve ortaöğretim mezunları çoğunluğu oluşturmaktadır. Kontenjan kapsamında çalışan engelli memur sayısı 51.580'dir. Kontenjan fazlası çalışan engelli memur sayısı 1.437'dir. Engelli kontenjan açığı 9.379'dir. Milli Eğitim Bakanlığı 6.167 kişi ile kontenjan açığı en fazla olan kurumdur. 2012 yılında istihdam edilen memur sayısı 27.314 iken 2018 yılında 53.017'dir. Genel idare hizmetleri 21.750 kişi, yardımcı hizmetler 18.478 kişi ile en çok engelli memurun çalıştığı hizmet sınıflarıdır (Devlet Personel Başkanlığı, 2018). Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının 2014 yılında "Kamuda Engelli İstihdamının Analizi" isimli araştırmasına göre iş yeri düzenlemeleri ve yardımcı teknolojiler yetersizdir. Eğitim ile yapılan işin uyumsuz bulunmuştur. Engelli memurların %60'nın kendisi ile ilgili mevzuattan tamamen veya kısmen haberdar olmadığı görülmüştür (Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015b: 5-146).

5.5. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı engellilerle ilgili istihdam, eğitim, ayrımcılıkla mücadele, mesleki eğitim, erişilebilirlik, toplumsal hayata katılım, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri, evde bakım hizmetleri, farkındalık, özel eğitim merkezlerinde fizik tedavi desteği alanlarında çalışmalar yapılmaktadır. Çalışması mümkün olmayan kişilere sağlanan 2022 sayılı kanun kapsamındaki aylık yardımları, aileye bakım aylığı yapılmaktadır (AÇSHB, 2019: 6). İŞKUR'la yürütülen "Korumalı İşyerleri Projesi" ile 150 bin TL hibe desteği ile engelli çalışanın maaşının ilk yılı devlet tarafından sağlanmıştır. Destekli istihdam modeli kapsamında 2014-2018 yılları arasında "İşe Katıl Hayata Atıl Projesi" ile 79 iş koçu eğitim almış, 897 engelli istihdam edilmiştir. İş koçluğu eğitimleri 8 ilde başlamıştır ve 2020 yılına kadar bütün illere yaygınlaştırılması hedeflenmektedir (İŞKUR, 2019).

KOSGEB "Girişimci Engel Tanımaz" ortak projesi ile girişimcilik eğitimi, kredi ve 30 bin liraya kadar hibe verilmiştir. İşyeri bulunan veya sigorta primini isteğe bağlı olarak kendisi karşılayan engellilere erken emeklilik hakkı verilmiştir. "Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliği" 2013 yılında yürürlüğe girmiştir. Büyükşehir belediyeleri ve üniversitelerde engelli hizmet birimleri kurularak rehabilitasyon, bilgilendirme ve rehberlik hizmeti verilmektedir. Engellilere Destek Programı (EDES) kapsamında valiliklere kaynak aktarılmış, farkındalık çalışmaları yürütülmüştür. 23 farklı Stk'nın yürüttüğü projelere toplam 2 milyon Euro hibe desteği verilmiştir (Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014). Mesleki Becerilerin Geliştirilmesi Projesi ile 35 ilde mesleki eğitim kursları açılmıştır (Engelli Ve Yaşlılara Meslek Eğitimi, 2015). "Ulusal Engelli Hakları Strateji Belgesi ve Eylem Planı" 2019 yılı içerisinde tamamlanması hedeflenmektedir (AÇSHB, 2018).

5.6. İŞKUR'un Engellilere Yönelik Hizmetleri

Zorunlu engelli istihdam kotasının uygulanması ve denetimi İŞKUR tarafından yürütülmektedir. İŞKUR'un faaliyetleri :

- İş çevresi kuruluşları, sendikalar, stklar, üniversiteler, belediyeler, ilgili bakanlıklarla ortak projeler yürütülmekte,
- İstihdam teşvikleri,
- Kurumu tanıtıcı seminerler
- Hibe destekleri
- İş koçluğu eğitimleri
- Evde çalışma iş desteği
- İş başvurusu ve mülakat teknikleri kursu
- Korumalı iş yeri uygulamaları

- İşveren ve iş arayan buluşmaları , sanal istihdam fuarları
- Mesleki rehabilitasyon faaliyetleri
- İşaret dili kursları
- Engelliler ile ilgili zirve, sempozyum ve panellerin düzenlenmesi

Girişimci engellilerin projeleri kabul edildiğinde 50.000 TL hibe almaktadırlar. 2014-2019 yılları arasında 1.326 proje desteklenmiştir. 34 ildeki 40 İş kulübünde engellilere iş ve meslek danışmanlığı hizmeti verilmektedir. 2018 yılında 257.155 görüşme yapılmıştır. 2020 yılına kadar yaygınlaştırılması planlanmaktadır. Toplum yararına istihdamda engelliler önceliklidir. 2012 - 2019 yılları arasında 53.025 engelli istihdam edilmiştir (İŞKUR, 2019). İşyerlerinde ihtiyacı olan yardımcı teknolojilerin sağlanmasında 27 projeye destek verilmiştir. 2002- 2019 yılları arasında 387.915 kişi işe yerleşmiştir. 2018 yılsonu itibariyle 122.852 engelli işçi iş gücü piyasasında çalışmaktadır (İŞKUR, 2018-2019)

Korumalı İş Yerleri: 5378 sayılı kanununda 2014 yılındaki değişiklikle kapsam zihinsel engelliler olarak daraltılmıştır. Engelli çalışan sayısı en az 8 olmalı ve toplam çalışan sayısının en az %75'i oranında olması şartı bulunmaktadır. Engelli personelin ilk yıl maaşının tamamı fon tarafından karşılanır. 4857 sayılı kanun gereği engel durumuna göre, ödenecek maaşın net asgari ücretin %20 ile %60'lık kısmı hazine tarafından karşılanır. SGK primlerinin tamamı hazine tarafından ödenmekte ve kamu alımlarında öncelikler tanınabilmektedir. 5520 s. K. gereği, Kurumlar Vergisi 5 hesap dönemi için istisna uygulanmakta ve çevre temizlik vergisi ödemezler. Arazinin mülkiyeti, kamu kuruluşları tarafından ücretsiz verilebilir. Zorunlu kota sistemi ile kesilen cezaların bir kısmı korumalı işyerlerini teşvikte kullanılmaktadır. 2019 yılı itibariyle 9 adet korumalı iş yerinde toplam 80 engelli çalışan istihdam edilmiştir (AÇSHB, 2019: 132) (İŞKUR, 2018: 102-105).

Sivil Toplum Kuruluşları Uygulamaları: Türkiye Omurilik Felçlileri Derneği(TOFD), Altı Nokta Körler Derneği, İstanbul Aydın Üniversitesi bağlı “Engelsiz Yaşam Araştırma ve Uygulama Koordinatörlüğü” mesleki eğitim verilmektedir. SerebralPalsili Çocuklar Derneği (SERÇEV) Engelsiz Mesleki ve Ticari Anadolu Meslek Lisesi açılmıştır (SERÇEV, 2019). Down Sendromu Derneği'nin “Bağımsızım Çünkü Çalışıyorum” projesinde destekli istihdam modeli uygulanmıştır (Down Sendromu Derneği, 2018).

5.7. Türkiye Özelinde İstihdam Politikalarını Değerlendirme

Sağlıklı verilerin toplanabilmesi için kayıt dışı çalışma azaltılmalıdır. İş analizleri ve meslek tanımları yapılmalıdır (Çelebi,2018). İstihdam politikaları paydaşların katılımını sağlayan, eğitim politikalarını ve işgücü piyasasının arz-talebini dikkate alan, sürdürülebilir, kapsamlı, bütüncül bir şekilde ele alınmalıdır (Engelliler Konfederasyonu, 2018: 31) (Avrupa Komisyonu, 2016: 59). İstihdamı artırmanın kilit kavramı mesleki eğitim almalarıdır. Diğer ülkelerdeki başarılı uygulamalar Türkiye'ye uyarlanabilir. Açık gücü piyasasında istihdamın bireysel ihtiyaçlara göre rehberlik yapılması, desteklenmesi en başarılı sonuçları vermektedir (Koç,2018). Avrupa ülkelerinde ve ABD'de yoğun olarak uygulanan destekli istihdam modeli, pilot uygulama olarak Türkiye'de uygulanmaya başlamıştır ve 897 kişi istihdam edilmiştir. Yasal düzenlemeler ve teşvikler geliştirilmeli, engellinin yakın çevresinin desteği alınmalıdır (Arıkan,2018:99). Destekli istihdam modeli kamu kurumları içinde uyarlanabilir. İşinde kalıcı olabilmesi içinde destek ve teşviklerin devam etmesi gerekmektedir. Küçük işletmelere mesleki eğitim desteği verilebilir (Uzun, 2018). Engellikle ilgili mevzuat, fonksiyon kaybının ölçülmesinden, mesleki becerileri değerlendirme yaklaşımına geçiş ve ayrımcılık yaptırımları için mevzuat yeniden düzenlenmelidir. Kota uygulaması sektörlere ve çalışma şartlarına göre düzenlenebilir. Kota fazlası engelli çalıştıran işletmeler için teşvik çeşidi artırılabilir (İren, 2018). Kamunun hizmet alımı ihalelerinde, yüksek oranda engelli çalıştırma şartı konulabilir. Başarılı istihdam uygulamaların tanıtılması, başarılı engellilerin rol modeli olması başarı oranını artıracaktır (Önen, 2018). Erişilebilirlikle ilgili sorunların çözümü için yeni yapılar evrensel tasarıma göre



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

yapılmalıdır. Sosyal işletmelerin gelişmesi için uzmanlık, finansal, yasal destekler gerekmektedir (Mamatoğlu,2015). İŞKUR engelli veri tabanı, ayrıntılı yeni bilgiler eklenerek güncellenmelidir. En uygun çalışan adayının eşleştirilmesi bu konuda yaşanacak sorunların önüne geçecektir. 11. Kalkınma planında engelli istihdamı: işverenlerin taleplerini dikkate alınması, teşvikler hakkında bilgilendirici faaliyetler, girişimcilik hibe destekleri, meslek danışmanlığı, mesleki eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirileceği ifade edilmektedir (TBMM, 2019:11-143).

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Kapsayıcı bir toplum oluşturmak için kavramsal değişikliğe ihtiyaç vardır. Engellilik nedenlerini önleyen, farkındalık düzeyini artıran ve nüfusun değişen yapısına uygun politikalar geliştirilmelidir. Her düzenleme engellilik olgusunu dikkate alınarak ve daha sonra engellilere uyumlu hale getirilmesine gerektirmeyecek şekilde yapılmalıdır. Tek tip hizmet anlayışı yerine bireysel ve toplumsal ihtiyaçlara göre değişen hizmetler sunulmalıdır. Sosyal yardımlar engelli politikasının merkezinde bulunmakta ve en muhtaç olana asgari gelir desteği verilmektedir. Yardım temelli bakış açısı yerini hak temelli desteğe bırakmalıdır. Sosyal yardımların etkili denetimi yapılmalı, engellileri iş hayatından uzaklaştıracak uygulamalardan kaçınılmalıdır. Bütün engellilerin toplumla bütünleşmesi için sosyo-kültürel alanları da kapsayan etkili, bütünsel, sürekli kendisini yenileyen sosyal politikalara ihtiyaç vardır.

Kota sistemi yerine açık işgücü piyasasına geçişte teşvikler, destekli istihdam ön plana çıkmaktadır. Açık işgücü piyasasında istihdam şansı edilemeyen zihinsel engelliler için korumalı iş yerleri sayısı artırılmalıdır. Mesleki eğitim, teorik bilgilerin iş yerlerinde uygulanabildiği, teknolojik ve ekonomik gelişmelere uyum sağlayacak dinamik bir şekilde tasarlanmalıdır. Eşitliğin sağlanması için yardımcı teknoloji, rehabilitasyon gibi hizmetlerin etkinliği artırılmalıdır. Medikal malzemeler, protezlerin yurtiçinde üretimi teşvik edilebilir, yurtiçi ve yurtdışından temini durumunda alınan vergiler kaldırılabilir. Ortez-protez erişiminde SGK yaşadığı sorunlar en aza indirilmelidir. Çalışan engellilerin, işten ayrılmaları durumunda tekrardan sosyal yardımlar alabilmesi için uzun süren bürokratik engellerin kaldırılması gerekmektedir. Evden çalışma, kısmi zamanlı çalışma gibi alternatifler sunulmalıdır. Girişimcilik projelerine destek için hibe, mikro kredi, vergi indirimleri artırılabilir. Geliştirilen hizmetlere erişimin sağlanması ve tanıtılması önemlidir. Sendikalar toplu sözleşmelerde engellilerin haklarını da içeren konuları gündeme getirmelidir Geliştirilecek projelerde paydaşların katılımı sağlanmalıdır. Kamu kurumlarındaki uzman sayısı ve niteliği istenilen seviyeye getirilmelidir. Kamu rol model olmalıdır. Ulusal engellilik stratejisi ve eylem planı tamamlanarak kamu kurumları uyum ve iş birliği içerisinde olmalıdır. İş ve gelir desteği uygulamaları, sosyal destek ve gençlik hizmetleri belediyelere devredilmeli, kaynakların daha etkin kullanılması sağlanmalıdır. Engellilerle ilgili daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç vardır ve ilgili araştırmalar desteklenmelidir.

KAYNAKÇA

- AÇSHB. (2019). *2018 Yılı Faaliyet Raporu* . Ankara: Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı.
- AFAD. (2018). *Türkiye'de Afet Yönetimi ve Doğa Kaynaklı Afet İstatistikleri*. Ankara: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı .
- Ahrendt,D.(2018).*Quality of Life- Social and Employment Situation of People with Disabilities* . Eurofound.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

- Altan, Ö.Z. (2007). *Sosyal Politika*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Ameri, M., Schur, L., Adya, M., Bentley, S., McKay, P., and Kruse, D. (2015). “The Disability Employment Puzzle: A Field Experiment On Employer Hiring Behavior”. *NBER Working Paper Series*, 1-70.
- Arıkan, S. (2018). “Özel Sektörde Engelli İstihdamı”. Selma A. (Ed.), *Engelli Bireylerin Destekli İstihdamı*. İstanbul : Akademik Kitaplar, s. 93-100.
- Avrupa Komisyonu. (2016). *Komisyon Çalışma Dokümanı 2016 Türkiye Raporu Ekindeki Komisyon Tarafından Avrupa Parlamentosuna, Konseye, Ekonomik ve Sosyal Komiteye ve Bölgeler Komitesine Sunulan Bildirim AB Genişleme Politikasına İlişkin 2016 Bildirimi*. Brüksel.
- Avrupa Komisyonu. (2018). *Komisyon Tarafından Avrupa Parlamentosuna, Konseye, Ekonomik ve Sosyal Komiteye ve Bölgeler Komitesine Sunulan Bilgilendirme AB Genişleme Politikasına İlişkin 2018 Bilgilendirmesi Ekindeki Komisyon Çalışma Dokümanı*. Strazburg.
- Avrupa Komisyonu. (2019). *AB Genişleme Politikasına İlişkin 2019 Bilgilendirmesi Ekindeki 2019 Türkiye Raporu*. Brüksel.
- Aysoy, M. (2004). *Avrupa Birliği Sürecinde Özürlüler Politikası*. İstanbul: Açı Kitapları.
- Balkan, A. G. (2018). “Engelli İstihdamı”. *İşveren*, 56 (6), 30-31.
- Besiri, A. (2009). “Yoksulluk Ekseninde Engellilerin Eğitimi”. *TBB Dergisi*, 83, 353-374.
- Birleşmiş Milletler. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York: BM.
- Blanck, P., and Schartz, H. (2003). “Labor Force Participation and Income of Individuals with Disabilities in Sheltered and Competitive Employment: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses of Seven States during the 1980s and 1990s”. *William & Mary Law Review*, (44), 1029-1108.
- BM, ILO. (2018). *Guide for Business on the Rights of Persons with Disabilities*.
- Buckup, S. (2009). *The price of exclusion: The Economic Consequences of Excluding People with Disabilities from the World of Work*. Geneva: *International Labour Organization Employment Working Paper*.
- Ceker, M. (2009). *Engelli Çalışanların Haklarının İyileştirilmesi Konusunda İtalya Örneğinin Değerlendirilmesi*. AB Projesi Değerlendirme Raporu.
- CICOPA. (2014). *Cooperatives and Employment: A Global Report*. Quebec: CICOPA/Desjardin.
- Cohen, M. (2008). *Removing Barriers to Work, Flexible Employment Options for People with Disabilities in BC*. An Economic Security Project Report.
- Çavuş, Ö. H., ve Tekin, A. (2015). “Türkiye’de Engellilerin İstihdam Yöntemi Olarak Korunmalı İş yeri”. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 30 (1), 145-165.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

- Çelebi, Y. (2018). “Türkiye’de Engellilerin İstihdamı”. *İşveren*, 56(6), 24-25.
- Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2014). *2002-2013 Türkiye’de Engellilik ve Kalkınma: Son 10 Yılın Raporu*. Ankara: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2015b). *Kamuda Engelli İstihdamının Analizi*. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.
- Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2019). *Engelli ve Yaşlı Bireylere İlişkin İstatistik Bilgiler*. Ankara: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Engelliler Konfederasyonu. (2018). *Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi (CRPD)- Türkiye STK Gölge Raporu*. Ankara.
- Erdem, S. S., Bolu, F., ve Mayda, A. S. (2017). “Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerinin Tanımlanması”. *Konuralp Tıp Dergisi*, 9 (2), 117-123.
- Ertem, S. (2010). *Avrupa Ülkelerinde Engellilere İlişkin Güncel Politikalar ve Uygulamalar*. İzmir: İzmir Ticaret Odası Dış Ekonomik İlişkiler Müdürlüğü.
- European Commission. (2018). *Peer Review on Work-Capacity Assessment and Employment for Persons with Disabilities*. Web: <https://ec.europa.eu/> adresinden 2 Mart 2018’de alınmıştır.
- European Commission.(2018b).*Work-Capacity Assessment and Employment of Persons with Disabilities*.
- European Union. (2018c). *Mutual Learning Programme Synthesis Report*. European Union.
- Federal Ministry of Education and Research. (2014). *Education in Germany 2014*.
- Gökbay, İ. Z., Ergen, A., ve Özdemir, N. (2011). “Engelli Bireylerin İstihdamına Yönelik Bir Vaka Çalışması: Engelsiz Eğitim”. *Öneri*, 9 (36), 1-8.
- Güler, Z. (2015). “Özel Politika Gerektiren Grupların İş Yaşamındaki Sağlık ve Güvenlik Riskleri ile Kontrol Tedbirleri”. *Çalışma Dünyası Dergisi*, 2 (1), 117-134 .
- Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü. (2018). *İzleme Değerlendirme Raporu 2018*. Ankara: Millî Eğitim Bakanlığı.
- ILO. (2007). *The Employment Situation of People with Disabilities: Towards Improved Statistical Information*. Geneva: ILO.
- ILO. (2014). *Inclusion of Youth with Disabilities: The Business Case* . International Labour Office.
- ILO. (2015). *Decent Work for Persons with Disabilities: Promoting Rights in The Global Development Agenda*. International Labour Office.
- ILOCOOP. (2018). *Cooperatives and the World of Work No.3 - At Work Together: The Cooperative Advantage for People with Disabilities*. Geneva: ILO.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

İnternet: Yorumsuz İstatistik. Web: <http://www.nurdaldurmus.com/yorumsuz-istatistik-dunya-engelliler-gunu/> adresinden 4 Ekim 2010'da alınmıştır

İnternet: 2022 Sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz Ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun

İnternet: AbilityOne Commission.(2017). Web: <https://www.abilityone.gov/> adresinden 3 Mart 2017'de alınmıştır

İnternet: AÇSHB. (2018). *Ulusal Engelli Hakları Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2019-2023)*. Web: <https://www.ailevecalisma.gov.tr/EYHGM/Projeler/Ulusal-Engelli-Haklari-Strateji-Belgesi-ve-Eylem-Plani-2018-2023.pdf> adresinden 20 Haziran 2019'da alınmıştır.

İnternet: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2016). *Avrupa Birliği ve Engellilik*. Web: <http://eyh.aile.gov.tr/mevzuat/uluslararasi-mevzuat/14-avrupa-birligi-ve-engellilik> adresinden 3 Mart 2016'da alınmıştır.

İnternet: ANED (2018). *The Academic Network of European Disability Experts*. Web: <https://www.disability-europe.net/country> adresinden 2 Mart 2019'da alınmıştır.

İnternet: Australian Apprenticeships.(2017). Web: <https://www.australianapprenticeships.gov.au/search?keys=disability> adresinden 18 Mart 2018'de alınmıştır.

İnternet: Avrupa Komisyonu.(2010). *2010-2020 Avrupa Engellilik Stratejisi: Engelsiz Avrupa İçin Yenilenmiş Bir Taahhüt* Web: https://www.turged.org.tr/Hukuk-Engelli-Mevzuati/Avrupa_Engellilik_Stratejisi_2010_2020.doc adresinden 18 Mart 2018'de alınmıştır.

İnternet: BM. (2018). United Nation Disability. Web: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/> adresinden 28 Kasım 2018'de alınmıştır.

İnternet: Campos, A. R. (2007). *The social economy in the European Union*. European Economic & Social Committee (Belgium): Web: <http://www.eesc.europa.eu/resources/docs/qe-30-12-790-en-c--2.pdf> adresinden 12 Ocak 2019'da alınmıştır.

İnternet: Devlet Personel Başkanlığı. (2018). *Kamu Personeli İstatistikleri*. Web: <http://www.dpb.gov.tr/tr-tr/istatistikler/engelli-personel-ve-omss-istatistikleri> adresinden 12 Aralık 2018'de alınmıştır

İnternet: Down Sendromu Derneği. (2018). *Bağımsızım Çünkü Çalışıyorum: İş Koçu Destekli İstihdam Programı*. Web: <https://www.downturkiye.org/is-koclugu-ve-down-sendromlugu-genclerin-istihdami> adresinden 14 Aralık 2018'de alınmıştır.

İnternet: Dünya Sağlık Örgütü. (2011) Dünya Engellilik Raporu. Web: <https://docplayer.biz.tr/25818819-Dunya-engellilik-raporu.html> adresinden 7 Nisan 2015'de alınmıştır.

İnternet: EACEA National Policies Platform (2018) Eurydice -Overview. Web: <https://eacea.ec.europa.eu/> adresinden 13 Mart 2019'da alınmıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

- İnternet: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2015). Mesleki Eğitim. Web: <http://eyh.aile.gov.tr/sikca-sorulan-sorular/mesleki-egitim> adresinden 1 Aralık 2015'de alınmıştır
- İnternet: Engelli ve Yaşlılara Meslek Eğitimi. (2015). Web: <http://www.yenisafak.com/gundem/engelli-ve-yasli-lara-meslek-egitimi-597611?mobil=true> adresinden 23 Kasım 2015'de alınmıştır
- İnternet: Engellilik Nedir ve Engel Çeşitleri. (2015). Web: <http://yoksa-engelsiz-misiz.forum9.biz/t9-engellilik-nedir-ve-engel-cesitleri> adresinden 25 Ekim 2015'de alınmıştır
- İnternet: Eurofound.(2018)European Observatory of Working Life. Web: <https://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork> adresinden 23 Aralık 2018'de alınmıştır.
- İnternet: European Agency(2018). European Agency for Special Needs and Inclusive Education. Web: <https://www.european-agency.org> adresinden 24 Mart 2019'da alınmıştır.
- İnternet: European Commission. (2011). Supported Employment for People with Disabilities in the EU and EFTA-EEA: Good Practices and Recommendations in Support of a Flexicurity Approach. Web:http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/cowi.final_study_report_may_2011_final_en.pdf adresinden 10 Şubat 2017'de alınmıştır.
- İnternet: Eurostat. (2016a). *Disability Statistics - Barriers to Employment*. Web: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_-_barriers_to_employment adresinden 28 Mart 2018'de alınmıştır
- İnternet: Eurostat. (2016). *Google Public Data*. Web: <http://www.google.com/publicdata/> adresinden 30 Ekim 2016'da alınmıştır.
- İnternet: Eurostat. (2019). *Statistics Explained. Disability Statistics*. Web: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics adresinden 20 Nisan 2019'da alınmıştır.
- İnternet: Gelir İdaresi Başkanlığı. (2019). *Engellilik İndirim Tutarları*. Web: <https://www.gib.gov.tr/yarim-ve-kaynaklar/yararli-bilgiler/engellilik-indirimi-tutarlari> adresinden 20 Mayıs 2019'da alınmıştır.
- İnternet: ILO Ankara Ofisi. (2013). Web: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/publication/wcms_450452.pdf adresinden 5 Nisan 2019'da alınmıştır.
- İnternet: ILO. (2017). *ILO Disability Inclusion Strategy and Action Plan 2014-17*. Web: <https://www.ilo.org/global/topics/disability-and-work/publications/lang--en/nextRow--30/index.htm> adresinden 15 Mayıs 2018'de alınmıştır.
- İnternet: ILO. (2018). *Making Apprenticeships and Workplace Learning Inclusive of Persons with Disabilities*. Web: <http://www.skillsforemployment.org/KSP/en/index.htm> adresinden 12 Kasım 2018'de alınmıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

- İnternet: İstanbul Aydın Üniversitesi Engelsiz Yaşam Araştırma ve Uygulama Koordinatörlüğü Projesi (2012-2013). Web: <http://projeler.aydin.edu.tr/projeler.asp?pid=46> adresinden 28 Kasım 2015’de alınmıştır
- İnternet: İŞKUR. (2018). 5 Yılda 10 Bin Engelli Geleceğe Hazırlanacak. Web: <https://www.iskur.gov.tr/haberler/5-yilda-10-bin-engelli-gelecege-hazirlanacak/> adresinden 25 Nisan 2019’da alınmıştır.
- İnternet: İŞKUR. (2018-2019). Haftalık Görünüm Dergisi. Web: <https://www.iskur.gov.tr/kurumsal-bilgi/yayinlar/> adresinden 25 Haziran 2019’da alınmıştır.
- İnternet: Keçiören Belediyesi. (2015). Türkiye’de Yetişkin Engellilerin Mesleki Eğitimi. Web: www.devomda.com/tr/dosya/VocationalTurkish.ppt adresinden 22 Kasım 2015’de alınmıştır.
- İnternet: Levinson, E. M., and Palmer, E. J. (2011). “Preparing Students With Disabilities for School-to-Work Transition and Postschool Life”. Web: <https://my.vanderbilt.edu/specialeducationinduction/files/2011/09/Transition-Planning1.pdf> adresinden 22 Şubat 2019’da alınmıştır.
- İnternet: Milli Eğitim Bakanlığı. (2018). Millî Eğitim İstatistikleri Örgün Eğitim 2017-2018. Web: <http://sgb.meb.gov.tr/www/resmi-istatistikler/icerik/64> adresinden 20 Şubat 2019’da alınmıştır.
- İnternet: Milli Eğitim Bakanlığı. (2019). Mesleki Açıköğretim Lisesi. Web: <http://maol.meb.gov.tr/www/2018-2019-haftalik-ders-cizelgesi/icerik/171> adresinden 24 Mayıs 2019’da alınmıştır.
- İnternet: Ministry of Social Development-New Zealand. Mainstream Employment Programme. Web: http://www.msd.govt.nz/what-we-can-do/disability_services/mainstream/index.html adresinden 29 Kasım 2017’de alınmıştır.
- İnternet: National Institute of Disability Management and Research. *Annual Report*. Web: <http://www.nidmar.ca/index.asp> adresinden 26 Kasım 2016’da alınmıştır
- İnternet: Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi. (2018). *ÖMSS/KURA İle Özürlü Memur Yerleştirme İşleminin Yapılması*. Web: <http://www.osym.gov.tr> adresinden alınmıştır.
- İnternet: Rede Empresarial De Inclusão Social (2015). Web: www.redeempresarialdeinclusao.com.br adresinden 12 Ekim 2018’de alınmıştır.
- İnternet: SERÇEV. Serebral Palsili Çocuklar Derneği. Web: <http://sercev.org.tr/hizmetlerimiz> adresinden 15 Ocak 2019’da alınmıştır.
- İnternet: SGK. (2019). *SGK İstatistik Yıllıkları 2014, 2015, 2016, 2017*. Web: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari adresinden 20 Mart 2019’da alınmıştır.
- İnternet: Tarihsel Süreçte Engelli Ayrımcılığı.(2016) Engelsiz Dostlar. Web: <http://www.engelsizdostlar.com/forum/tartismadusuncelerimizayrimciliklamucadeletoplum-> adresinden 13 Mart 2016’da alınmıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

- İnternet: Telenor Group (2018). Telenor Open Mind: Open Doors, Broader Perspectives. Web: <https://www.telenor.com/career/diversity-inclusion/telenor-open-mind-open-doors-broader-perspectives/> adresinden 24 Mart 2018'da alınmıştır.
- İnternet: TÜİK. (2017). *Türkiye Sağlık Araştırması 2016*. Web: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1017 adresinden 3 Mart 2019'da alınmıştır.
- İnternet: TÜİK. (2018). *Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080*. Web: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567> adresinden 3 Mayıs 2017'de alınmıştır.
- İnternet: Türkiye Omurilik Felçlileri Derneği. *Ulusal Projeler*. Web: <https://www.tofd.org.tr/ulusal-projeler> adresinden 22 Temmuz 2017'de alınmıştır.
- İnternet: Ulusal Ajans.(2018) Web: <http://www.ua.gov.tr/> adresinden 26 Kasım 2018'de alınmıştır.
- İnternet: VIVE.(2017). *Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd*. Web: <https://www.vive.dk/da/velkommen/> adresinden 12 Mart 2017'de alınmıştır.
- İnternet: Yılmaz, V. (2015). *Engellilerin Eğitime Erişiminde Kamusal Sosyal Destek Programlarının Önemi*. Web: <http://secbir.org/images/2015/pdf/metin6.pdf> adresinden 20 Ocak 2019'da alınmıştır.
- İren, A. G. (2018). "Ülkemizdeki Engelli İstihdamı ve Yaşanan Sorunlar". *İşveren*, 56(6), 28 -29.
- Karataş, K. (2002). "Engellilerin Toplumla Bütünleşme Sorunları Bir Sosyal Politika Yaklaşımı". *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 2 (2), 34.
- Kidd, M., Sloane, P., and Ferko, I. (2000). "Disability and the labour market: an analysis of British males". *Journal of Health Economics*, 19 (6), 961-981.
- Koç,O.(2018). "Toplumla Tam Katılım: Engelli Bireyler Çalışarak Toplumla Katılıyor". *İşveren*, 56 (6),
- Kuddo, A. (2009). *Labor Laws in Eastern European and Central Asian Countries: Minimum Norms and Practices*. Washington: Dünya Bankası.
- Küçükali, A. (2014). "Engellilere Uygulanan Sosyal Politikaların Değerlendirilmesi: Atatürk Üniversitesi Örneği". *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4 (1), 59-86 .
- Küçükali, A. (2015). "Engellilere Uygulanan Sosyal Yardımlar". *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 16 (35), 100-115.
- Majid, S., and Razzak, A. (2015). "Designing A Model of Vocational Training Programs for Disabilities Through Odl". *Turkish Online Journal of Distance Education*, 16 (1), 212-237.
- Mamatoğlu, N. (2015). "Türkiye'de Engelli İstihdamının Genel Görünümü: İşveren Gözüyle Engelli İstihdamını Artırma Konusunda Önerilen Politikalar". *Alternatif Politika*, 7 (3), 524-561.
- Meşhur, F. (2011). "Ortopedik Engellilerin İstihdamında Tele Çalışmaya İlişkin Tutumlar Açısından Bir Uygulama". *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*, (22), 72-118 .

- Meşhur, H., ve Alkan, F. (2006). *Engellilerin Bir İstihdam Seçeneği Olarak Tele Çalışma; Modellenmesi ve Modelin Kent Planlama Açısından İrdelenmesi*.Yayımlanmamış
- Milli Eğitim Bakanlığı. (2014). *Türkiye Hayat Boyu Öğrenme Strateji Belgesi (2014-2018)*. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı.
- Millî Eğitim Bakanlığı. (2018a). *Millî Eğitim İstatistikleri, Örgün Eğitim 2017/18*. Ankara: Millî Eğitim Bakanlığı.
- OECD. (2018). *Labour Market Inclusion of People with Disabilities*. Organization for Economic Co-operation and Development. Paris: OECD.
- Oostveen, A. (2018). *Wage Subsidies For Disabled Workers in the Netherlands*. European Social Policy Network Flash Report. Luxembourg: European Commission.
- Orhan, S. (2013). *Türkiye’de Özürlü Dostu İstihdam Politikaları (Durum Analizi ve Öneriler)*. Yayımlanmış Uzmanlık Tezi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi Yayınları, Ankara.
- Önen, K. (2018). “Engelsiz İstihdam”. *İşveren*, 56 (6), 4-5.
- Özbey, F. (2015). *Zihinsel Yetersizliği Olan Öğrencilere İş Analizi Temelinde Tekstil İşçiliği Becerilerinin Öğretilmesi: Eylem Araştırması*. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Özbey, F. (2018). “Türkiye’de Engellilerin Eğitimi (Genel-Mesleki)”. Selma A. (Ed.). *Engelli Bireylerin Destekli İstihdamı*. İstanbul: Akademik Kitaplar, 39-55.
- Özen, Ş. O. (2015). “Türkiye’nin İstihdam Politikaları ve Avrupa İstihdam Stratejisi’ne Uyumu”. *ÇSGB Çalışma Dünyası Dergisi*, 78-105.
- Parmenter, T. (2011). *Promoting Training and Employment Opportunities for People with Intellectual Disabilities: International Experience*. Employment Working Paper, 103.
- Petri, G. (2018). *Peer Review on Social Inclusion, Health and the Equalisation of Opportunities for Young People with Disabilities*. Luxembourg: European Commission.
- Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2017). *Güvenlik Raporlama Sistemi 2017 Türkiye İstatistikleri Raporu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Saloviita, T. (2000). “Supported Employment as a Paradigm Shift and a Cause of Legitimation Crisis”. *Disability and Society*, 15 (1), 87-98.
- Schartz, H., and Blanck, P. (2003). “Labor Force Participation and Income of Individuals with Disabilities in Sheltered and Competitive Employment: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses of Seven States during the 1980s and 1990s”. *William & Mary Law Review* (44), 1029-1108.
- Seyyar, A. (2001). *Sosyal Siyaset Açısından Engelliler Politikası Almanya-Türkiye Mukayeseli*. İstanbul: TÜRDAY Yayıncılık.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

- TBMM İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu. (2013). *Engelli Hakları İnceleme Raporu* , 24. Dönem 3. Yasama Yılı. Ankara: Türkiye Büyük Millet Meclisi.
- TBMM. (2019). *On Birinci Kalkınma Planı*. Ankara: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı.
- Thornicroft, G. (2009). “INDIGO Study Group global Pattern of Experienced and Anticipated Discrimination Against People with Schizophrenia: A Cross-Sectional Survey”. *Lancet*, 373, 408-415.
- Tisk.(2013). *Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu 25.Genel Kurul Çalışma Raporu*. Ankara
- TOHAD. (2017). *Engelli Bireylere Yönelik Fiziksel-Cinsel Şiddet, İstismar ve Kötü Muamele Olayları İzleme Raporu 2016*. Ankara: Toplumsal Haklar ve Araştırmalar Derneği.
- Trafik Hizmetleri Başkanlığı. (2019). *Trafik İstatistik Bülteni Ülke Geneli 2018*. Ankara: Emniyet Genel Müdürlüğü.
- Turan, T., DüNDAR, S. A., YORGANCI, M., ve YILDIRIM, Z. (2010). “0-6 Yaş Grubu Çocuklarda Ev Kazalarının Önlenmesi”. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 16 (6), 552-557.
- TÜİK.(2002). *Türkiye Özürlüler Araştırması 2002*. Ankara: Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı.
- TÜİK. (2010). *Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.
- TÜİK. (2011). *Nüfus ve Konut Araştırması*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.
- Uşan, F. (2003). “Mesleki Eğitim ve İstihdam”.*Devlet Personel Rejimi ve İş Mevzuatı, E-Akademi*, 15.
- Uzun, M. (2018). “Engelli İstihdamı”. *İşveren*, 56 (6), 33-35.
- Wehman, P., Revell, G., and Kregel, J. (1997). *Supported Employment: A Decade of Rapid Growth and Impact*. Supported Employment Research: Expanded .
- Woude, S. L. (2018). *Social Inclusion Takes More than a Village, it Takes a Country*. Luxembourg: European Commission.



Usaysad Derg, 2019; 5(3): 355-366 (Derleme makale)

SAĞLIK MESLEK MENSUPLARININ MESLEKLERİYLE İLGİLİ YASAL SORUMLULUKLARI VE YÜKÜMLÜLÜKLERİ

LEGAL RESPONSIBILITIES AND LIABILITIES OF OCCUPATIONAL HEALTH PROFESSIONALS

Dr. Öğr. Üyesi Gülay TAMER

İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü
gtamer@gelisim.edu.tr orcid.org/0000-0002-7897-1603

Makale gönderim-kabul tarihi (18.07.2019-25.12.2019)

Özet

İnsan sağlığına katkılarından dolayı, kutsal bir görevi meslek edinmiş olan sağlık meslek mensupları, görevlerini ifa ederken ve hastalarla olan ilişkilerinin bazı durumlarında, kanun, yönetmelik ve tüzüklerin kapsamında yasaklanan durumlarla karşılaşmaktadırlar. Sağlık yönetimi dalında eğitimini tamamlamış ve sağlık hukuku konusunda yeterli bilgiye sahip, uzman sağlık yöneticilerinin kontrol ve müdahalesiyle, karşılaşılan sorunların en aza indirilebileceği görüşüyle hazırladığım “Sağlık meslek mensuplarının meslekleriyle ilgili yasal sorumlulukları ve yükümlülükleri” konusundaki bu çalışmam, sağlık mensuplarının yaşadığı ciddi sorunlar ve sorumlulukların açıklanmasına yönelik eksikliği gidermek ve bu konuda araştırma yapanlar için kaynak oluşturmak amacıyla hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Meslek Mensupları, Yasal sorumluluk, Yükümlülüğünün Kapsamı, Suçluyu Bildirme Yükümlülüğünün Kapsamı.

Abstract

Due to their contribution to human health, healthcare professionals who have been endowed with a noble mission to provide health care to everyone. Unfortunately when they are performing their duties these professionals sometimes face with conditions which are prohibited under laws, regulations and regulations. However, this problem is an obstacle that can be solved by the contribution of experts who are equipped with healthcare industry management methods and public health legislation. This study on the legal responsibilities and professional liability of the healthcare employees has been prepared to provide a new perspective to the researchers on this subject and nonetheless to provide a future reference for their studies.

Key Words: Health Professionals, Legal Responsibility, Scope of Obligation, Scope of Obligation to Report Criminal.

JEL:110-112-32

GİRİŞ

Hekim ile hasta arasında, hekimin sorumluluğuna esas teşkil etmesi bakımından sözleşme ilişkisi, vekaletsiz iş görme ilişkisi ve haksız fiil ilişkisi şeklinde üç ayrı hukuki durum söz konusu olabilir. Bunların dışında, hekimle hasta arasındaki ilişkinin kanundan kaynaklandığı durumlar da söz konusudur. Nitekim kamu kurumlarında hizmet veren hekimle hasta arasındaki ilişkinin sözleşmesel bir ilişki olarak açıklanamayacağı, bu ilişkinin kanundan kaynaklandığını söylemek gereklidir. Hasta doğrudan hekime başvurduğunda ve hekim tarafından tedavi sözü verildiğinde veya tedaviye başlandığında aralarında bir “sözleşme” ilişkisi kurulmuş olur. Bu tedavi sözleşmesinin hukuki niteliğini açıklamak gereklidir. Her sözleşmede olduğu gibi, hasta ile hekim arasında da bir tür alacak-borç ilişkisi doğar. İlişkinin özelliği dikkate alındığında hekimin borcu bir tür “işgörme” borcu olup, tıp biliminin elverdiği ölçüde hastasını iyileştirme ya da hastalığı denetim altına alma işini üstlenir. Hasta da anlaşmaya ya da tarifeye göre bir ücret ödeme borcu altına girer.

Tedavi sözleşmesinin konusu, başka sözleşmelerden farklı olarak sözleşenlerin dışında bir iş olmayıp doğrudan taraflardan birinin (hastanın) bedensel bütünlüğüdür. İş görme borcunu üstlenen hekimin iş yapacağı yer hastanın bedenidir. Tedavi sırasında yapılan bir yanlışlık ya da dikkatsizlik mal zararına değil “can” zararına neden olacaktır. Bu yüzden hekim yüksek özen göstermek zorundadır. Hekimin yüksek özen borcu ve çalışma alanının insan bedeni olması nedeniyle, bağımsız çalışan bir hekim ile hasta arasındaki sözleşme ilişkisinin türü hakkında öğretilerde farklı görüşler mevcuttur.

1. HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİNİN HUKUKİ NİTELİĞİ VE ÖZELLİKLERİ

Türkiye’de hasta hakları ile ilgili olarak, 01 Ağustos 1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete’de hasta hakları yönetmeliği yayınlanmıştır. Bu yönetmelik Hekim ile hasta arasında bir hukuki bağlayıcılık niteliğindedir (Hatun,1999, s.29) . Hasta hakları yönetmeliğini özetleyecek olursak, Modern anlamda hasta hakları başlığı altında tanımlanan, insanlığın ortak akıl ve vicdanının ürünü olan ve ana başlıklarıyla altta sıralanan bu değerler özetle: hastaların ihtiyaçları olan hizmete kolayca ulaşabilmelerini; hastalık ve tedavileri konusunda bilgilendirilmelerini, kendileriyle ilgili özerk karar verebilmelerini, hakkaniyet, özen ve saygı görmelerini; mahremiyetlerinin korunmasını ve tıbbi uygulamalardan zarar görmemelerini amaçlar (Aşçıoğlu,1993).

2. SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMA HAKKI

Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı 9 başlık halinde incelenmektedir.

Birincisi: Sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini sağlayan sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma hakkıdır.

İkincisi: Hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen her türlü hizmet ve imkânın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluştaki verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulünü öğrenme haklarını kapsayan bilgi isteme hakkıdır.

Üçüncüsü: Mevzuat ile belirlenmiş sevk sistemine uygun olmak şartı ile hasta sağlık kuruluşunu değiştirebilir. Ancak hastanın tabip tarafından aydınlatılması ve hayati tehlike bakımından sağlık



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

kuruluşunun değiştirilmesinde tıbben sakınca görülmemesi esasına dayanan sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme hakkıdır.

Dördüncüsü: Sağlık hizmeti talebinin zamanında karşılanamadığı durumlarda, hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini isteme hakkının olduğu, acil, adli vakalar, yaşlılar ve özürllüer hakkında mevzuat hükümlerinin uygulandığı öncelik sırasının belirlenmesini isteme hakkıdır.

Beşincisi: Hastaya talebi halinde sağlık hizmeti verecek olan veya vermekte olan tabiplerin ve diğer personelin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında bilgi verilen mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı ile personeli tanıma, seçme ve değiştirme hakkını kullanmaktadır.

Altıncısı: Hak olan tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım isteme hakkı ile hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını isteme hakkına sahiptir.

Diğer haklar ise tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı, ötenazi yasağı ve tıbbi özen gösterilmesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastanın hayatını kurtarmaya veya sağlığını korumaya veya sağlığını mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışması zorunludur.

Her hastanın, sağlık hizmetlerinden genel olarak yararlanma hakkı vardır. Sağlık politikalarının oluşumunda hastaların görüşleri alınmalı ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesindeki yönetsel sürece katkıda bulunmaları sağlanmalıdır (Engelhardt, 2000). Hastalar ihtiyacı olan sağlık desteğine kolayca ulaşabilmelidirler. Hasta olmaksızın da kişiler sağlıklarını korumak ve geliştirmek üzere gereksinim duyduğu her türlü desteği alabilmelidir. Her hastaya geçerli tıbbî bilgi ve yöntemlere göre teşhis ve tedavi hizmeti verilmelidir. Sağlık hizmetlerinde süreklilik esastır. Bir kurumda tedavi edilmekte olan hastanın, bir başka kurumda tedavisi gerektiğinde, sorumlu hekim hastayı gönderdiği kurumla görüşüp, hastanın güvenli ve tedavisi kesintiye uğramayacak şekilde nakli için koordinasyonu ve gereken koşulları sağlamalıdır. Taburcu edilen hastaların ilerleyen günlerde tıbbi durumunun gerektirdiği şekilde evlerinde veya ayaktan bakım ve takipleri yapılmalıdır (Fırat, 2017,ss.163.164).

3.HEKİM İLE HASTA İLİŞKİSİNİN HUKUKİ NİTELİĞİ HAKKINDA GÖRÜŞLER, YASAL SÖZLEŞMELER

3.1. Vekaletsiz İş Görme İlişkisi

Hekimin sorumluluğunun söz konusu olduğu olayların bir bölümünde hekim, hastanın iradesine dayanmaksızın ve fakat hastanın iyileşmesini sağlamak için onun menfaatine tıbbi müdahalede bulunur. Hekimin bu tür müdahalelerinde vekaletsiz iş görme hükümlerinin uygulanacağı kabul edilmektedir. Vekaletsiz iş görme her şeyden önce bir zaruret hali bakımından ortaya çıkmakta ve bu zaruret hallerinde hekim için hastaya tıbbi müdahalede bulunma zorunluluğu söz konusu olmaktadır (Aşçıoğlu,1982). Bir trafik kazasında ağır yaralandığı için şuurunu kaybetmiş halde kendisine getirilen hastaya, onun hayatını kurtarmak veya daha ağır bir zarar uğramasını engellemek için müdahale eden hekimin durumu böyledir. Aynı esas, hekimin bilinci yerinde olmayan bir hastaya müdahalede etmesi için üçüncü şahıslarca çağırılması halinde de geçerlidir (Reisoğlu, 1983).

3.2. Sözleşme İlişkisi

Hekimin sorumluluğunun tartışıldığı olayların birçoğunda, hekim ile hasta arasında bir sözleşme ilişkisi vardır ve kural olarak hekim hastayı aralarında yaptıkları ve hekimlik sözleşmesi veya tedavi sözleşmesi olarak adlandırılan bu sözleşmeye göre tedavi eder. Hekim bu sözleşmeye uyarınca öncelikle tıp bilimi ve uygulamasının öngördüğü esaslar çerçevesinde gerekli teşhisi koymak ve bu teşhise en uygun tedaviyi seçip, uygulamak yükümlülüğü altındadır (Ercan,Kaymak,2007). Tedavi, hekimlik sözleşmesi yapısı itibariyle diğer Borçlar Hukuku sözleşmelerinden farklı olmamakla birlikte, konusu, amacı, tarafların sözleşmeyi yaparken içinde buldukları durum gibi göz önünde tutulması gereken bazı özellikleri vardır. Her şeyden önce tedavi sözleşmesinin konusunu kişilik hakkı içinde yer alan temel değerlerden vücut bütünlüğünü ve sağlık ile ilgili müdahaleler oluşturur. Bu durum hekimin diğer iş görme sözleşmesi borçlularına, örneğin işçiye nazaran daha özenli hareket etmesini gerektirir çünkü onların borca aykırı hareket etmeleri genel olarak bir mal varlığı zararına yola açacağı halde, hekimin borca aykırı davranışı mal varlığı zararı yanında ve ondan önce, telafisi güç veya imkansız şahıs varlığı zararına yol açabilir (Güler,2001). Ayrıca bu sözleşme, bir tarafta ihtisas ve yeteneği ile hekim, diğer tarafta hastalığı yüzünden zayıf ve yardıma muhtaç, gerekli bilgiye sahip olmayan hayat ve sağlığına ilişkin değerler üzerinde tasarrufların söz konusu olduğu tamamı ile eşit olmayan şahıslar arasında kurulmaktadır. Bu durum hekim ile hasta arasındaki güven ilişkisini önemini bir kat daha arttırmaktadır.

Hekim ile hasta arasında sözleşme ilişkisi mevcut olduğu hallerde tedavi neticesi zarar gören hastaya karşı, hekimin sorumluluğu bu sözleşme temeline dayanacaktır (Yavuz , 2016, s 694-698).Hekimin mesleğini icra ederken bir işi görmesi, bir hizmeti ifa etmesi gibi özellikler bu ilişkiyi bir iş görme sözleşmesi olarak kabul etmemize kaynaklık teşkil etmekle birlikte, bu ilişkinin Borçlar Kanunu'nda düzenlenmiş iş görme sözleşmeleri arasında yer almaması, hekim-hasta ilişkisinin hukuki niteliğinin tepesinde yasada düzenlenmiş iş görme sözleşmelerinden hangisinin unsurlarının taşıyıp taşımadığına ayrıca bakmamızı gerektirmektedir (Kolenoglu, İstanbul,2009. s.7).

3.3. Hekim ile Hasta Arasındaki Hukuki İlişki (Hizmet Sözleşmesi)

Kanun hükmünde hizmet akdinin mahiyetinin gerektirdiği ve onu diğer iş görme sözleşmelerinden ayıran işçi ile işveren arasındaki bağımlılık ilişkisi yer almamaktadır. Ancak uygulama ve doktrinde, hizmet akdinin söz konusu olabilmesi için işçinin işverene bağımlı olarak çalışması gerektiği kabul edilmektedir. Bu hususun hizmet sözleşmesini diğer iş görme sözleşmelerinden ayıran önemli ve temel bir özellik olduğunu belirtmektedir (Hakkeri,2017). Hizmet sözleşmesinin unsurları göz önüne alındığında süre ve bağımlılık unsurlarının hekim,hasta arasındaki ilişkide esaslı unsurlar olmadığı ortaya çıkacaktır. Her ne kadar hizmet sözleşmesinin hasta ile hekim arasındaki belirli veya belirsiz süreli bir anlaşmanın olduğu aile hekimliği gibi haller ve hekimin, sigorta, kamu idaresi, sendika gibi teşekküllerin emri altında olduğu hallerde var olabileceğin yönünde görüşler oluşmuşsa da, hizmet sözleşmesinde devamlı olarak bir ast-üst ilişkisi mevcut olmakta, hasta - hekim arasındaki ilişkinin hizmet sözleşmesi olarak değerlendirilmesi halinde, hasta emri veren üst, hekim ise emri alan ast konumunda olmaktadır. Hekim ile hasta arasındaki hukuki ilişkinin hizmet sözleşmesi niteliği taşımadığının hususunda doktrinde görüş birliği bulunmaktadır (Yavuz, 2016, s.732).Aile hekiminin sağlık problemleriyle ilgilendiği aileye belirli ya da belirsiz bir zaman süresi için hizmet sunması ve bu belirli ya da belirsiz süre unsurunun ilişkide ağır basması nedeni ile aile ile aile hekimi arasındaki ilişkinin hizmet sözleşmesi niteliğinde olduğu ileri sürülmüştür. Yargıtay, bağımlılık ögesini, 'Her an ve her durumda çalışanı denetleme veya buyruğuna göre edimini yaptırma olanağını işverene sağlayan

çalışanın, edimi ile ilgili buyruklar dışında çalışma olanağı bulmayacağı nitelikte bir bağımlılıktır' şeklinde tanımlamıştır (Yar. 10.H.D, 1984).Aile hekimi borçlarını yerine getirirken hiçbir makam ve merciin emir ve talimatlarıyla bağlı olmadığı gibi, sağlık sorunlarını giderdiği, sağlık problemleri ile ilgilendiği ailenin denetimi altında olmayıp, ailenin emir ve talimatlarıyla değil, kendi iş yerinde kendi çalışma aletleriyle mesleğinin gereklerini yerine getirmektedir. Hatta mesleki bilgisinin ona kazandırdığı üstünlük nedeni ile hekim, tedavisi ile ilgilendiği aileye tıbbi açıdan uymaları gerekli kuralları verecek, tavsiyelerde bulunacaktır. Hekim ekonomik açıdan aileye bağımlı olmadığı gibi, aile hekimi ile aile arasındaki ilişki serbest çalışan hekimin muayenehanesine gelen her hangi bir hasta ile ilişkisinde olduğu gibi karşılıklı güven esasına dayanmaktadır (Özbudun, 2003 s,47-58). Aile hekimliği kurumda aile hekimi ile aile arasındaki güvenin fazla olması hekime, belirli ya da belirli olamayan bir süre için ailenin sağlık sorunlarını giderme görevinin verilmesine ve hekiminde bu görevi üstlenmesine neden olmuştur.İkili ilişki açısından farklı olan husus aile hekimin söz konusu ailenin bir defalık değil, sözleşme devam ettiği sürece meydana gelebilecek tüm sağlık sorunlarının tedavisini üstlenmiş olduğudur, bütün bu anlatılanlar ışığında aile hekimi ile hasta konumunda olan aile arasındaki ilişkininbir hizmet sözleşmesi niteliği taşımadığı sonucu ortaya çıkmaktadır (Kolenoglu, 2009. s.7).Kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulmamaktadır.

3.4.Sağlık Mensuplarının Suçu Ve Suçluyu İhbar Yükümlülüğü

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda sağlık mesleği mensupları ile ilgili yeni suç tanımları yapılmıştır. Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılmalıdır.

Bu suçlara bazı örnekler; (Sert , 1998, s, 44).

- Çocuğun soy bağıнын değiştirilmesi
- Kişilerin hayatını ve sağlığını tehlikeye sokacak biçimde ilaç uygulaması veya satılması
- Yasaların izni dışında çocuk düşürtme
- Kısırlaştırma
- Kişilerin hayatını ve sağlığını tehlikeye sokacak biçimde ilaç üretmek veya satmak gibi Suçları yerine getiren kimseye bir yıldan beş yıla kadar hapis ve adli para cezası verilmektedir.

3.5.Sağlık Mesleği Mensuplarının Ceza Arttırıcı Suçları

Sağlık mesleği mensubu olmanın ceza arttırıcı kabul edildiği suçlar;

- Uyuşturucu madde imal ve ticareti
- Uyuşturucu madde kullanımının kolaylaştırılması
- Çocuğun cinsel istismarı
- Sahte resmi belge düzenleme

3.6. Bildirimi Zorunlu Durumlar

Yasal olarak bir suçun işlendiği yönünde bir belirtiyile karşılaşan sağlık personelinin adli olgu bildirimini yükümlülüğü bulunmaktadır. Bu kapsamda, yasal düzenleme ile hekime çok geniş bir çerçevede adli olgu bildirimini sorumluluğu yüklenmiştir. Söz konusu ihbar yükümlülüğü, sadece sağlık

mesleği mensupları ile sınırlı değildir. Örneğin, bir tıbbi tahlil laboratuvarında görev yapan kişilerin de ihbar yükümlülükleri bulunmaktadır. Bu nedenle, daha sık karşılaştıklarından dolayı, acil servis hekimlerinin hangi olguları bildirmeleri gerektiği konusunda bilgili olmaları gerekmektedir.

- Ölüm
- Her türlü ateşli silah ve patlayıcı madde ile oluşmuş yaralanmalar
- Her türlü kesici, kesici delici, kesici ve ezici alet yaralanmaları
- Trafik kazaları
- Düşmeler
- Darp olguları
- İlaç, insektisit, boğucu gaz vb. ile oluşmuş zehirlenmeler
- Yanıklar
- İş kazaları
- Elektrik ve yıldırım çarpmaları
- Mekanik asfiksi olguları
- İntihar girişimleri
- Terk
- Uyuşturucu kullanımı, üretimi, satılması, özendirilmesi
- Soykırım
- İşkence ve insan hakları ihlali şüphesi, iddiası ve ihtimali bulunan vakalar
- Kötü muamele şüphesi, iddiası ve ihtimali bulunan vakalar
- Cinsel saldırı, kadına yönelik şiddet ve aile içi şiddet vakaları
- Travma sonucu düşük ve erken doğum vakaları
- İnsan üzerinde kanuna aykırı bilimsel deney yapmak gibi durumlardır.

Yukarıda sayılan durumlar geliştiğinde, tutanağa geçirilmek kaydıyla sözlü ve yazılı olarak ilgili makamlara derhâl bildirilmelidir (Hastanın acil müdahalesi önceliklidir).

3.6.1. Adli Rapor Hazırlama Yükümlülüğü

Hekimin adli olgularda yapacağı muayeneler ve düzenleyeceği raporlar, hem sanığı hem de mağduru ilgilendirdiğinden hekim-hasta ilişkisi çok boyutlu bir hale gelmektedir. Hekimin, adaletin oluşmasında çok önemli bir rol aldığı bu olgularda, ihmal edilen ya da eksik bırakılan küçük bir ayrıntı çok ağır sonuçlara yol açabilmektedir.

Acil servise başvuran olguların genellikle adli nitelikleri de bulunduğundan kişi hakkında düzenlenen raporlar önem taşımaktadır. Adli nitelik taşıyan olgularında mahkeme tarafından belirlenecek cezayı etkileyen faktörlerden birisi de yaralanmanın ağırlık derecesidir. Bu nedenle acil servislerde düzenlenen raporlarda, adli tıp uygulamasında esas alınan kılavuzun kullanılması gerekmektedir.

Bu kılavuza göre; yaralanma olguları için özellikle dikkat edilmesi gereken hususlar aşağıda sunulmuştur.

- Travmatik lezyonların anatomik lokalizasyonu, ebatları ve özellikleri belirtilmelidir.
- Ekimozun rengi, ebatları belirtilmelidir
- Kas laserasyonu olup olmadığı belirtilmelidir.
- Tendon, sinir kesisi olup olmadığı belirtilmelidir.
- Ateşli silah yaralanmalarında giriş çıkış deliği tanımlanmalıdır.
- Kırığın lineer, açık veya parçalı olup olmadığı belirtilmelidir.

- Yanığın derecesi ve kapladığı alan belirtilmelidir.
- Batına veya toraksa nazif olduğu düşünülen yaralanmaların tıbbi delilleri belirtilmelidir.
- Sinir yaralanmalarında motor ve duyu muayenesi belirtilmelidir.
- Zehirlenme olgularında, klinik bulgular, laboratuvar sonuçları ve uygulanan tedavi belirtilmelidir.(Tuğcu,2003).
- Elektrik yaralanmalarında dolaşım sistemi muayene bulguları ve kardiyak etkilenme olup olmadığı belirtilmelidir

3.6.2. Suçu ve Suçluyu Bildirme Yükümlülüğü ile ilgili görüşler

Hekim mesleğine ilişkin uğraşı sırasında bir suç işlendiği yönünde belirti ile karşılaştığı takdirde bunu ihbar etmelidir. Hekimin hastasına müdahale sırasında eğer hasta olayın mağduru ise suçu ihbar etmesi durumunda hastanın sırrını açıklamış olmaz. Çünkü olayda sır mağdur durumundaki hastanın değil suçlunun sırrıdır. Örneğin tecavüze uğramış bir hastanın tedavisi sırasında olayı öğrenen hekim bu olayı ilgili makamlara bildirirse bu sırrın ifşası olmaz. Çünkü söz konusu olayda sır mağdurun değil sadırganındır. Burada saldırıyı yapan, mağdurun bir yakını dahi olsa sır saklama yükümlülüğünden bahsedilemez (Harris,1998). Bir suça ilişkin kanıtların hastanın bedeni üzerinde bulunması durumunda, bu kanıtın alınması, çıkarılması, hastanın yaşamına ve vücut bütünlüğüne bir zarar oluşturmayacaksa ve ayrıca yasal nedenlerle yargılamanın gereği olarak böyle bir müdahale gerekiyorsa suça ilişkin söz konusu kanıtlar hastanın bedeninden alınabilir. Ancak suça ilişkin kanıtın bulunduğu yerde kalmasından tıbbi bir zarar oluşmamakla birlikte, alınması tıbbi bir zorunluluğa dayanmıyor ve kişi bu amaçla yapılacak bir müdahaleye izin veriyorsa söz konusu kanıtın alınması ancak hâkim kararına dayanmalı ve yapılacak müdahale gerekli hukuksal süreçlerin tamamlanmasından sonra yerine getirilecek bir uygulama olmalıdır.

İhbar yükümlülüğü konusu TCK dışında kendisine de atıf yapılarak Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde de düzenlenmiştir. İlgili yönetmeliğin 86. maddesi Ceza Kanununda düzenlenen hususlar müstesna kalmak üzere ihbar yükümlülüğünün Cumhuriyet Savcılığınca gecikmeksizin yerine getirilmesini öngörmüştür. Ayrıca yine bu madde uyarınca ceset ve yaralıdan alınan delil niteliğine haiz eşyanın adli makamlarca aynen bulunduğu şekliyle ve gecikmeksizin teslimi düzenlenmiştir (Parlar,2015).Yine bu kanunda doğum ve çocuk düşürme olaylarında hasta muayene defterlerine kaydı ve şüpheli durumların yetkili birimlere ihbarı düzenlenmiştir

3.6.3. Yetkili Makamların Emrini Yerine Getirme

5237 sayılı yeni TCK'nın 24. maddesi konusu suç teşkil eden bir emrin hiçbir suretle yerine getirilmeyeceğini, emri vereninde, yerine getireninde sorumlu olacağını düzenlemiştir. Aynı madde gereğince emrin hukuka uygunluğunun denetlenmesinin kanun tarafından engellendiği hallerde, emrin yerine getirilmesinden emri verenin sorumlu olacağı da düzenlenmiştir. Dolayısıyla yetkili makamın verdiği emrin kanuna aykırı olması durumunda suç teşkil eden kanuna aykırı emri yerine getiren görevliden suç teşkil eden bir emri yerine getirdiği için sorumlu olacaktır. Bu düzenlemeler ışığında yetkili makam emriyle de olsa bir meslek sırrının açıklanması yasaklanmıştır.

3.6.4. Tanıklık

Tanıklık davanın tarafları dışındaki kişilerin davanın çözümlenmesine yardımcı olmak amacı ile bizzat edinmiş oldukları bilgileri mahkemeye sunmalarınıdır. Tanıklık hukuk sisteminde delil türlerinden birisidir, delil sisteminin en zayıf halkalarından birisidir. Zira kişinin bildiklerini anlatırken ne kadar objektif ve ne kadar kesin olacağı tartışmalıdır. Manevi yönü zayıf, şeref ve namus yönünden zayıf kimselerin çok rahat yalan söyleyerek adaleti yanıltmaları mümkündür. Ülkemizdeki sisteme tanığın dışardan gelecek yönlendirmelere ve baskılara açık olduğu tartışmasızdır. Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanununa (HUMK) göre herkes çağrıldığı takdirde yemin ederek tanıklık yapmak zorundadır. HUMK ve CMK ile sayılan bazı kimseler tanıklıktan çekinebilirler (Ayan,1991). Dünyada tanıklıktan çekinmeye ilişkin bazı sistemler vardır. Meslek sırrı sebebiyle tanıklıktan çekinmeyi mutlak hak olarak gören sistemler olduğu gibi sadece belli meslekler için tanıklıktan çekinmeyi kabul eden sistemlerde mevcuttur. Gerek ülkemizde gerekse İtalya, İsviçre ve Almanya gibi Avrupa ülkelerinde meslek sırrı sebebiyle tanıklıktan çekinebilecek meslekler kanunla sayılmıştır. Bunlar hekim, avukat, noter ve avukat yardımcıları olarak düzenlenmiştir. Fransa mevzuatında ise tüm meslekler için meslek sırrı sebebiyle tanıklıktan çekinme benimsenmiştir. Yani özel olarak bir sayma veya sınırlama söz konusu değildir.

3.6.5. Türk Hukukunda Meslek Sırrı Nedeniyle Tanıklıktan Çekinme

Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanununun ilgili hükümleri gereğince başkalarınca bilinmesi istenmeyen meslekle ilgili bir sırrın tanık sıfatıyla açıklanmasından imtina edilebilir. HUMK hangi mesleklerin tanıklıktan çekinebileceğini saymıştır. HUMK da mevcut bu genel düzenleme dışında Avukatlık Kanunu da kendi meslek grubu için tanıklıktan çekinmeye ilişkin özel düzenleme ihtiva eder. Aynı şekilde devlet görevlileri de emekli olsalar dahi bağlı buldukları resmi makamların izni olmadıkça tanıklık yapamazlar. Bu izin milletvekilleri için TBMM, bakanlar için Cumhurbaşkanı tarafından verilir. Bu izin verildikten sonra tanıklıktan çekinme tasarrufu kişiden çıkar ve tanıklık zorunlu hale gelir (Özden, 1993, s.101).

Ceza kanunu bağlamında tanıklıktan çekinme hususunu incelediğimizde 1412 sayılı eski Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu (CMUK) ile yeni 5271 sayılı Ceza Muhakemeleri Kanunu (CMK) açısından farklılıklar olduğunu görüyoruz. Eski CMUK madde 49 tıpkı HUMK gibi devlet sırrı nedeniyle tanıklıktan çekinmenin mümkün olduğunu ve bu konudaki iznin tanıklık yapacak olan devlet görevlisinin bağlı bulunduğu resmi makam tarafından verileceğini düzenlemişti. Yeni CMK ise 47. maddede konusu suç olan bir olaya ilişkin bilgilerin saklı tutulamayacağını ve devlet sırrı nedeniyle tanıklıktan çekinme söz konusu olduğunda hangi bilgilerin devlet sırrı niteliğine haiz olduğunun kararını mahkemeler tarafından belirleneceğini düzenlemiştir.

Ayrıca söz konusu sırr devlet sırrı dahi olsa tanıklık yapacak kişinin zabıt katibinin dahi bulunmadığı bir ortamda yalnızca hâkim veya mahkeme tarafından dinlenebileceği ve anlatılanların tutanağa geçirilebileceği düzenlenmiştir. Yani yeni düzenlemeyle devlet sırrı nedeniyle tanıklıktan çekinmenin kapsamı ortadan kaldırılacak düzeyde daraltılmıştır (Yazıcıoğlu, 2009.s.202). HUMK ilgili hükmü gereğince devlet hastanesi hekimi Sağlık Bakanlığının izni olmadıkça tanıklık yapamaz. Hekimlik serbest meslektir. Yani hekim ile hasta arasındaki ilişki özel hukuk ilişkisi olarak nitelendirilebilir. Hastanın sırrı kamu düzenini alakadar etmesinden çok hastayı alakadar eder. Burada hangi menfaatin üstün tutulması gerektiği hususunda hekime rol verilmeli ve sırrın açıklanması için hastanın izni yeterli olmalıdır. Eski 1412 sayılı CMUK düzenlemesi Avukatlar, hekimler ve ebelerin sanatları icabı

vakıf oldukları sınırlar hakkında tanıklıktan çekinebileceklerini düzenlemiştir. Aynı düzenleme sır sahibinin muvafakatini tanıklıktan çekinmenin istisnası olduğunu da belirtmiştir. Yeni 5271 sayılı CMK ise Avukatlar ve Stajyerleri, Hekimler, Diş hekimleri, Eczacılar, Ebeler, bütün tıp mesleği mensupları, noterler, Mali müşavirler için meslekleri nedeniyle öğrendikleri bilgiler kapsamında tanıklıktan çekinebilecekler olarak sıralanmıştır. Kanunun ilgili hükmünün devam eden fıkrasında ise avukatlar ve yardımcıları hariç diğer meslek grupları için ilgilinin rızası söz konusu ise tanıklıktan çekinemeyeceklerini düzenlemiştir. Bu bağlamda değerlendirdiğimizde hekimler için tanıklıktan çekinmenin mutlak değil nispi olduğunu görüyoruz (Nuhoglu , Yenisey, 2015,s.336). Hekimin mesleğini icrası sebebiyle fakat faaliyetinin zorunluluğu neticesi olmayarak öğrendiği, hastanın bir özelliğine ilişkin olarak hasta izin vermese bile tanıklığa zorlanabilir. Örneğin koma halinde bir hastayı tedavi için çağrılan hekimin, hasta yakınlarını miras kavgası içinde görüp onların hastanın vasiyetini yırttığını yani delili yok ettiğini, kararttığını görmesi halinde konuya ilişkin tanıklık yapacaktır. Zira burada hastanın menfaatine bir durum söz konusudur (Fezyioğlu, 1996 s,561).

3.6.6. Bilirkişilik

Mahkemenin önüne gelen davayı çözmek hususunda zorlandığı durumlarda mesleki bilgi ve deneyiminden yararlandığı kişilerdir bilirkişiler. Sağlık konusunda vücutta meydana gelen lezyonların niteliği, nasıl gerçekleştiği, psikiyatrik durum v.b incelemeler hekim bilirkişiler tarafında gerçekleştirilir (Zevkliler, Gökyayla,2017). Hekimin hastayı bilirkişi sıfatı ile muayene ettiği durumlar hekimin sır saklama yükümlülüğünden kurtulduğu ve konu hakkında görüş bildirdiği durumlardır. Hekimin buradaki amacı hasta hakkında dava konusu olaya ilişkin olarak yeterince bilgi toplayıp olayın çözümlenmesi hususunda mahkemeyi aydınlatmak ve yardımcı olmaktır (Fezyioğlu, 1996, s.56).

3.6.7. Kanun Hükmünün Yerine Getirilmesi

Üstün bir menfaatin korunması için ondan daha az üstün bir menfaatin feda edilmesi hukukun genel kaidelerindedir. Sırrın açıklanması bulaşıcı bir hastalığa yakalanmış hasta hakkında ilgili kurumlara yapılan ihbar, üstün menfaat olan toplum sağlığının korunması amacını ihtiva eder (Taneri,2014). 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 57. maddesinde sayılan bulaşıcı hastalıklar (Kolera, Veba, Çiçek, Difteri, Sarı Humma, Kızamık, Şarbon, Kızıl, Cüzzam vb.) aynı kanununun 58. maddesinde belirtilen yetkili kurumlara, aynı kanununun 97. maddesi gereğince sıtma, 104. maddesi gereğince frengi, 114 maddesi gereğince verem hastalıklarının ihbarı zorunludur. 107. maddede yazılı zührevi hastalıklarda aynı şekilde ihbar yükümlülüğü kapsamındadırlar. Bu hastalıklara yakalanmış olan kişiler gerekli donanıma sahip hastanelerde tecrit ve tedavi altına alınmalıdırlar (Arslan,2006). İhbar yükümlülüğüne riayet etmeyenler hakkında TCK'da ceza hükmü tesis edilmiş ve ihbar yükümlülüğüne uymama ve ya tereddüt gösterme yönündeki eylem TCK'ya göre daha ağır cezayı gerektirmiş olmadığı hallerde UHK (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu) madde 282 uyarınca 3 günden 1 aya kadar hafif hapis cezası öngörülmüştür. Bütün bu düzenlemelerle sağlanmak istenen amaç resmi makamlar nezdinde yapılan ihbarlarla, bulaşıcı hastalıkların öğrenilmesi, zamanında ve isabetli olarak alınacak tedbirlerle diğer şahıslara bulaşmasını önlemek yani toplum sağlığını korumaktır (İlbaşı, Karakuzu,1996, s,41)

3.6.8.Zorunluluk Hali

Sır saklamakla yükümlü kimse, sırrı açıklamamaktan dolayı adli takibata maruz kalıyorsa ve bu sebeple sırrı ifşa ediyorsa burada zorunluluk halinden söz edilebilir. Hastaya ait sırrın açıklanmasını hukuka uygun hale getiren ve kişiyi yükümlülükten kurtaran hukuka uygunluk sebeplerinden biri de zorunluluk halidir. Örneğin kendi hatası sebebi ile bir zarar meydana geldiği iddia edilen bir operasyona imza atan hekim, kendini savunmak için doğal olarak operasyon sırasında hastadan kaynaklanan bir komplikasyonun varlığını ispatlamak için hastaya ait bilgileri deşifre etmek zorunda kalacaktır (Tandoğan 2008). Burada yapılan ifşa hastanın sırrını açıklamak anlamına gelmez çünkü zorunluluk halinin varlığı söz konusudur. Aynı şekilde ücreti ödenmeyen hekimin hastanın tedavisi için uyguladığı yöntemler hakkında bilgi vermesi de zorunluluk halidir. Burada da amaç hak ettiği ücretin neden kaynaklandığının ispatıdır (İpekyüz , 2003, s.24) .

3.7. Hastanın Rızası

Sır saklama yükümlülüğünün en önemli istisnalarında biri de hastanın rızasıdır. Hekim hastasının sırrını açıklamak için, iznini almak zorundadır. Bu izin zımni veya açık şekilde olabilir. Yazılı izin şart değildir (Hancı, 2002, s.22).Sırrın saklanması eylemi, sır sahibi, meslek sırrı ile bağlı olan kimse veya üçüncü bir şahıs için tecavüz niteliği taşıyorsa, meslek sahibi sırrı açıklayabilir. Aynı şekilde meslek sırrı sahibi için disiplin soruşturması altında kalma tehlikesi, sırrın açıklanması keyfiyetini ortaya çıkarır. Bu örneklerdeki durumlar meşru müdafaadır. Meşru müdafaadan bahsedebilmek için yapılan tecavüzün meslek sırrı sahibinin kişilik haklarına yönelik olması gerekir (İpekyüz,2003, s.76).

SONUÇ

Dünyada ve Türkiyede sağlık alanındaki gelişmelere paralel olarak, insanların sağlık hizmetlerinden ve sağlık çalışanlarından beklentileri gün geçtikçe artmaktadır. Bu taleple birlikte, sağlık çalışanları tıbbi uygulamaları esnasında bazı olumsuz durumlarla karşılaşmaktadırlar.

Sağlık çalışanları olarak, Hekimler, Diş Hekimleri, Eczacılar, Ebeler, Hemşiler ve Paramediklerin çalışma usul ve esasları ile ilgili hazırlanarak yürürlüğü konan yönetmelik, tüzük ve tebliğler incelenmiş ve mesleki sınıflandırmaları yapılarak görev ve sorumlulukları hakkında bilgi verilmiştir. Sağlık çalışanlarının mesleklerini ifa ederken, tıbbi uygulamaları esnasında karşılaşılabilecekleri olaylar ve bu olaylardan doğan hukuki sorumlulukları incelenerek, Türk Ceza Kanunu, Devlet Memurları Kanunu ve diğer kanunlarda yazılı ceza sorumluluklarına dikkat çekilerek, bilgilendirmek hedeflenmiştir.

Sağlık meslek mensuplarının, hukuki sorumluluklarının bilincinde olarak görevlerini ifa etmeleri ve bunun yanında hastalarında sorumluluklarını yerine getirmesiyle, sağlık hizmetlerinde kalitenin yükseleceği ortaya konmaktadır. Son yıllarda önem kazanan, Sağlık Yönetimi dalında akademik eğitimini tamamlamış, Sağlık Hukuku konusunda yeterli bilgiye sahip, uzman sağlık yöneticilerini, sağlık kuruluşlarında yönetim pozisyonunda görevlendirmek, sağlık meslek mensuplarının hukuki sorunlarını en aza indirmek için çözüm olarak görülebilir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

KAYNAKÇA

- Aşçıoğlu, Çetin (1982).Doktorların Hukuki Ve Cezai Sorumluluğu, Ankara: Kenar Kitapevi.
- Aşçıoğlu, Çetin (1993). Tıbbi Yardım Ve El Atmalardan Doğan Sorumluluk, İstanbul: Neva Kitapevi.
- Ayan, M,(1991).Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Ankara: Kazancı Yayınları,
- Engelhardt, Dietrich (2000). Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik, Araştırmadan Terapiye Disiplinler Yel pazesi, Çev: Arın Namal, İstanbul.
- Ercan, İ., Kaymak, Ü (2007). Ceza Hukuku Genel Ve Özel Hükümler, İstanbul.
- Feyzioğlu, Metin (1996).Ceza Muhakemesi Hukukunda Tanıklık, Us-A Yayıncılık, Ankara.
- Fırat, Alaattin (2017).Türkiye Sağlık İşletmelerinde Hasta Hakları Ve Sorumlulukları, Dergipark Akademi.
- Güler, Mustafa (2001). Hekimler Ve Tabip Odası Yöneticileri İçin Mevzuat, Türk Tabipleri Birliği Yayınevi, Ankara..
- Hakeri, Hakan (2017). Karşılaştırmalı Ceza Hukuku Yasaları Beta Yayınevi, İstanbul.
- Hancı, Hamit (2002) Malpraktis, Tıbbi Girişimler Nedeni İle Hekimin Ceza Ve Tazminat Sorumluluğu, Seçkin Yayınevi, Ankara.
- Harris, John (1995).Tıp Etiğine Giriş, Çev. Süha Sertabiboğlu, Ayrıntı Yayınevi, İstanbul, 1998
- Hatun Şükrü, Hasta Hakları Temel Belgeler, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Hızal, A. S.(2006).Yeni Türk Ceza Kanununda Sağlık Personelinin İhbar Yükümlülüğü, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Dokuz Eylül Üniversitesi, s.13(Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi),İzmir.
http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/klinik_2009_22/13.pdf,(Erişim Tarihi:28.05.2019)
- İpekyüz, F.Yavuz (2003).Türk Hukukunda Hekimlik Sözleşmesi, İstanbul: Legal Kitapevi,
- Karakuzu, İlbaşı (1996). Türk Sağlık Mevzuatı, Tüm Sağlık Personel Ve Kurumlarını İlgilendiren Hukuk Kuralları, İstanbul : Yasa Yayınları.
- Kolenoğlu, M.(2009) . Sağlık Mesleği Mensuplarının Sır Saklama Ve Suçu Bildirme (İhbar) Yükümlülüğü, Yüksek Lisans Tezi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi. İstanbul.
- Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Meslek Etiği Ve İlkeleri, http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller/meslek%20eti%c4%9fi%20ve%20c4%b0lkeleri.pdf, (Erişim Tarihi: 18.05.2019).
- Nuhoğlu, A., Yenisey ,F(2015). Ceza Muhakemesi Hukuku, İstanbul: Seçkin Yayıncılık.
- Özbudun, Ergun (2003). Türk Anayasa Hukuku, , Ankara : Yetkin Yayınları.
- Özden, S.Y.(1993). Adli Tıp El Kitabı, İstanbul:Nobel Tıp Kitapevleri.
- Parlar, Ali (2015). Özel İhtihatlarla Açıklamalı Teori Ve Uygulamada Tck, Ankara:Bilge Yayınevi
- Reisoğlu, Sezai (1983).Türk hukukunda Hekimin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Sorumluluk hukukundaki yeni gelişmeler sempozyumu,Türkiye adalet akademisi dergisi,sayı:19,ss.11-23.
- Resmî Gazete,(1968)Türk Eczacıları Deontoloji Tüzüğü 12961,Erişim Tarihi: 27Temmuz 1968 ,<http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/12961>.
- Sert, Gürkan(1998). Hasta Hakları Yönetmeliği, İstanbul: Babil Yayınları.
- Tandoğan, Haluk (2008).Borçlar Hukuku, İstanbul: Vedat Kitapçılık.
- Taneri, Gökhan(2014). Uygulamadan Örnek Hükümlerle Türk Hukukunda Hekimin Ceza Sorumluluğu, Ankara: Bilge Yayınevi.
- Tuğcu, Harun (2003). Acil Olgularda Hekim Sorumluluğu, Klinik Gelişim, Gata, Adli Tıp Anabilim Dalı, Ankara.
- Yavuz, Cevdet (2001). Borçlar Hukuku Özel Hükümler, İstanbul: Beta Yayınları.
- Yazıcıoğlu, Yılmaz (2007). Eski Yeni Karşılaştırmalı Ceza Ve Ceza Usul Kanunları, Tbb Yayınları, İstanbul.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

Zevkliler ,A., Gökyayla, E.(2017). Borçlar Hukuku, Özel Borç İlişkileri, İstanbul: Seçkin Yayınları