



e-ISSN 2148-9041

# HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt: 19 Sayı: 4  
2016

---

**Sağlıkta Etkililik ve Sonuç Göstergeleri Arasındaki İlişkiler: Bir Path Modeli Uygulaması**

*Songül ÇINAROĞLU*

---

**Çorum İli Sungurlu İlçesinde Hizmet Almış Hastaların Aydınlatılmış Onamla İlgili Farkındalıkları**

*Songül DEMİREL, Muhammet ÇANKAYA*

---

**Sağlık Kurumlarında Sağlıklı İletişim: Bilgisayar Operatörleri, Güvenlik Görevlileri ve Yönlendirme Çalışanları Örneklemi**

*Cemile ÇETİN, Pınar KURBAN, Nazlı Müge BİLİCİ*

---

**Sağlık Meslek Gruplarının Örgütsel Sinizm Düzeylerini Ölçmeye Yönelik Bir Araştırma: Kamu Hastanesi ile Özel Hastane Karşılaştırması**

*Zehra KAŞKA ÜRETEN, H. Nilay GEMLİK*

---

**Sistem Yaklaşımı ve Sağlık Alanında Sistem Dinamikleri Uygulamaları: Bibliyometrik Bir Analiz**

*Serhat BURMAOĞLU, Levent B. KIDAK, Haydar SUR, Hüseyin DEMİR*

---

**Dünyadan ve Türkiye'den Örneklerle Sağlık Hizmetlerinde Yalın Yönetim**

*Neslihan ŞİMŞEK İLKİM, Neslihan DERİN*

---

**Kavramsal Açıdan Tıbbileştirme**

*Aynur TORAMAN, Ramazan ERDEM*

---

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ SAĞLIK İDARESİ BÖLÜMÜ**



HACETTEPE  
**SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ**

Cilt/Volume: 19

Sayı/Number: 4

2016

e-ISSN 2148-9041

**Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**  
**Hacettepe Journal of Health Administration**

**Cilt: 19 Sayı: 4 Yıl: 2016**

**Derginin Sahibi/Publisher**

H. Azize ERGENELİ, Dekan/Dean  
H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi adına  
on behalf of H.U. Faculty of Economics and Administrative Sciences

**Yayın Kurulu Başkanı/Editor**

Gülsün ERİGÜÇ

**Yayın Kurulu Bşk. Yardımcısı/ Associate Editor**

Pınar YALÇIN BALÇIK

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü/ Editorial Manager**

Gamze BAYIN

**Yayın Kurulu/Editorial Board**

Sıdıka KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
İsmet ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Gülsün ERİGÜÇ	Hacettepe Üniversitesi
Hasan Hüseyin YILDIRIM	Hacettepe Üniversitesi
Mehmet TOP	Hacettepe Üniversitesi
Özgür UĞURLUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Oğuz IŞIK	Hacettepe Üniversitesi
Ersen ALOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Ahmet KARAGÖZ	Hacettepe Üniversitesi
Pınar YALÇIN BALÇIK	Hacettepe Üniversitesi

**Dergi Tasarım**

Seda AYDAN  
Nazan KARTAL  
Murat KONCA  
Gülnur HARMANCI İLGÜN

*H.Ü. Sağlık İdaresi Dergisi* yılda dört defa yayımlanır ve hakemli bir dergidir. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen yazılar ve diğer konularla ilgili yazışmalar aşağıdaki adrese yapılmalıdır:

Gamze BAYIN  
H.Ü. İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü, 06800, Ankara/Türkiye  
**E-mail:** [saglikidaresidergisi@gmail.com](mailto:saglikidaresidergisi@gmail.com)

Dergiye gönderilen yazılar, yazı yayımlansın veya yayımlanmasın geri gönderilmez. Dergiye yayımlanmak üzere gönderilecek yazılar Dergi'nin son sayfasında yer alan "Yazarların Dikkate Alması Gereken Kurallar"a uygun olmalıdır.

*H.U. Journal of Health Administration* is a refereed journal, published four times a year. Manuscripts must conform to the requirements indicated on the last page of the Journal. Manuscripts submitted will not be returned whether they are accepted or not for publication. All correspondence should be directed to the address above.

**Yayın Türü:** Ulusal (Yerel) Akademik Dergi, Yılda 4 Sayı (Mart, Haziran, Eylül, Aralık)  
**Yayının Yönetim Yeri:** Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü  
D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü 06800 Çankaya/Ankara, Tel No: 2976356-57-58

## Danışma Kurulu / Advisory Board

İsmail AĞIRBAŞ	Ankara Üniversitesi
Fevzi AKINCI	King's College
Şebnem ASLAN	Selçuk Üniversitesi
Metin ATEŞ	Marmara Üniversitesi
Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
Fevziye ÇETİNKAYA	Erciyes Üniversitesi
Cesim DEMİR	Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Ramazan ERDEM	Süleyman Demirel Üniversitesi
Korkut ERSOY	Başkent Üniversitesi
Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Robert S. HERNANDEZ	University of Alabama at Birmingham
Şahin KAVUNCUBAŞI	Başkent Üniversitesi
Sıdıka KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Mustafa KILIÇ	Hacettepe Üniversitesi
Mithat KIYAK	Okan Üniversitesi
Simten MALHAN	Başkent Üniversitesi
Ömer Rıfık ÖNDER	Ankara Üniversitesi
Hacer ÖZGEN NARCI	Medipol Üniversitesi
Nermin ÖZGÜLBAŞ	Başkent Üniversitesi
Nurhan PAPATYA	Süleyman Demirel Üniversitesi
Nilgün SARP	Üsküdar Üniversitesi
Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi
İsmet ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Menderes TARCAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Dilaver TENGİLİMOĞLU	Atılım Üniversitesi
Demet ÜNALAN	Erciyes Üniversitesi
Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU	Trakya Üniversitesi

Dergimiz, TÜBİTAK ULAKBİM Sosyal ve Beşeri Bilimler Veri Tabanı, Index Copernicus International, Scientific Indexing Services (SIS), Open Academic Journals Index (OAJI), Türk Medline, Arastirmax Index, Arastirmax Social Sciences Index, Arastirmax Avicenna Health Sciences Index, Türk Eğitim İndeksi, Akademik Dizin ve Türkiye Atıf Dizini veri tabanlarında taranmaktadır.

The Journal is indexed in the TUBITAK ULAKBIM Social and Human Sciences Database, Index Copernicus International, Scientific Indexing Services (SIS), Open Academic Journals Index (OAJI), Turk Medline, Arastirmax Index, Arastirmax Social Sciences Index, Arastirmax Avicenna Health Sciences Index, Turk Eğitim İndeksi, Akademik Dizin and Türkiye Atıf Dizini databases.

## İÇİNDEKİLER

### Araştırma

- Sağlıkta Etkililik ve Sonuç Göstergeleri Arasındaki İlişkiler: Bir Path Modeli Uygulaması  
Relationships Between Effectiveness and Outcome Indicators in Health: An Application of Path Model..... 397-411  
*Songül ÇINAROĞLU*
- Çorum İli Sungurlu İlçesinde Hizmet Almış Hastaların Aydınlatılmış Onamla İlgili Farkındalıkları  
Awareness of Patients on Informed Consent: Sampling in Sungurlu District of Corum Province ..... 413-421  
*Songül DEMİREL, Muhammet ÇANKAYA*
- Sağlık Kurumlarında Sağlıklı İletişim: Bilgisayar Operatörleri, Güvenlik Görevlileri ve Yönlendirme Çalışanları Örnekleme  
Healthy Communication in Health Institutions: Sample of Computer Operators, Security Officers and Routing Information Personnel ..... 423-442  
*Cemile ÇETİN, Pınar KURBAN, Nazlı Müge BİLİCİ*
- Sağlık Meslek Gruplarının Örgütsel Sinizm Düzeylerini Ölçmeye Yönelik Bir Araştırma: Kamu Hastanesi ile Özel Hastane Karşılaştırması  
A Research to Measure the Organizational Cynicism Levels of Professional Health Groups: Comparison of a Public Hospital with a Private Hospital ..... 443-463  
*Zehra KAŞKA ÜRETEN, H. Nilay GEMLİK*
- Sistem Yaklaşımı ve Sağlık Alanında Sistem Dinamikleri Uygulamaları: Bibliyometrik Bir Analiz  
System Approach and Applications of System Dynamics in Healthcare Field: A Bibliometric Analysis ..... 465-479  
*Serhat BURMAOĞLU, Levent B. KIDAK, Haydar SUR, Hüseyin DEMİR*
- ### Derleme
- Dünyadan ve Türkiye’den Örneklerle Sağlık Hizmetlerinde Yalın Yönetim  
Lean Management in Healthcare with Examples around the World and Turkey ..... 481-502  
*Neslihan ŞİMŞEK İLKİM, Neslihan DERİN*
- Kavramsal Açıdan Tıbbileştirme  
Conceptual Aspects of Medicalization ..... 503-510  
*Aynur TORAMAN, Ramazan ERDEM*

# Sağlıkta Etkililik ve Sonuç Göstergeleri Arasındaki İlişkiler: Bir Path Modeli Uygulaması

Songül ÇINAROĞLU \*

## ÖZ

Sağlıkta etkililik kavramı sağlık ile ilgili müdahalelerin sağlık sonuçları üzerindeki etkisini yansıtmaktadır. Bu kavramın hizmete erişilebilirlik ve kullanım olmak üzere iki temel boyutu bulunmaktadır. Bu iki boyut gelişmişlik düzeyi ile ilişkili olarak sağlık sonuç göstergelerini etkilemektedir. Bu çalışmada Türkiye genelinde 81 il düzeyinde coğrafi bölge ve gelişmişlik düzeyinin sağlıkta etkililik göstergeleri üzerindeki etkisi ve bu etkinin sağlık sonuçları üzerindeki yansıması bir path modeli oluşturularak incelenmiştir. Hizmete erişim ile ilgili göstergeler arasında hastane ve hekim sayısına yer verilmiş olup, kullanım ile ilgili göstergeler arasında ortalama kalış süresi ile cerrahi operasyon sayısı göstergeleri dikkate alınmıştır. İndirgenmiş path modeli sonuçlarına göre illerin gelişmişlik düzeyinin cerrahi operasyon sayısı üzerinden yaşam süresi beklentisi ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet üzerindeki dolaylı etkilerinin en yüksek olduğu görülmüştür. Bir diğer önemli bulgu ise sağlık sonuç ölçütleri arasında yer alan doğuştan yaşam süresi beklentisi değişkeninin sağlık hizmetlerinden memnuniyet üzerindeki doğrudan etkisinin düşük olması durumudur. Araştırma sonuçları sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili göstergelerin erişim ile ilgili göstergelere göre sağlık sonuçları üzerindeki etkisinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlıkta Etkililik, Performans Ölçümü, Sağlıkta Hizmete Erişim, Sağlık Hizmeti Kullanımı, Sağlık Sonuç Ölçütleri

## Relationships Between Effectiveness and Outcome Indicators in Health: An Application of Path Model

### ABSTRACT

Effectiveness in health reflects the effect of health interventions on health outcomes. Accessibility of services and utilization are two main dimensions of this concept. These two dimensions affects health outcomes related with level of development. In this study the effect of geographic region and the level of development on effectiveness indicators examined and reflection of this affect to health outcomes investigated constructing a path model. Number of hospitals and physicians used as an indicator of accessibility of services and average length of stay and number of surgical operations used as an indicator of utilization of services. According to reduced path model results it was seen that indirect effect of geographic region over number of surgical operations on life expectancy at birth and satisfaction of health services is highest. Another important finding of this study is that direct effect of life expectancy at birth which is one of health outcome indicators on satisfaction of health services is lower. Study results show that indicators related with utilization of health services have highest effect on health outcomes compared with indicators related with utilization.

**Keywords:** Effectiveness in Health, Performance Measurement, Access to Health Services, Utilization of Health Services, Outcome Measures in Health

## I. GİRİŞ

Sağlıkta performans ölçümü ve yönetimi çok boyutlu bir kavram olup sağlık hizmetleri kullanıcılarının sağlık hizmetlerinden beklentilerine göre şekillenen bir süreçtir. Performans ölçümü ve yönetimi sayesinde sağlıkta planlama çalışmalarına yön verilebilmekte ve sağlık

\* Arş. Gör. Uzm., Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, cinaroglus@hacettepe.edu.tr

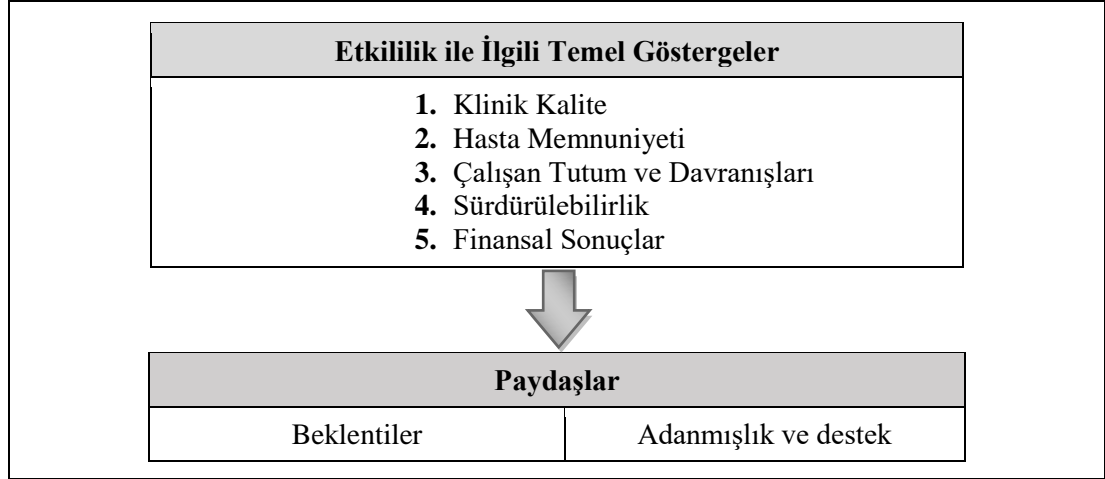
hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek mümkün olabilmektedir (Eddy 1998). Temel hedefi kalite iyileştirme alanlarının tanımlanması olan sağlıkta performans ölçümü ve yönetimi sayesinde kaynakların harekete geçirilmesi mümkün olabilmekte, sorumluluk alanlarının tanımlanması sağlanabilmekte ve hastalara seçim yapmak istedikleri konularda yardımcı olunması imkânı sunulmaktadır (Adair et al. 2003).

Sağlıkta performans ölçümünü kolaylaştırmak amacıyla bu konuda bir kavramsal çerçeve oluşturmak ihtiyacının bir gereği olarak Donabedian (1966) tarafından oluşturulan kavramsal modelde sağlıkta performans ölçümünde ön plana çıkan “yapı, süreç ve sonuç” ölçütleri belirlenmiştir. Buna göre performans ile ilgili yapısal göstergeler; örgütü ve örgütün temel paydaşlarını ön plana alan bir yaklaşım olup bu yaklaşımda hastanelerin büyüklüğü, kâr amaçlı olup olmama durumu ile teknoloji ve uzmanlaşma derecesi gibi faktörlerin esas alındığı görülmektedir. Süreç göstergeleri arasında ise sağlık kuruluşunun performansının yükselmesine katkı sağlayacak klinik ve klinik olmayan faaliyetlerin ön plana çıktığı görülmektedir. Bu göstergeler aynı zamanda örgütün genel performansını izlemek ve değerlendirmek, performansın geliştirilmesi gerekli alanları doğru bir şekilde tanımlayabilmek, koordinasyondan insan kaynakları yönetimi ve planlama faaliyetlerine kadar çeşitli alanlarda temel gereksinimleri belirlemek bakımından önem taşıyan göstergelerdir. Sonuç göstergeleri ise kalite, hasta memnuniyeti, çalışanların tutum ve davranışları ve uyum yetenekleri ile finansal sonuçlar ile ilişkili olan göstergelerdir. Yapı, süreç ve sonuç göstergeleri ile ilgili Donabedian (1966) tarafından geliştirilen yaklaşıma alternatif nitelikte bir yaklaşım ise Fottler (1987) tarafından geliştirilmiştir. Bu alternatif yaklaşım, sağlık kuruluşları için günümüzdeki ve gelecekteki performansını bütünleştiren, dış çevre faktörleri ile sağlık kuruluşuna özel yapısal ve süreç faktörlerini bütünleyen bir kavramsal model ortaya çıkarmaktadır (Fottler 1987). Bu kavramsal modellerde mutlaka yer verilen bir kavram olan ve erişim ve kullanım olmak üzere iki temel boyutu bulunan etkililik kavramı; sağlık ile ilgili müdahalelerin sağlık sonuçları üzerinde ne ölçüde bir etkiye bulunduğunu ortaya koymaktadır (WHO 2004).

Sağlıkta performans ölçümü ve yönetiminin kavramsallaştırılmasında sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin kullanımı temel boyutları oluşturmaktadır. Bu temel boyutlar sağlık sonuçlarını etkilemekte ve hem yaşam süresi beklentisi gibi objektif hem de memnuniyet gibi subjektif performans göstergeleri bu yaklaşımlar çerçevesinde şekillenmektedir. Sonuç olarak bu göstergeler sağlık sisteminin genel performansı üzerinde etki yaratmaktadır. Bu çalışmada ise Kruk ve Freedman (2008) tarafından sağlıkta etkililiğin çıktı boyutunda ifade edilen ve erişilebilirlik ve kullanım boyutları itibarıyla değerlendirilen performans boyutlarının sağlık sonuçları üzerindeki etkilerinin bir path modeli ile incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla sağlığa erişilebilirlik ve sağlık hizmetleri kullanımı kavramlarından yola çıkılarak, bu temel performans başlıklarının yaşam süresi beklentisi ile memnuniyet gibi temel sağlık sonuç göstergeleri üzerindeki etkileri bir path modeli oluşturularak incelenmiştir.

## II. LİTERATÜR

Sağlıkta performans ölçümünün karmaşıklığı ile başa çıkabilmek için geliştirilen alternatif yaklaşımların; kültürel farklılıklar, veriye erişim ve sağlık hizmetlerinin uygulanmasında görülen farklılıklar nedeniyle performansın temel boyutlarını tanımlamada sorunlar içerdiği görülmektedir (Jerod 2004). Bu sorunlar nedeniyle performansın temel boyutlarının doğru bir şekilde tanımlanması temel bir gereklilik olarak kabul edilmektedir. Şekil 1’de görülen ve Fottler (1987) tarafından geliştirilen kavramsal yaklaşımda etkililik kavramının; klinik kalite, hasta memnuniyeti, çalışan tutum ve davranışları, sürdürülebilirlik ve finansal sonuçlar olmak üzere farklı alt boyutlardan meydana geldiği belirtilmektedir.

**Şekil 1. Fottler (1987)'e Göre Etkililik Kavramının Boyutları ve Etkisi**

**Kaynak:** Fottler 1987

Etkililik sağlıkta performansı tanımlamada ön plana çıkan temel kavramların başında bulunmaktadır. Bu kavram, üretim ve bakım hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesi yolu ile ölçülebilmektedir. Etkililik ile ilgili temel göstergeler arasında; toplam yatan hasta günü sayısı, toplam yatan hasta taburcu sayısı, toplam ayakta hasta ziyaret sayısı gibi göstergeler bulunmaktadır (Creuteur, Pochet 2002). Flood ve diğerleri (2000)'e göre etkililik (effectiveness) sağlık hizmetlerinin sunumunda performansı tanımlamaya yardımcı faktörlerden birisidir. Etkililik ile ilgili temel konu başlıkları arasında; klinik kalite, hasta memnuniyeti, çalışan tutum ve davranışları ile sürdürülebilirlik ve finansal sonuçlar gibi temel göstergeler bulunmaktadır. Bu çerçeveden bakıldığında bu terim sağlık hizmetlerinden fayda sağlamaya yardımcı olan temel terimlerden birisidir. Başka bir anlamı ile etkililik sunulan hizmetlerin kalitesini doğrulamayı içermektedir (Shortell et al. 2000). Etkililik boyutu altında yer alan göstergelerden birisi olan klinik etkililik ile ilgili temel başlıklar arasında ise bakım sürecinin uygunluğu yer almaktadır. Buna göre klinik etkililik sağlık hizmetlerinin klinik performansının değerlendirildiği bir süreçtir ve bu süreç için tehdit oluşturan temel unsurlar arasında; hastalık sonucunda komplikasyonlara ait kayıtların düzenli bir şekilde tutulmuyor olması ile veri toplamanın son derece yüksek maliyetli olması bulunmaktadır (WHO 2004). Bu yaklaşımların bir sonucu olarak günümüzde performans ölçümü konusunda yaşanan değişim süreci ile birlikte performansı yalnızca finansal açıdan değerlendiren yaklaşımların yerini memnuniyet ve kalite gibi subjektif performans göstergelerinin aldığı görülmektedir (Ghalayini et al. 1997). Klinik etkililiğin izlenmesi ve değerlendirilmesinde pek çok uluslararası proje faaliyetinin yürütüldüğü görülmektedir. Bu tür faaliyetlerde bulunan kuruluşlar arasında; Australian Council on Healthcare Standards (ACHS), Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCHAO), Ontario Hospital Association (OHA) gibi organizasyonlar bulunmaktadır.

Sağlıkta performans ölçümü ve yönetiminin etkililik boyutunda ön plana çıkan başlıklar arasında erişilebilirlik ve kullanım vardır. Erişilebilirlik ile ilgili olarak gelişmiş hastane olanakları ile yeterli sayıda hekime erişim, sağlık hizmeti sunulan merkeze uzaklık gibi başlıklar ön planda iken, kullanım ile ilgili başlıklar arasında yatak doluluk oranları, ortalama kalış süresi, bağışıklama oranları gibi göstergeler bulunmaktadır (Kruk, Freedman 2008). Erişilebilirlik ile ilgili temel bir gösterge olan hastane sayısı OECD ülkeleri gibi gelişmiş ülkelerde sağlık sistemi performansının karşılaştırılmasında esas alınmakta ve bu gösterge hastanelerin teknik imkân ve olanaklar bakımından ne ölçüde gelişmiş olduklarına bağlı olarak daha nitelikli sağlık hizmetine erişim olanakları konusunda bilgi sunmaktadır (Anderson, Hussey 2001). Erişilebilirlik ile ilgili göstergelerden bir diğeri ise hekim



sayısıdır. Hekimler sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesinde merkezi rol oynayan bir çalışan grubu olmakla birlikte hekim sayısında görülen azalma yakın gelecekte ortaya çıkacak bir sağlık hizmetlerine erişim sorununun bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Goodman, Grumbach 2008). Bu konu ile ilgili olarak gelecekte hekim sayısında görülebilecek yetersizlikler 1960'lı yıllardan bu yana pek çok araştırmacı tarafından üzerinde durulan bir konu olmakla birlikte 1980'li yıllara gelindiğinde hekimlerin daha iyi eğitim olanaklarına erişmeleri sonucunda bu ihtiyacın farklı bir boyut kazandığı, zaman içerisinde ise hekim planlamasında niceliğin yanı sıra niteliğe de önem verildiği görülmüştür (Cooper et al. 2002). Sağlık hizmetine erişim ve hizmet kullanımı dışında sağlık sistemi performansını etkileyen diğer değişkenler arasında ise coğrafi bölge değişkeni bulunmaktadır. Buna göre coğrafi bölge faktörü gelişmişlik düzeyi ile ilişkili olarak sağlık sistemi performansı üzerinde etkide bulunmaktadır (Radley et al. 2012).

Sağlıkta performans ölçümünde önem taşıyan bir diğer kavram olan sağlık hizmeti kullanımını inceleyen araştırmalarda ortalama kalış süresi ve cerrahi operasyon sayısı gibi temel göstergeler dikkate alınmaktadır. Bunlar içerisinde ortalama kalış süresi, daha çok yoğun bakım performansının ölçümünde kullanılan bir gösterge olmakla birlikte, esas itibarıyla hastaların klinik durumlarına bağlı olan ve yatan hasta maliyetlerini açıklayan temel bir kavramdır (Rapoport et al. 2003). Ortalama kalış süresinin kısa olması durumunda ileri yaşta olan hastaların yeniden başvuru oranlarında artış görülmekte ve bu durum sağlıkta performansı olumsuz etkilemektedir (Heggested 2002). Bu nedenle sağlık sistemlerinde performans karşılaştırmaya yönelik olarak yapılan araştırmalarda ortalama kalış süresi ve yeniden yatışlar bakım kalitesini yansıtan temel göstergelerdendir (Ropoport et al. 2003). Sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili bir diğer kavram olan cerrahi operasyon performansının artırılması için belirli klinik ve operasyonel süreçlere uyulması yararlı olmaktadır. Bu sayede daha yüksek kalitede sağlık sonuçlarına erişilebilmesi mümkündür (Wiser et al. 2009; Contreras-Loya et al. 2014). Sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin kullanımı üzerinde etkili olan faktörlerden birisi de coğrafi bölge faktörüdür. Coğrafi bölge faktörü sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık ile ilgili ihtiyaçların belirlenmesinde yerel koşullara uygun davranılması ve hizmet sunumunda koordinasyon sağlanması yolu ile sağlık sonuçlarının kalitesini yükseltecektir (Harrison, Verhoef 2002).

Performans ölçümüne farklı bir açıdan bakan yaklaşımlara göre sağlık kuruluşları için performans ölçümünde objektif ve subjektif olmak üzere iki farklı yaklaşımdan bahsedilebilmektedir. Objektif yaklaşımlar içerisinde yer alan yaşam süresi beklentisi kişilerin yaşam süresi uzadıkça daha fazla sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık harcamalarının artışı beraberinde getirmekte ve bu durum sağlık sisteminin genel performansını etkilemekte ve belirlemektedir (Mathers et al. 2004). Diğer bir grubu oluşturan ve sağlık hizmetleri tüketicilerinin bakım süreci hakkındaki algılarını yansıtan subjektif performans göstergeleri arasında ise memnuniyet ön plana çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet hem sağlık sisteminin genel kalitesi hem de sağlıkta reform uygulamalarının sonucunda sağlık sistemi performansına yönelik deneyimleri yansıtmaktadır (Bleich et al. 2009). Memnuniyet aynı zamanda sağlık kuruluşları arasında kıyaslama ve karşılaştırma yapmaya olanak sağlayan bir araçtır. Sağlık sisteminde performansın genel bir göstergesi olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet sağlık hizmetlerinde performans değerlendirme faaliyetlerine yön veren önemli bir göstergedir.

### III. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Path Modeli ve Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi

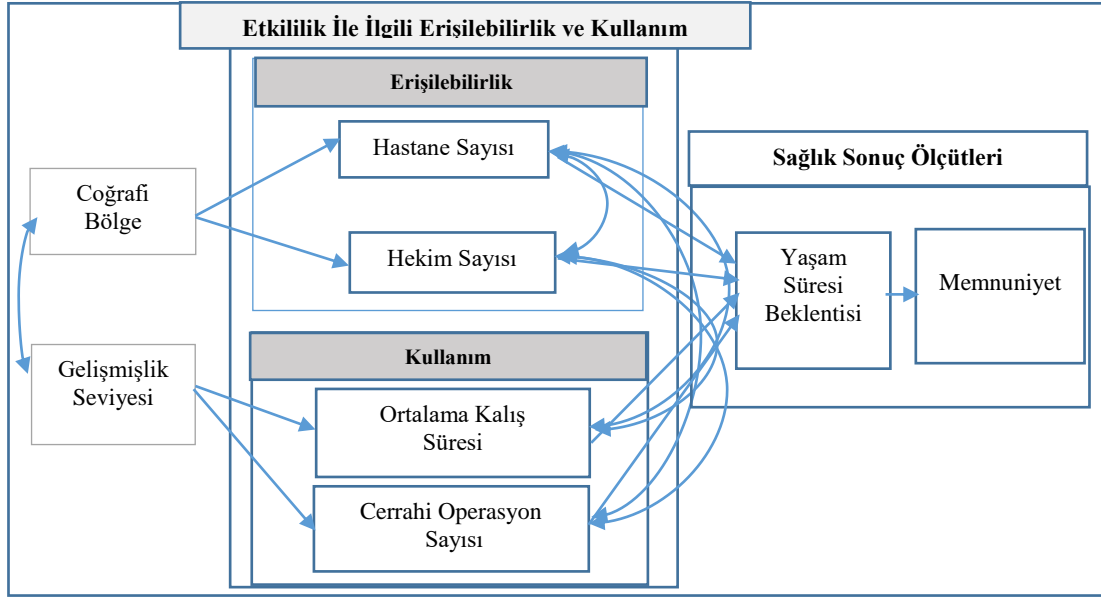
Yapısal eşitlik modelleri neden-sonuç ilişkisinin incelenmek istendiği tüm araştırmalarda kullanılabilir (Alpar 2011). Bu modellerde birisi ölçme modeli, diğeri ise yapısal

model olarak isimlendirilen iki modelin eş zamanlı olarak tahmin edilmesi mümkün olmakta, yapılan analizlerde ölçme ve yapısal modelin her ikisinin de veriye uyumu değerlendirilmektedir (Gölbaşı, Noyan 2009). Path analizi ise değişkenler arasındaki ilişkileri başlangıç düzeyinde ayrıştırmada kullanılan bir yaklaşımdır (Alpar 2011). Değişkenler arasındaki karşılıklı ilişkilerin incelenmesinde korelasyon analizine başvurulduğu bilinmekle birlikte bu ilişkilerin incelenmesinde regresyon analizi de sıklıkla yararlanılan bir yöntemdir (Quali et al. 2015). İki değişken arasındaki doğrudan ilişkiyi ortaya koymada basit korelasyon katsayısı kullanılmakla birlikte bir ve birden fazla bağımsız değişkenli regresyon çözümlenmesi bazı durumlarda değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek konusunda yeterli olamamaktadır (Zhang et al. 2014). Bu gibi durumlarda değişkenler arasındaki ilişkilerin daha gelişmiş modellerle incelenmesi amacına yönelik olarak kullanılan analiz yöntemlerinden birisi olan path analizinin temel amacı, değişkenler arasındaki nedensellik bağlantılarını ve bu bağlantıların büyüklüğü ve gücünü ortaya koyabilmek amacıyla nedensel çıkarımlar yapmaktır. Bu nedenle path analizinde sebep ve sonuç ilişkilerinin belirlenmesi önem taşımaktadır (Deliktaş ve diğerleri 2008).

Başka bir deyişle path analizi değişkenler arasındaki ilişkilerin tanımlanması konusunda farklı bir yaklaşım geliştirmektedir. Bu analiz sayesinde sayısal değişkenler arasındaki yapısal ilişkileri kestirmek ve bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkilerin belirlenmesi mümkün olmaktadır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde hem korelasyon analizi hem de regresyon analizinden elde edilen bilgileri kullanan path analizi sayesinde ise değişkenler arasındaki karşılıklı ilişkiler ve neden sonuç ilişkilerinin belirlenmesine mümkün olabilmektedir (Alpar 2011).

Bu çalışmada ise Türkiye genelinde 81 il için sağlık sistemi performansı etkililik ile ilgili temel boyut ve göstergeler esas alınarak ve bu göstergelerin sağlık sonuçları ile olan ilişkisi bir path modeli oluşturularak incelenmiştir. Oluşturulan bu model ile herhangi bir ülkede sağlık sistemi performansının temel göstergeleri arasında yer alan sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin kullanımını ifade eden performans göstergelerinin sağlık sisteminin objektif ve subjektif performans göstergeleri arasında ön plana çıkan yaşam süresi beklentisi ile sağlık sisteminden memnuniyet göstergeleri ile olan ilişkileri analiz edilmiştir. Araştırmada kullanılan değişkenlerin seçimi ve araştırmanın kavramsal modelinin oluşturulmasında Kruk ve Freedman (2008) tarafından sağlıkta temel performans göstergeleri arasındaki ilişkileri açıklayan yaklaşım esas alınmıştır. Oluşturulan path modelinde coğrafi bölge ve gelişmişlik seviyesi etkisi ile şekillenen sağlıkta etkililiğin, erişilebilirlik ve kullanım boyutlarının sağlık sonuçları üzerindeki etkisi ele alınmıştır. Etkililiğin erişilebilirlik boyutunda hastane sayısı ile hekim sayısı dikkate alınmış olup, kullanım boyutunda ise ortalama kalış süresi ile cerrahi operasyon sayısı kullanılmıştır. Bu çalışmada kullanılan modelin kavramsal çerçevesi Şekil 2’de sunulmuş olup, oluşturulan path modelinde hem doğrudan hem de dolaylı ilişkilere yer verilmiştir. Ayrıca model performansını yükseltmek amacıyla etkililik göstergeleri arasındaki analiz edilmemiş etkiler de araştırma modeline dahil edilmiştir.

**Şekil 2. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkileri Açıklayan Path Modelinin Kavramsal Çerçevesi**



**Kaynak:** Kruk, Freedman 2008

### 3.2. Veri Kaynakları ve Araştırma Değişkenlerine Ait Tanımlayıcı Bilgiler

Araştırmada 81 ile ait sürekli ve kategorik değişkenlerin belirlenmesinde kullanılan temel veri kaynağı “Sağlık Bakanlığı 2013 yılı İstatistik Yıllığı” olup, illerin gelişmişlik düzeylerinin belirlenmesinde Kalkınma Bakanlığı’nın “İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması-SEGE 2011” isimli çalışmadan faydalanılmıştır.

Araştırmada kullanılan sayısal değişkenler içerisinde coğrafi bölge değişkeni incelendiğinde, Türkiye genelinde hastane sayısının ortalama 18,72 ( $\pm 27,36$ ) olduğu, cerrahi operasyon sayısının ortalama 57.830,08 ( $\pm 108.569,10$ ), bir hastanın hastanede kaldığı ortalama gün sayısının 3,85 ( $\pm 0,76$ ), ortalama toplam hekim sayısının 1.651,54 ( $\pm 3.493,72$ ), doğumda beklenen yaşam süresinin ortalama 76,31 ( $\pm 1,39$ ) yıl, sağlık hizmetlerinden ortalama memnuniyet düzeyinin ortalama %77,47 ( $\pm 7,29$ ) olduğu görülmektedir.

**Tablo 1. Sayısal Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler**

Değişkenler	n	Ort.	Ss.
Hastane Sayısı (2013)	81	18,72	27,36
Cerrahi Operasyon Sayısı (2013)	81	57.830,08	10.8569,10
Ortalama Kalış Süresi (2013)	81	3,85	0,76
Hekim Sayısı (2013)	81	1.651,54	3.493,72
Yaşam Süresi Beklentisi (2013)	81	76,31	1,39
Memnuniyet Düzeyi (2013)	81	77,47	7,29

Araştırmaya dahil edilen kategorik değişkenler içerisinde coğrafi bölge değişkeni incelendiğinde araştırmaya katılan il sayısının %22,2 ile en fazla Karadeniz bölgesinde bulunduğu görülmektedir. Karadeniz bölgesinden sonra en fazla il bulunan coğrafi bölgenin %17,3 ile Doğu Anadolu Bölgesi olduğu, bu bölgeyi %16 ile İç Anadolu Bölgesi’nin izlediği görülmektedir. Bu çalışmada ele alınan kategorik değişkenlerden bir diğeri ise illerin gelişmişlik düzeyidir. Bu konuda Kalkınma Bakanlığı tarafından yapılan sınıflamaya göre

illerin gruplandırılmasında esas alınan göstergeler arasında; demografik ve eğitim, sağlık ve istihdam, altyapı ve imalat sanayi, tarım ve mali göstergeler bulunmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre çalışma kapsamına alınan illerin %21 ile en fazla 4. kademede olan illerden oluştuğu, ikinci sırada ise %19,8 ile 5. kademede yer alan illerin bulunduğu görülmektedir.

**Tablo 2. Kategorik Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler**

Değişkenler	Sayı	%
<b>Coğrafi Bölge (2013)</b>		
Akdeniz Bölgesi	8	9,9
G. Doğu Anadolu Bölgesi	9	11,1
Ege Bölgesi	8	9,9
Doğu Anadolu Bölgesi	14	17,3
Karadeniz Bölgesi	18	22,2
İç Anadolu Bölgesi	13	16
Marmara Bölgesi	11	13,6
<b>Gelişmişlik Düzeyi (2011)</b>		
1. Kademe	8	9,9
2. Kademe	13	16
3. Kademe	12	14,8
4. Kademe	17	21
5. Kademe	16	19,8
6. Kademe	15	18,5
<b>Toplam</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>

### 3.3. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiler

Araştırmada değişkenlerin ön analiz aşamasında farklı ölçüm birimlerine sahip olan değişkenler standartlaştırılarak ölçüm birimi farklılıklarının giderilmesi sağlanmıştır. Değişkenlere ait dağılımlar incelendiğinde ise cerrahi operasyon sayısı ile hekim sayısı değişkenlerine ait dağılımların normal dağılım özelliği göstermediği görülmüştür. Bu nedenle bu değişkenlere ait dağılımların doğal logaritması alınarak modele katılması sağlanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde ise korelasyon analizi kullanılmıştır. Normallik dönüşümleri sonrasında tüm değişkenlerin dağılımlarının normal dağılıma uygun hale gelmesi sağlandığından değişkenler arasındaki korelasyonların incelenmesinde Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Tablo 3'te görüldüğü üzere korelasyon ilişkileri incelendiğinde, tüm değişkenler arasında çoklu bağlantı sorununa yol açacak derecede yüksek korelasyonların olmadığı görülmekte ayrıca korelasyonları en yüksek değişkenlerin hekim sayısı ile cerrahi operasyon sayısı ( $r_p=0,45$ ;  $p<0,01$ ) ile hastane sayısı ile cerrahi operasyon sayısı ( $r_p=0,46$ ;  $p<0,01$ ) olduğu dikkat çekmektedir.

**Tablo 3. Araştırma Değişkenlerine Ait Korelasyon Tablosu**

Değişkenler	$r_p$							
	Hastane Sayısı	Cerrahi Operasyon Sayısı	Ortalama Kalış Süresi	Hekim Sayısı	Yaşam Süresi Beklentisi	Memnuniyet Düzeyi	Coğrafi Bölge	Gelişmişlik
Hastane Sayısı	1							
Cerrahi Operasyon Sayısı	0,46**	1						
Ortalama Kalış Süresi	0,09	0,10	1					
Hekim Sayısı	0,42**	0,47**	0,13	1				
Yaşam Süresi Beklentisi	0,09	0,30	0,04	0,09	1			
Memnuniyet Düzeyi	-0,17	-0,20	0,26*	-0,23*	0,30**	1		
Coğrafi Bölge	0,12	0,08	0,19	0,11	0,26*	0,20	1	
Gelişmişlik	-0,42**	-0,45**	-0,25*	-0,43**	-0,45**	-0,20	-0,29**	1

\*\* : Pearson Korelasyon Katsayısı 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

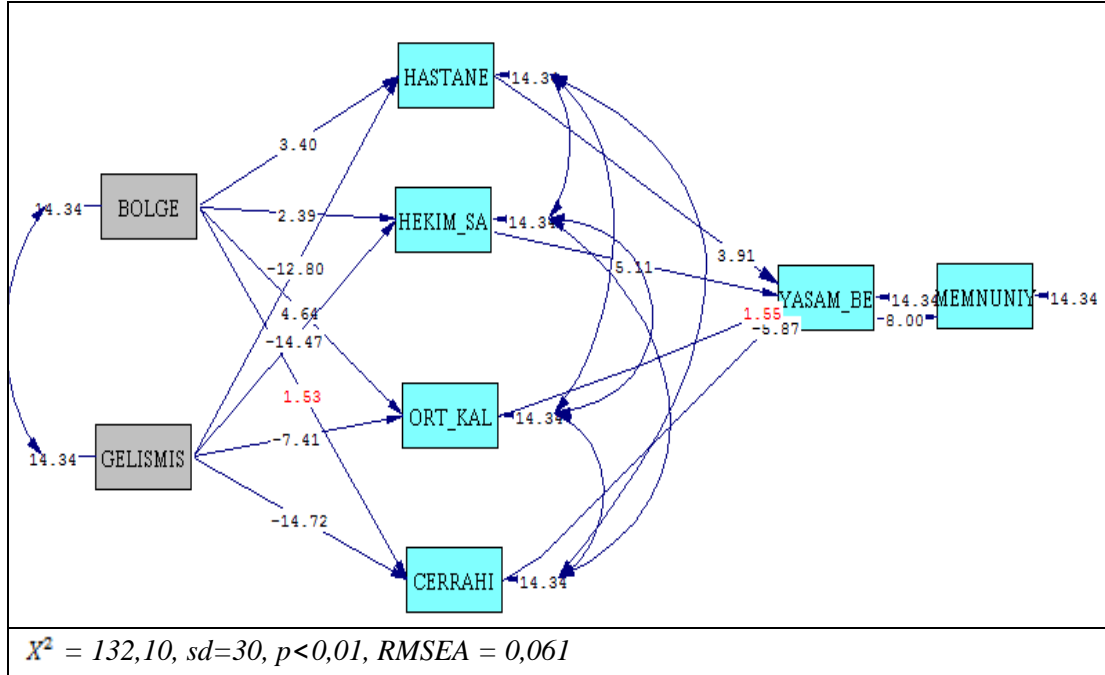
\* : Pearson Korelasyon Katsayısı 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

### 3.4. Path Modelinin Performans Değerlendirilmesi

Araştırmada Kruk ve Freedman (2008) tarafından geliştirilen kavramsal yaklaşım temel alınarak oluşturulan path modelinde altı farklı gizil değişken tanımlanmıştır. Bunlar; hastane sayısı, hekim sayısı, ortalama kalış süresi, cerrahi operasyon sayısı, yaşam süresi beklentisi ile memnuniyettir. Bu modelde bölge, hastane sayısı, hekim sayısı, ortalama kalış süresi, cerrahi operasyon sayısı değişkenleri içsel değişkenler olarak belirlenmiş olup, yaşam süresi beklentisi ile sağlık hizmetlerinden memnuniyet dışsal değişkenler olarak kabul edilmiştir.

Oluşturulan bu path modelinde gizil değişkenlerin gözlenen değişkenleri açıklama durumlarını gösteren ve Şekil 3’de oluşturulan, genel olarak anlamlı olduğu ( $p < 0,01$ ) görülen bu path modelinde gizil değişkenlerin gözlenen değişkenleri açıklama durumlarına ilişkin t değerleri oklar üzerinde görülebilmektedir. Buna göre coğrafi bölge değişkeninin hekim sayısı değişkeni üzerindeki etkisi dışında diğer tüm etkilerin 0,01 düzeyinde ( $t > 2,56$ ) anlamlı oldukları görülmektedir. Oluşturulan bu modelde anlamsız bulunan ilişkilerin ise coğrafi bölge değişkeninin cerrahi operasyon sayısı üzerindeki doğrudan etkisi ( $t = 1,53$ ;  $p > 0,05$ ) ile ortalama kalış süresi değişkeninin yaşam süresi beklentisi üzerindeki dolaylı etkisi ( $t = 1,55$ ;  $p > 0,05$ ) olduğu görülmektedir.

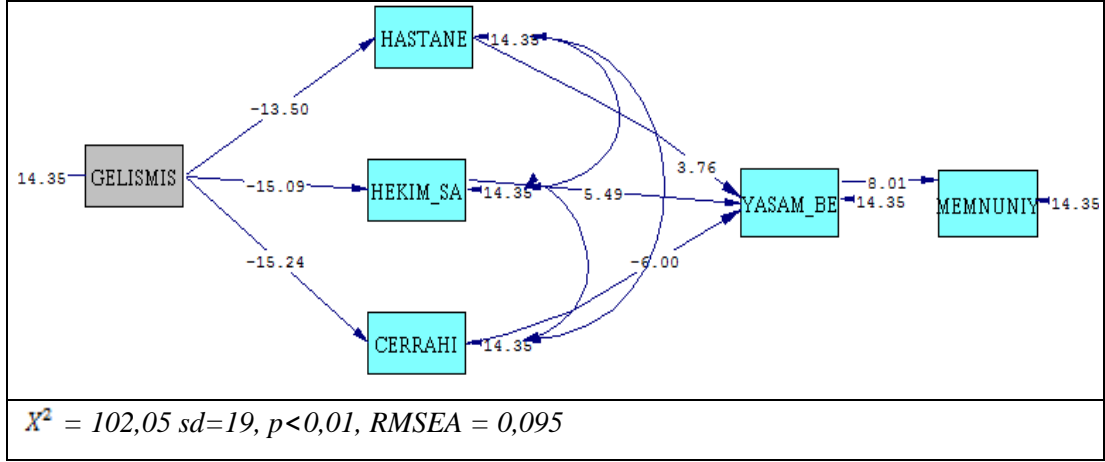
**Şekil 3. Path Modelinde Gizil Değişkenlerin Gözlenen Değişkenleri Açıklama Durumu (t değerleri)**



Bu çalışmada oluşturulan path modelinin genel performansı değerlendirildiğinde ve gizil değişkenlerin gözlenen değişkenleri açıklama durumlarını gösteren t değerleri dikkate alındığında anlamlı olmayan t değerlerinin analiz dışında bırakılması gerekmektedir. Model performansına ait ölçüler incelendiğinde modelin genel olarak anlamlı ( $p<0,01$ ) olduğu görülmektedir. Ancak modelin genel performansının değerlendirilmesinde alternatif uyum indekslerinin incelenmesinin de faydalı olacağı belirtilmektedir. Buna göre model performansının değerlendirilmesinde kullanılan alternatif ölçülerden birisi olan  $X^2/sd$  oranı incelendiğinde bu oranın  $132,10/30=4,40$  ile 5'in altında olduğu ve orta derecede uyuma işaret ettiği görülmektedir. Bir diğer alternatif uyum indeksi olan RMSEA (The Root Mean Square Error of Approximation) değerinin ise 0,061 ile 0,08'den küçük olduğu ve iyi uyuma işaret ettiği söylenebilmektedir (Tabachnick, Fidel 2001). Model performansı hakkında karara varmadan önce hata varyanslarının kontrol edilmesinde fayda vardır. Hata varyansları incelendiğinde ise coğrafi bölge değişkeni (0,90) ile ortalama kalış süresi (0,95) değişkenlerinin hata varyanslarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

Şekil 3'de oluşturulan bu ilk model için coğrafi bölge ile ortalama kalış süresi değişkenlerine ait t değerlerinin anlamsız olması aynı zamanda da bu değişkenlere ait hata varyanslarının yüksek bulunması nedeniyle bu 2 path dışarıda tutularak bir indirgenmiş path modeli oluşturulmuştur. Şekil 4'de genel olarak anlamlı olduğu görülen ( $p<0,01$ ) indirgenmiş path modelinde gizil değişkenlerin gözlenen değişkenleri açıklama durumunu ifade eden t değerleri dikkate alındığında tüm değişkenlere ait t değerlerinin ( $t>2,56$ ) 0,01 düzeyinde anlamlı oldukları görülmektedir.

**Şekil 4. İndirgenmiş Path Modelinde Gizil Değişkenlerin Gözlenen Değişkenleri Açıklama Durumu (t değerleri)**

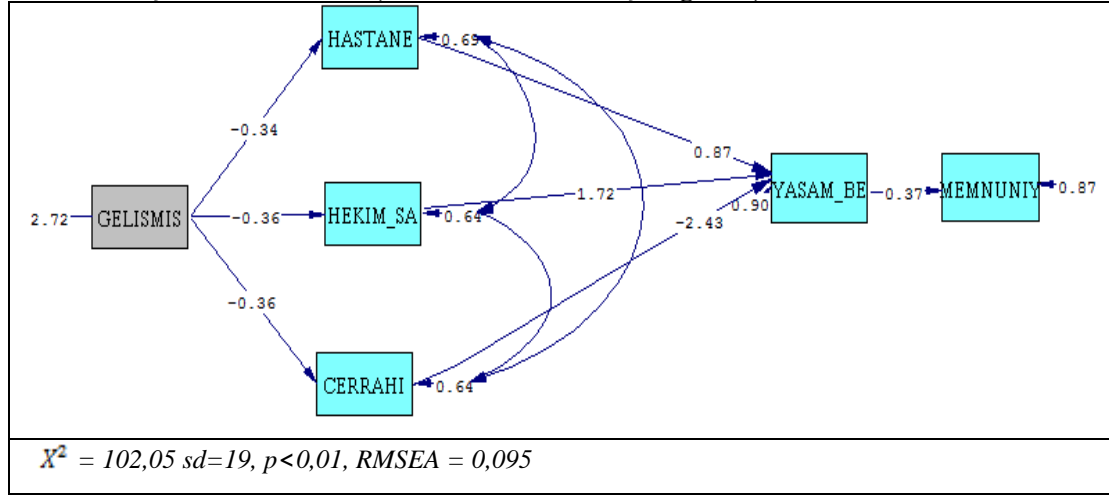


İndirgenmiş path modeline ait t değerlerinin anlamlı bulunmasının ardından path katsayıları başka bir ifade ile standardize edilmiş regresyon katsayıları ele alınmıştır. Şekil 4’de görülen path katsayıları incelendiğinde ve dolaylı etkiler dikkate alındığında sağlık hizmetlerinden memnuniyet üzerindeki dolaylı etkiler şu şekilde ifade edilebilecektir; bölgesel gelişmişliğin ( $\beta=-0,34$ ) hastane sayısı ( $\beta=0,87$ ) ve yaşam süresi beklentisi ( $\beta=0,37$ ) üzerinden sağlık hizmetlerinden memnuniyet üzerindeki dolaylı etkisi 0,90 iken, bölgesel gelişmişliğin ( $\beta=-0,36$ ) hekim sayısı ( $\beta=1,72$ ) ve yaşam süresi beklentisi ( $\beta=0,37$ ) üzerinden sağlık hizmetlerinden memnuniyet üzerindeki dolaylı etkisi 1,73’dir. Bir diğer dolaylı etki ise bölgesel gelişmişliğin ( $\beta=-0,36$ ) cerrahi operasyon sayısı ( $\beta=-2,43$ ) ve yaşam süresi beklentisi ( $\beta=0,37$ ) üzerinden memnuniyet üzerindeki 2,42’lik etkisidir. Tüm toplam dolaylı etkiler incelendiğinde, bölgesel gelişmişliğin cerrahi operasyon sayısı ve yaşam süresi beklentisi üzerinden sağlık hizmetlerinden memnuniyet üzerindeki dolaylı etkisinin en yüksek olduğu görülmektedir.

Path modeli incelenmeye devam edildiğinde bölgesel gelişmişliğin ( $\beta=-0,34$ ) hastane sayısı ( $\beta=0,87$ ) üzerinden yaşam süresi beklentisi üzerindeki toplam dolaylı etkisi 0,53 iken, bölgesel gelişmişliğin ( $\beta=-0,36$ ) hekim sayısı ( $\beta=1,72$ ) üzerinden yaşam süresi beklentisi üzerindeki dolaylı etkisi 1,36’dır. Bölgesel gelişmişliğin ( $\beta=-0,36$ ) cerrahi operasyon sayısı ( $\beta=-2,43$ ) üzerinden yaşam süresi beklentisi üzerindeki dolaylı etkisi ise 2,79’dur. Bu sonuçlara göre bölgesel gelişmişliğin cerrahi operasyon sayısı üzerinden yaşam süresi beklentisi üzerindeki dolaylı etkisinin en yüksek olduğu söylenebilmektedir.

Path modeli doğrudan etkiler bakımından incelendiğinde, etkililiğin erişim boyutu ile ilgili göstergeler arasında bulunan hastane sayısı değişkeninin yaşam süresi beklentisi üzerindeki doğrudan etkisinin 0,87, hekim sayısı değişkeninin yaşam süresi beklentisi üzerindeki etkisinin 1,72, cerrahi operasyon sayısı değişkeninin yaşam süresi beklentisi üzerindeki doğrudan etkisini ise -2,43 olduğu görülmektedir. Buna göre etkililik ile ilgili göstergeler içerisinde cerrahi operasyon sayısının yaşam süresi beklentisi üzerindeki doğrudan etkisi negatif yönlü ve en yüksektir. Yaşam süresi beklentisinin sağlık hizmetlerinden memnuniyet üzerindeki doğrudan etkisi ise 0,37 ile oldukça düşüktür.

**Şekil 5. İndirgenmiş Path Modelinde Gizil Değişkenlerin Gözlenen Değişkenleri Açıklama Durumu (Standardize Edilmiş Değerler)**



İndirgenmiş modelin genel performansı değerlendirildiğinde ise modelin genel olarak anlamlı bir model ( $p<0,01$ ) olduğu görülmektedir. Bu sonuç beklenen ve gözlenen kovaryans matrisleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığını, başka bir deyişle veri ile model arasında iyi bir uyum olduğunu göstermektedir. Model performansına ilişkin diğer alternatif performans ölçüleri incelendiğinde ise  $X^2/sd$  oranının  $102,05/25=4,08$  ile 5'in altında olduğu ve orta derecede uyuma işaret ettiği, RMSEA değerinin ise 0,095 ile 0,08'den küçük olduğu ve iyi uyuma işaret ettiği görülmektedir. Bu bulgular model performansının yeterli olduğu yönünde bilgiler sunmaktadır.

#### IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Etkililik hizmete erişebilirlik ile hizmet kullanımı boyutları ile sağlık sistemi performansının geliştirilmesinde temel performans ölçütlerinin başında gelmektedir. Bu kavramın erişilebilirlik boyutunda sağlık hizmetlerinin teknik imkân ve olanaklarını yansıtan sağlık personeli sayısı, hastane sayısı, teknik donanım ve imkânlar bulunmaktadır. Sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili temel göstergeler arasında ise, ortalama kalış süresi, ameliyat sayısı, yeniden yatış oranı gibi göstergeler bulunmaktadır. Bu göstergeler sağlık kuruluşunun etkisi altında bulunduğu coğrafi bölge ve gelişmişlik düzeyi gibi dış çevre faktörlerinden etkilenmekte ve sağlık sonuçları üzerinde belirleyici rol oynamaktadır. Sağlık sonuçlarının incelenmesinde farklı yaklaşımlar bulunmakla birlikte doğuştan yaşam beklentisi ile sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi sırasıyla objektif ve subjektif performans göstergeleri arasında yer alarak sağlık sonuçlarını ve sağlık hizmetleri ile ilgili genel algı düzeyini belirlemektedir.

Bu açıdan bakıldığında ve sağlık hizmeti kullanıcılarının kendilerine sunulan sağlık hizmetini hizmet sunumunun tüm aşamaları itibariyle değerlendirerek sağlık hizmeti hakkında genel bir memnuniyet algısına sahip oldukları düşünüldüğünde, toplum genelinde sağlık seviyesinin bir göstergesi olan yaşam süresi beklentisi sağlık hizmetinden duyulan genel memnuniyeti etkilemektedir. Sağlık hizmeti sunum sürecinde ön plana çıkan hizmete erişim ve hizmet kullanımını etkileyen faktörler çerçevesinde şekillenen bu sonuç ölçütleri içerisinde doğuştan beklenen yaşam süresi ile sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi ise toplumun sağlık hizmetleri ile ilgili algısını yansıtan genel kavramlardır.

Bu çalışmada ise oluşturulan path modeli sonucunda bölgesel gelişmişlik düzeyi ekseninde şekillenen indirgenmiş path modelinde; sağlık hizmetlerine erişim ve hizmet



kullanımı göstergelerinin doğuŖta yaŖam beklentisi ile sağlık hizmetlerinden memnuniyet üzerindeki etkisi incelenmiŖtir. Path modeli sonuçları etkililik ile ilgili göstergeler içerisinde kullanım ile ilgili boyutu yansıtan cerrahi operasyon sayısının yaŖam süresi beklentisi ve memnuniyet üzerinde en yüksek dolaylı etkiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca bu dolaylı etkinin geliŖmiŖlik düzeyi deđiŖkeninin de etkisi altında olduğu görölmektedir. Yalnızca sağlık sonuç ölçütlerinin birbiri ile olan iliŖkisi incelendiğinde ise yaŖam süresi beklentisi deđiŖkeninin sağlık hizmetinden memnuniyet üzerindeki doğrudan etkisinin düşük olduğu görölmektedir. Bu durum bir objektif sağlık sonuç ölçütü olan yaŖam süresi beklentisi deđiŖkeninin sağlık hizmetlerinden memnuniyet üzerinde doğrudan yüksek bir etkide bulunmadığını göstermektedir.

Bu alıŖmada kullanım ile ilgili olan ve sağlık sonuçları üzerinde en fazla etkide bulunan bir deđiŖken olduğu görölen cerrahi operasyon sayısı ile ilgili olarak Schauer ve diğerleri (2010)'e göre cerrahi müdahale sonucunda daha nitelikli sağlık sonuçlarına eriŖilebilmesi mümkün olmakta, özellikle daha az riskli olan ve uzun vadede sağlık sonuçlarına olumlu Ŗekilde yansıma potansiyeli olan müdahaleler söz konusu olduğunda sağlıkta performansı olumlu Ŗekilde etkileyecek sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Bu sonucun bir gerekliliği olarak cerrahi operasyonların kalitesini artırmak için bazı klinik ve operasyonel süreçlerin takip edilmesi tavsiye edilmektedir (Superina et al. 2006). GeliŖmiŖ ölkeler için bu konuda geliŖtirilecek olan kılavuzların hazırlanması ve bu kılavuzlara eriŖim daha kolay olmakla birlikte Türkiye gibi geliŖmekte olan ölkeler için bu tür veri ve kılavuzlara eriŖimde sorunlar söz konusudur (Akalin 2002).

AraŖtırma sonucunda elde edilen önemli bulgulardan bir diğeri olan yaŖam süresi beklentisi ile sağlık hizmetlerinden memnuniyet arasında zayıf güçteki doğrudan iliŖki ile ilgili olarak; sağlıkta objektif performans boyutunu yansıtan yaŖam süresi beklentisinin, sağlık hizmeti tüketicilerinin algılarını yansıtan memnuniyet boyutu üzerinde güçlü bir iliŖkisinin olmadığı söylenebilmektedir. YaŖam süresi beklentisinin gözlemlenebilen ve doğrudan ölçölebilen, objektif nitelikte bir gösterge olması, sağlık hizmetinden duyulan memnuniyetin ise doğrudan gözlemlenemeyen, ölçölemeyen ve algıya dayanan bir gösterge olması nedeniyle bu iki gösterge arasındaki düşük güçteki doğrudan iliŖki objektif sağlık sonuçlarının sağlık hizmetleri ile ilgili genel memnuniyet algısı üzerinde doğrudan bir etkisinin olmadığını ortaya koymaktadır.

Bilindiği gibi sağlık hizmetlerinden memnuniyet, hizmete eriŖim ve hizmet kullanımı gibi sağlık hizmeti sunum sürecinin farklı aŖamalarının bir yansıması olarak ortaya çıkılmaktadır (Bowers et al. 1994). Bu araŖtırmada elde edilen bulgular sağlık hizmetlerinden memnuniyetin yaŖam süresi beklentisi gibi tek bir performans göstergesi etrafında Ŗekillenmenin ötesinde sağlık hizmetlerine eriŖim ve bu hizmetlerin kullanımı gibi çok eŖitli gösterge ve boyutlar çerçevesinde Ŗekillendiđini ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar sağlık hizmeti tüketicilerinin değerlendirmelerine göre hizmet sunumunun yalnızca objektif sağlık sonuç ölçütleri çerçevesinde Ŗekillenmediđi, bu algının geliŖmiŖlik düzeyi ekseninde hekim sayısından hastane sayısına, ortalama kalıŖ süresinden cerrahi operasyon sayısına kadar çok eŖitli göstergeler etrafında Ŗekillendiđini ortaya koymaktadır. Bu sonuç sağlık hizmeti tüketicilerinin gözünde sağlık hizmetinden memnuniyetin değerlendirilmesinde hizmet sunumunun çok boyutlu olarak değerlendirilmesi gerektiğini, sağlık hizmetinin eriŖim ve kullanım boyutlarının bir bütün halinde iyileŖtirilmesi durumunda sağlık hizmetlerinin yönetiminde performans artışının yakalanabileceğini ortaya koymaktadır.

Bu alıŖmada Türkiye genelinde 81 il ele alınarak sağlık hizmetlerine eriŖim ve kullanım ile ilgili göstergelerin bölgesel geliŖme deđiŖkeninin etkisinde sağlık sonuçları üzerinde etkisi incelenmiŖtir. alıŖma sonuçları sağlık hizmeti kullanımı göstergelerinin sağlık sonuçları üzerindeki etkisinin en yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlıkta performans

ölçümünün karmaşık ve çok boyutlu niteliği göz önünde bulundurulduğunda performans göstergeleri arasındaki ilişkileri, performansın temel boyutları ve bu temel boyutlara ait temel göstergeleri dikkate alarak inceleyen bu çalışma sonuçlarının, ileride sağlıkta performans göstergeleri arasındaki ilişkileri incelemeye yönelik daha geniş kapsamlı araştırmalar için esin kaynağı olacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Adair C. E., Simpson E., Casebeer A. L., Birdsell J. M., Hayden K. A. and Lewis S. (2003) **Performance Measurement Systems in Health and Mental Health Services: Models, Practices and Effectiveness**. The Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Canada.
2. Akalın H. E. (2002) Surgical Prophylaxis: the Evolution of Guidelines in an Era of Cost Containment. **Journal of Hospital Infection** 50(1): 3-7.
3. Alpar R. (2011) **Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler**. Detay Yayıncılık, Ankara.
4. Anderson G. and Hussey P. S. (2001) Comparing Health System Performance in OECD Countries. **Health Affairs** 20(3): 219-232.
5. Australian Council on Healthcare Standarts (ACHS) <http://www.achs.org.au/> Erişim Tarihi: 09.10.2015
6. Bleich S. N., Özaltın E. and Murray C. J. L. (2009) How Does Satisfaction with the Health Care System Relate to Patient Experience? Bulletin of the World Health Organization. Erişim Yeri: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862009000400012&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862009000400012&script=sci_arttext&tlng=pt), Erişim Tarihi:05.07.2015.
7. Bowers M. R., Swan J. E. and Koehler W. F. (1994) What Attributes Determine Quality and Satisfaction With Health Care Delivery? **Health Care Management Review** 19(4):49-55.
8. Contreras-Loya D., Gomez-Dantes O., Puentes E., Garrido-Latorre F., Castro-Tinoco M. and Fajardo-Dolci G. (2014) Waiting Times for Surgical and Diagnostic Procedures in Public Hospitals in Mexico. **Salud Pública De México** 57(1):29-37.
9. Cooper R. A., Getzen T. E., McKee H. J. and Laud P. (2002) Economic and Demographic Trends Signal An Impending Physicians Shortage. **Health Affairs** 21(1): 140-154.
10. Creteur M. and Pochet Y. (2002) **Organizational Design and Hospital Performance** [https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/iag/documents/WP\\_51\\_creteur.pdf](https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/iag/documents/WP_51_creteur.pdf) Erişim Tarihi: 05.10.2015.
11. Deliktaş E., Usta S., Bozkurt S. ve Helvacı B. (2008) Türkiye’de Kentlerde Doğurganlık Hızını Etkileyen Faktörler: Path Analizi Yaklaşımı. **2. Ulusal İktisat Kongresi**, İzmir.
12. Donabedian A. (1966) Evaluating the Quality of Medical Care. **Milbank Quarterly** 83(4): 691-729.

13. Eddy D. M. (1998) Performance Measurement: Problems and Solutions. **Health Affairs** 17(4): 7-15.
14. Fottler M. D. (1987) Health Care Organizational Performance: Past, Present and Future Research. **Journal of Management** 13(2): 367-391.
15. Ghalayini A. M., Noble J. S. and Crowe T. J. (1997) An Integrated Dynamic Performance Measurement System for Improving Manufacturing Competitiveness. **International Journal of Production Economics** 48(3): 207-225.
16. Goodman D. C. and Grumbach K. (2008) Does Having More Physicians Lead to Better Health System Performance. **The Journal of the American Medical Association (JAMA)** 299(3): 335-337.
17. Gölbaşı Ş. G. ve Noyan F. (2009) Türkiye’de Cep Telefonu Cihazı Pazarında Marka Sadakati İçin Bir Model Denemesi. **ODTÜ Gelişme Dergisi** 36(1): 121-159.
18. Harrison A. and Verhoef M. (2002) Understanding Coordination of Care from the Consumer’s Perspective in a Regional Health System. **Health Services Research** 37(4): 1031-1054.
19. Heggsted T. (2002) Do Hospital Length of Stay and Staffing Ratio Affect Elderly Patients’ Risk of Readmission? A Nation-wide Study of Norwegian Hospitals. **Health Services Research** 37(3): 647-665.
20. Jerod M. L. (2004) The Current State of Performance Measurement in Health Care. **International Journal for Quality in Health Care** 16(Suppl I): 15-19.
21. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCHAO) <http://www.jointcommission.org/> Erişim Tarihi:09.10.2015.
22. Kalkınma Bakanlığı (2013) **İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (SEGE 2011)**. Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü, Ankara.
23. Kruk M. E. and Freedman L. P. (2008) Assessing Health System Performance in Developing Countries: A Review of the Literature. **Health Policy** 85(3): 263-276.
24. Mathers C. D., Iburg K. M., Salomon J. A., Tandon A., Chatterji S., Ustün B. and Murray C. J. L. (2004) Global Patterns of Health Life Expectancy in the Year 2002. **BMC Public Health** 4(1): 2-12.
25. Ontario Hospital Association (OHA) <http://www.oha.com/Pages/Default.aspx> Erişim Tarihi:09.10.2015.
26. Quali D., Chebana F. and Quarda T. B. M. J. (2015) **Non-linear Canonical Correlation Analysis in Regional Frequency Analysis**. Springer-Verlag, Berlin.
27. Radley D. C. and Schoen C. (2012) Geographic Variation in Access to Care - The Relationship with Quality. **The New England Journal of Medicine** 367(1): 3-6.

28. Rapoport J., Teres D., Zhao Y. and Lemeshow S. (2003) Length of Stay Data as a Guide to Hospital Economic Performance for ICU Patients. **Medical Care** 41(3): 386-397.
29. Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı (2013) <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-97020/h/saglik-istatistik-yilligi-2013.pdf> Erişim Tarihi:09.10.2015.
30. Schauer D. P., Arterburn D. E., Livingston E. H., Fischer D. and Eckman M. H. (2010) Decision Modeling to Estimate the Impact of Gastric Bypass Surgery on Life Expectancy for the Treatment of Morbid Obesity. **Archives of Surgery** 145(1): 57-62.
31. Shortell S. M. and Kalunzy A. D. (2000) **Health Care Management: Organization, Design and Behaviour**. Fourth Edition, Delmar Thomson Learning, New York.
32. Superina R., Shneider B., Emre S., Sarin S. and Goyet V. (2006) Surgical Guidelines for the Management of Extra-hepatic Portal Vein Obstruction. **Pediatr Transplantation** 10(8): 908-913.
33. T.C. Kalkınma Bakanlığı İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması  
[http://www.ab.gov.tr/files/ardb/evt/2\\_turkiye\\_ab\\_iliskileri/2\\_2\\_adaylik\\_sureci/2\\_2\\_8\\_diger/tckb\\_sege\\_2013.pdf](http://www.ab.gov.tr/files/ardb/evt/2_turkiye_ab_iliskileri/2_2_adaylik_sureci/2_2_8_diger/tckb_sege_2013.pdf) , Erişim Tarihi:09.10.2015.
34. Tabachnick B. G. and Fidel L. S. (2001) **Using Multivariate Statistics (Fourth Edition)**, Allyn & Bacon Inc, Boston.
35. Weiser T. G., Makary M. A., Haynes A. B., Dziekan G., Berry W. R., Gawande A. A. and the Safe Surgery Save Lives Measurement and Study Groups (2009) Standardised Metrics for Global Surgical Surveillance. **Lancet** 374: 1113-1117.
36. WHO (World Health Organization) (2004) **Selection Indicators for Hospital Performance Measurement**. A Report on the 3rd and 4th Workshop, Barcelona.
37. Zhang B., Hao J., Ma G., Yue J. and Shi Z. (2014) **Semi-Paired Probabilistic Canonical Correlation Analysis**. International Conference on Intelligent Information Processing, Berlin.



# Çorum İli Sungurlu İlçesinde Hizmet Almış Hastaların Aydınlatılmış Onamla İlgili Farkındalıkları

Songül DEMİREL\*  
Muhammet ÇANKAYA\*\*

## ÖZ

*Bu çalışmada; aydınlatılmış onamla ilgili Çorum ili Sungurlu ilçesinde sağlık hizmeti almış bireylerin farkındalıkları araştırılmıştır. Araştırmada birincil verilerin elde edilebilmesi amacıyla anket yöntemi kullanılmıştır. Anket katılımcılarla yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Anketin uygulanmasında, "tesadüfi örnekleme yöntemi" esas alınmış ve bu çerçevede 210 anket formu dağıtılmıştır. Araştırma 01-28 Ekim 2014 tarihlerini kapsayan dört haftalık bir zaman diliminde yapılmıştır. Katılımcılar tarafından eksik cevaplanan anketler değerlendirme dışı bırakılmış ve sonuç olarak 193 anket değerlendirilmeye alınmıştır. Anket formu 7 adet çoktan seçmeli demografik bilgi, 18 adet ise aydınlatılmış onamla ilgili farkındalığı ölçmeye yönelik 1'den 5'e çoktan seçmeli likert tipi ölçekten oluşmaktadır. Anketlerden elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve SPSS 15 istatistik analiz programında analiz edilmiştir. Katılımcıların demografik özelliklerini tespit etmek için frekans analizi yapılmıştır. Değişkenlerin aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmıştır. Bağımsız değişkenlerle bağımlı değişken arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Aydınlatılmış onama dair farkındalığın cinsiyetlere göre farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışma sonucunda erkeklerin aydınlatılmış onama dair farkındalıklarının, kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (4,00>3,00, p=0,004 ve p<0,05). Ayrıca sosyal güvence düzeylerine göre aydınlatılmış onam farkındalık düzeylerinin farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Emekli Sandığı tarafından sigortalanan hastalar en yüksek farkındalık düzeyine sahipken, hiçbir sosyal güvencesi bulunmayanlar en düşük aydınlatılmış onam farkındalık düzeyine sahiptirler (p=0,012 ve p<0,05). Yapılan araştırma sonucunda; katılımcıların aydınlatılmış onama dair farkındalıklarında cinsiyet ve sosyal güvence düzeyi değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuş, diğer değişkenlerde ise istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olmadığı tespit edilmiştir.*

**Anahtar Kelimeler:** Aydınlatılmış Onam, Farkındalık, Sağlık Hizmeti

## Awareness of Patients on Informed Consent: Sampling in Sungurlu District of Corum Province

### ABSTRACT

*In this study; awareness of the individuals receiving health service in Sungurlu district of Corum province was investigated regarding informed consent. Survey method was used in order to obtain the primary data in this research. The survey was executed by interviewing the participants face to face. In the application process of the survey, "random sampling method" was based, and 210 questionnaires were distributed in this context. The research was carried out within a time period of four weeks from 1 to 28 October, 2014. The questionnaires with missing answers were left out of assessment, and consequently 193 questionnaires were evaluated. The questionnaire consists of 7 multiple-choice demographic information and 18 likert scales by a multiple-choice from 1 to 5, which intend to measure the awareness of informed consent. The data obtained from the questionnaires was*

\* Öğr. Gör. Hitit Üniversitesi, Sungurlu Meslek Yüksekokulu, Yönetim ve Organizasyon Bölümü, songuldemirel66@gmail.com

\*\* Öğr. Gör. Hitit Üniversitesi, Sungurlu Meslek Yüksekokulu, Yönetim ve Organizasyon Bölümü, muhammetcankaya@gmail.com

transferred to electronic environment and analyzed in SPSS 15 statistical analysis program. A frequency analysis was carried out in order to determine the demographic characteristics of the participants. Arithmetic average and standard deviations of the variables were calculated. Correlation analysis was carried out in order to determine the correlation between the independent variables and dependent variable. It was concluded that the awareness of informed consent differed by genders. As a result of this research, it was found out that awareness of informed consent of men is higher than women ( $4.00 > 3.00$ ,  $p=0.004$  and  $p < 0.05$ ). Moreover, it was concluded that awareness levels of informed consent differed by the levels of social security. While the patients insured by the Retirement Fund have the highest level of informed consent, the ones without any social security have the lowest awareness of informed consent ( $p=0.012$  and  $p < 0.05$ ). As a result of the research, it was found out that there were statistically significant differences in the awareness of informed consent of the participants in the variables of gender and social security level, and it was determined that there is not statistically significant differences in other variables.

**Keywords:** Informed Consent, Awareness, Health Service

## I. GİRİŞ

Son yıllarda, hasta hakları ilgili çevrelerde tartışılan ve sık sık kamuoyunun gündemine gelen konular arasında kendisine yer bulmaya başlamıştır. Birçok ülkeyle beraber ülkemizde de hasta haklarının korunabilmesi adına çeşitli faaliyetler yapılmaktadır. Konunun ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde gündeme geldiği görülmektedir. Hasta hakları hareketinin itici gücünün Amerikan mahkemeleri ve özel sağlık sektörü olduğu kabul edilmektedir. Hasta haklarına dair bildirge Amerikan Hastaneler Birliği'nin girişimleri ile 1972 yılında on iki maddeden oluşmuştur. Hasta haklarının geçmişine bakıldığında uluslararası niteliği olan ilk belgenin, 1981 yılında Dünya Tabipler Birliği tarafından Lizbon Bildirgesi yayınlanmış, 1995'te tekrar gözden geçirilerek kapsamlı bir içerik kazandırılmıştır. Yine aynı yıllarda Dünya Sağlık Örgütü'nün Amsterdam Bildirgesi (1994) olarak bilinen "Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi" ile, Türkiye de dahil Avrupa devletlerinin hasta haklarını geliştirilmesi amaçlanmıştır. Avrupa Birliği (AB), Roma Şartı ile AB ülkelerinde uyulması gereken hasta haklarını açıklamıştır (Güvercin 2007).

Türkiye'de, Avrupa Birliği sürecinin de etkisiyle, 1998 yılında "Hasta Hakları Yönetmeliği" ilk defa yayımlanmış, 2015 yılında ise yeni hali uygulamaya koyulmuştur. Sağlık Bakanlığı, bu yönetmeliğe işlerlik kazandırmak amacıyla, 2003 yılında "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge"yi yayınlamış ve 2005 yılında ortaya çıkan ihtiyaçlara göre bu yönergeyi yenilemiştir.

Buna göre, 2004 yılından itibaren hastanelerde ve diğer sağlık tesislerinde Hasta Hakları Birimleri ve Kurullarını oluşturulmaya başlanmıştır. Hastaların sağlık hizmeti alma sürecinde ortaya çıkan şikâyetlerine çözüm bulunması, tartışılması ve sorumluların tespiti, Hasta Hakları Birim ve Kurulları oluşturularak görevlendirilmişlerdir.

Yukarıda sayılan çabaların başarıya ulaşip ulaşmadığına dair bir alan araştırması olan çalışmamız Çorum ili Sungurlu ilçesinde sağlık hizmeti alan kişilerin hasta hakları özelinde aydınlatılmış onama dair farkındalıklarına bakılmaya çalışılmıştır.

## II. NİÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM?

Aydınlatılmış onam öncelikle hekime; önerdiği tedavi ve hastanın durumu hakkında tüm gerçekleri hastasına açıklama ödevini yüklemektedir. Böylelikle bireyin kendi hakkında karar verme hakkı olabilmektedir. Hukuken kendisine yetki verilmiş kişi, bedenine ne yapılacağına karar verme hakkına sahip olup onun isteği dışında hiçbir girişim için zorlanmamalıdır (Karsavuran ve diğerleri 2011). Kabaca tariflenebilecek bu durum sağlık

hizmetlerinde çeşitli sorunlara çözüm üretmek maksadıyla yukardaki tarihsel süreçleri izleyerek bugüne gelinmiştir. Bunlardan birincisi; hastaya yapılması gereken müdahalelerde geç, eksik ve hatalı uygulamaların yaygınlaşmasıyla birlikte cezai yaptırımlar gündeme gelmiştir (Özaslan 2006). Bu nedenle aydınlatılmış onam hukukta kendine zamanla yer bulmuştur. Yapılan hukuksal düzenlemeler sonucunda zorunlu olarak hasta ve yakınlarına verilen bilgi hem hasta ve yakınlarının bireyin sağlığı ile ilgili karar sürecine katılmalarına, hem de hekimin hukuk karşısında kendini koruyabilmesine imkân tanır (Özaslan 2006). İkincisi; kitle iletişim araçlarının yaygınlaşması sağlık hizmetindeki uygulamaları haber verirken, diğer yandan sağlık ve hastalık kavramlarıyla ilgili bilinçlenmeyi sağlamıştır. Üçüncüsü; toplumların refah düzeyinde meydana gelen ilerleme, nitelikli sağlık hizmetine olan talebi her geçen gün artırmaya devam etmiştir. Refah düzeyindeki artışla paralel diğer bir gelişme de insan yaşamına verilen değer bağlamında yaşam hakkı, sağlık hakkı, beden bütünlüğü hakkının kişilik hakları içerisinde mutlak, vazgeçilmez ve terk edilmez olarak kabul edilmeye başlanmasıdır (Özcan, Özel 2007).

Her ne kadar sağlık hizmetini alan hastalar için tüm bunlar olumlu gelişmeler olsa da kimi zaman hastalar bu haklarını istenildiği gibi kullanamamaktadırlar. Hasta hakları ve beraberinde önemli bir yere sahip olan aydınlatılmış onam, ülkemizde geçmiş on yılda sağlık hizmetlerinde uygulanmaya çalışılmaktadır. Hasta özerkliği ve aydınlatılmış onam öncelikle yasal ve etik bir gerekliliktir (Zafar 2011). Geçmiş yıllarda hastalar, sağlık sorunları karşısında hekimin kendileri için en iyiyi yapacağını düşünerek tüm kararları ve işlemleri hekimin inisiyatifine bırakmaktaydılar (Özaslan 2006). Bu nedenle aydınlatılmış onam kimi çevrelerce ataerkil ve otokratik uygulamalara deva olarak gösterilebilmektedir. Yani paternalizm karşıtı olan bu uygulamaları destekleyen varsayım bireylerin özgür ve bilinçli seçim yaptıklarını varsaymaktadır. Teşhis ve tedavi sırasında yeterli bilgiyle donanmış bireyin güçlenerek özerk karar verebileceği düşünülmektedir (Corrigan 2003). Ancak hastaya özgü kimi nedenler istenilen sonucun elde edilmesine engel oluşturabilmektedir.

Dünya genelinde toplumsal gelenekler, okuryazarlık durumu, tıbbi bakıma erişim gibi durumlar ülkeden ülkeye değişebileceği gibi kişiden kişiye de değişebilir faktörlerdir. Bu nedenle uluslararası işbirlikleriyle ve aynı stratejileri kullanarak yapılacak uygulamalar uygun olmayabilecektir (Donald et al. 2010). Bu bağlamda standart formlar oluşturulma çabaları anlamsız kalabilmektedir. Standart formlar temelde atlanmaması gereken bazı kuralların hatırlanması ya da akılda tutulması açısından yararlı olabilir ancak “Tıpta hastalık yok hasta vardır” mantığı böyle bir çabanın ne kadar anlamsız olduğunu göstermesi açısından önem arz etmektedir (Özaslan 2006).

Hizmet verilen hastaların sosyo-ekonomik ve kültürel özellikleri verilen hizmetin niteliğini etkileyen temel faktörlerdendir. Hasta yoğunluğu ve hasta profili hekimin ve sağlık personelinin hizmet kalitesini etkileyen temel engeller olarak karşımıza çıkmaktadır (Erbaş 2006). Hizmeti alan tarafından bakıldığında; ülke içerisinde bulunan farklı eğitim seviyelerinde bulunanlar, farklı lehçelerde konuşanlar, hatta öyle ki yabancı ve göçmenlerin verilen hizmetle ilgili bilgiyi yeterince belki de hiç anlayamamaları istenilen amacı sekteye uğratabilecektir. Hizmeti sağlayanlar tarafında ise; sağlık personelinin azlığı, iş yükünün fazlalığı, yapılan bilgilendirmeye ilgili bilinç düzeyleri, geri dönütler için bilgi ve tecrübe düzeyiyle verilmiş yanıtların yeterince tatmin edici olup olmadığı gibi pek çok faktör sayılabilecektir. Nitekim Bostan’ın yaptığı araştırma sonucunda sağlık çalışanlarının eğitim düzeyinin, meslekte çalışma düzeyinin ve okuduğu genel kültür kitabı sayısındaki artışın hasta haklarını konusundaki tutum düzeyini olumlu etkileyeceği belirtilmiştir (Bostan 2007).

Bu engellerin kaldırılması için öneriler arasında medya desteği, okuma yazma bilmeyenlere sağlık personeli tarafından okunması, hizmetin verildiği bireyin anlayabileceği dilde formlar hazırlanması gibi çözümler önerilmektedir (Bhurri et al. 2004). Ancak bu



çabaların sonuca varması verilen sağlık hizmetinin niteliğine ve hizmetin verildiği topluma dair birçok faktörün etkisi altında olduğunu görmek mümkündür. Sağlık hizmeti sunan ülkelerin, toplumların ve bireylerin birbirinden farklı olabileceği gibi, hizmetin içeriği ve hizmeti sunan sağlık personelinin de birbirinden sosyal, ekonomik ve kültürel farkları bulunmaktadır. Aydınlatılmış onamın teşhis ve tedavi sırasında sağlık personelinin hastaya yaptığı bilgilendirmenin yeterince yapılması ve anlaşılması çift yönlü bir iletişimle mümkün olabilmektedir. Hastanın bu anlamda duyarlılığı en az hizmeti veren kadar önem arz etmektedir. Toplumun geneli göz önünde bulundurulduğunda sağlık personeli ulaşılabilir ve eğitilebilir bir çoğunlukta olduğundan öncelikle hizmeti verenler üzerinden hizmet iyileştirmeye çalışılmaktadır.

### III. YÖNTEM

Araştırmamızın ana kütlesini Çorum ili Sungurlu ilçesinde faaliyet gösteren devlet hastanesinde yatarak ve ayakta tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada birincil verilerin elde edilebilmesi amacıyla anket yöntemi kullanılmıştır. Anketin uygulanmasında, “tesadüfi örnekleme yöntemi” esas alınmıştır. Anket çalışması 1-28 Nisan 2014 tarihleri arasında hastanede bulunan hastalara araştırmacılar tarafından uygulanmıştır. Araştırmanın yalnızca Sungurlu Devlet Hastanesinde yapılmış olması sebebiyle araştırma sonuçları için bir genelleme yapmak mümkün değildir. Bu çerçevede anket çalışması yapılan tarihlerde hastanede tedavi olan ve anket çalışmasını cevaplandırmayı kabul eden hastalara 210 anket formu dağıtılmıştır. Süre sonunda 193 anket değerlendirilmeye alınmıştır. Değerlendirmeye alınan anketlerin toplam anketlere oranı %92,38’dir. Anket katılımcılarla yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Anket formu iki bölümden ve toplam 25 sorudan oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde, katılımcıların cinsiyeti, medeni durumu, yaşı, eğitim durumu, mesleği, aylık geliri ve sosyal güvencesini tespit etmeye yönelik sorular bulunmaktadır. Anketin ikinci bölümünde hastaların aydınlatılmış onam ile ilgili farkındalık düzeyini ölçmek amacıyla, çeşitli sorulara yer verilmiş olan anket formu kullanılmıştır. Anket soruları toplam 18 ifadeden oluşmaktadır.

Anketlerden elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 15) istatistik analiz programında analiz edilmiştir. Katılımcıların demografik özelliklerini tespit etmek için frekans analizi yapılmıştır. Değişkenlerin aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmıştır. Bağımsız değişkenlerle bağımlı değişken arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Ayrıca ölçeklerin güvenilirlikleri Cronbach alfa kat sayıları ile değerlendirilmiştir.

Araştırmanın bağımsız değişkenini bireylerin demografik özellikleri, bağımlı değişkenini ise aydınlatılmış onam farkındalık düzeyi oluşturmaktadır. Buna göre araştırmanın hipotezleri aşağıda belirtilmiştir:

- H1: Bireylerin yaş düzeyi ile aydınlatılmış onama dair farkındalık düzeyi arasında ilişki vardır.
- H2: Bireylerin cinsiyeti ile aydınlatılmış onama dair farkındalık düzeyi arasında ilişki vardır.
- H3: Bireylerin eğitim düzeyi ile aydınlatılmış onama dair farkındalık düzeyi arasında ilişki vardır.
- H4: Bireylerin medeni durumu ile aydınlatılmış onama dair farkındalık düzeyi arasında ilişki vardır.
- H5: Bireylerin mesleği ile aydınlatılmış onama dair farkındalık düzeyi arasında ilişki vardır.
- H6: Bireylerin geliri ile aydınlatılmış onama dair farkındalık düzeyi arasında bir ilişki vardır.

H7: Bireylerin sosyal güvence düzeyi ile aydınlatılmış onama dair farkındalık düzeyi arasında bir ilişki vardır.

Araştırmanın amacı doğrultusunda geliştirilen hipotezleri test etmek için ise korelasyon analizlerinden yararlanılmıştır. Ayrıca frekans analizleri ve tanımlayıcı istatistiksel analizler de yapılmıştır.

#### IV. BULGULAR

##### 4.1. Anketin Güvenilirlik Analizi

Anketin güvenilirlik analizi yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0,821 olarak bulunmuştur. Bu da uygulanan anketin güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

##### 4.2. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılanların %46,4'ü erkek, %53,6'sı ise kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %32'sinin evli, %68'inin ise bekar olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların; %59,3'ünün 25 yaş altı, %20,1'inin 26-35 yaş arası, %11,9'unun 36-45 yaş arası, %8,8'inin 46 yaş ve üzeri gruplarda yer aldıkları görülmektedir. Katılımcıların %11,3'ünün ilköğretim, %23,2'sinin ortaöğretim, %61,9'unun ön lisans ve lisans son olarak da %3,6'sının lisansüstü düzeyinde eğitime sahip oldukları tespit edilmiştir. Katılımcıların; %9,3'ünün kamu kesimi çalışanı, %21,6'sının özel sektör çalışanı, %8,8'inin serbest meslek, %5,7'sinin işsiz, %6,7'sinin ev hanımı ve %47,9'unun diğer mesleklerde olduğu görülmektedir. Aylık gelir düzeyi açısından bakıldığında katılımcıların; %37,6'sının 500 TL'nin altında, %22,7'sinin 501-1.000 TL arasında, %21,6'sının 1.001-2.000 TL arasında, %13,9'unun 2001 TL ve üzeri aylık gelire sahip olduğu tespit edilmiştir. Sosyal güvence açısından incelendiğinde katılımcıların; %6,7'sinin Emekli Sandığı'na, %59,8'inin SSK'ya, %17,5'inin BAĞ-KUR'a bağlı olduğu, %3,1'inin Genel Sağlık Sigortası'na tabi olduğu ve %12,9'luk bir kısmın da sosyal güvencesinin olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmada kullanılan 5'li likert tipi ölçek ile ortalamalarının karşılaştırılmasında derecelendirme için belirlenen puan aralıkları şu şekildedir (Altun 2003):

Tamamen katılıyorum: 5.00 - 4.20  
Katılıyorum: 4.19 - 3.40  
Kararsızım: 3.39 - 2.60  
Katılmıyorum: 2.59 - 1.80  
Tamamen katılmıyorum: 1.79 - 1.00

Araştırma sonuçlarına göre hastaların aydınlatılmış onam konusundaki farkındalıklarına ilişkin tanımlayıcı istatistiksel analizlerin sonucu Tablo 1'de sunulmuştur. Ankette yer alan ifadelere katılımcıların verdikleri cevaplar incelendiğinde; genel olarak hastaların bilgilendirildiği yönünde bir sonuca ulaşılabilir. Çünkü katılımcıların cevaplarının ortalamasının (kararsızım=3) üzerinde olduğu görülmektedir. Ancak bazı ifadelere katılımcıların verdikleri cevaplar ortalamasının altında değerlerde kalmıştır. İfade 17 incelendiğinde "Hastanede yattığım sürede tedavi ve uygulamaları reddedebilme hakkım yoktur." ifadesinin aritmetik ortalaması 2,41'dir. Bu doğrultuda; katılımcıların tedavi ve uygulamaları reddedebilme konusunda hassas oldukları söylenebilir.

Katılımcılar ankette yer alan bazı ifadelere güçlü şekilde katılmışlardır. Bunlardan bahsetmek gerekirse; "kendilerine yapılacak tıbbi müdahale ve uygulamalarla ilgili bilgilendirilmeleri gerektiğini" ( $x=4,27$ ), "kendilerine yapılacak tıbbi müdahale ve işlem

hakkında anlaşılır bir dille bilgilendirme yapılması gerektiğini” (x=4,27), “işlem öncesi açıklamaların rahatlatıcı olması gerektiğini” (x=4,31), “hizmet aldıkları sağlık kuruluşunun kendilerine düzenli, temiz ve huzurlu bir ortam sağlaması gerektiğini” (x=4,29), “kendilerine yapılacak tedavi ve müdahalelerin mahremiyetlerini koruyacak şekilde düzenlenmiş bir ortamda yapılması gerektiğini” (x=4,40), “kendileri ile ilgili tıbbi kayıtları öğrenebilmeleri gerektiğini” (x=4,23) ifade etmişlerdir. Ayrıca “hastanede buldukları süre içerisinde uygulanan teşhis ve tedavilerin riskleri hakkında bilgi verilmesine gerek olmadığını” (x=4,28) ifade etmişlerdir. Bu durum hastaların bu süreçte hastane çalışanlarına olan güvenlerinin yüksek olabileceği ihtimali ile açıklanabilir.

Katılımcılar ankette yer alan bazı ifadelerle de nispi olarak yukarıdaki ifadelerle göre daha düşük olsa da katılmışlardır. Bunlar; “tedavilerini yapan sağlık personelinin kendisini tanıtmaması gerektiği” (x=3,65), “buldukları hastane ve/veya servis tarafından, tedavi süreçleri ile ilgili uymaları gereken kuralların kendilerine açıkça söylenmesi gerektiği” (x=4,05), “aydınlatılmış onam hakkındaki hakları ihlal edildiğinde gidebilecekleri bir birim ve/veya makam olduğunu bildiklerini” (x=3,73), “hayati tehlike söz konusu olduğunda istemeseler de kendilerine tıbbi müdahale yapılabileceğini” (x=3,63), “sağlık durumları ve tedavileri hakkındaki bilgilerin gizli tutulması gerektiğini” (x=4,11) ve ayrıca “hasta hakları birimine sadece belli durumlarda müracaat edilebileceğini” (x=3,47) ifade etmişlerdir. Son olarak katılımcılar; “aydınlatılmış onam hakkında yeterli bilgim var” (x=3,07), “hastanede uygulanan teşhis ve tedavinin doğru olduğuna inanıyorum” (x=3,36), “hastanelerde bulunan hasta hakları birimi ile ilgili bilgi sahibiyim” (x=3,30) ve “bu sağlık tesisinde haklarımın ihmal edilmeyeceğine inanıyorum” (x=3,07) ifadelerinde kararsız kalmışlardır.

**Tablo 1. Katılımcıların Aydınlatılmış Onam ile İlgili İfadeleri**

	İfadeler	Ort.	St. Sapma
1.	Tedavimi yapan sağlık personelinin kendisini tanıtmaması gerekmektedir.	3,78	1,59
2.	Bulduğum hastane ve/veya servis tarafından, tedavi sürecimle ilgili uymam gereken kurallar bana açıkça söylenmelidir.	4,06	1,41
3.	Aydınlatılmış onam hakkında yeterli bilgim var.	3,08	1,42
4.	Aydınlatılmış onam hakkındaki haklarım ihlal edildiğinde gidebileceğim bir birim ve/veya makam olduğunu biliyorum.	3,73	1,30
5.	Bana yapılacak tıbbi müdahale ve uygulamalarla ilgili bilgilendirilmeliyim.	4,27	1,28
6.	Bana yapılacak tıbbi müdahale ve işlem hakkında anlaşılır bir dille bilgilendirme yapılmalıdır.	4,27	1,28
7.	İşlem öncesi açıklama rahatlatıcı olmalıdır.	4,32	1,16
8.	Hizmet aldığım sağlık kuruluşu bana düzenli, temiz ve huzurlu bir ortam sağlamalıdır.	4,30	1,22
9.	Hayati tehlike söz konusu olduğunda istemesem de bana tıbbi müdahale yapılabilir.	3,63	1,53
10.	Sağlık durumum ve tedavim hakkındaki bilgiler gizli tutulmalıdır.	4,12	1,31
11.	Bana yapılacak tedavi ve müdahaleler benim mahremiyetimi koruyacak şekilde düzenlenmiş bir ortamda yapılmalıdır.	4,40	1,08
12.	Kendimle ilgili tıbbi kayıtları öğrenebilmeliyim.	4,24	1,23
13.	Hastanede uygulanan teşhis ve tedavinin doğru olduğuna inanıyorum.	3,36	1,35
14.	Hastanelerde bulunan hasta hakları birimi ile ilgili bilgi sahibiyim.	3,31	1,41
15.	Hasta hakları birimine sadece belli durumlarda müracaat edilebilir.	3,47	1,37

**Tablo 1. Katılımcıların Aydınlatılmış Onam ile İlgili İfadeleri (Devamı)**

	İfadeler	Ort.	St. Sapma
16.	Hastanede bulunduğum sürece uygulanan teşhis ve tedavinin riskleri hakkında bilgi verilmesine gerek yoktur.	4,28	1,41
17.	Hastanede yattığım sürede tedavi ve uygulamaları reddedebilme hakkım yoktur.	2,41	1,49
18.	Benim bu sağlık tesisinde haklarımın ihmal edilmeyeceğine inanıyorum.	3,07	1,42

Bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Tablo 2’de görüldüğü üzere korelasyon analizi sonucunda aydınlatılmış onam farkındalık düzeyi ile cinsiyet değişkeni arasında %20,6’lık negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ( $p=0,004<0,05$ ). Analizde cinsiyetler; 1=Erkek ve 2=Kadın şeklinde kodlanmıştır. Bu durum kadınların aydınlatılmış onam hakkında daha az bilgiye sahip olduklarını ifade ettiklerini göstermektedir. Yine aydınlatılmış onam farkındalık düzeyi ile sosyal güvence düzeyi arasında da %21,6’lık negatif yönlü çok zayıf bir ilişki bulunmuştur ( $p=0,003<0,05$ ). Analizde programa girilen veriler 1=Emekli Sandığı, 2=SSK, 3=BAĞ-KUR, 4=GSS’ye tabi, 5=Yok şeklinde kodlanmıştır. Bu durumda sosyal güvencesi olmayan bireylerden nispeten daha iyi sosyal güvencesi olan bireylere doğru gidildikçe aydınlatılmış onam bilgi düzeylerinin arttığı söylenebilir.

**Tablo 2. Demografik Değişkenler ile Aydınlatılmış Onam Farkındalık Düzeyi Arasındaki İlişkiyi Ölçmeye Yönelik Korelasyon Analizi**

Aydınlatılmış Onam Farkındalık (İfade 3)	Yaş	Cinsiyet	Eğitim	Medeni Durum	Meslek	Aylık Gelir	Sosyal Güvence Düzeyi
Pearson Correlation	-0,121	-0,206	0,106	-0,002	-0,054	0,008	-0,216
Sig. (2-tailed)	0,093	0,004	0,143	0,978	0,457	0,917	0,003
n	193	193	193	193	193	193	193

Yapılan korelasyon analizine göre aydınlatılmış onam farkındalık düzeyi ile yaş, eğitim, medeni durum, meslek ve aylık gelir durumu değişkenleri arasında bir ilişki bulunamamıştır. Korelasyon analizi sonuçlarına göre; H2 ve H7 hipotezleri kabul edilmiş, diğer hipotezler ise reddedilmiştir.

## V. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta haklarına dair mevzuat düzenlemeleri ve uygulamaların sağlık hizmetlerinde arzu edilen iyileşme düzeyini yakalayabilmesi şüphesiz hepimizin isteğidir. Ancak sadece ülkemizde değil diğer ülkelerde de görüldüğü üzere sağlık hizmetlerinde arzu edilen sonucun oluşabilmesi birden çok değişkene bağlıdır. Bu değişkenlerden bazılarını aşağıda yer verilmiş kendi çalışmamızda da yer yer rastlanmıştır.

Az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde bilgilendirme, hasta profiline bağlı olarak gelişmiş ülkelere oranla daha fazla zaman ve emek isteyen bir süreçtir. Hal böyle olunca da hekim ve sağlık personeli yüksek bir beklenti ile karşı karşıya bırakılmaktadırlar.

Hizmet sunulan bireyin sosyo-kültürel durumuyla ilgili olabilecek ve ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye değişebilecek aydınlatılmış onam uygulamaları ile ilgili olarak Sungurlu

Devlet Hastanesi'nden sağlık hizmeti alan hastalar üzerinde yapılan bu çalışma sonucuna göre katılımcılar aşağıdaki ifadelerle güçlü katılım göstermişlerdir:

- “kendilerine yapılacak tıbbi müdahale ve uygulamalarla ilgili bilgilendirilmeleri” gerektiğine,
- “kendilerine yapılacak tıbbi müdahale ve işlem hakkında anlaşılır bir dille bilgilendirme yapılması” gerektiğine,
- “işlem öncesince yapılan açıklamanın rahatlatıcı olması” gerektiğine,
- “hizmet aldıkları sağlık kuruluşunun kendilerine düzenli, temiz ve huzurlu bir ortam sağlaması” gerektiğine,
- “kendilerine yapılacak tedavi ve müdahalelerin mahremiyetlerini koruyacak şekilde düzenlenmiş bir ortamda yapılması” gerektiğine,
- “kendileri ile ilgili tıbbi kayıtları öğrenebilmeleri”

Aydınlatılmış onam bilgi düzeylerinin cinsiyetlere göre farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışma sonucunda erkeklerin aydınlatılmış farkındalık düzeylerinin, kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sosyal güvence düzeylerine göre aydınlatılmış onam bilgi düzeylerinin farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Emekli Sandığı tarafından sigortalanan hastalar en yüksek farkındalık düzeyine sahipken, hiçbir sosyal güvencesi bulunmayanlar en düşük aydınlatılmış onam farkındalık düzeyine sahiptirler. Bu durum kamu kurum ve kuruluşlarında çalışabilmek için belli bir eğitim seviyesi şartı gerektiğinden, bu grupta bulunanların emekli olduklarında da hukuki haklarına karşı daha duyarlı oldukları biçiminde yorumlanabilir.

Neticede ülkemizde bulunan insanların da aydınlatılmış onama dair yapılan çabalara olumlu yanıt vermeleri yukarıda sayılan faktörlerin tesiri altındadır. Hastaların sağlık kurumuna gelmeden önce mevcut bilgi ve farkındalığının olması verilen sağlık hizmeti sırasında yapılan çalışmaların başarısını artıracaktır.

Netice olarak; çalışma belli bir dönem içerisinde Sungurlu Devlet Hastanesi'nden sağlık hizmeti almış hastalar üzerine yapılmış olup, çıkan sonuçlar bu bağlamda değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarını tüm ülke için genellemek mümkün değildir. Bundan sonra yapılacak çalışmalar farklı bölgelerde bulunan hastanelerden hizmet alanlar üzerinde veya birden çok hastaneden hizmet alanlar arasında karşılaştırmalı olarak yapılabilir.

## KAYNAKLAR

1. Altun A. (2003) Öğretmen Adaylarının Bilişsel Stilleri ile Bilgisayara Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. **The Turkish Online Journal of Educational Technology** 2(1): 56-62.
2. Bhurgri H. and Qidwai W. (2004) Awareness of the Process of Informed Consent Among Family Practice Patient in Karachi. **The Journal of the Pakistan Medical Association** 54(7): 398-401.
3. Bostan S. (2007) Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Araştırılması: Farabi Hastanesi Örneği. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 10(1): 1-19.
4. Corrigan O. (2003) Empty Ethics: The Problem with Informed Consent. **Sociology of Health & Illness** 25(3): 768-792.

5. Krogstad D. J., Diop S., Diallo A., Mzayek F., Keating J., Koita O. A. and Touré Y. T. (2010) Informed Consent in International Research: The Rationale for Different Approaches. **The American Society of Tropical Medicine and Hygiene** 83(4): 743-747.
6. Erbaş H. (2006) Bir Konferansın Düşündürdükleri, Aydınlatılmış Onam/Rıza Sözde Onam Olmasın. **IKU- İyi Klinik Uygulamalar** 15: 29-31.
7. Güvercin C. H. (2007) Türkiye'deki Gelişimi Açısından Hasta Hakları Kavramı. **Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Ankara.
8. Karsavuran S., Kaya S. ve Akturan S. (2011) Hasta-Hekim İletişiminde Güven: Bir Genel Cerrahi Polikliniği Örneği. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 14(2): 185-213.
9. Özaslan A. (2006) Aydınlatılmış Onam. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, **Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi Sempozyum Dizisi** 48: 43-54.
10. Özcan B. G. ve Özel Ç. (2007) Kişilik Hakları-Hasta Hakları Bağlamında Tıbbi Müdahale Dolayısıyla Çıkan Hukuki İlişkide Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü ve Aydınlatılmış Rızaya İlişkin Bazı Değerlendirmeler. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 10(1): 49-74.
11. Zafar S. (2011) The Awareness of 'Informed Consent', Among Medical Students and the Current Consent Practices at a Tertiary Care Hospital. **Annals of PIMS Pakistan Institute of Medical Sciences** 7(4): 176-179.



# Sağlık Kurumlarında Sağlıklı İletişim: Bilgisayar Operatörleri, Güvenlik Görevlileri ve Yönlendirme Çalışanları Örnekleme

Cemile ÇETİN\*  
Pınar KURBAN\*\*  
Nazlı Müge BİLİCİ\*\*\*

## ÖZ

*Tarihin başlangıcından beri sağlık ve iletişim insan öznesinin varlığının en temel iki bileşenidir. Sağlıkta, sunulan hizmete iletişim ile eklenen değer, hizmeti sunanlar ile hizmeti talep edenler arasındaki ilişkiden etkilenir. Sağlık hizmeti, ertelenemeyen ve bekletilemeyen yapısı ile nitelik ve nicelik olarak çeşitliliği yüksek, ekip çalışması sonucu üretilebilen ve sunulabilen bir niteliktedir. Sağlık hizmetinin öncelikli olarak sunulduğu yerler ise hastanelerdir. Çalışmanın araştırması İzmir'de faaliyet gösteren bir kamu hastanesinde hizmet alımı ile çalışan örneklem grubu olarak bilgisayar operatörleri, güvenlik görevlileri ve yönlendirme çalışanları ile gerçekleştirilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmış ve 152 çalışanla görüşülmüştür. Araştırmanın amacı, sağlık personelinin hastanedeki iletişimi ve nedenlerini analiz etmektir. Bu çerçevede, bilgisayar operatörleri, güvenlik görevlileri ve yönlendirme çalışanları kişisel iletişim becerilerine ilişkin algılarını hem kendi, hem iş arkadaşları hem de hasta ve hasta yakınlarının bakış açıları ile değerlendirmişlerdir. İş arkadaşlarının değerlendirmelerinde, hem erkek hem de kadın çalışanlar için başat iletişim kurma becerileri sevecenlik ve konuşkanlıktır. Benzer şekilde, hasta ve hasta yakınlarının çalışanların iletişim kurma becerilerine yönelik değerlendirmeleri de "olumlu" olarak saptanmıştır.*

**Anahtar Kelimeler:** İletişim, Sağlık Hizmetleri, İçerik Analizi, Hizmet Alımı

## Healthy Communication in Health Institutions: Sample of Computer Operators, Security Officers and Routing Information Personnel

### ABSTRACT

*Since the beginning of history, health and communication are the main components of the human being. The value of given service in health is effected by the relationship between service providers and for those who demand service. Health care has such a structure with high diversity in quality and quantity, can be seen and can be presented with the teamwork that can not be postponed and can not be stand. The places where health services are primarily served are the hospitals. The research of this study is made in İzmir at a public hospital with computer operators, security guards and directing employees that are the the sample group of employees by outsourcing. A semi-structured interview technique was used and was interviewed with 152 employees. The aim of this study is to analyze the communication and the reasons of health personnel at the hospital. In this contest, computer operators, security guards and directing employees can evaluate the perception of behaviors of personal communication skills both with the eye of himself, colleagues, patients and the relatives of patients. At the evaluation of colleagues, dominant communication skills are compassion and*

\* Yrd. Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, cemilegurcay@gmail.com

\*\* Araş. Gör., Dokuz Eylül Üniversitesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, pinarkurban@yahoo.com

\*\*\* Yüksek Lisans Öğrencisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, nazmgeblc@gmail.com



*talkativeness for male and female employees. Similarly, the evaluation of communication skills for employees and patients and their relatives has been identified as "positive."*

**Keywords:** *Communication, Health Care Services, Content Analysis, Subcontracted Labour*

## I. GİRİŞ

İletişim her ne şekilde gerçekleşirse gerçekleşsin insanlar için ve insanlar arasında vazgeçilmez bir olgudur. Toplumsal hayatın her alanında bireylerin, toplumun diğer üyeleriyle ilişkilerini düzenlemede, aile ve sosyal ortamındaki mutluluğunu ya da mutsuzluğunu belirlemede önemli bir etkiye sahiptir. Gerek iş dışı yaşamın gerekse iş yaşamının başarılı ve istenen sonuçlarını elde etmedeki yeri ve gerekliliği tartışılmaz bir gerçektir. Etkili iletişim becerisi, her bireyin özel hayatında ve öğrenim sürecinde olduğu gibi meslek hayatında da kendini ifade edebilmek, anlatabilmek, karşısındakini anlayabilmek, çatışmaları önleyebilmek ya da yönetebilmek, çıkan problemleri çözebilmek için, kısacası kendisiyle ve sosyal çevresiyle anlaşabilmesi için ihtiyaç duyduğu temel beceridir (Uzuntaş 2013).

Özellikle son yıllarda çalışma hayatı eksenli gelişmelerde hizmet sektörü ağırlıklı yönelimler, beraberinde hizmet sunanlar ile hizmeti alanlar arasında birebir ilişkiyi ve iletişimi artırıcı paylaşımları ve bunlara ilişkin sonuçları, sorunları ile birlikte ele alınması gereken çalışma alanı olarak oluşturmaktadır. Bu noktada toplumdaki tüm bireyleri ilgilendiren ve etkileyen sağlık sektöründe özellikle çalışan merkezli ve iletişim odaklı yaşanan olaylar hem kurumsal hem de sağlık hizmetine yönelik algının olumlu ya da olumsuz oluşmasına neden olmaktadır. Hizmet sektöründe özellikle hastanelerde hizmet talep eden hasta sayısının günden güne artışına dayalı iş yükü fazlalığı ile çalışma koşullarının giderek zorlaşıyor olması, hem çalışanların kendi aralarında hem de hizmet sundukları kişilerle aralarındaki ilişkinin sorun odaklı oluşmasını kaçınılmaz kılmaktadır.

Sağlıkta hizmeti sunanlar ile hizmeti talep edenler arasında sağlıklı iletişim, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti ve tedavinin başarısı için oldukça önemlidir. Hastalık söz konusu olduğunda iletişimin kalitesi düşebilmektedir. Bunun nedeni ağırlıklı olarak sorun odaklı anlatımlar ve buna dayalı hassasiyetlerin getirdiği algı ve anlayış değişiklikleri olabilir. Sağlık kuruluşlarına hizmet almak için gelen kişilerin odaklandıkları konular zaman zaman hizmet sunanlar tarafından doğru anlaşılammaktadır. Sağlık hizmetleri gibi ilişki düzeyi yüksek olan hizmetlerde; hizmet dağıtımı hizmetin kendisini ifade etmektedir ve çalışanların hasta ve hasta yakınlarına karşı davranışları, tatminin önemli bir belirleyicisidir (Gabbott, Hogg 2001).

Ülkemiz literatüründe sağlık sektöründe gerçekleştirilen araştırmaların örneklem olarak çalıştığı gruplar başta sağlık alanında çeşitli kademelerde eğitim alan öğrenciler (Gaskar, Özyazıcıoğlu 2014; Erigüç, Eriş 2013; Tavşanlı ve diğerleri 2012; Bingöl, Demir 2011; Akyurt 2009; Tutuk ve diğerleri 2002; Aşçı ve diğerleri 2015) olmak üzere, hekimler (Atilla ve diğerleri 2012; Gezergün ve diğerleri 2006), hemşireler (Şen ve diğerleri 2013; Kumcağız ve diğerleri 2011; Çam ve diğerleri 2007), ebeler (Avcı ve diğerleri 2012; Çam ve diğerleri 2007) ile tıbbi sekreterler (Ünal ve diğerleri 2013; Körpe, Tengilimoğlu 2002) ağırlıklıdır. Çalışmanın özgünlüğü, bir kamu hastanesinde bilgisayar operatörü, güvenlik görevlisi ve yönlendirme çalışanı olarak hizmet sunan çalışanlarla gerçekleştirilmiş olmasıdır.

Yapılan araştırmayla, İzmir'deki bir kamu hastanesinde hizmet alımı (taşeron) ile çalışan bilgisayar operatörü, güvenlik görevlisi ve yönlendirme personelinin (hasta ve hasta yakınları ile bire-bir diyalog kuran çalışanların), hem kendi aralarındaki hem de hasta ve

hasta yakınları ile olan iletişimlerine ilişkin algıları, nitel bir yöntem kullanılarak ortaya konulmak istenmektedir.

## II. İLETİŞİM

### 2.1. İletişim Kavramı

Yaşamsal bütünde iletişim, en az nefes almak kadar gerekli ve hayati bir öneme sahiptir. Bireyselden evrensele, insan ve onun hayatı boyunca iletişimin olmadığı zaman ya da yer yoktur. En yalın tanımıyla iletişim; insanın kendini, duygu ve düşüncelerini, ihtiyaçlarını anlatma ve başkalarını anlama yoludur. İletişim; “fikirlerin, duyguların, düşüncelerin, niyet ve gereksinimlerin insanlar arasında karşılıklı olarak iletildiği bir süreçtir” (Akt. Akgün 2012). Diğer bir ifade ile iletişim, insanların davranışları etkilemek veya belli bir sonuca ulaşmak amacıyla duygu, düşünce, inanç, tutum ve davranışlarını, sözlü ya da yazılı iletmeleri sürecidir. İnsanlar, örgütler ve kurumlar arasındaki etkileşim iletişim sayesinde gerçekleşir (Demirtaş 2010).

Etkili iletişim becerisi ise her bireyin özel hayatında ve öğrenim sürecinde olduğu gibi meslek hayatında da kendini ifade edebilmek, anlatabilmek, karşındakini anlayabilmek, çatışmaları önleyebilmek ya da yönetebilmek, çıkan problemleri çözebilmek için, kısacası kendisiyle ve sosyal çevresiyle anlaşabilmesi için ihtiyaç duyduğu temel beceridir (Uzuntaş 2013). “Bir kaynaktan (kişi, kişiler veya organizasyon), bir araçla (yazılı, sözlü, görsel veya beden dili ile), bilgi, haber, düşünce, durum, duygu veya kültürün bir başka insan veya insan topluluklarına aktarılması” olan iletişim insanın duruşu, oturuşu, konuşması, dinlemesi gülmesi susması kısaca her davranışı çevresine çeşitli mesajlar iletmesi anlamındadır. Bu doğrultuda iletişim sadece sözlü ifadelerle değil, davranışlarla da gerçekleştirilebilmektedir (Turhan 2014). Nitekim literatürde kişiler arası iletişimi tanımlamada üç temel unsur söz konusudur: konuşmacı/kişi, konu ve çevre. İletişim kişiler arasında interaktif olarak gerçekleşen ve çevreden etkilenen bir süreçtir. Bu üç faktör birbirlerini etkileyerek iletişimi meydana getirir ve bazı engellerle sonuç etkili olmayan iletişim olarak da gerçekleştirilebilir (Park, Song 2005).

Etkili iletişim insanların çalışma hayatlarında sorunları çözmelerine yardımcı olurken kişisel yaşamlarında da ilişkilerini iyileştirmelerine ve sürdürmelerine yardımcı olur. İletişim uzmanları zayıf iletişimin birçok sorunun temelinde yer aldığını ve etkili iletişimin de bunun tek çözümü olduğunu düşünmektedirler (Küçük 2012).

### 2.2. Sağlık Kurumlarında İletişim

Sağlık hizmeti, bireyler tarafından herhangi rahatsızlık ortaya çıktığında talep edilen bir hizmettir. Diğer bir ifade ile sağlık hizmetine ihtiyaç hisseden insanlar sıkıntılı süreçleri yaşayan özelliktedirler. Bu durum, sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları ilişkisindeki iletişimi, hizmetin üretilmesinde ve etkin bir şekilde sunulmasında olağan zamanlara nazaran daha önemli, hassas ve öncelikli bir noktaya taşımaktadır. Nitekim, sağlık hizmetleri bedensel, düşünsel ya da ruhsal sorun yaşayan insana yine insan aracılığı ile sunulan hizmetlerdir. Bu özellik, sağlık kurumlarında özellikle hizmeti alan ve hizmeti sunan kişiler arasındaki iletişimi ve buna bağlı olarak da oluşan sonuçları giderek daha önemli bir hale getirmektedir. Son yıllarda yapılan araştırmalara göre, özellikle sağlık hizmeti sunanların kendi aralarındaki iletişim kalitesinin düşük olması, tıbbi hataların ortaya çıkmasında en büyük etken olarak görülmektedir. Sağlık alanında etkili ve işbirliğine dayalı iletişimin çıktıkları incelendiğinde ise, hastaların yeniden kabul edilme ve memnuniyet düzeylerinin artışı üzerinde olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir (Dingley et al. 2005). Sunumu emek yoğun bir hizmet işletmesi olan hastanelerde gerçekleşen sağlık hizmeti öncelikli olarak tıbbi

hizmetlerdir. Diğer alt hizmet birimleri yardımcı hizmetler olarak adlandırılabilir ve tüm hizmet birimleri birbirine bağlıdır. Biri olmadan diğerinin işlevini gerçekleştirme mümkün değildir (Gemlik ve diğerleri 2015). Hastanelerin başarısı ya da başarısızlığı çalışanlarına bağlıdır. Bir diğer ifade ile hastane çalışanlarının her biri kendine verilen görevleri yerine getirmek için çaba harcamaya istekli olmadıkça idari faaliyetlerden hiçbir sonuç alınmaz. Dolayısıyla kurumsal ve ilişkisel başarı için her bir çalışanın görevini etkin bir şekilde yerine getirmeye karşı istekli ve getirir davranışlar içerisinde olması gerekir.

Hastanelerde fiziksel, teknolojik ve tıbbi nitelik çok önemlidir. Ancak başarıları çoğunlukla insan faktörünün etkinliğine dayanmaktadır. Hastane bir sağlık işletmesi olarak diğer bütün işletmeler başarısı çalışanlarının başarısına bağlı olarak arttırılabilir özelliğine sahiptir. Bir diğer ifadeyle, gerçekte bir hastane için en önemli başarı kaynağı hem girdi olarak hem de çıktılarını yaratma kapasitesi olarak çalışanlarıdır. Bu noktada hastane yönetimlerinin sorumluluklarından biri çalışanların istek ve ihtiyaçlarını algılamak, beklentilerini karşılamak ve doğru iletişim kanalları aracılığıyla etkin bir iletişim kurabilmektir. Bu nedenle hastanelerde çalışan kişilerden beklenen verimin elde edilmesi, huzurlu bir çalışma ortamının sağlanması, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti için hastane yönetimi ve çalışanlar arasında sağlıklı bir iletişim süreci oluşturulmalı ve en iyi şekilde yönetilmeye çalışılmalıdır. Yönetici ve çalışanlar arasında iletişim etkinliğinin arttırılmasına yönelik çabalar, hastanelerin, başta insan kaynakları olmak üzere öz kaynaklarını daha avantajlı kullanabilmesinin ve kurumun gelişebilmesinin anahtarlarından biridir (Ün 2014).

Hastanelerde hastalar, hasta yakınları, sağlık çalışanları, idari ve diğer çalışanlar arasında gerçekleşmekte olan iletişim süreci, bilgi işlem kayıtları, sözel-telefonla alınan istemler, tetkik sonuçları vb. mesajların iletilmesini sağlayan kanallar olarak karşımıza çıkmaktadır. Panik, acı, belirsizlik, kaygı, korku vb. duygular arasında bocalayan hasta ve hasta yakınları şefkat, anlayış, saygı ve ilgi beklemektedir. Güven duygusunu en üst düzeyde yaşamak istemektedir. Bir yandan durumunun açıklanması bir yandan anlayacağı bir dille tedavisi diğer bir yandan da durumu ile ilgili yeterli bilgi alma beklentisi içindedir. Hasta hem bir vatandaş olarak bilgilendirme hem de hasta olarak bilgi edinme hakkına sahiptir. Bilgi ve duygu bağlamında hastayla yeterli iletişim kurmak ya da ona bu güvenin verilmesi sağlıkta en temel gerekliliklerdendir (Altıntaş 2014).

Sağlıkta iletişim denildiğinde sadece sağlık alanında öğrenim gören ve bu alanda mesleklerini devam ettiren çalışanlar değil, sağlık hizmetlerinin sağlanması sırasında süreçte katkıda bulunan çalışanların da iletişim performansları önem kazanmaktadır (Negri et al. 1997). Nitekim sağlıkta iyi ve kaliteli iletişim sorunları çözen değil sorunların oluşmasını engelleyen nitelikte yaşanmak zorundadır. Çünkü sağlık hizmeti sonucu itibari ile hatayı tolere etme potansiyeli en düşük hizmet alanlarından biridir.

Yetersiz ve etkin olmayan iletişimin hastanede görülebilecek sonuçlarından bir kısmı; tekrar eden işler, uygulanamayan plan ve programlar, cezalandırılan çalışanlar ile elemanlarının yetersizliğinden sürekli olarak mutsuz ve memnun olmayan yöneticiler olarak ortaya çıkmaktadır. Bu ve benzer durumlar, hastaneye gerek ayaktan muayene hizmeti almak amacı ile gerekse yatacak hasta olarak gelen kişilerin yaşamlarını tehlikeye sokan durumlar oluşturabilmektedir (Şimşek 1998).

### III. UYGULAMA

#### 3.1. Amaç ve Yöntem

Bu çalışmanın amacı hastanelerde bilgisayar operatörü, güvenlik görevlisi ile yönlendirme personeli olarak hizmet sunan çalışanların hem birbirleri ile hem de hasta ve hasta yakınları ile olan iletişimlerini anlamaktır. Sağlık hizmeti talep eden kişilerin bu hizmeti doktor ve diğer sağlık çalışanlarından almadan önce karşılaştıkları hastane çalışanları yardımcı hizmetler olarak ifade edilen (bilgisayar operatörü, güvenlik görevlisi ile yönlendirme personeli) çalışanlardır. Hasta ve hasta yakını boyutu ile talep edilen sağlık hizmetine güven bu noktada ve bu kişilerin iletişiminde başlamaktadır. Bu noktada, çalışmada bu çalışan grubun iletişim konusunda kişisel deneyimlerine ilişkin derin ve detaylı sözel veri elde etmek için nitel araştırma yöntemlerinden yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmış ve içerik analizi yapılmıştır. Görüşmeler hem yazılı olarak not tutmak hem de konuşulanları sesli kayıt etmek şeklinde gerçekleştirilmiştir. Kayıtlar birleştirilerek nihai araştırma verilerine ulaşılmıştır. Aynı zamanda hasta ve hasta yakınları ile yaşanan iletişim sorunlarının temelinde işin akışı ve ortamın işleyişine ilişkin süreçlerdeki faktörlerin sağlıklı çalışmamasının da etkili olabileceğinden hareketle gözlem de gerçekleştirilmiş ve elde edilen bilgiler sonuç kısmında ele alınmıştır.

Çalışmada kullanılan sorular araştırmacılar tarafından örneklem grubun yöneticileri ile gerçekleştirilen görüşmelerden elde edilen bilgiler ile hasta şikayetlerine ilişkin dokümanların değerlendirilmesi sonucu oluşturulmuştur.

Araştırma amacına eşlik eden sorular şunlardır:

1. *İletişim* denilince aklınıza ilk gelen kelimeler nelerdir?
2. Sizin iletişim kurma becerinizle ilgili olarak iş arkadaşlarınız sizi hangi sözcüklerle anlatır?
3. Sizi hasta ve hasta yakınlarına sorsak, onlarla kurduğunuz iletişimi hangi sözcüklerle ifade ederler?
4. Hasta ve hasta yakınları ile iletişim kurarken en çok hangi kelimeleri kullandığınızı düşünüyorsunuz?
5. İşinizi yaparken ne yapılırsa ya da ne söylenirse ya da ne olursa duygularınızı/öfkenizi kontrol etmekte zorlanıyorsunuz/ zorlandığınızı düşünüyorsunuz?
6. Hastanede çalışanların kendi aralarında ya da yöneticileri ile ya da hasta ve hasta yakınları ile daha sağlıklı iletişim kurulabilmesi/kurabilmeniz için önerileriniz nelerdir?

#### 3.2. Örneklem

Araştırmanın evreni, ilgili hastaneye sağlık hizmeti almak için gelen doktor ve hemşire ile buluşmadan önce hasta ve hasta yakınlarına kurumsal kimlikleri ile ilk hizmet sunumunu gerçekleştiren grup olarak değerlendirilen bilgisayar operatörü, güvenlik görevlisi ve yönlendirme personelinin oluşmaktadır. Bu kapsamda araştırma, çalışma döneminde izinli raporlu olan 6 çalışan (%3,80) dışındaki 152 çalışan (%96,20) ile gerçekleştirilmiştir. Bir başka ifade ile herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamış, evrenin tümü çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma sonuçları demografik özelliklerden cinsiyet değişkenine bağlı olarak değerlendirilmiştir.

### 3.3. Kısıtlar

\* Çalışma verileri İzmir’de ve kamuda faaliyet gösteren bir hastaneden elde edilmiştir. Bu durum elde edilen sonuçları sadece söz konusu hastane için değerlendirilebilir hale getirmektedir.

\* Veriler hastanede destek hizmetlerinde hizmet alımı (taşeron) ile çalışan 3 farklı hizmet grubu çalışanlarına aittir.

\* Hastanenin özelliği, hizmet sunulan hastaların ağırlıklı olarak yaşlılardan oluşmasıdır.

\* Örneklem hizmet sektörünün genel özelliği olmakla birlikte sağlık sektörü kaynaklı olarak ağırlıklı kadın çalışanlardan oluşmaktadır. Bu özelliklerin daha homojen dağılması arzu edilen ideal durumdur, bu çalışma için mümkün olmamıştır.

### 3.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Araştırma verileri, 20 Nisan 2015 – 30 Mayıs 2015 tarihleri arasında İzmir İl merkezinde 6 klinik, 8 ana ve 18 yan dal poliklinik ile sağlık hizmeti sunan bir kamu hastanesinde toplanmıştır. Çalışma, hastane başhekiminin sözlü onayı ve sağlık otelciliği müdürünün çalışanların mesailerine göre görüşmeleri planlaması ile gerçekleşmiştir. Veriler hem görüşmelerde alınan notlar hem de sesli kayıt ile elde edilmiştir. Ayrıca 2 farklı günde sabah erken ve gece geç saat olmak üzere farklı birimlere ilişkin gözlemler gerçekleştirilmiştir.

Yarı-yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla toplanan sözel veriler içerik analiz tekniği kullanılarak analiz edilmiştir. İçerik analizi Johnson ve diğerlerinin (1996) modeline uygun olarak yapılmıştır. İlk olarak görüşme formundaki tüm sorulara verilen yanıtlar belli bir aşinalık düzeyi kazanma amacıyla okunmuş, sonra toplam 152 çalışanın verdiği yanıtlar kategorilere ayrılmış ve bu kategoriler daha genel kategoriler (beden dili, konuşmak, anlamak, dinlemek) altında toplanmıştır. Nihai kategoriler belirlendikten sonra tüm yanıtlar araştırmacılarından biri tarafından tekrar okunup belirlenen kategorilere kodlanmıştır. Her kategorideki yanıtlar kodlandıktan sonra cinsiyete göre yüzde ve frekansları hesaplanmıştır. Benzer biçimde, tablolarda çalışan söylemlerine de yer verilmiştir.

## IV. BULGULAR

### 4.1. Örneklem İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Çalışmada 104 kadın, 48 erkek olmak üzere toplam 152 personel ile görüşme yapılmıştır (Tablo 1). Buna göre örneklemin, %68’ini kadın çalışanlar, %32’sini erkek çalışanlar oluşturmaktadır.

Bölüm bazında değerlendirildiğinde, güvenlik çalışanları 34 kişi olup %21’i (7 kişi) kadın, %79’u (27 kişi) erkek çalışanlardır. Yönlendirme çalışanları 12 kişiden oluşmaktadır ve %75’i (9 kişi) kadın, %25’i (3 kişi) erkektir. Bilgisayar operatörlerinin ise %83’ü (88 kişi) kadın çalışanlar, %17’si (18 kişi) erkek çalışanlardır.

**Tablo 1. Örneklem Yapısı**

	Güvenlik Çalışanı		Yönlendirme Çalışanı		Bilgisayar Operatörü	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	7	21	9	75	88	83
Erkek	27	79	3	25	18	17
<b>Toplam</b>	34	100	12	100	106	100

#### 4.2. İletişim Denildiğinde Akla Gelen İlk Kelimelere İlişkin Bulgular

İletişim denildiğinde akla ilk gelen kelimeler 5 ana kategoride sınıflandırılmıştır (Tablo 2). Kategorilere bakıldığında, “*beden dili*”, “*konuşmak*” “*dinlemek ve anlamak*”, “*empati kurmak*” ve “*yardımcı olmak*” şeklinde oluşturulmuştur. Kadın ve erkeklerin yanıtlarına ilişkin ana kategoriler karşılaştırmalı olarak incelendiğinde, erkek çalışanlar kadın çalışanlara göre “*yardımcı olmak*” kategorisine 5 kişinin (%21) katkısı ile bir sonuç oluştururlarken kadın çalışanlar bu konuda herhangi bir görüş belirtmemişlerdir. Kadın çalışanlarda ise 30 kişi “*konuşmak*” kategorisinde yoğunlaşırken erkeklerde sayı 4 kişi olarak oluşmuştur. Bir diğer önemli vurgu ise “*empati kurmak*” kategorisinde gerçekleştirilmiştir. Erkek çalışanlar 4 kişi olarak empati kurmak üzerine söylemler oluştururken, kadın çalışanlarda bu sayı 5 olarak ortaya çıkmıştır. Hem kadın hem de erkek çalışanlarda özellikle “*beden dili*” kategorisine vurgu yapıldığı görülmektedir. Kadın çalışanların 31’i beden dili üzerine söylemlerde bulunurken erkek çalışanlarda bu sayı 6 kişi olarak oluşmuştur.

**Tablo 2. Çalışanların İletişim Denilince Akıllarına Gelen İlk Kelimeler**

	Kadın		Erkek		Çalışan Söylemleri
	n	%	n	%	
Beden dili	31	36	6	25	Mimikler/ Beden hareketi/ Beden dili/ Göz teması/ Yüz ifadesi/ Mimik/ Gülümsemek/ Hareketler/ Bakış/ Temas/ Jest ve mimikler/ Gülerek bakışmak/ Göz iletişimi/ Vücut iletişimi/ Jestlerle tamamlanan beden dili
Konuşmak	30	35	4	17	Konuşmak, Diyalog/ Sohbet etmek/ Konuşarak iletişim/ Karşılıklı konuşma hitap şekilleri/ Konuşma dili
Dinlemek ve Anlamak	20	23	5	20	Dinlemek/ Merhaba dinliyorum/ Evet dinliyorum/ Karşıdakini dinleme/ Karşıdaki kişiyi anlamak senin onu anlaması/ Karşımızdakini anlama/ Karşılıklı anlaşmak/ Kendini anlatabilmek/ Başkasını anlamak/ Karşılıklı anlama/ Karşıdakini anlayabilme/ Anlayış/ Karşılıklı anlaşabilme
Empati kurmak	5	6	4	17	Kendini onun yerine koyabilme/ Empati
Yardımcı olmak	--	--	5	21	Buyurun nasıl yardımcı olayım?/ Ne vereyim abime?/ Yardımcı olayım?/ Nasıl yardımcı olabilirim?
<b>Toplam</b>	86	100	24	100	

#### 4.3. İş Arkadaşlarının Bakış Açısı İle Çalışanların Sahip Oldukları İletişim Becerilerine İlişkin Bulgular

İkinci olarak iş arkadaşlarının bakış açısı ile çalışanların iletişim becerisi ifadelerine bakıldığında, cevaplar 5 ana kategoride incelenmiştir (Tablo 3). Bunlar, “*konuşkan olmak*”, “*sevecen olmak*”, “*sakin ve sabırlı olmak*”, “*çözüm üretici*” ve “*aceleci olmak*” şeklinde oluşturulmuştur. Kadın ve erkek çalışanların söylemleri karşılaştırmalı incelendiğinde kadın çalışanlar özellikle “*sakin ve sabırlı olmak*” kategorisinde 13 kişi ile yer alırken, erkek çalışanlarda bu kategori 4 kişi tarafından ifade edilmiştir. Bir diğer önemli vurgu ise “*sevecen olmak*” kategorisinde dikkat çekmektedir. Erkek çalışanlar iletişim konusunda sevecen olduklarını 10 kişi ile ve örneklemin yarısını temsil edecek şekilde ifade etmişlerdir. Kadınların ifadelerinde 16 kişinin vurgu yaptığı görülmektedir. Ayrıca kadın çalışanların erkek çalışanlardan farklı olarak “*aceleci olmak*” kategorisinde 5 kişi olarak tanımlamalarının olduğu görülmektedir. Erkek çalışanlar bu kategoride herhangi bir ifade de bulunmamışlardır. Dikkat çekici bir diğer husus ise “*konuşkan olmak*” kategorisindedir.

Kadın çalışanlar 11 kişi ve erkek çalışanlar 5 kişi olarak arkadaşları tarafından konuşkan olarak tanımlanmaktadır.

**Tablo 3. İş Arkadaşlarının Bakış Açısı ile Çalışanların İletişim Becerisi**

	Kadın		Erkek		Çalışan Söylemleri
	n	%	n	%	
Konuşkan olmak	11	22	5	25	Canı istediğinde konuşan, canı istemediğinde konuşmayan/ Açık sözlü/ Ağzı iyi laf yapan/ Her dili kullanırım/ Hoş sohbet/ Hızlı konuşan/ Sürekli benimle konuşmak istediklerini söylerler/ Sessiz konuştuğum için daha yüksek sesle konuşmamı söylerler/Gereksiz konuşmayan az ve öz konuşan/ Konuşkan/ Tatlı dille konuşarak anlaşma/ Geveze
Sevecen olmak	16	33	10	50	Sevimli/ Sevecen/ Cana yakın/ Anlayışlı/ Güler yüzlü/ Neşeli/ Merhametli/ Pozitif/ Sempatik diyebilirler/ Güler yüzlü ve pratik derler/ Samimi ağır başlı/ İyi
Sakin ve sabırlı olmak	13	27	4	20	Kırmayan biriyim, sakinim/ Yeri geldiğinde sakın, yeri geldiğinde sinirli/ Sakin ama belli bir süreden sonra öfkeli/ Sakin bir şekilde, ortama göre ortayı bulmaya çalışan/ Sessiz sakın ve sabırlı olduğumu söylerler/ Sessiz sakın
Çözüm üretici	4	8	1	5	...çözüm üreten./ hastaları çözümleyen/ İşi koparan kişi/ Pratik
Acelecı olmak	5	10	--	--	Aceleciyim/ Biraz acelecı/ Sabırsız derler/ Panik halindeyim hep/ Tez canlı
<b>Toplam</b>	49	100	20	100	

#### 4.4. Çalışanların Değerlendirmelerinde Hasta ve Hasta Yakınlarının Bakış Açısıyla Çalışanların İletişim Kurma Becerilerine İlişkin Bulgular

Bulgulara ilişkin alınan yanıtlar doğrultusunda 3 temel kategori oluşturulmuştur (Tablo 4). Bunlar “Olumlu” ifadeler, “Olumsuz” ifadeler ve son olarak “Teşekkür/Dua” ifadeleri olarak incelenmektedir. *Olumlu ifadeler* bakıldığında kadın çalışanların 22’sinin erkek çalışanların ise 8’inin çoğunluklu olarak vurgu yaptıkları görülmektedir. Olumlu ifadelerin alt kategorileri, “iyi olmak”, “yardımsever olmak”, “sevecen olmak”, “memnun kalmak”, “tatlı dilli olmak”, “eğlenceli olmak”, “gülümsemek” şeklinde oluşmuştur. *Olumsuz ifadeler* ise olumlu ifadelerle göre oldukça azdır. Kadın çalışanlar ile ilgili olumsuz ifadeler 14 kişi tarafından belirtilirken, erkek çalışanlar için tanımlama 2 kişi tarafından kadın çalışanlara göre çok az bir sayı ile gerçekleşmiştir. Son olarak hasta ve hasta yakınlarının iletişim kurarken kullandıkları “teşekkür/dua” cümleleri ağırlıklı olarak 20 kadın çalışan tarafından ifade edilirken, erkek çalışanlardan yalnızca 3’ü “teşekkür/dua” cümlelerine ilişkin tanımlama yapmıştır.

**Tablo 4. Hasta ve Hasta Yakınlarının Bakış Açısıyla Çalışanların İletişim Kurma Becerileri**

	Kadın		Erkek		Çalışan Söylemleri
	n	%	n	%	
Olumlu	22	39	8	62	Güler yüzlü/ Sakin/ Anlayışlı, en sinirli anımda beni sakinleştirdi diye tanımlarlar/ Yardımsever/ Evime gelen bile var çok memnunlar/ İlgileniyor olarak görülüyorum/ Kriz yönetici, çok memnunlar her zaman görmek istiyorlar, morali bozuk gelmesine rağmen mutlu gittiklerini söylüyorlar/ İyi ki varsın diyorlar/ Hızlı olduğumu söylerler/ İlgili tatlı dilli güler yüzlü/ Dinleyen, yardımcı olan ve yönlendiren / Eğlenceli/ Gülümseyen/ Merhametli, tatlı dilli, güler yüzlü/ İyi davrandığım için şaşırımlar olabiliyor/ Yardımcı olursan iyisin, olmazsan kötüsün/ Sakin, sorun çözücü/ İyi niyetli ama çabuk sinirlenen/ İyi ki varsın, iyi ki buradasın/ Yaklaşımının iyi olduğunu söylerler/ Doğru bir iletişimci ve yönlendirici olduğumu söylerler/ Tıbbi dil kullanmayıp halk diliyle konuşuyorum, hastayı kendi yerine koyarsan sorun çözülüyor / Bizim kız, o çok merhametli kimseye bağırıyor
Olumsuz	14	25	2	15	Gıcık ve inatçı/ Ters ve agresif/ Kuralcı/ Kuralları çiğnemezsem, onlar beni çiğniyor/ Tehdit edenler oluyor/ Suratsız/ Öfkeli/ Sinirli/ Bazıları ilgisiz buluyor bazıları da ilginiz için teşekkür ederiz diyor/ Acemisiniz galiba diyorlar/ Boş boş oturma diyorlar/ Küfür ediyorlar/ Lanet olsun sana diyorlar
Teşekkür/ Dua	20	36	3	23	Teşekkür notları yazıyorlar/ Santralde çalıştığım için ulaşmak istedikleri kişiye kolay bir şekilde ulaşabiliyorsa tekrar arayıp teşekkür ediyorlar çok iyi bağlantı yaptınız diyebiliyorlar/ Teşekkür ediyorlar özellikle tekrar gelip bulup dua ediyorlar/ Teşekkür edip giderler/ Teşekkür ediyorlar/ Allah yardımcınız olsun/ Teşekkür ve dua ederler/ Allah razı olsun derler
<b>Toplam</b>	<b>56</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	

#### 4.5. Çalışanların Hasta ve Hasta Yakınları İle İletişim Kurulurken En Çok Kullandıklarını Düşündükleri Kelimelere İlişkin Bulgular

Çalışanların hasta ve hasta yakınları ile iletişim kurarken en çok kullandıkları kelimeler 5 kategoride sınıflandırılmıştır (Tablo 5). Bunlar “Yardımcı olmak”, “Geçmiş olsun demek”, “Özel hitap kelimeleri kullanmak”, “Karşılama sözcükleri kullanmak”, “Sakinleştirme kalıpları kullanmak” olarak incelenmiştir. Genel olarak bütün kategorilerde kadın çalışanların erkek çalışanlara göre daha çok ifadede buldukları görülmektedir.



**Tablo 5. Hasta ve Hasta Yakınları ile İletişim Kurarken En Çok Kullanılan Kelimeler**

	Kadın		Erkek		Çalışan Söylemleri
	n	%	n	%	
Yardımcı olmak	11	11,5	1	5,0	Nasıl yardımcı olabiliriz?/ Nasıl yardımcı olabilirim? Sorun nedir?/ Ne istemiştiniz?/ Senin için ne yapabilirim?
Geçmiş olsun Demek	16	17,0	5	25,0	Geçmiş olsun/ Geçmiş olsun Allah şifa versin/ Başımız Sağ olsun.
Özel hitap kalıpları kullanmak	39	41,0	7	35,0	İsimleriyle hitap ederim/ Amca, teyze, yaşımıza yakınsa hanımefendi, beyefendi/ Yaşıysa amca teyze derim/ İsimlerinin sonuna bey veya hanım eklerim/ Genç kesime hanımefendi, beyefendi derim, daha yaşlı kesime amca, teyze/ Bebeğim, kuşum, canım, cicim diye hitap ederim/ İsmiyle hitap ederim, bey hanım derim/ Teyzeciğim, amcacığım, hanımefendi, beyefendi/ Ablacım, abicim/ Enişte/ Hocam/ Teyzeciğim, abi diye hitap ediyorum
Karşılama sözcükleri kullanmak	18	19,0	7	35,0	Buyurun/ Hoş geldiniz/ Alo/ Doktorunuz var mı?/ Buyurun efendim/ Hangi poliklinik?/ Günaydın hoş geldiniz/ Buyurun geçmiş olsun/ Efendim hoş geldiniz
Sakinleştirme kalıpları kullanmak	11	11,5	--	--	Sakin olun, sizi anlıyorum/ Haklısınız/ Biraz bekler misiniz?/ Lütfen/ Anlıyorum, size içtenlikle katılıyorum/ Hak veriyorum size/ Anlıyorum, haklısınız/ Herkes şikayet etmek için geldiğin için öncelikle haklısınız diyoruz.
<b>Toplam</b>	95	100,0	20	100,0	

“Yardımcı olmak” kategorisinde, kadın çalışanların 11’i erkek çalışanların 1’i, “Geçmiş olsun demek” kategorisinde ise kadın çalışanların 16’sı ve erkek çalışanların 5’i yer almaktadır. Kadın çalışanların iletişim kurmada “özel hitap kalıpları kullanmak” şeklindeki davranışları 39 kadın çalışan tarafından vurgulanmış iken erkeklerin sayısı 7 kişi olarak oldukça düşük olmuştur. Alt kategoriler bazında incelemeye alındığında, kadın çalışanlar hastalara yaş grubuna göre ağırlıklı olarak “Amca ve teyze” diye hitap ettiklerini ifade ettiklerini erkek çalışanlardan daha yüksek bir tekrarla belirtmişlerdir. Diğer yandan kadın çalışanlar hasta ve hasta yakınlarına isimleriyle de hitap ederken, erkek çalışanlar isimle hitap etme davranışı göstermemektedir. “Hanımefendi, Beyefendi” şeklinde hitaplar hem erkek hem de kadın çalışanlar tarafından eşit yoğunlukta kullanılmaktadır. Çalışanların “Sinirlenince bayan diyorum” söylemi dikkat çekici bir özellik taşımaktadır.

#### 4.6. Çalışanların Hasta ve Hasta Yakınları ile İletişim Kurarken Duygu Kontrolünde Zorlandıklarını Düşündükleri Durumlara İlişkin Bulgular

Çalışanlara “İşinizi yaparken ne yapılırsa ya da ne söylenirse ya da ne olursa duygularınız/öfkenizi kontrol etmekte zorlanıyorsunuz?” diye sorulduğunda alınan yanıtlar Tablo 6’da yer almaktadır. Çalışanların söylemlerinden yola çıkarak, “Küfür dili ve şiddet kullanıldığında”, “İş akışına müdahale”, “İşin küçümsenmesi” 3 ana kategori oluşturulmuştur. Söylemler karşılaştırmalı olarak ele alındığında, kadın çalışanların erkek çalışanlardan daha yüksek bir çoğunlukla küfür edilme durumunda duygu ve öfke kontrollerini sağlamakta zorlandıkları görülmektedir. Kadın çalışanlarda sayı 14 iken erkek

çalışanlarda 10'dur. Bir diğer önemli nokta ise, küfür dili ve şiddet kullanılması kategorisinde fiziksel tepki ile ilgili sonuçlarda kadın çalışanların tekrar sayısı, erkek çalışanlara nazaran daha yüksek olarak oluşmuştur. Bir diğer ifadeyle, kadın çalışanlar fiziksel tepkilerle erkek çalışanlara göre daha çok karşılaşmaktadır. "*Küfür dili ve şiddet kullanıldığında*" çalışanların ifadelerine göre bıkkınlık yaşamaktadırlar. Bu tür söylemlere maruz kalmalarına karşın üstlerine karşı savunma yapmak zorunda bırakılmak çalışanların bu noktanın devamındaki şikâyetleri olarak oluşmaktadır.

"*İş akışına müdahale*" kategorisinde dikkat çeken nokta, kadın çalışanların (16 kişi) erkek çalışanlara (3 kişi) göre bu durumdan çok daha fazla rahatsız olduklarıdır. Son olarak ise "*işin küçümsenmesi*" kategorisi kadın çalışanların duygu kontrolünde en çok zorlandıkları kategori olmuştur. Bu kategoride kadınların zorlanması erkek çalışanlardan daha fazladır. Kullanılan cümlelerde en çok dikkat çeken ve çalışanlar tarafından rahatsız edici olarak tanımlanan ifade "*Benim verdiğim parayla burada oturuyorsun/ Karnını doyuruyorsun*" şeklindeki söylemlerdir. Çalışanlar bu konuda çok hassas olduklarını ve bu cümleler kurulduğunda hasta ve hasta yakınları tarafından kendilerine "*değer verilmediğini*" ve "*önemsenmediklerini*" hissettiklerini/ düşündüklerini belirtmektedirler.

**Tablo 6. Duygu Kontrolünde Zorlanılan Durumlar**

	Kadın		Erkek		Çalışan Söylemleri
	n	%	n	%	
Küfür dili ve şiddet kullanıldığında	14	27,0	10	43,5	Hasta yakınıyla biz karşı karşıya kalıyoruz, küfür ediyorlar o yüzden/ Allah belanızı versin diyorlar/ Sıra kalmadığında Allah belanızı versin diye dönenler var/ Küfürleriyle ırzıma geçiyorlar/ Kağıdı suratımıza fırlatıyorlar/ Dezenfekte kutusunu suratıma fırlattı bir de savunma yapmak zorunda kalıyorum/ Şiddet, sistem gittiğinde bana bu bilgisayarı kırdırma demeleri/ Dışarıda sizi bekliyoruz döveceğiz, öldüreceğiz demeleri/ Kimliği fırlatınca/ Kapının çarpılması/ Beddua aldığım da benden daha beter ol dendiğinde/ Hasta kendini yanlış anlatıyor, yanlış yere yönlendirilince bu sefer küfür ederek geliyor/ Hakaret ettiklerinde/ İşimi yapmış olduğum halde cep telefonu ile konuştuğumda bana kızılması/ İnan ediyoruz yardımcı oluyoruz hem de bir sürü laf işitiyoruz/ Üzerimize geliyorlar, bağırıp çağırıyorlar
İş akışına müdahale edildiğinde	16	31,0	3	13,0	Aradan bir kâğıt uzatılırsa/ Konuşmayı bölünce/ Bir iş bitmeden diğerinin araya girmesi, sonra bağırıyorlar bana niye cevap vermiyorsun diye/ İşimi yapmadığı söylediklerinde/ Dışarıdan birinin işi yapıp takip etmeme rağmen bana işini yapmıyorsun demesi/ İşimi yaparken birinin benim işimi bölmesi ve müdahale etmesi/ Telefonun çalması/ Biriyle konuşurken başka kişinin bir şey sorması ya da müdahale etmesi/ Sürekli aynı şeyi sormaları/ bir şey anlatırken iş arkadaşımın müdahale etmesine sinirleniyorum/ Birden fazla kişi aynı anda bir şey isteyince sinirleniyorum/ İşimiz dışında yapılacak işleri söylediklerinde ve kendimi ve işimi anlatmak zorunda kalınca sinirleniyorum/ Telefonla konuşurken iş yaptırma çalıştıklarında sinir oluyorum/ Sürekli tekrar edilen şeyler beni sinirlendiriyor/ Telefonlar istekler bitmiyor, bu yüzden aynı anda birden fazla iş yapmak beni sinirlendiriyor/ Verilen iş bitmeden diğer işin verilmesi.
İşin küçümsemesi	22	42,0	10	43,5	Küçümseme, yapmak zorundasın, emir verme/ Hep ayrıcalık istenmesi/ Emir vermeleri/ Ukalalık/ Bizi gereksiz görmelerine sinir oluyorum/ Kadrolu ve kadrosuz küçümsemesi olunca sinirleniyorum/ İkinci sınıf bir vatandaş olarak görülüyoruz/ Emegim değer görmediği zaman/ Benim kim olduğumu biliyor musun denmesi/ Kibirli konuşulması/ Küçümseyince/ İsmimin önüne etiket gelmesi “Ben bilmem nerenin milletvekiliyim/ Senin paranı ben veriyorum/ Benim verdiğim para ile karnını doyuruyorsun/ Bütün gün oturuyorsunuz/ Siz sadece çay içmeyi bilirsiniz/ İşleri hala bitiremedin mi?” denildiğinde/ Hastaya yardımcı olsam bile ne biçim hastane bir işi yapamıyorsunuz dediği zaman/ Yaptığım iş görünmeyip oturduğum anda gelip sen bu işi yapmıyorsun dendiğinde/ Ne iş yapıyorsun ki denmesi.
<b>Toplam</b>	52	100,0	23	100,0	

#### 4.7. Çalışanların Hastane Ortamında Sağlıklı İletişim Kurulabilmesi için Oluşturdukları Önerilere İlişkin Bulgular

Çalışanlara “hastane ortamında daha sağlıklı iletişim için önerilerinin neler olduğu” sorulduğunda alınan cevaplar 4 ana kategoride gruplanmıştır. Bunlar “Yönetimsel uygulamaların revizyonu”, “Empati kurabilmek”, “Sürekli ve tüm çalışanlara eğitim” ve “Motivasyonu artırmak” tır (Tablo 7). “Yönetimsel uygulamaların revizyonu” başlığı altında kadın çalışanların 23’ünün, erkek çalışanların 4’ünün çözüm önerileri yer almaktadır. “Empati kurabilmek” başlığında kadın (6 kişi) ve erkek (5 kişi) katkı oluştururken, “Eğitimin gerekliliğini” savunan ve bunun özellikle en üst kademedeki alt kademeye kadar herkese uygulanmasının önemli olduğunu vurgulayan kadın çalışanların sayısı yüksek bir fark ve farkındalık ile 16 iken erkek çalışanlarda bu sayı 2’dir. “Motivasyonun artırılmasında” dikkat çeken nokta ise erkek çalışanların maddi ve manevi güdüleyicilerin daha etkili olacağını vurgulamış olmaları ve çözüme katılımın kadın çalışanlarla çok yakın olarak gerçekleşmiş olmasıdır.

**Tablo 7. Hastane Çalışanlarının Sağlıklı İletişim İçin Önerileri**

	Kadın		Erkek		Çalışan Söylemleri
	n	%	n	%	
Yönetimsel uygulamaların revizyonu	23	44	4	24	Toplantılar yönetimle beraber yapılmalı/ Arkadaşlarımla iletişimin engellenmesini istemiyorum/ Yemek yerken, ihtiyaçlarımızı giderirken süre tutulmasın/ Güç gösterisi yapmasınlar, alttan almak gerekiyor/ Statü farklarının çok fazla irdelenmemesi/ Bazı aktiviteler yapılmalı/ Herkes işini doğru yaparsa sorun olmaz/ Her aşamada işlerin dikkatli ve doğru yapılması/ Refakatçi genç olmalı/ Dinlemek, sorulara iyi cevap verilmesi/ Hastalara biraz daha alttan alınması/ Sadece şikâyetlerin yapılması/ Herkes kendi işini yapmalı/ Yönlendirme koyulmalı/ Çok sık yönetici değişiyor/ Bu etkinlik çok güzel, aynı anda, aynı etkinlik olursa yöneticilerle beraber daha iyi olur/ Ego bitmedikçe çözüm olmaz/ Unvanları önemsememek, unvanların geçici olduğunu hissetmek.
Empati kurabilmek	6	12	5	29	Karşılıklı anlayış/ Empati/ Birbirine karşı saygılı olma/ Dinlemeyi bilme/ Güler yüzlü olarak karşıdakinin sempatisini alma/ Karşılıklı anlayış, saygı/ Karşıdaki kendine saygılı olunca size de saygılı oluyor/ Karşı tarafı dinlediğini belli etmek / Karşıdakinin insan olduğunu fark etmek/ empati kurabilmek/ Hastanın yerine koyabilmek kendini, empati kurmak.
Sürekli ve tüm çalışanlara eğitim	16	31	2	12	Eğitim şart okul olarak bir eğitimden bahsetmiyorum/ Okul eğitimi ile alakası yok hiç kimse kitap okumuyor/ Eğitim şart özellikle idari birimin alması şart/ Karşılıklı eğitim olmak zorunda/ Eğitim olmalı bunun üst kesimden alta kadar/ Eğitim en aşağıdan en yukarıya kadar yapılmalı, çünkü çok egolu olduk/ Doktorların yeterli bilgiyi vermiyor her işlemin neden yapıldığını doktor açıklamalı doktor olmasa da en azından bilgileri hemşire açıklamalı/ Hastaların hastane içinde ne yapmaları gerektiği konusunda yazılar asılmalı/ Hastalara bilgilendirme yapılmalı/ Anonlar yapılabilir, çünkü çoğu hastanın okuma yazması yok/ Verilen eğitimleri herkes almalı
Motivasyonu artırmak	7	13	6	35	Maaşların artırılması/ İnsan sevgi ve saygısının sağlanması/ Samimiyetsizliğin azalması lazım, bizi küçük görmesinler/ Çalışma ortamındaki fiziksel yetersizlikler azaltılmalı/ İnsancıl çalışma koşulları.
<b>Toplam</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	

## V. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Çalışma hayatında ürün ve hizmet sunumunun başarısı çok yönlü iletişim ile olanaklıdır. Böylesi bir süreç, hem iletişim sistemi ile hem de bu sistemi kullanan çalışanların yetkinlikleri ile süreklilik ve sürdürülebilirlik özelliği taşıyabilmektedir. Sağlık sektörü de sağlık hizmetleri çalışanları boyutu ile hastalar, hasta yakınları ve meslektaşlar arasında uygun ve etkili iletişim becerisini ileri derecede gerektirmektedir. Sağlıkta kişiler arası iletişimin kalitesi, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti ile yaşam kalitelerine ilişkin sonuçların hangi düzeyde oluşacağını ve ne şekilde devam edeceğini önemli ölçüde belirlemektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında karşılaşılan iletişim zorlukları, sağlık hizmetleri kalitesinin düşük olmasına ve uygulamada uyumsuzluklara yol açabilmektedir. Dahası, iletişim kanallarının yetersizliği, tanı konulması amacıyla yapılan pahalı testlerde artışa, acil servis hizmetinin gereksiz kullanımına ve ilk adım sağlık hizmetlerinin tercih edilmemesine neden olabilmektedir (PEI French Language Health Services Network 2007).

Bu noktada, çalışmanın ve araştırmanın amacı sağlık hizmeti almak için hastaneye başvuran hasta ve hasta yakınlarının doktor ve diğer sağlık çalışanlarına ulaşmasına yardımcı olan ve ilk iletişim kurdukları çalışan grubunda yer alan bilgisayar operatörleri, güvenlik görevlileri ve yönlendirme çalışanlarının hem kendi bakış açıları ile hem de hasta ve hasta yakınları bakış açısı ile iletişim algılarını ve nedenlerini ortaya çıkarmaktır. Çalışmada örneklemi oluşturan çalışanların iletişim konusunda kişisel deneyimlerine ilişkin derin ve detaylı sözel verilere ulaşabilmek için nitel araştırma yöntemlerinden yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılarak içerik analizi gerçekleştirilmiştir. Diğer yandan çalışma ortamlarında mesai saatlerinde gözlem yapılmıştır.

Araştırma sonuçları değerlendirildiğinde, iletişim denildiğinde ilk akla gelen kavram olarak hem kadın hem de erkek çalışanların en çok “*beden dili*” ne vurgu yaptığı görülmektedir. Bu sonucu kadınlarda “*konuşmak*” ve “*dinlemek ve anlamak*” izlerken, erkeklerde “*yardımcı olmak*” ve “*dinlemek ve anlamak*” izlemektedir. Erkekler tarafından ifade edilen “*yardımcı olmak*” kategorisinin kadın çalışanlar tarafından hiç ifade edilmemiş olduğu dikkat çekicidir.

“*İş arkadaşlarının bakış açıları ile çalışanların sahip oldukları iletişim becerileri*” kadın çalışanlar için “*sevecen olmak*”, “*sakin ve sabırlı olmak*” ve “*konuskan olmak*” sıralaması ile tanımlanırken erkek çalışanların sıralaması “*sevecen olmak*”, “*konuskan olmak*” ve “*sakin ve sabırlı olmak*” şeklinde gerçekleşmiştir. İlgi çekici nokta erkek çalışanların kendilerini kadın çalışanlara göre daha konuşkan olarak tanımlamış olmalarıdır. “*Hasta ve hasta yakınları ile iletişim kurulurken en çok kullanılan kelimeler*” sorulduğunda kadın ve erkek çalışanlar ilk sırada “*özel hitap kalıpları kullanmak*” şeklinde tanımlamada bulunmuşlardır. Bunu kadınlarda “*karşılama sözcükleri kullanmak*” ve “*geçmiş olsun demek*” izlerken erkeklerde “*geçmiş olsun demek*” ve “*yardımcı olmak*” izlemektedir. Kadın çalışanlar tarafından “*sakinleştirme kalıpları kullanmak*” şeklinde ifade edilen bir başka tanımlama erkek çalışanlar tarafından dile getirilmemiştir.

“*Hasta ve hasta yakınları bakış açısında çalışanların iletişim becerileri*” öncelik sıralaması olarak kadın ve erkek çalışanlar için aynı şekilde gerçekleşmektedir. İletişim becerilerinin sıralaması “*olumlu*”, “*teşekkür/dua*” ve “*olumsuz*” olarak tanımlanmıştır.

**Tablo 8. Araştırma Sorularına Verilen Yanıtların Genel Görünümü**

Çalışanların İletişim Denilince Akıllarına Gelen İlk Kelimeler			İş Arkadaşlarının Bakış Açısı İle Çalışanların Sahip Oldukları İletişim Becerileri			Hasta ve Hasta Yakınları ile İletişim Kurarken En Çok Kullanılan Kelimeler		
	K	E		K	E		K	E
Beden dili	1	1	Konuşkan olmak	3	2	Yardımcı olmak	4	3
Konuşmak	2	4	Sevecen olmak	1	1	Geçmiş olsun demek	3	2
Dinlemek ve anlamak	3	3	Sakin ve sabırlı olmak	2	3	Özel hitap kalıpları kullanmak	1	1
Empati kurmak	4	4	Çözüm üretici olmak	4	4	Karşılama sözcükleri kullanmak	2	1
Yardımcı olmak	--	2	Acelecı olmak	5	--	Sakinleştirme kalıpları kullanmak	4	--
Hastane Çalışanlarının Sağlıklı İletişim İçin Önerileri			Hasta ve Hasta Yakınlarının Bakış Açısıyla Çalışanların İletişim Kurma Becerileri			Duygu Kontrolünde Zorlanılan Durumlar		
	K	E		K	E		K	E
Yönetimsel uygulamaların revizyonu	1	3	Olumlu	1	1	Küfür dili ve şiddet kullanıldığında	3	1
Empati kurabilmek	4	2	Olumsuz	3	3	İş akışına müdahale edildiğinde	2	2
Sürekli ve tüm çalışanlara eğitim	2	4	Teşekkür/Dua	2	2	İşin küçümsenmesi	1	1
Motivasyonu artırmak	3	1						

\*K: Kadın; E: Erkek

“Çalışanların hasta ve hasta yakınları ile iletişim sürecinde duygu kontrolünde zorlandıkları durumlar” öncelikler olarak kadın ve erkek çalışanların tanımlamalarında sayısal olarak farklılaşmakta ancak önceliklendirme olarak farklılaşmamaktadır. Kadın çalışanlar ağırlıklı olarak “işin küçümsenmesi” durumunda duygu kontrolünde zorlandıklarını ifade ederlerken, erkek çalışanlar hem “işin küçümsenmesi” hem de “küfür dili ve şiddet kullanıldığında” duygularını kontrolde zorlandıklarını ifade etmektedirler. Özellikle sunulan hizmetin ve yapılan işin hasta ve hasta yakınları tarafından küçümsenmesi kendi ifadeleri ile tükenmişliğe neden olmaktadır. Çalışanlar bu durumu, “bizi gereksiz görmelerine sinir oluyorum”, “o kadar iş yapıyoruz bütün gün oturuyorsunuz diyorlar” ve “işleri hala bitiremedin mi diyorlar” sözleri ile ifade etmişlerdir. Hasta ve hasta yakınlarının yanı sıra yönetimsel kadroların da bu tür cümlelerle kendilerine ithamlarda bulduklarını dile getirmişlerdir. Bu konuda benzer bir sonuç, Palaz ve diğerleri (2008) tarafından Bandırma’daki eğitim ve sağlık çalışanlarında psikolojik taciz davranışına maruz kalma durumu üzerine yapılan bir araştırmada elde edilmiştir. Sonuca göre, en çok karşılaşılan psikolojik taciz şekli %33,62 ile “işyerinde yapılan işlerin sürekli eleştirilmesi”dir. Hasta ve hasta yakınlarının küfür dili ve şiddet kullanması konusu kadın çalışanlardan biri tarafından “resmen küfürleriyle urzıma geçiyorlar” sözü ile ifade edilmiş ve yaşanan rahatsızlığın düzeyi ortaya konulmaya çalışılmıştır. Dikkat çeken diğer söylemler ise “Dışarıda sizi bekliyoruz, döveceğiz, öldüreceğiz” şeklindeki ifadeler ile işlem yapılan kağıtların hasta ve hasta yakınları tarafından yüzlerine fırlatılıyor olmasının paylaşılmasıdır. Benzer şekilde, Çamcı ve Kutlu’nun (2011) yapmış olduğu araştırmada, sağlık çalışanlarının karşılaştıkları şiddetle ilgili bulgularda; çalışanların %72,6’sının sektörde çalıştıkları süre

boyunca herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığı ve son 12 ay içerisinde de %72,4'ünün şiddete uğradığı, %47,8'inin şiddet olayına şahit olduğu şeklindeki tespitlerdir. İş yaşamı boyunca şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %15,8'inin fiziksel şiddete, %98,5'inin sözel şiddete, %24'ünün zorbalığa (bullying)/psikolojik tacize (mobbing) ve %6,1'inin cinsel tacize uğradığı da ifade edilmektedir. Sunulan hizmetin memnuniyet yaratmasının zorluğunun yanı sıra bu tür tepkiler çalışanların motivasyonunu önemli ölçüde olumsuz etkilemektedir. Nitekim, Çınarlı ve Yücel (2013)'in çalışmalarında bir iletişim aracı olarak kullanılan şiddet ve sonuçları “sağlık hizmetinin aksamasına, kalitenin düşmesine, sağlık çalışanlarının fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerinde olumsuz etkilere, işgücünde, ekonomik alanda kayıplara, sağlık kuruluşlarına ve sağlık sistemine karşı güvensizliğin artmasına neden olan” disiplinler arası çalışmalarla ele alınması gereken bir olgu olarak tanımlanmıştır.

Çalışanlara sağlıklı iletişim için önerileri sorulduğunda kadın ve erkek çalışanlar öncelikler konusunda farklılık gösteren tanımlamalar gerçekleştirmişlerdir. Kadın çalışanlar için ilk sırada “yönetimsel uygulamaların revizyonu” yer alırken erkek çalışanlar için “motivasyonu artırmak” gerekmektedir. Bu yanıtları kadınlarda “sürekli ve tüm çalışanların eğitimi” ile “motivasyonu artırmak” izlemektedir. Erkek çalışanların sıralaması ise “empati kurabilmek” ve “yönetimsel uygulamaların revizyonu”dur.

Çalışanların söylemlerinde genel olarak vurguladıkları önemli bir konuda, orta kademe yöneticilerin, iletişim sürecinde katı ve emredici bir tavır sergilemeleri ve üst kademe ile alt kademe arasındaki iletişimi sağlayamamalarıdır. Bunun sonucunda çalışanlar üzerinde yeterli güven oluşturamadıkları ifade edilmektedir. Çalışanlar söylemlerinde “Güç gösterisi yapmasınlar hep alttan almak gerekiyor”, “Unvanların geçici olduğunu görmek gereklidir” ve “Statü farkları çok fazla irdelenmemeli” gibi ifadeler kullanmışlardır. Çalışanlar yönetimsel uygulamalarda fikirlerinin alınmasını, şikâyetlerinin dinlenip çözüme ulaştırılmasını istemektedir. Benzer bir sonuç Ün (2014) tarafından Tire Devlet Hastanesi'nde, yönetici ve diğer sağlık personeli arasındaki iletişim sorunları üzerine gerçekleştirilmiş araştırmada elde edilmiştir. Çalışmada, en az katılımın “Yöneticiler eleştiriye açıktır” maddesine olduğu gözlemlenmiştir. Nitekim, çalışanların bakış açısında genel olarak yönetimsel uygulamaların katılığı, çalışanları olumsuzluğa sürüklemektedir. Daha katılımcı ve destekleyici bir yönetim anlayışının benimsenmesi çalışanların en önemli beklentilerinden biridir. Benzer bir sonuç, Baygül ve İnam (2006) tarafından akademisyenler örneklemini ile gerçekleştirilmiş çalışmada da yer almaktadır.

Çalışanlar, eğitimlerin sadece alt düzey çalışanlarla gerçekleştirilmesinden hoşnut olmadıklarını yönetim kademesinin de eğitimlere katılmasını istemektedirler. Eğitimin tüm birimlere eşit bir şekilde yapılması ve demokratik uygulamalara yer verilmesi konusunda söylemlerle karşılaşmaktadır. Benzer düşünceden hareketle Mısır'da bir devlet hastanesinde hastane memnuniyetinin artırılması noktasında belirlenen üç stratejiden biri “doktor ve hemşirelerin kişiler arası iletişim becerileri hakkında bilgilendirilmesi” olarak oluşturulmuştur (Negri et al. 1997).

Gerçekleştirilmiş olan gözlemlere ilişkin verilerden elde edilen ilk bulgu, hasta kayıt bölümünde numaratorlerin çalışmamasıdır. Hastalara bilgisayar operatörleri tarafından sesli olarak numara verilmesi hasta ve/veya hasta yakınları ile olumsuz diyaloglar yaşamalarına yol açmaktadır. Diğer bir bulgu ise, hasta kayıt alanında yönlendirme ile ilgili bir çalışanın olmaması ve kayıt alan çalışanların hasta bilgilendirmesini de gerçekleştirerek zaman yönetiminde sorun yaşıyor olmalarıdır. Benzer bir sonuç Demir'in (1995) yaptığı araştırmada elde edilmiştir. Araştırmaya göre, hemşire sayısı azaldıkça tükenmenin arttığı belirtilmektedir. Az sayıda sağlık personeli ile çalışmak tükenmeyi ve hizmet verilen hasta sayısını arttırmaktadır. Bununla birlikte işinin dışında işlerinde yüklenilmesi (sekreterlik,

muhasebecilik gibi.) sağlık personelinde fiziksel yorgunluğa ve rol çatışmasına sebep olabilmektedir (Akt. Yörükoğlu 2008). Bilgisayar operatörleri, güvenlik görevlileri ve yönlendirme çalışanları hem fiziksel hem de çalışan sayısındaki yetersizliklerin çalışma düzenini aksattığı ve buna bağlı olarak zaman zaman diğer bölümlerde çalışan arkadaşlarının görevlerini de üstlenmek zorunda kaldıklarını ifade etmişler ve işlere yetişemedikleri için tükenmişlik yaşadıklarını belirtmişlerdir.

## V. ÖNERİLER

Elde edilen verilere dayalı olarak aşağıda yer alan öneriler oluşturulabilir:

- Çalışmada kadın ve erkek çalışan sayıları eşit ya da yakın değildir. Böyle bir çalışmanın yeniden yapılması durumunda kadın ve erkek sayılarının dengeli olmasına dikkat edilmelidir.
- Çalışanlar hasta ve hasta yakınları ile iletişimlerinde genel olarak yaptıkları işe ve kendilerine saygı gösterilmediğini ifade etmektedir. Çalışanlara, üstün özelliklerinin (eğitim, hobi) belirtildiği tişörtler giydirilerek, algı değişimine olumlu katkı sağlanabilir.
- Görev tanımlarında kesin çizgiler söz konusu değildir. İhtiyaç halinde herkesin birbirine yardım eder konuma geçmesi iş ile ilgili sorunları çözerken iletişim ile ilgili sorunların artarak yaşanmasına neden olabilmektedir. Hem görev ile ilgili kesin sınırların çizilmesi hem de acil durumlara ilişkin eylem planlarının uygulanabilir nitelikte oluşturulması gerekmektedir.
- Çalışmanın gerçekleştirildiği hastanede sağlık hizmeti geniş bir alanda konumlanmış birbirinden uzak birimlerde hayata geçirilmektedir. Bu durumda birimler ve çalışanlar arası iletişimi zorlaştıran bir sonuç yaratmaktadır. Bu olumsuzluğu azaltabilmek için, hastane içerisinde belirli aralıklarla yoğunluğun olduğu alanlarda ilgili ve yeterli anonsların yapılması yolu ile hastalar ile hasta yakınlarının bilgilendirilmesi gerekmektedir.
- Mevcut durumda yöneticiler ve çalışanlar arasında bir duvar oluşmuş ve çözüme yönelik uygulamalar yapılamamaktadır. Çalışanlar düzenli olarak üst-orta-alt kademe yöneticileri ile bir araya geldikleri ve çekinmeden sorunların ortaya konulduğu iletişim ortamlarının yaratılması istenmektedir. Çalışan katılımının en önemli unsurları kararlara katılım, takım çalışması ve iletişimdir (Akt. Yıldız, Bürüngüz 2013).
- Çalışanlar, eğitimlerin sadece alt düzey çalışanlarla (kendileri ile) gerçekleştirilmesinden hoşnut olmadıklarını, yönetim kademesinin de eğitimlere katılmasını istediklerini belirtmektedir. Bu noktada, yönetimden beklenen eğitimlere ilişkin genel/ortak eğitimler ile teknik eğitimler ayırımı temelli yıllık eğitim planına ilişkin bilgi paylaşımını tüm çalışanlarla paylaşmaları gerekliliğidir.
- Amacı hangi çalışanın daha iyi olduğunu bulmak değil, hasta ve/veya hasta yakınlarının özellikle dikkat ettikleri konuları belirlemek olan bir çıkış anketine ihtiyaç olduğu ve uygulanması gerekliliği ifade edilmektedir (Negri et al. 1997). Çalışma yapılan hastanede de bu uygulamanın başlatılması gerekmektedir.

Son söz olarak, literatürde doktor, hemşire ve hasta ile hasta yakınları arasındaki iletişim ile memnuniyeti ele alan çalışmalar oldukça fazladır. Ancak destek hizmetlerini gerçekleştiren bilgisayar operatörleri, güvenlik görevlileri ve yönlendirme çalışanlarının örneklem olduğu çalışmalar yok denecek düzeydedir. Literatüre katkı niteliğindeki çalışmada örneklemi oluşturan çalışanların da ifade ettiği gibi, çalışanlar olarak aralarında ve hasta ile hasta yakınlarına yönelik iletişimde buldukları seviyede çözülemeyecek seviyede problem olarak algılanabilecek bir durum söz konusu değildir. İletişime ilişkin sorunlar, bir kademe yukarıda yer alan yöneticiler ile doktorlarla ve hemşirelerle yaşanmaktadır. Bunun



nedenlerinden en önemlisi çalışanların kendilerini değerli ve gerekli hissedecekleri davranışları görememeleri ve buna ilişkin ihtiyaçlarıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Akgün M. (2012) Hastanede Yatan Yaşlı Hastalarda İletişim Güçlükleri ve Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımı. **Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi** 9(2): 51-56.
2. Akyurt N. (2009) Sağlıkta İletişim ve Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin İletişim Becerileri. **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi** 11(4): 15-33.
3. Altıntaş A. (2014) Hasta Hakları ve Etkili İletişim. **Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi** 6(3): 6-17.
4. Asunakutlu T. (2006) Çalışanlar ile Yöneticiler Arasında Güven Duygusunun Araştırılması: Turizm Sektöründe Bir Uygulama. **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 8(4): 16-33.
5. Aşçı Ö., Hazar, G. ve Yılmaz, M. (2015) Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin İletişim Becerileri ve İlişkili Değişkenler. **Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi** 6(3): 160-165.
6. Atilla G., Oksay A. ve Erdem R. (2012) Hekim Hasta İletişimi Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma. **İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi** 43(2): 23-37.
7. Avcı A. İ., Altay B., Uğur H. G., Yılmaz A. ve Güzel N. (2012) Temel Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebelerin İletişim Becerileri. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi** 15(3): 161-166.
8. Baygül Ş. B. ve İnam, Ö. (2006) **Kurum İçi İletişim: Çalışanların Sağlıklı İş Yaşamı Beklentilerinin Betimlenmesine Yönelik Çalışma. II. Ulusal Halkla İlişkiler Sempozyumu**, Kocaeli Üniversitesi İletişim Fakültesi, Kocaeli.
9. Bingöl G. ve Demir A. (2011) Amasya Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin İletişim Becerileri. **Göztepe Tıp Dergisi** 26(4): 152-159.
10. Çam O., Pektaş İ. ve Bilge A. (2007) Ebe/Hemşirelere Verilen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitiminin Ruhsal Hastalıklara Yaklaşımlarına İletişim Becerilerine ve İş Doyumlarına Etkilerinin Araştırılması. **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** 10(3): 7-15.
11. Çamcı O. ve Kutlu, Y. (2011) Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. **Psikiyatri Hemşireliği Dergisi** 2(1): 9-16.
12. Çınarlı İ. ve Yücel H. (2013) Sağlık İletişiminin Bakış Açısı ile Türkiye’de Sağlık İşyeri Ortamında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. **Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi** 3(Özel Sayı): 31-51.
13. Demirtaş M. (2010) Örgütsel İletişimin Verimlilik ve Etkinliğinde Yararlanılan İletişim Araçları ve Halkla İlişkiler Filmleri Örneği. **Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi** 28(1): 411-444.

14. Dingley C., Daugherty K., Derieg M. and Persing R. (2005) Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements. [http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/advances-in-patient-safety-2/vol3/Advances-Dingley\\_14.pdf](http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/advances-in-patient-safety-2/vol3/Advances-Dingley_14.pdf) Erişim Tarihi: 11.06.2015.
15. Erigüç G. ve Eriş H. (2013) Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin İletişim Becerileri: Harran Üniversitesi Örneği. **Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi** 12(46): 232-254.
16. Gabbott M. and Hogg G. (2001) The Role of Non-verbal Communication in Service Encounters: A Conceptual Framework. **Journal of Marketing Management** 17(1): 5-26.
17. Gaskar S. ve Özyazıcıoğlu N. (2014) Anadolu Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin İletişim Becerileri. **Güncel Pediatri Dergisi** 12(1): 20-25.
18. Gemlik N., Manioğlu Y. ve Çatar R. Ö. (2015) Geert Hofstede'in Örgüt Kültürü Modeline Göre Sağlık Meslek Gruplarının İncelenmesi ve Kamu ve Özel Hastanelerinde Karşılaştırmalı Bir Araştırma. **Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal** 1(1): 1-14.
19. Gezergün A., Şahin B., Tengilimoğlu D., Demir C. ve Bayer E. (2006) Hastaların Bakış Açısıyla Hekim-Hasta İlişkisi ve İletişimi; Bir Eğitim Hastanesi Örneği. **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 6(1): 129-144.
20. Kılıç R. ve Keklik B. (2012) Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyona Etkisi Üzerine Bir Araştırma. **Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi** 14(2): 147-160.
21. Körpe İ. ve Tengilimoğlu D. (2002) Hastanelerde Sağlık Personelinin Tıbbi Sekreterlerin İletişim Becerileri Hakkındaki Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Çalışması. **Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi** 1: 1-9.
22. Kumcağız H., Yılmaz M., Çelik S. B. ve Avcı İ. A. (2011) Hemşirelerin İletişim Becerileri Örneği. **Dicle Tıp Dergisi** 38(1): 49-56.
23. Küçük M. (2012) İletişim Kavramı ve İletişim Süreci. **İletişim Bilgisi**. İçinde: Orhon, E. N. ve Eriş, U. (ed.) ss:2-19. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir.
24. Negri B., Brown L., Hernandez O., Rosenbaum J. and Roter D. (1997) **Improving Interpersonal Communication Between Health Care Providers and Clients**. [http://www.pearsonhighered.com/assets/hip/us/hip\\_us\\_pearsonhighered/samplechapter/0205953654.pdf](http://www.pearsonhighered.com/assets/hip/us/hip_us_pearsonhighered/samplechapter/0205953654.pdf) Erişim Tarihi: 11.06.2015.
25. Öztürk H., Yılmaz F. ve Demir N. (2009) Hastanelerde Çalışan Yönetici Hemşirelerin Sorunları. **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** 12(2): 57-65.
26. Palaz S., Özkan S., Sarı N., Göze F., Şahin N. ve Akkurt Ö. (2008) İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing) Davranışları Üzerine Bir Araştırma; Bandırma Örneği. **İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi** 10(4): 41-58.

27. Park E. and Song M. (2005) Communication Barriers Perceived by Older Patients and Nurses. **International Journal of Nursing Studies** 42: 159-166.
28. PEI French Language Health Services Network. (2007) **The Impact of Communication Challenges on the Delivery of Quality Health Care to Minority Language Clients & Communities.** [http://santeipe.ca/wp-content/uploads/PositionPaper\\_FLHSN\\_EN.pdf](http://santeipe.ca/wp-content/uploads/PositionPaper_FLHSN_EN.pdf) Erişim Tarihi:20.06.2015.
29. Şen T. H., Yılmaz, T. Y. ve Ünüvar Ö. P. (2013) Hizmet İçi Eğitim Hemşirelerinin İletişim Beceri Düzeyleri. **Psikiyatri Hemşireliği Dergisi** 4(1): 13-20.
30. Şimşek A. (1998) Hastanelerde Örgüt Yapısı ve İletişim Sorunları **Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,** İstanbul.
31. Tavşanlı N. G., Arslan G. G. ve Taşpınar A. (2012) Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin İletişim Alanında Temel Yetkinliklerinin Değerlendirilmesi. **İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dergisi** 20(1): 43-52.
32. Turhan E. S. (2014) Aile Hekimliği Dünya ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması **Ufuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,** İstanbul.
33. Tutuk A., Al D. ve Doğan S. (2002) Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Becerisi ve Empati Düzeylerinin Belirlenmesi. **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** 6(2): 36-41.
34. Uzuntaş A. (2013) Etkili İletişim: Anlatabilmek ve Anlayabilmek. **Kastamonu Eğitim Dergisi** 21(1): 11-30.
35. Ün A. (2014) Sağlık Kurumlarında Yönetici ve Diğer Sağlık Personeli Arasındaki İletişim Sorunları (Tire Devlet Hastanesinde Bir Uygulama) **Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,** İstanbul.
36. Ünalın D., Özyurt Ö., Filik T. ve Saraçoğlu A. A. (2013) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastane Yöneticilerinin Tıbbi Sekreterlerin İletişim Becerileri Hakkındaki Değerlendirmeleri. **4. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı,** ss.307-316, Ankara.
37. Yıldız L. M. ve Bürüngüz C. H. (2013) Güven Geliştirmede İletişimin Rolünü ve Örgütsel Hedeflere Katılım Üzerindeki Etkisini İncelemeye Yönelik Bir Yol Analiz. **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 13(4): 63-76.
38. Yörükoğlu S. (2008) Özel Bir Hastanede Çalışan Personelin Rol Çatışması, Rol Belirsizliği ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi **Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,** İstanbul.

# Sağlık Meslek Gruplarının Örgütsel Sinizm Düzeylerini Ölçmeye Yönelik Bir Araştırma: Kamu Hastanesi ile Özel Hastane Karşılaştırması\*

Zehra KAŞKA ÜRETEN\*\*  
H. Nilay GEMLİK\*\*\*

## ÖZ

Örgütsel sinizm çalışanların örgüte karşı olumsuz tutumlarıdır. Bu çalışmanın amacı, kamu ve özel hastanede çalışanların örgütsel sinizm düzeylerini tespit etmek ve bu sonuçları karşılaştırmaktır. Bu amaçla demografik soruları ve örgütsel sinizm ölçeğini içeren, iki bölümden oluşan bir veri toplama aracı kullanılmıştır. Kamu ve özel hastanede hekim, sağlık bakım uzmanı, sağlık bakım sorumlusu, idari-mali işler uzmanı, idari-mali işler sorumlusu, otelcilik-destek hizmetleri uzmanı, otelcilik-destek hizmetleri sorumlusu olarak yedi grup altında 457 sağlık çalışanı ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçları, kamu hastanesinde çalışanların özel hastanede çalışanlara göre daha sinik olduğunu göstermiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Örgütsel sinizm, özel hastane, kamu hastanesi, sağlık çalışanı

A Research to Measure the Organizational Cynicism Levels of Professional Health Groups: Comparison of a Public Hospital with a Private Hospital

## ABSTRACT

The organizational cynicism is negative attitudes of employees against the organization. The aim of this study is to investigate the organizational cynicism levels of employees in public and private hospitals and to compare the results of working. For this purpose, a data collection tool containing two parts, demographic questions and scale of organizational cynism, has been used. This study applied 457 medical workers at seven groups as physicians, health care professionals and managers, administrative-financial affairs specialists and managers, hotel management and support services specialists and managers, in public and private hospitals. The research results have demonstrated that the employees of public hospital are more cynical according to the employees of private hospital.

**Keywords:** Organizational cynicism, private hospitals, public hospitals, health professionals

\* Bu Çalışma Zehra KAŞKA ÜRETEN' in "Sağlık Meslek Gruplarının Örgütsel Sinizm Düzeylerini Ölçmeye Yönelik Bir Araştırma: Kamu Hastanesi İle Özel Hastane Karşılaştırması" isimli yüksek lisans tezinden elde edilen verilerle hazırlanmıştır.

\*\* Uz., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD, zehra\_kaska@hotmail.com

\*\*\* Doç. Dr., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ngemlik@marmara.edu.tr

## I. GİRİŞ

Örgütsel sinizm toplumda var olan ancak bir kavram olarak son zamanlarda incelenmeye başlanan bir olgudur. Örgütsel sinizm kavramına ilişkin yapılan tanımlamalar ve araştırmalar ile örgütsel sinizmin farkındalığı artmıştır. Örgütsel sinizmi etkileyen yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir, çalışma süresi ve hiyerarşi gibi bireysel faktörlerin yanında, örgütsel adalet, politika ve psikolojik sözleşme ihlali gibi örgütsel faktörler de vardır (Cartwright, Holmes 2006; James 2005). Bu faktörlerden kaynaklanarak çalışılan örgüte karşı olumsuz tutumlar takınılması durumu örgütsel sinizm olarak karşımıza çıkabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu hastanelerde örgütsel sinizme neden olabilecek pek çok özellik vardır. Sağlık hizmetlerinde aşırı uzmanlaşma ve işbölümü ile farklı eğitim düzeylerinde kişilerin ekip halinde çalışması, acil servisler ve yatan hasta birimleri, 7-24 saat yoğun nöbet ve vardiya usulüyle çalışma şekilleri, asimetrik bilgi, tolere edilemez hatalar, yüksek mesleki sorumluluk, müdahalelerde garantinin olmaması, kalitenin önceden belirlenememesi, ertelenemez olması, emek ve teknoloji yoğun olması ve matriks organizasyon yapısına sahip karmaşık organizasyonlar olması çalışanlar açısından istenmeyen sonuçlar doğurabilmektedir (Gemlik, Ayanoğlu Şişman 2011). Çalışanların iş doyumunu ve örgüte bağlılığı azalarak işe yabancılaşmakta ve örgütün adaletten yoksun olduğu şeklinde olumsuz düşüncelere kapılabilmekte, bu durum ise örgütsel sinizmi gündeme getirebilmektedir.

### 1.1. Sinizm Kavramının Kökeni

Aristoteles'in öğrencisi Büyük İskender'in fetihleri sonucunda dünyada Helenistik çağ başlamıştır. İskender'in ölümü ile imparatorluk bölünmüştür ve siyasal çatışmaların sonucunda dört yeni felsefe okulu oluşmuştur. İlk olarak ortaya çıkanlar Kinikler'dir ve başlıca kaygıları, uygar bir insanın, bu güvensiz, istikrarsız ve tehlikeli dünyada nasıl yaşayacağı sorunudur (Güçlü ve diğerleri 2003). Antik Yunan'da bir hayat tarzı ve fikir okulu olan sinizmin kökeni, kinik felsefenin en önemli temsilcisi olan Antisthenes ve takipçisi Sinoplu Diogenes (MÖ 404–323)'e dayanmaktadır (Çüçen 2001). Sokrates'in ölümü ve Atina'nın yıkılmasıyla Antisthenes sade, basit bir yaşam sürmeye karar vermiştir. Antisthenes'e göre, önemli olan erdem ve kendine yeterlilik durumudur. Gerçek anlamda insanın kendi kendine yetebilmesi ve özgürlük ancak mülksüzlük, ihtiyaçsızlık ve toplumsal ahlaki değerlerden yoksunlukla mümkün olur. Bu nedenle Antisthenes hazcılığa sert bir şekilde tepki göstermiştir (Saruhan, Yıldız 2009). Antisthenes'in bu düşüncelerini benimseyen Diogenes, daha sert şekilde sivri diliyle bütün adetleri alaya alarak; yıkanmayarak, iğrenç şeyler yiyerek ve edepsiz davranışlarda bulunarak insanları kasıtlı olarak şaşırtmış ve bir köpek gibi yaşamıştır. Bu nedenle insanlar ona Yunanca "köpeksi" anlamına gelen "Kinik" adını vermişlerdir. Köken olarak kynismós (κυνισμός) tan gelen kavramın, kinizm ve sinisizm gibi farklı kullanımları olmakla birlikte İngilizceye "Cynicism (Sinizm)" olarak geçmiştir. Literatürde yoğun olarak 'Sinizm' olarak kullanılan bu sözcük bu şekilde ortaya çıkmıştır (Güçlü ve diğerleri 2003).

### 1.2. Sinizm Kavramı

Sinizm, insanın erdem ve mutluluğa, hiçbir değere bağlı olmadan bütün gereksinimlerden sıyrılarak kendi kendine erişebileceğini savunan Antisthenes'in öğretileridir (TDK, 2015). Antik Yunan'da sinikler, etik ve ahlak kavramlarının yüksek seviyelere ulaşmasını hedeflemişler ve bu kavramları onaylamayanları eleştirmişlerdir. Modern dönemdeki siniklerse, etik ve ahlaka bağlılıkta fazla fayda görmediklerinden dolayı toplumun inandığı değerlerden kendilerini soyutlamaya çalışmışlardır (Helvacı 2003). Sinizm; kuşkuculuk, şüphecilik, güvensizlik, inançsızlık, kötümserlik ve olumsuzluk sözcükleriyle yakın anlama

sahip olmakla beraber kişinin kusur bulan, zor beğenen ve eleştirir anlamı literatürde yaygın olarak kullanılmaktadır (Polat ve diğerleri 2010).

Sinizm kavramı, günümüzde yeni gelişmeye başlamış gibi kabul edilse de tarihsel gelişimi eski zamanlara dayanmaktadır. Örgütsel sinizme dair ilk modern çalışmaların 1940'larda Minnesota Üniversitesi'ndeki kişilik çözümlemesinin tarihi araştırmalarının bir parçası olduğu ve "Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri" Cook ve Medley'in "Sinik Düşmanlık Ölçeği" gibi, en eski sinizm ölçeklerinin temelini oluşturduğu kabul edilmektedir (Cook, Medley 1954). Örgütsel sinizm konusunda yapılan ilk araştırmalar polis memurları üzerine uygulanmıştır. Niederhoffer (1967), örgütsel sinizmi araştıran ilk araştırmacılarından birisidir ve polis memurlarının birlik ve halka yönelik hissettikleri negatif davranışları bir anomi türü olarak tanımlamıştır. Niederhoffer'a göre (1967), anomi üç unsurdan (nefret, çekememe, güçsüzlük) oluşan küskünlüğe yol açmaktadır (Helvacı 2010).

### 1.3. Sinizm Türleri

Akademik yazın incelendiğinde Dean ve diğerleri (1998) sinizmi; kişilik sinizmi, toplumsal sinizm, mesleki sinizm, çalışan sinizmi ve örgütsel sinizm olarak beş başlık altında sınıflandırmışlardır. Her birey farklı şekilde sinizme maruz kalabilir.

**a)Kişilik sinizmi**, doğuştan gelen ve genellikle insan davranışlarını olumsuz olarak algılayan bir sinizm türüdür. Birey, kişileri küçük ve hor görmekte, onlara yukarıdan bakmakta, saygısız bir şekilde davranmakta ve diğer bireyler ile arasında zayıf bağlar oluşmaktadır (Abraham 2000). Kişilik sinizmi ile örgütsel sinizm yapı olarak birbirinden ayrılmıştır. Kişilik sinizmi bireyin kişiliğinden kaynaklanırken; örgütsel sinizm, bireyde sinik tutumların oluşmasına neden olmaktadır (Tokgöz, Yılmaz 2008).

**b)Toplumsal sinizm**, Peterson (1994) tarafından birey ve toplum arasındaki sosyal sözleşmenin ihlali olarak tanımlanmaktadır (Pitre 2004). Sosyal sözleşme ihlali, inanç veya güven ihlali olarak da düşünülebilen toplumsal sinizmde bireyler, toplumun karşılanamayan beklentileri sonucunda kendilerini haksızlığa uğramış hissetmekte, sisteme olan güvenleri sarsılmakta, hayal kırıklığı yaşamakta ve diğerlerine olan inançlarını sorgulamaktadır (Özgener ve diğerleri 2008).

**c)Mesleki sinizm**, kişinin kendisini işle ilgili yetkinleşirmesinin engellenmesiyle bir tür başa çıkma stratejisidir ve kişilerin kendilerini tüketicilerden uzaklaştırmalarına ve onları birey olarak görmemelerine neden olur. Abraham (2000)'a göre, tükenmişlik ve kişi-rol çatışması ile ilişkili olan mesleki sinizm, duyarsızlık, kopukluk ve vurdumduymazlık ile karakterize edilir. Bazı mesleklerde, tüketici ile oluşan stresli etkileşimler, çalışanları duygusal olarak yıpratmakta ve fiziksel olarak tüketmektedir. Örneğin, sağlık hizmeti gibi yardım etme amaçlı mesleklerde, etkileşim problem odaklı olmakta, çoğu geri dönüşler olumsuz olmakta, başarısızlıklar abartılmakta ve hastalarla çoğunlukla işbirliği yapılamamaktadır (Naus 2007). Çalışanlar mesleklerini icra ettikleri halde bazen hizmet alanlarda tam anlamıyla memnuniyet sağlanamamaktadır. Bu durumun çalışanlarda mesleki sinizme giden yolu açtığı düşünülmektedir.

**d)Çalışan sinizmi**, uzun çalışma saatleri, iş yoğunluğu, etkisiz ve yetkisiz liderlik ve yönetim, örgütlerin küçülmesi, örgütlerde yönetim kademelerinin azaltılması sonucunda işçi ve işveren arasında oluşan bir durumdur (Cartwright, Holmes 2006). ABD'de işveren-çalışan ilişkisinin geleneksel modeline göre, çalışanlar iş garantisi, güvenlik, eğitim, gelişim, terfiler gibi motive edici faktörler sayesinde örgütsel bağlılıklarını uzun süre korumaktadır. İşverenler ve çalışanlar arasındaki bu psikolojik sözleşme, çalışanların ve örgütlerin birbirlerine karşılıklı yatırımlarını sağlamıştır (Feldman 2000). Buna karşın örgütler

çalışanlarına iş tatmini için gerekli şartları sağlayamazsa, çalışanlar kendini güvensiz bir iş ortamında hissederlerse, bulunan olumsuz iş koşulları çalışanları olumsuz duygulara sevk edebilir. Böylece çalışan sinizmi oluşabilmektedir.

**e)Örgütsel sinizm**, Mirvis ve Kanter (1991) örgütsel sinizm kavramını tanımlarken, örgütlerin de sinik özelliğe sahip olabileceğini belirtmişlerdir. Sinik olan örgütlerin özelliklerini “*Aldatıcı ve sömürüye dayalı uygulamaları olan, çalışanlarıyla tek yönlü iletişim kuran, sinirli bir şekilde davranan ve çalışanlarına ikiyüzlü politika izleyen yöneticileri destekleyen ve bencilce değerleri somutlaştıran örgütler*” şeklinde ifade etmişlerdir. Vance, Brooks ve Tesluk (1996)’e göre örgütsel sinizm, örgütlerin daha iyiye gidebileceği inancının olması, yalnız bu olasılığın oldukça düşük olmasıdır. Bu tanımda, örgütsel sinizmin iki boyutu üzerinde durulduğu gözlenmiştir. Birinci boyutta bireysel hatalar yüzünden olumsuz tutumların artacağı, ikinci boyutta ise örgütün gelişebileceği inancı yer almaktadır (Brandes 1997). Örgütsel sinizm sadece, olumsuz insanların örgüte getirdiği duygular değil; bu tutumların örgütsel bağlamdaki deneyimlerle şekillendirilmesidir (Johnson, O’Leary-Kelly 2003). Bu doğrultuda Cole ve diğerleri (2006), örgütsel sinizmi “*Bir bireyin iş deneyimlerinden kaynaklanan değerlendirci bir yargı*” olarak tanımlamışlardır. Bu tanımlamalar ile örgütsel sinizmin deneyimler ile ilişkisi ve önemi vurgulanmaya çalışılmıştır.

#### 1.4. Örgütsel Sinizmin Boyutları

Bireylerin sahip olduğu inanç, tutum ve değerler, bu kişilerin işe yönelik tavırlarını, davranışlarını ve örgütsel ilişkilerini etkilediğinden dolayı örgütsel sinizm kavramı için önemlidir (Sabuncuoğlu, Tüz 2001). Örgütsel sinizm bir tutum olarak kavramsallaştırıldığında, tutumun; inançla başlayan ve muhtemel olarak da davranışla sona eren düşünce-davranış sürecinin bir kısmını içermektedir (Delken 2004). Dean ve diğerleri (1998)’ne göre ise örgütsel sinizm üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar örgütün dürüstlükten yoksun olduğuna dair inanış (bilişsel boyut), örgüte karşı negatif duygular (duyuşsal boyut) ve örgüte yönelik kötileyici inanışlarla oluşan davranışlardır (davranışsal boyut).

**Bilişsel boyut**, öfke, hor görme ve kınama gibi olumsuz duygularla ortaya çıkan, örgütün dürüstlükten yoksun olduğuna dair inançtır. Bu nedenle sinikler; adalet, dürüstlük ve samimiyet gibi prensiplerin eksikliği nedeniyle, örgütlerinin uygulamalarıyla kendilerine “ihanel” ettiklerine inanmaktadırlar (Dean et al. 1998). Örgütlerde sinik tutuma sahip olan bireyler, bilişsel boyutta daha çok negatif düşüncelere sahiptirler. Çevrelerini bu düşüncelerle etkilemezler. Ancak psikolojik olarak diğer bireylere karşı içlerinde güvensizlik duyarlar. Örgüte faydalı olmak için ne kadar çabalasalar da örgütün bu konuda onlara karşı destekten yoksun olduğunu düşünebilirler.

**Duyuşsal boyut**, sinik inançlarla bağlantılı düşüncelerden kaynaklanan güçlü duyguları kapsamaktadır (Brandes, Das 2006). Örgütsel sinizmin duyuşsal boyutu, bir nesneye karşı gösterilen saygısızlık, öfke, sıkıntı ve utanç duyma gibi kuvvetli duygusal tepkileri kapsamaktadır (Abraham 2000). Genel olarak bu boyutta saygısızlık, küçümseme, öfke, kızgınlık, sıkıntı duyma, utanç hissetme, nefret etme, kendini beğenmişlik şeklinde sinizm daha somut bir hale gelir. Bireyler bilinçaltında olan düşünceleri artık yavaş yavaş açığa çıkarır ve çevresini etkilemeye başlar. Çevredeki faktörlerden etkilenecek bir takım duygusal değişiklikler yaşar ve tekrar çevresine bunu duygusal tepkiler basamağı şeklinde yansıtır.

**Davranışsal boyutta**, örgütlerinde sinik davranışta bulunan çalışanlar, örgüt içinde gelecek olaylar hakkında karamsar tahminler yapma eğiliminde olduklarından dolayı olumsuz ve çoğu zaman insanı küçük düşürmeye yönelik davranışlarda bulunabilirler (Dean et al. 1998). Çalışanlar, örgütleri konusunda şikâyette bulunma, dalga geçme ve eleştirilerde

bulunma gibi davranışlar sergileyebilirler. Sinik davranışlar çalışanların iş arkadaşları ile anlamlı bakışmaları, sırtımları ve küçümser bir şekilde gülümsemeleri şeklinde sözlü olmayan davranışlar olarak da kendini gösterebilir. (Brandes, Das 2006). Davranışsal boyutta sinizm tam anlamıyla kendini gösterebilir. Bireyler bilişsel boyuttan duyuşsal boyuta geçmiş olan sinizmin son evresini yaşarken bu evrede sinik tutumları sergilemekten kaçınmayarak, çevrelerini etkilemekte hiçbir sakınca görmeyebilirler.

### **1.5. Örgütsel Sinizmi Oluşturan Kişisel Faktörler**

Kişisel faktörler bireylerin kendisinden kaynaklanmaktadır. Bu çalışmada demografik faktörler yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir, çalışma süresi ve hiyerarşi olmak üzere incelenmiştir.

**Yaş**, bireylerin işlerine ilişkin tutumlarını, algılarını, istek ve beklentilerini etkilemektedir. İş hayatının başlangıcında olan birey, ilk defa iş aramanın ve işe yerleşmenin sıkıntılarını yaşamakta; dolayısıyla eğitimine ve özelliklerine uygun bir işte çalışma arzusu yüksek olmaktadır. Bu sebeple gençler için, kişisel yetenek ve kapasitelerini kullanabilecekleri, bireylerarası ilişkilerin iyi olduğu bir iş ve iş ortamına sahip olmanın önemlidir (Çakır 2001). Ancak tecrübe eksikliğinden dolayı ilk iş olarak istediği pozisyonda işe başlayamayan bireylerde örgüte karşı olumsuz bakış açısı oluşmaktadır. Ögüt ve diğerleri (2008) yaşları küçük olan çalışanların, yaşlı çalışanlara göre daha sinik olduğunu belirtmiştir. Akman (2013) 25 ve daha küçük yaşta olanların sinizm düzeylerinin, 25–29 yaş aralığında olanların ve 35 ve daha büyük yaşta olanların sinizm düzeylerinden yüksek olduğunu belirtmiştir.

**Cinsiyet**, çalışanların örgütsel sinizm tutumunu anlamlı bir şekilde etkileyen kişisel özelliklerden biri olarak görülmemektedir (Andersson, Bateman 1997; Bernerth et al. 2007; Bommer et al. 2005; Efiltili ve diğerleri 2008; Erdost ve diğerleri 2007; Fero 2005; Güzeller, Kalağan 2008; James 2005; Tokgöz, Yılmaz 2008). Bernerth ve diğerleri (2007) 117 çalışan üzerinde gerçekleştirdiği ve örgütsel değişim sinizmi, adalet ve bağlılık arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalarında, cinsiyet ile örgütsel sinizm arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmamışken, bazı çalışmalarda ise anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Lobnika ve Pagon (2004) ise kadın çalışanların, erkek çalışanlara göre örgütsel sinizm düzeylerini daha yüksek bulmuşlar ve bu sonucu örgütlerde kadınların sömürülmesi yorumu ile açıklamışlardır.

**Eğitim durumu**, çalışma yaşamına bakışı ve çalışma yaşamından beklentileri etkileyen önemli değişkenlerden biridir. Eğitim düzeyi yükseldikçe, çalışma yaşamına ve işe yüklenen anlam ve beklentiler çeşitlenmektedir (Çakır 2001). Bu konudaki çeşitli araştırmalar incelendiğinde, eğitim durumunun örgütsel sinizm tutumunu etkileyen değişkenlerden biri olduğu gözlenmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe örgütsel sinizm düzeyi de artmaktadır (Fero 2005). Tokgöz ve Yılmaz (2008), eğitim düzeyi ile örgütsel sinizm arasındaki anlamlı farklılığın, ilköğretim mezunu olan çalışanlar ile lisans-lisansüstü eğitime sahip çalışanlar arasında olduğunu belirtmişlerdir. Lobnika ve Pagon (2004) eğitim durumu ile sinizm arasında pozitif yönlü bir ilişki bulmuşlardır ve daha az eğitilmiş çalışanların, gerçeği daha kolay kabul ettikleri için örgütsel sinizm düzeylerinin düşük olduğunu belirtmişlerdir. Eğitim durumu yüksek olan çalışanlar örgüte karşı daha fazla beklenti içindedirler ve bu beklentilerinin karşılanmaması durumunda sinik tutum sergileyebilmektedirler.

**Medeni durumun**, örgütsel sinizmi etkileyebilecek bir faktör olup olmadığı çeşitli araştırmalarla incelenmiştir. Delken (2004), bekâr çalışanların örgütsel sinizm düzeylerinin evlilere göre daha yüksek bir değer gösterdiğini bulmuştur. Kanter ve Mirvis (1989), ayrı ya da boşanmış çalışanların, evli ya da bekâr çalışanlara göre örgütsel sinizm düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmektedirler. Yapılan başka bir çalışmada ise medeni durum ile



örgütsel sinizm arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Efiltili ve diğerleri 2008). Medeni durum çalışanlarda sinik tutumlara yönelmede belirleyici olabilmektedir. Bunun nedeni olarak evli bireylerin yüklendikleri sorumluluklardan dolayı kendilerini bir işyerine ait hissetmek istemeleri ve işle ilgili endişe duymak istememeleri olarak düşünülmektedir.

**Gelir düzeyi** ile örgütsel sinizm arasında anlamlı ilişkiler bulunan, düşük gelirli bireylerin örgütsel sinizm düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenen çalışmalar vardır (Ferro 2005). Mirvis ve Kanter (1991), yaptıkları çalışmada gelir ile örgütsel sinizm arasında anlamlı ilişkiler bulmuşlar ve geliri düşük olan bireylerin örgütsel sinizm düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Delken (2004), bireyleri çalışma türüne göre gelirlerini parça başı, saat başı ve sabit maaş türü olmak üzere üç düzeyde sınıflandırmış ve sabit maaşla çalışan bireylerin örgütsel sinizme daha çok maruz kaldıklarını belirtmiştir. Yüksek maaşa sahip çalışanlar daha çok harcama yaptıkları için gelirlerini daha çabuk yitirmekte ve daha çok hayal kırıklığına uğramakta; bundan dolayı sinizm düzeyleri daha yüksek olabilmektedir.

**Çalışma süresi**, bir işte çalışılan süredir. Örgütsel sinizm ile çalışma süresi arasında anlamlı ve pozitif bir ilişkinin var olduğu gözlenmektedir. Ancak ilişkinin düzeyi düşük bulunmuştur (James 2005). Aynı pozisyonda uzun bir süre mesleki deneyimi olan çalışanların, daha kısa mesleki deneyime sahip çalışanlara göre daha sinik olmaktadır (Lobnina, Pagon 2004). Bir örgütte uzun yıllar geçirmiş olan çalışanlar, örgütün uygulama ve politikalarına karşı başlangıçta olumsuz düşüncelere sahip olabilir ve bu düşüncelerini dile getirebilirler ancak zamanla örgütün işleyişine alıştıkları için olumsuz bakış açısını ve sinik söylemlerde bulunmayı bırakabilirler. Bunun nedeni bu olumsuzlukların değişmeyeceği düşüncesinin olmasıdır.

**Hiyerarşinin** örgütsel sinizmi etkilediği belirtilmektedir. Buna göre, Kanter ve Mirvis (1989), örgütlerde hiyerarşik üst düzeyde olan çalışanların, hiyerarşik alt düzeyde olan çalışanlara göre daha az örgütsel sinizm deneyimi yaşadığını belirtmektedirler. Bunun nedeni, yüksek düzeyde sorumluluk sahibi olmanın yüksek düzeydeki memnuniyetle bağlantılı olmasıdır. Bundan dolayı, fazla sorumluluk sahibi olan çalışanlar daha az örgütsel sinizm yaşamaktadırlar (Delken 2004). Örgütsel sinizmin hiyerarşik alt düzeyde yaşanmasının önüne geçmek için bu çalışanlarda farklılık meydana getirmek önemlidir.

## 1.6. Örgütsel Sinizmi Oluşturan Örgütsel Faktörler

Örgütsel faktörler bireylerin kendisinden değil, çalıştıkları örgütlerden kaynaklanmaktadır. Örgütsel adalet, örgütsel politika ve psikolojik sözleşme ihlali örgütsel sinizmi oluşturur.

**Örgütsel adalet**, dağıtımsal, etkileşimsel ve işlemsel adalet olmak üzere üç şekilde sınıflandırılmaktadır. Dağıtımsal adaletin kuramsal temellerini, Adams'ın eşitlik kuramı oluşturmaktadır. Buna göre, çalışanların işleri için ortaya koydukları katkı ve kazançlar (eğitim, deneyim, performans, işin zorluğu vb.) bunlar karşılığında almış oldukları sonuçlar ile (maaş ve terfi kararları vb.) karşılaştırılmaktadır. Eğer girdiler ile sonuçlar arasında bir eşitsizlik durumu algılanırsa, çalışanlar aldıkları ödülün adil olmadığını düşünürler. Bu durum kişiyi kızgınlık, mutsuzluk, gurursuzluk ya da suçluluk gibi hislere yönlendirebilmektedir (Söyük 2007). Örgüt içinde her alanda adil bir çalışma ortamı oluşturularak çalışanın örgüte güvenmesi sağlanmalıdır. Örgüte güven duyan çalışan huzursuzluk, mutsuzluk ve eleştirel tutumlar içine girmez ve sinizme sürüklenmez.

**Örgütsel politika**, örgütlerde karar verme sürecini etkileyen, örgüt tarafından onaylanmayan ve bireysel çıkarılara dayalı davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Altıntaş 2007). Örgüt amaçlarının iyi bir biçimde değerlendirilmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır.

Örgütsel politikalar çalışanların davranış ve kararlarına yönelik tutumlarıdır. Örgütlerde belirli bir hareketin yasak olup olmadığına örgütsel politikalar incelenerek karar verilmektedir (Çelik 2003). Örgütsel politikalar oluşturulurken çalışanlarında fikrinin alınması, kararlara katılımının sağlanması veya çalışanlara mevcut politikaların benimsetilerek uygulanması gerekmektedir. Aksi durumda, çalışanlar örgütün kararlarını eleştirel bir şekilde sorgularlar, uygulamadan tatmin olmazlar ve sinizm yaşarlar.

**Psikolojik sözleşme**, çalışanlar ve örgüt arasında karşılıklı ilişki temeline dayanan, dinamik ve yazılı olmayan bir dizi beklentilerdir (Mimaroglu 2008). De Vos ve diğerleri (2003), çalışanlar açısından iyi birer psikolojik sözleşmenin kurulabilmesi için; kariyer gelişim fırsatlarının yer alması, işbirliğine dayalı iyi bir çalışma ortamının olması, iş içeriğinin ilgi çekici, çeşitlendirilmiş ve zorlayıcı olması, maddi ödüllerin bulunması, işin başarı ile yapılabilmesi için geri bildirim ve yol gösteren kişisel desteğin olması, özel hayata saygı gösterilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Çalışanlar işin sonucunda yöneticilerinden takdir aldığı oranda motivasyonları artar ve işe yönelik sinik tutumlar oluşması engellenebilir.

### **1.7. Örgütsel Sinizmin Sonuçları**

Örgütsel sinizmin sonuçlarıyla ilgili literatür incelendiğinde, örgütsel sinizme maruz kalan çalışanların işine ve kurumuna karşı geliştirdiği tutumlar olan örgüte bağlılıkta, iş tatmininde ve motivasyonda azalma olabileceği gibi işe yabancılaşma, hırsızlık, dolandırıcılık, işten ayrılma ve işten çıkarılma oranlarının artması, örgütsel küçülmelerin artması sonuçlarından söz edebilmek mümkündür (Abraham 2000; Andersson, Bateman 1997; Eaton 2000; James 2005).

**İş doyumu**, çalışanların örgütte yaptıkları işten çeşitli faydalar sağlamasıdır. İş doyumunun düşüklüğü, başarı, kendini gerçekleştirme, işte özerklik beklentilerinin de düşük olmasına sebep olmaktadır (Çakır 2001). İş doyumsuzluğu çalışanların örgütsel sinizm düzeyinin yüksek olmasına, örgütsel sinizm düzeyi arttıkça, iş doyumunu düzeyinde de azalma olmasına neden olmaktadır (Chrobot, Mason 2003).

**Örgütsel bağlılık**, insanların örgütlerini ne derece içselleştirdikleri ve örgütlerinde kalmaya ne derece istekli oldukları ile ilgili bir kavramdır (Aktaş, Gök 2010). Örgütsel sinizm ile örgütsel bağlılık arasında bilişsel, duyuşsal ve davranışsal olarak üç boyutta farklılıklar olduğu gözlenmiştir: Bilişsel; örgütsel sinizmde çalışanlar, örgütün dürüstlükten ve bütünlükten eksik olduğuna inanırken, örgütsel bağlılıkta kişisel değer ve amaçlarının, örgütün değer ve amaçları ile benzer olup olmadığını değerlendirmektedir. Duyuşsal; örgütsel sinizmde bir çalışan, mesleki deneyimi esnasında engellenme ve küçümsenme gibi duygular yaşarken; örgütsel bağlılığı düşük olan bir çalışanın örgütle bütünleşmesi azdır. Davranışsal; örgütsel sinizmde çalışanlarda örgütten ayrılıp ayrılmama düşüncesi varken; örgütsel bağlılık, çalışanların örgütünde kalma niyetini içermektedir (Özgener ve diğerleri 2008).

**İşe yabancılaşma**, çalışanların işini anlamsız bulması; çalıştığı örgütte kurduğu ilişkilerden doyum sağlayamaması; kendisini yalnız, yetersiz, güçsüz görmesi; geleceğe ilişkin umutlarını yitirmesi ve kendisini sistemin basit bir çarkı olarak algılamasıdır (Elma 2003). Örgütlerde çalışanların sinik tutumlara sahip olmalarına yol açan örgütsel faktörlerin artışı, onların çalışma arkadaşlarına ve çalışma esnasında diyalog kurdukları kişilere karşı güvensiz, iğneleyici, bakışları ve tavırlarıyla rahatsız edici, hatta kaba davranışlarda bulunmalarına yol açar. Bu muameleye maruz kalan diğer çalışanlar ve muhataplar da bu kişilerden uzak durur, gerekli olmadığı sürece iletişim kurmaz ve bu bireyler birbirlerine karşı yabancılaşırlar (Sur 2010).

Örgütlerde çalışanların beklentilerinin karşılanamaması sonucunda örgütsel sinizm oluşmakta (Kanter, Mirvis 1989) ve bu durum çeşitli psikolojik sonuçlar yaratmaktadır. Araştırmalarda, bu durumun sinirsel ve duygusal bozukluklara yol açtığı; depresyon, uykusuzluk, duygusal çöküntü ve hayal kırıklığı gibi rahatsızlıklara neden olduğu belirtilmektedir. Ayrıca, psikosomatik ve somatik şikâyetlere de neden olmaktadır (Costa et al. 1986). Sinik düşmanlığın, sosyal destek eksikliğine neden olabileceği ve bu nedenle kalp (koroner kalp hastalığı, kalp krizi ve çarpıntılar) ve damar hastalıkları riskinin artabileceği ifade edilmiştir (Eaton 2000). Smith ve diğerleri (1988), sinizm ile vaktinden önce ölüm arasında bir ilişkinin olduğunu belirtmişlerdir. Örgütsel sinizmin sonuçları bilişsel, duyuşsal ve davranışsal boyutlarda düşünüldüğünde bilişsel boyutta soyut olan bir düşüncenin davranışsal boyutta nasıl somut bir hale dönüştüğü görülmektedir. Sinizmin en somut şekli olarak, kişide sağlık problemleri görülmektedir. Bu durum sinizmin aslında ne kadar ciddi boyutlara varabilecek bir olgu olduğunu göstermektedir.

## II. YÖNTEM

Bu araştırmanın amacı, kamu ve özel hastanede çalışan kişilerin örgütsel sinizm düzeylerini tespit etmek ve bu sonuçları karşılaştırmaktır. Bu amaca ulaşabilmek için bir kamu ve bir özel hastanede yedi sağlık meslek grubuna (hekim, sağlık bakım uzmanı, sağlık bakım sorumlusu, idari-mali işler uzmanı, idari-mali işler sorumlusu, otelcilik ve destek hizmetleri uzmanı, otelcilik ve destek hizmetleri sorumlusu) ait çalışanlardan veriler elde edilmiş ve çalışanların örgütsel sinizm tutumlarının bilişsel, duyuşsal ve davranışsal boyutlarda farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir.

### 2.1. Araştırmanın yaklaşımı

Araştırma sağlık çalışanlarının örgütsel sinizm portresini çizen yapısı nedeni ile tanımlayıcı türde ve kesitsel tipte araştırma niteliğindedir. Araştırmada, yorumlayıcı sosyal bilim yaklaşımıyla sağlık çalışanlarının örgütsel sinizm yaşama durumu değerlendirilmiştir. Nedensellik ve ilişkisellik bağlamında konular ele alınmıştır.

### 2.2. Verilerin Analiz Yöntemi

Veri toplama aracı ile toplanan veriler, veri tabanı oluşturulduktan sonra elektronik ortama aktarılmış ve istatistiksel değerlendirilmesi yapılmıştır. Veri analizleri %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11.5 programı ile tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım özelliği göstermesi ( $p>0,05$ ) nedeni ile parametrik testler kullanılmıştır. İki bağımsız grubun puanlarının karşılaştırılmasında t testi, üç ya da daha fazla bağımsız grubun puanlarının karşılaştırılmasında ANOVA testi kullanılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; kurum ve sağlık meslek grupları oluştururken; bağımlı değişkenlerini örgütsel sinizm ve örgütsel sinizmin alt boyut puanları oluşturmaktadır.

### 2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada iki bölümden oluşan veri toplama aracı kullanılmıştır. Birinci bölümde katılımcılara ait demografik sorulara yer verilmiştir. Taslak form bir hastanede toplam 10 kişi üzerinde uygulanmış ve demografik sorulara son şekli verilmiştir. İkinci bölümde ise örgütsel sinizm ölçeği uygulanmıştır (Brandes et al. 1999) tarafından geliştirilen ve Türkçeye uyarlaması Kalağan (2009) tarafından yapılan 13 maddelik “Örgütsel Sinizm” ölçeği mevcut hali ile kullanılmıştır. Örgütsel sinizm ölçeğinde bilişsel, duyuşsal ve davranışsal olmak

üzere üç boyut yer almaktadır. Bilişsel boyutta beş madde, duyuşsal boyutta dört madde ve davranışsal boyutta dört madde bulunmaktadır. Araştırmada kullanılan Likert ölçek için kişilerin verilen önermelerle ilgili görüşlerini, çok olumludan çok olumsuz doğru 5’den 1’e sıralanan seçeneklerden belirtmeleri istenmiştir. Buna göre; tamamen katılıyorum(5), katılıyorum (4), kısmen katılıyorum (3), katılmıyorum (2), hiç katılmıyorum (1) şeklinde bir ölçek kullanılmıştır. Bu ölçekten alınabilecek en yüksek puan 65 ve en düşük puan 13’ tür. Ölçek sonuçları 5.00–1.00 puanlık bir genişliğe dağılmışlardır. Bu genişlik beşe bölünerek ölçeğin kesim noktalarını belirleyen düzeyler belirlenmiştir ve ölçek ifadeleri “1,00–1,79” çok düşük, “1,80–2,59” düşük, “2,60–3,39” orta, “3,40–4,19” yüksek, “4,20–5,00” çok yüksek” şeklinde boyut puanları göz önüne alınarak değerlendirilmiştir (Kalaycı 2006).

#### **2.4. Veri Toplama Yöntemi**

Veri toplama yöntemi olarak ölçek kullanılmıştır. Ölçek yönteminin kullanılma nedeni; çalışanlar ile tek tek görüşmek için çalışanlar ve araştırmacının yeterli zamanının olmaması, konu ile ilgili kaynakların araştırmada veri toplamada kullanılacak soruların hazırlanması için yeterli olduğu düşüncesi, konu olarak bazı açılardan farklılık göstermesine karşın daha önceden hazırlanmış olan ölçeklerin kullanılacak olması ve bunların bir formda yer alması gerekliliği ve çok sayıda çalışan ile görüşüleceğinden ise maliyetin oldukça fazla olacağı gösterilebilir. Kesitsel tipte, tanımlayıcı olan bu araştırmanın verileri, Mart 2015 - Haziran 2015 tarihleri arasında İstanbul ilinde faaliyet gösteren 1 özel ve 1 kamu hastanesinde ölçek formunun sağlık çalışanlarına uygulanması ile elde edilmiştir.

#### **2.5. Araştırma Ölçeğinin Güvenilirliği ve Geçerliliği**

Araştırmada kullanılan örgütsel sinizm ölçeği daha önce yapılmış olan araştırmalarda kullanılmış ve geçerliliği ile güvenilirliği test edilmiş bir ölçektir. Topçu ve diğerlerinin (2013) sağlık çalışanlarında örgütsel sinizm ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğini araştırdığı çalışma sonucunda, örgütsel sinizm ölçeğinin yüksek düzeyde geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur. Araştırmada kullanılan ölçek için güvenilirlik analizi yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği değerlendirilirken Cronbach’s Alpha güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır. Örgütsel sinizm ölçeğindeki 13 maddenin güvenilirliğini hesaplamak için iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach Alpha Katsayısı hesaplanmış ve güvenilirlik analizi ölçeğin tümüne, alt boyutlarına uygulanmıştır. Ölçeğin güvenilirliği bilişsel boyutta Cronbach Alpha 0,90, duyuşsal boyutta Cronbach Alpha 0,95, davranışsal boyutta Cronbach Alpha 0,81 ve genel güvenilirlik Cronbach Alphası 0,93 olarak çok yüksek bulunmuştur.

Ölçeğin yapı geçerliliğinin ortaya koymak için açıklayıcı faktör analizi yöntemi uygulanmıştır ve verilerin açıklayıcı faktör analizi için uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett test analizleri ile incelenmiştir. Yapı güvenilirliği değerlerini, üç boyutta da 0,70 ve üzerinde hesaplamıştır. Açıklanan varyans değerleri, her üç boyutta 0,50 ve üzerindedir. Güvenirliğine ilişkin bulunan Cronbach’s Alpha ve açıklanan varyans değerine göre örgütsel sinizm ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu anlaşılmıştır (Kalağan 2009). Beş maddeden oluşan bilişsel boyutta maddelerin faktör yüklerinin 0,763 ile 0,819 arasında değiştiği ve açıkladığı varyans oranının yüzde 29,099 olduğu gözlenmiştir. İkinci boyutu oluşturan ve dört maddeden oluşan duyuşsal boyut toplam varyansın yüzde 27,177’sini açıklamakta ve maddelerin faktör yükleri 0,737 ile 0,885 arasında değişmektedir. Üçüncü boyutu davranışsal boyut oluşturmakta olup dört madde yer almaktadır. Maddelerin faktör yükleri 0,668 ile 0,895 arasında değişmektedir ve boyutun açıkladığı varyans oranı yüzde 22,398’dir ve toplam açıklanan varyans oranı % 78,674 olarak hesaplanmıştır. Örgütsel sinizm ölçeğinin güvenilirliği, Cronbach’s Alpha İç Tutarlılık Katsayısı ile hesaplanarak bilişsel boyutta 0,91, duyuşsal boyutta 0,95, davranışsal boyutta 0,87, genel Cronbach Alpha 0,93 olarak hesaplanmıştır (Kalağan 2009).

## 2.6. Evren ve Örneklemin Seçilmesi

Araştırma İstanbul İli Avrupa Bölgesinde yapılmıştır. İstanbul İli Sağlık İstatistikleri 2012–2013 Avrupa Bölgesinde Kamu Hastane Birlikleri'nin ilçelere göre yüzölçümleri verilerine bakıldığında en küçük yüzölçümüne sahip birliğin İstanbul Bakırköy Kamu Hastaneler Birliği olduğu saptanmıştır. İstanbul İli Avrupa Bölgesinde Kamu Hastane Birlikleri'nin ilçelere göre km<sup>2</sup> ye düşen kişi sayısı verilerine bakıldığında ise en fazla nüfusa sahip birliğin İstanbul Bakırköy Kamu Hastaneler Birliği olduğu saptanmıştır. Buna göre araştırmanın evrenini İstanbul Bakırköy Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı 10 kamu hastanesi ile aynı coğrafi bölge sınırları içerisinde bulunan, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ile Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği kayıtlarında yer alan 35 özel hastanede görev alan sağlık çalışanları oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini hastaneler arasından kolayda örneklem yoluyla seçilen 2 hastane belirlenmiştir. Bu hastanelerin seçiminde rol oynayan kriterler; coğrafi olarak aynı bölgede yer almaları, benzer hasta profiline sahip olmaları, araştırmacının maddi olanaklarının elverişliliği ve araştırmanın yapılması konusunda destek olacağı düşünülen hastaneler olmasıdır. Çalışmanın yapıldığı hastanelerde çalışanlar ile görüşülerek araştırmaya katılım için onay alınmıştır ve araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarına ölçek dağıtılmıştır. 2270 çalışmanı olan bir kamu hastanesi ve 810 çalışmanı olan bir özel hastanede gerçekleştirilen bu araştırmada örgütsel sinizm ölçeği toplam 500 kişiye uygulanmıştır. Geri dönüş oranı %91,4 olan, analize uygun 457 adet ölçek araştırma kapsamına dâhil edilmiştir. Araştırmada kullanılan örneklemin ana kütleyi yeterli derecede temsil ettiği varsayılmıştır.

## 2.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma İstanbul ili Avrupa yakasında bulunan bir özel ve bir kamu hastanesinde yapılmıştır. Bu açıdan bakıldığında çalışmanın hastaneler üzerinde ve yalnızca İstanbul ilinde yapıyor olması, araştırmanın genelleme düzeyi olarak tüm çalışanlar ve Türkiye için geçerli olduğunu söylemeyi olanaklı kılmamaktadır. Bu nedenle araştırmanın genelleme düzeyi olarak sağlık çalışanları ve İstanbul ili olarak alınmıştır.

## III. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamında toplanan verilerin analizine dayanan bulgular yer almaktadır.

**Tablo 1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular**

Demografik Özellikler		Kamu (% 52,7)		Özel (%47,3)		Toplam (%100)	
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	161	66,8	127	58,8	288	63,0
	Erkek	80	33,2	89	41,2	169	37,0
Eğitim Durumu	Lise	51	21,2	68	31,5	119	26,0
	Ön lisans	47	19,5	45	20,8	92	20,1
	Lisans	62	25,7	55	25,5	117	25,6
	Lisansüstü	81	33,6	48	22,2	129	28,2
Medeni Durum	Bekâr	102	42,3	102	47,2	204	44,6
	Evli	139	57,7	114	52,8	253	55,4
Sağlık Meslek Grupları	Hekim	49	20,3	31	14,4	41	17,5
	Sağlık bakım uzmanı	99	41,1	63	29,2	162	35,4
	Sağlık bakım sorumlusu	9	3,7	6	2,8	15	3,3
	İdari-mali işler uzmanı	29	12,0	65	30,1	94	20,6
	İdari-mali işler sorumlusu	14	5,8	7	3,2	21	4,6
	Otelcilik-destek hizmetleri uzmanı	22	9,1	33	15,3	55	12,0
	Otelcilik-destek hizmetleri sorumlusu	19	7,9	11	5,1	30	6,6
<b>Toplam</b>		241	100,0	216	100,0	457	100,0

Araştırmaya katılanların %63'ü kadındır, %55,4'ü evlidir. Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde; %26 lise, %20,1 ön lisans, %25,6 lisans, %28,2 lisansüstü mezunu olduğu, eğitim kademelerinin yaklaşık düzeylerde dağılım gösterdiği görülmüştür.

Katılımcıların %52,7'si kamu, %47,3'ü özel hastanede çalışmaktadır. Kamu ve özel hastane çalışanlarının sinizm düzeyinin karşılaştırılmasında yarı yarıya eşitlik sağlanmaya çalışılmıştır ve ulaşılan yüzdelerin bu oranı doğru şekilde yansıttığı düşünülmektedir. Katılımcıların %17,5'i hekim, %35,4'ü sağlık bakım uzmanı (ebe, hemşire, ATT. vb.), %3,3'ü sağlık bakım sorumlusu (sorumlu ebe, sorumlu hemşire vb.), %20,6'sı idari-mali işler uzmanı, %4,6'sı idari-mali işleri sorumlusu, %12'si otelcilik-destek hizmetleri uzmanı, %6,6'sı otelcilik-destek hizmetleri sorumlusudur.

**Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Sinizm Düzeylerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (n= 457)**

Boyutlar	Kamu (n= 241)		Özel (n= 216)	
	Ort.	Ss	Ort.	Ss
Bilişsel Boyut	3,05	0,92	2,29	0,69
Duyuşsal Boyut	2,43	1,10	1,94	0,92
Davranışsal Boyut	2,94	0,90	2,29	0,84
Örgütsel Sinizm	2,82	0,81	2,18	0,67

Kamu hastanesinde ve özel hastanede sağlık çalışanlarının bilişsel, duyuşsal, davranışsal boyutlar ve örgütsel sinizm düzeyleri karşılaştırıldığında; kamu (2,43±1,10) ve özel (1,94±0,92) en düşük duyuşsal boyutta ortaya çıkmıştır. Sağlık çalışanlarının sinizm düzeyleri kamu hastanesinde (3,05±0,92) en yüksek düzeyde bilişsel boyutta, özel hastanede (2,29±0,69) en yüksek bilişsel ve davranışsal boyutlarda saptanmıştır.

**Tablo 3. Kuruma Göre Örgütsel Sinizm Boyutlarına İlişkin t Testi Sonuçları (n=457)**

Boyutlar	Kurum	n	Ort.	Ss	t	p
Bilişsel Boyut	Kamu	241	3,05	0,92	9,98	<b>0,000*</b>
	Özel	216	2,29	0,69		
Duyuşsal Boyut	Kamu	241	2,43	1,10	5,16	<b>0,000*</b>
	Özel	216	1,94	0,92		
Davranışsal Boyut	Kamu	241	2,94	0,90	7,94	<b>0,000*</b>
	Özel	216	2,29	0,84		
Örgütsel Sinizm	Kamu	241	2,82	0,81	9,23	<b>0,000*</b>
	Özel	216	2,18	0,67		

\*p&lt;0,005

Sağlık çalışanlarının çalıştığı kuruma göre bilişsel boyut, duyuşsal boyut, davranışsal boyut, örgütsel sinizm puanları arasındaki fark incelendiğinde; bilişsel boyut, duyuşsal boyut, davranışsal boyut ve örgütsel sinizm puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Buna göre; kamu hastanesinde çalışanların bilişsel boyut puanlarının (3,05±0,92), özel hastanede çalışanların puanlarından (2,29±0,69) yüksek olduğu saptanmıştır. Kamu hastanesinde çalışanların duyuşsal boyut puanlarının (2,43±1,10), özel hastanede çalışanların puanlarından (1,94±0,92) yüksek olduğu saptanmıştır. Kamu hastanesinde çalışanların davranışsal boyut puanlarının (2,94±0,90), özel hastanede çalışanların puanlarından (2,29±0,84) yüksek olduğu saptanmıştır. Kamu hastanesinde çalışanların örgütsel sinizm puanlarının (2,82±0,81), özel hastanede çalışanlarının örgütsel sinizm puanlarından (2,18±0,67) yüksek olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4. Kamu Hastanesinde Sağlık Meslek Gruplarına Göre Örgütsel Sinizm Boyutlarına İlişkin ANOVA Testi Sonuçları (n=241)**

Kamu	Sağlık Meslek Grupları	n	Ort.	Ss	F	p	Fark
Bilişsel Boyut	A- Hekim	49	3,11	0,79	6,02	0,000*	A-E B-E D-F E-F
	B- Sağlık bakım uzmanı	99	3,24	0,94			
	C- Sağlık bakım sorumlusu	9	2,84	0,73			
	D- İdari-mali işler uzmanı	29	2,72	0,79			
	E- İdari-mali işler sorumlusu	14	2,05	0,51			
	F- Otelcilik-destek hizmetleri uzmanı	22	3,48	1,11			
	G- Otelcilik-destek hizmetleri sorumlusu	19	2,71	0,67			
Duyuşsal Boyut	A- Hekim	49	2,77	1,10	3,74	0,001*	A-D A-E B-D
	B- Sağlık bakım uzmanı	99	2,55	1,21			
	C- Sağlık bakım sorumlusu	9	2,33	0,82			
	D- İdari-mali işler uzmanı	29	1,80	0,65			
	E- İdari-mali işler sorumlusu	14	1,75	0,57			
	F- Otelcilik-destek hizmetleri uzmanı	22	2,47	0,79			
	G- Otelcilik-destek hizmetleri sorumlusu	19	2,34	1,20			

\*p&lt;0,05

**Tablo 4. Kamu Hastanesinde Sağlık Meslek Gruplarına Göre Örgütsel Sinizm Boyutlarına İlişkin ANOVA Testi Sonuçları (n=241) - Devamı**

Kamu	Sağlık Meslek Grupları	n	Ort.	Ss	F	p	Fark
Davranışsal Boyut	A- Hekim	49	3,35	0,75	6,86	0,000*	A-D A-E A-F B-D B-E
	B- Sağlık bakım uzmanı	99	3,10	0,91			
	C- Sağlık bakım sorumlusu	9	2,52	0,76			
	D- İdari-mali işler uzmanı	29	2,56	0,74			
	E- İdari-mali işler sorumlusu	14	2,08	0,56			
	F- Otelcilik-destek hizmetleri uzmanı	22	2,61	0,83			
	G- Otelcilik-destek hizmetleri sorumlusu	19	2,88	0,99			
Örgütsel Sinizm	A- Hekim	49	3,08	0,73	6,56	0,000*	A-D A-E B-D B-E E-F
	B- Sağlık bakım uzmanı	99	2,99	0,85			
	C- Sağlık bakım sorumlusu	9	2,58	0,64			
	D- İdari-mali işler uzmanı	29	2,39	0,54			
	E- İdari-mali işler sorumlusu	14	1,97	0,47			
	F- Otelcilik-destek hizmetleri uzmanı	22	2,90	0,76			
	G- Otelcilik-destek hizmetleri sorumlusu	19	2,65	0,78			

\*p&lt;0,05

Kamu hastanesinde sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre bilişsel boyut, duyuşsal boyut, davranışsal boyut ve örgütsel sinizm puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Bilişsel boyutta hekim (3,11±0,79) ve sağlık bakım uzmanlarının (3,24±0,94) puanlarının idari mali işler sorumlularının (2,05±0,51) puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Otelcilik ve destek hizmetleri uzmanlarının (3,48±1,11) puanlarının idari mali işler uzmanı (2,72±0,79) ve idari mali işler sorumlularının (2,05±0,51) puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır.

Duyuşsal boyutta hekimlerin (2,77±1,10) puanlarının, idari mali işler uzmanı (1,80±0,65) ve idari mali işler sorumlularının (1,75±0,57) puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık bakım uzmanlarının (2,55±1,21) puanlarının, idari mali işler uzmanlarının (1,80±0,65) puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Davranışsal boyutta hekimlerin (3,35±0,75) puanlarının, idari mali işler uzmanı (2,56±0,74), idari mali işler sorumlusu (2,08±0,56) ve otelcilik ve destek hizmetleri uzmanlarının (2,61±0,83) puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık bakım uzmanlarının (3,10±0,91) puanlarının, idari mali işler uzmanı (2,56±0,74) ve idari mali işler sorumlularının (2,08±0,56) puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Örgütsel sinizmde hekimlerin (3,08±0,73) ve sağlık bakım uzmanlarının (2,99±0,85) puanlarının, idari mali işler uzmanı (2,39±0,54) ve idari mali işler sorumlularının (1,97±0,47) puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Otelcilik ve destek hizmetleri uzmanlarının (2,90±0,76) puanlarının, idari mali işler sorumlularının (1,97±0,47) puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır.



**Tablo 5. Özel Hastanede Sağlık Meslek Gruplarına Göre Örgütsel Sinizm Boyutlarına İlişkin ANOVA Testi Sonuçları (n=216)**

Özel	Sağlık Meslek Grupları	n	Ort.	Ss	F	p	Fark
Bilişsel Boyut	A- Hekim	31	1,81	0,66	4,70	0,000*	A-D A-F A-G
	B- Sağlık bakım uzmanı	63	2,22	0,72			
	C- Sağlık bakım sorumlusu	6	2,23	0,34			
	D- İdari mali işler uzmanı	65	2,37	0,74			
	E- İdari mali işler sorumlusu	7	2,42	0,39			
	F- Otelcilik-destek hizmetleri uzmanı	33	2,52	0,38			
	G- Otelcilik-destek hizmetleri sorumlusu	11	2,78	0,64			
Duyuşsal Boyut	A- Hekim	31	1,66	0,84	1,61	0,145	
	B- Sağlık bakım uzmanı	63	1,89	0,86			
	C- Sağlık bakım sorumlusu	6	2,20	0,71			
	D- İdari mali işler uzmanı	65	1,96	0,88			
	E- İdari mali işler sorumlusu	7	1,82	0,49			
	F- Otelcilik-destek hizmetleri uzmanı	33	2,00	1,11			
	G- Otelcilik-destek hizmetleri sorumlusu	11	2,61	1,07			
Davranışsal Boyut	A- Hekim	31	1,89	0,76	2,92	0,009*	A-G
	B- Sağlık bakım uzmanı	63	2,29	0,81			
	C- Sağlık bakım sorumlusu	6	2,37	0,72			
	D- İdari mali işler uzmanı	65	2,38	0,85			
	E- İdari mali işler sorumlusu	7	2,28	0,54			
	F- Otelcilik-destek hizmetleri uzmanı	33	2,24	0,92			
	G- Otelcilik-destek hizmetleri sorumlusu	11	3,04	0,64			
Örgütsel Sinizm	A- Hekim	31	1,79	0,69	3,85	0,001*	A-D A-G B-G
	B- Sağlık bakım uzmanı	63	2,14	0,63			
	C- Sağlık bakım sorumlusu	6	2,26	0,40			
	D- İdari mali işler uzmanı	65	2,25	0,67			
	E- İdari mali işler sorumlusu	7	2,19	0,36			
	F- Otelcilik-destek hizmetleri uzmanı	33	2,27	0,62			
	G- Otelcilik-destek hizmetleri sorumlusu	11	2,81	0,70			

\*p&lt;0,05

Özel hastane sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre duyuşsal boyut puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bilişsel boyut, davranışsal boyut ve örgütsel sinizm puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bilişsel boyutta idari mali işler uzmanı ( $2,37\pm 0,74$ ), otelcilik ve destek hizmetleri uzmanı ( $2,52\pm 0,38$ ) ve otelcilik ve destek hizmetleri sorumlularının ( $2,78\pm 0,64$ ) puanlarının, hekimlerin ( $1,81\pm 0,66$ ) puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Davranışsal boyutta otelcilik ve destek hizmetleri sorumlularının ( $3,04\pm 0,64$ ) puanlarının, hekimlerin puanlarından ( $1,89\pm 0,76$ ) yüksek olduğu saptanmıştır. Örgütsel sinizmde idari mali işler uzmanı ( $2,25\pm 0,67$ ) ve otelcilik ve destek hizmetleri sorumlularının ( $2,81\pm 0,70$ ) puanlarının, hekimlerin ( $1,79\pm 0,69$ ) puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Otelcilik ve

destek hizmetleri sorumlularının (2,81±0,70) puanlarının, sağlık bakım uzmanlarının (2,14±0,63) puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır.

#### **IV. TARTIŞMA VE SONUÇ**

Bu çalışmada bir kamu ve bir özel hastanede sağlık çalışanlarının örgütsel sinizm düzeyleri arasında fark olacağı varsayımından yola çıkılarak, İstanbul ili Avrupa yakasında bulunan iki hastane üzerinde yapılan bir araştırma ile örgütsel sinizm düzeyine ilişkin veriler toplanmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda, çalışanların örgütsel sinizm düzeyleri tespit edilmiş ve bu sonuçlar karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Yapılan literatür araştırmasında ülkemizde daha önce kamu ve özel hastanelerde çalışan kişilerin örgütsel sinizm düzeylerini karşılaştırmaya yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Öte yandan, sinizm ile ilgili yapılan çok sayıda çalışmaların eğitim ve otelcilik sektöründe ele alındığı tespit edilmiştir. Örgütsel sinizm düzeylerini kamu ve özel hastane olarak karşılaştırma yapan çalışmaların nadir olduğu düşünülerek, bu çalışma yapılmıştır.

Daha önceden güvenilirliği ve geçerliliği tespit edilmiş olan örgütsel sinizm ölçeğinin kullanıldığı çalışmada, Cronbach's Alfa değeri 0,92 olarak belirlenmiştir. Buna göre çalışmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılığı olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda yapılan istatistik analizler neticesinde Tablo 2'de kamu ve özel hastanede sağlık çalışanlarında örgütsel sinizmin bilişsel, duyuşsal, davranışsal boyutu ve örgütsel sinizm düzeyi karşılaştırıldığında; özel hastanede örgütsel sinizm tüm boyutlarda düşük düzeyde olmasına rağmen, kamu hastanesinde sadece duyuşsal boyut düşük düzeydedir. Çalışanlar duyuşsal boyutta düşük puanlara sahip olduğu için küçümseme, öfke, kızgınlık vb. duyguların çok fazla yaşanmadığı düşünülmektedir. Kamu hastanesinde bilişsel, davranışsal boyutlar ve örgütsel sinizm orta düzeydedir. Özel ve kamu çalışanları bilişsel boyutta daha sinik çıkmıştır. Kamu çalışanlarının özel çalışanlarına göre daha sinik olduğu bulunmuştur.

Bu çalışma ile benzer olarak Dikmetaş ve diğerleri (2010)'nin Taşova devlet hastanesinde 78 sağlık çalışanı ile Akman (2013)'in 325 sağlık çalışanı ile Tayfun ve Çatır (2014)'in, Tınaztepe (2012)'nin farklı sektör ve bölümlerde çalışan 121 katılımcı ile yaptığı çalışmalarda duyuşsal boyut en düşük ortalamaya sahip bulunmuştur. Dikmetaş ve diğerleri (2010) ve Tınaztepe (2012)'nin çalışmalarında benzer şekilde bilişsel boyut en yüksek ortalamaya sahip bulunmuştur. Yeşilçimen (2015)'in 438 hemşire ile yaptığı çalışmada duyuşsal boyut en düşük ortalamaya, davranışsal boyut en yüksek ortalamaya sahip bulunmuştur. Pelit ve Ayduğan (2011)'in bir otelde çalışan 371 kişi ile yaptığı çalışmada en yüksek sinizm düzeyi davranışsal boyutta gerçekleşirken, daha sonra bilişsel ve duyuşsal boyutlarda bulunmuştur.

Tablo 3'te kamu ve özel hastanede sağlık çalışanlarının örgütsel sinizm düzeyleri karşılaştırıldığında tüm boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bu araştırmanın sonuçlarında, Türkiye'de kamu ve özel hastanelerinde çalışan kişilerin örgütsel sinizm düzeyinin farklı düzeylerde olduğu, kamu hastanesinde çalışanların, özel hastane çalışanlarına göre daha sinik olduğu, buna rağmen çok yüksek düzeylerde sinizm yaşanmadığı görülmektedir. Kamu hastanesinde bilişsel, davranışsal boyutlar ve örgütsel sinizm orta düzeydedir, ancak duyuşsal boyut düşük düzeydedir. Özel hastanede örgütsel sinizm tüm boyutlarda düşük düzeydedir. Kamu hastanesi çalışanlarının, özel hastane çalışanlarına göre tüm boyutlarda daha yüksek örgütsel sinizm düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Kamu hastanesi çalışanları sadece duyuşsal boyutta düşük düzeyde olmasına rağmen, bu boyutta sinizm ortalamaları özel hastaneden yüksektir. Bu da çalışanların kuruma göre sinizm düzeyinin değiştiğini göstermektedir. Kamu hastanesi çalışanları daha fazla sinik bakış açısına sahip bulunmuştur. Kamu hastanelerinin bürokratik süreçler bakımından daha yoğun olmasının ve emir komuta zincirinin daha katı olmasının bu kurumlarda sinizm

tutumlarını arttırdığı düşünülmektedir. Ayrıca kamu kurumlarında iş değiştirmenin daha zor olması da çalışanları sinik bakış açısına yöneltmektedir. Bu çalışma ile benzer olarak Yeşilçimen (2015)'in hemşireler üzerine yaptığı çalışmada kamu hastanesi çalışanları, özel hastane çalışanlarına göre tüm boyutlarda daha yüksek sinizm düzeyine sahip bulunmuştur. Sur (2010)'un büro çalışanları üzerine yaptığı çalışmada kamu kurumu çalışanları, özel kurum çalışanlarına göre davranışsal boyutta daha yüksek sinizm düzeyine sahip bulunmuştur.

Kamu ve özel hastanede sağlık çalışanlarının örgütsel sinizm düzeyleri sağlık meslek gruplarına göre karşılaştırıldığında; Tablo 4'te kamu hastanesinde tüm boyutlarda, Tablo 5'te özel hastanede duyuşsal boyut hariç diğer boyutlarda anlamlı fark çıkmıştır. Kamu hastanesinde en yüksek sinizm düzeyine; bilişsel boyutta otelcilik-destek hizmetleri uzmanları, duyuşsal, davranışsal boyutlar ve örgütsel sinizmde hekimler sahiptir. Özel hastanede en yüksek sinizm düzeyine; bilişsel, duyuşsal, davranışsal boyutlar ve örgütsel sinizmde otelcilik-destek hizmetleri sorumluları sahiptir. Otelcilik-destek hizmetleri alanında çalışan kişilerin genellikle taşeron olarak çalışması nedeniyle daha sinik oldukları düşünülmektedir. Kamu hastanesinde hasta yoğunluğu nedeni ile hekimlerin sinizm düzeyinin yüksek olduğu düşünülmektedir. Kamu hastanesinde en düşük sinizm düzeyine; bilişsel, duyuşsal, davranışsal boyutlar ve örgütsel sinizmde idari-mali işler sorumluları sahiptir. Özel hastanede en düşük sinizm düzeyine; bilişsel duyuşsal, davranışsal boyutlar ve örgütsel sinizmde hekimler sahiptir.

Tablo 4'te kamu hastanesinde bilişsel boyutta; hekim ve sağlık bakım uzmanlarının sinizm düzeylerinin, idari-mali işler sorumlularından yüksek olduğu bulunmuştur. Otelcilik-destek hizmetleri uzmanlarının sinizm düzeylerinin, idari-mali işler uzmanı ve sorumlularından yüksek olduğu bulunmuştur. Duyuşsal boyutta; hekimlerin sinizm düzeylerinin, idari-mali işler uzmanı ve sorumlularından yüksek olduğu bulunmuştur. Sağlık bakım uzmanlarının sinizm düzeylerinin, idari-mali işler uzmanlarından yüksek olduğu bulunmuştur. Davranışsal boyutta; hekimlerin sinizm düzeylerinin, otelcilik-destek hizmetleri uzmanı, idari-mali işler uzmanı ve sorumlularından yüksek olduğu bulunmuştur. Sağlık bakım uzmanlarının sinizm düzeylerinin, idari-mali işler uzmanı ve sorumlularından yüksek olduğu bulunmuştur. Örgütsel sinizmde; hekimlerin ve sağlık bakım uzmanlarının sinizm düzeylerinin, idari-mali işler uzmanı ve sorumlularından yüksek olduğu bulunmuştur. Otelcilik-destek hizmetleri uzmanlarının sinizm düzeylerinin, idari-mali işler sorumlularından yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 5'te özel hastanede bilişsel boyutta; idari-mali işler uzmanı, otelcilik-destek hizmetleri uzmanı ve sorumlularının sinizm düzeylerinin, hekimlerden yüksek olduğu bulunmuştur. Davranışsal boyutta; otelcilik-destek hizmetleri sorumlularının sinizm düzeylerinin, hekimlerden yüksek olduğu bulunmuştur. Örgütsel sinizmde; idari-mali işler uzmanı ve otelcilik-destek hizmetleri sorumlularının sinizm düzeylerinin, hekimlerden yüksek olduğu bulunmuştur. Otelcilik-destek hizmetleri sorumlularının sinizm düzeylerinin, sağlık bakım uzmanlarından yüksek olduğu bulunmuştur.

Özel hastanede hekimlerin örgütsel sinizm düzeyinin düşük olmasına, isteyerek seçmiş oldukları uzmanlık alanlarında mesleki tatminin daha somut bir şekilde yaşamasının neden olduğu düşünülmektedir. Buna karşın kamu hastanesinde hekimlerin sinizm düzeyi yüksek çıkmıştır. Bunun nedeni ise kamu hastanesinde hasta yoğunluğundan dolayı hekimlerin işlerini stresli bir ortamda yapmaya çalışması olarak düşünülmektedir. Kamu hastanesinde ikinci sırada en yüksek sinizm düzeyine sahip olanlar sağlık bakım uzmanlarıdır. Sağlık bakım uzmanı hastalar ile yakın temas halindedirler bu nedenle yoğun stres altında çalışmaktadırlar. Özel hastanede ise kurumun tanıtımı ve hayatta kalması için otelcilik-destek hizmetleri önem kazanmaktadır. Bu alan hastanenin kurumsal imajı bakımından,

hastanın hastaneye adım attığı ilk andan itibaren, hastaneden ayrıldığı ana kadar önemli rol oynamaktadırlar. Bu durum ise bu alanda çalışanları yoğun hastane süreçlerinde daha fazla sorumluluk almaya iter ve bu da örgütsel sinizm düzeyinin daha yüksek olmasına neden olabilir. Erdost ve diğerleri (2007); Pelit, Ayduğan (2011); Kaygısız, Doğan (2012); Akman (2013)'ın çalışmalarında meslek grupları ve çalışılan bölüm ile örgütsel sinizm düzeyleri arasında bazı anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Dikmetaş ve diğerleri (2010) ile Arabacı (2010)'nın yaptığı çalışmalarda meslek grupları ve örgütsel sinizm arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak bu çalışmalara katılanların meslek grupları bu araştırmaya katılanlar ile aynı olmadığı için meslek bazında karşılaştırma yapılamamaktadır.

Araştırma sonuçlarına göre aşağıdaki önerilerde bulunabiliriz:

Sağlık çalışanlarının örgütsel sinizm düzeyi kamu ve özel hastanede farklılaşmasına rağmen çok yüksek değildir. Bunun nedeni olarak sağlık hizmetlerinde çalışmanın fedakârlık ve yoğun çaba gerektiren zor bir iş olmasına rağmen bu işi hiç sevmeyenlerin yapamayacak olmasıdır. Sağlık alanında çalışmayı seçen kişiler bu alan ilgi duyan kişilerdir. Bu nedenle bu alanda çalışmak isteyen kişilere, alanın tüm görevleri ve sorumlulukları bildirilmelidir. Meslek tanıtım ve eğitimleri okullarda seminerler ile sağlanabilir. Bu araştırmada kamu hastanesinde sağlık çalışanlarının sinizm düzeyi yüksek saptanmıştır. Buna neden olan faktörlerden biri olarak iş ortamının motive ve tatmin edici niteliklere sahip olmaması ve bürokratik süreçlerin yoğun olması düşünülmektedir. Bu nedenle kamu hastanelerinde kurum içi motivasyon seminerleri vb. etkinlikler düzenlenerek ve insan kaynakları biriminin personel yönetiminden ziyade, kurum içinde eğitim ve gelişim alanında daha etkin rol almasını sağlayarak çalışanların kuruma daha az sinik tutum sergilemelerinin sağlanabileceği düşünülmektedir.

Kamu hastanelerinde örgütsel sinizm ile ilgili farkındalık yaratmak için sinizm hakkında kurum içi eğitimler düzenlenerek, sağlık çalışanlarının görüşleri ve beklentileri alınarak, bunlara önem verilmesi ve desteklenmesi yoluyla sinizm düzeyi azaltılabileceği düşünülmektedir. Kamu hastanesi ve hastane çemberinin dışında sağlık sisteminde yer alan diğer ilişkili öğelerin oluşturduğu yoğun bürokratik süreçlerin azaltılması için kanun koyuculara da görevler düşmektedir.

Sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan sağlık çalışanlarının performansı hizmet kalitesini etkilediği için çalışma ortamında sinizmin oluşmasına neden olabilecek etkenlerin azaltılması, ortadan kaldırılması ve güven ortamı oluşturulması çok önemli bir konudur. Sinizme yol açan etkenler ortadan kaldırılamaz ise; hastanelerde sağlık çalışanlarının düşük performans ve motivasyonla, iş tatmini olmadan, örgüte ve hastalara karşı duyarsızlaşarak çalışmaya devam edeceği ve işten ayrılmaların artacağı düşünülmektedir.

## **KAYNAKÇA**

1. Abraham F. R. (2000) Organizational Cynicism: Bases and Consequences. **Genetic, Social, and General Psychology Monographs** 126(3): 269–292.
2. Akman G. (2013) Sağlık Çalışanlarının Örgütsel ve Genel Sinizm Düzeylerinin Karşılaştırılması **İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
3. Aktaş A. ve Gök B. (2011) Örgütsel Bağlılığın İş Gören Başarımı Üzerindeki Etkisi: Antalya'daki A Grubu Seyahat Acentesi Çalışanları Üzerine Bir Araştırma, **Ulusal Turizm Kongresi Bildiriler Kitabı** (s:34-43), Aydın.

4. Altıntaş Çınar F.(2007) Örgüt Yapısının Örgütsel Politika ve İşlem Adaleti Üzerine Etkisinin Yapısal Denklem Modellemesi Yardımıyla Analizi. **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 7(2): 151-168.
5. Andersson M. L. (1996) Employee Cynicism: An Examination Using a Contract Violation Framework. **Human Relations** 49(11): 1395-1418.
6. Andersson M. L. and Bateman T. S. (1997) Cynicism in the Workplace: Some Causes and Effects, **The Journal of Organizational Behavior** 18(5): 449-470.
7. Bommer W. H., Rich C. G. and Rubin R. S. (2005) Changing Attitudes About Change: Longitudinal Effects of Transformational Leader Behaviour on Employee Cynicism about Organizational Change, **The Journal of Organizational Behaviour** 26(7): 733-753.
8. Bernerth J. B., Armenakis A. A., Feild H. S. and Walker, J. H. (2007) Justice, Cynicism, and Commitment A Study of Important Organizational Change Variables. **The Journal Of Applied Behavioral Science** 43(3): 303-326.
9. Brandes P. M. (1997) Organizational Cynicism: Its Nature, Antecedents, and Consequences. **The University of Cincinnati, Dissertation of Doctora of Philosophy**, Ohio.
10. Brandes P., Dharwadkar R. and Dean J. W. (1999) Does Organizational Cynicism Matter? Employee and Supervisor Perspectives on Work Outcomes. **Eastern Academy of Management Proceedings, Outstanding Empirical Paper Award**, pp: 150-153, Philadelphia.
11. Brandes P. and Das D. (2006) "Locating Behaviour Cynicism at Work: Construct Issues and Performance Implications". In Perrewe P.L., Ganster D.C. (ed.) **Employee Health, Coping and Methodologies**, pp: 233-266. JAI Press, New York.
12. Cartwright S. ve Holmes N. (2006) The Meaning of Work: The Challenge of Regaining Employee Engagement and Reducing Cynicism. **Human Resource Management Review** 16(2): 199-208.
13. Chrobot Mason D. L. (2003) Keeping the Promise: Psychological Contract Violations for Minority Employees. **Journal of Managerial Psychology** 18(1): 22-45.
14. Cook W. W. and Medley D. M. (1954) Proposed Hostility and Pharisaic-Virtue Scale for The MMPI. **Journal of Applied Psychology** 38(6): 414-418.
15. Çakır Ö. (2001) **İşe Bağlılık Olgusu ve Etkileyen Faktörler**. Seçkin Yayınevi, Ankara.
16. Çelik K. (2003) **Yönetimde Çağdaş Eğilimler Uygulamalar ve Sorunları** Elma C. ve Demir K. (ed.). Anı Yayıncılık, Ankara.
17. Çuçen K. A.( 2001) **Felsefeye Giriş**. Asa Kitapevi, Bursa.
18. Dean J. W., Brandes P. and Dharwadkar R. (1998) Organizational Cynicism. **The Academy of Management Review** 23: 341-352.

19. Delken M. (2004) Organizational Cynicism: A Study Among Call Centers. **University of Maastricht, Unpublished Dissertation of Graduate, Maastricht.**
20. De Vos Ans B. D. and Chalk R. (2003) Making Sense of A New Employment Relationship: Psychological Contract- Related Information Seeking and The Role of Work Values and Locus of Control. **International Journal of Selection and Assessment** 13(1), 41-52.
21. Eaton J. A. (2000) A Social Motivation Approach to Organizational Cynicism. **Dissertation of Master of Arts, Faculty of Graduate Studies, York University, Toronto.**
22. Efilti S., Gönen Y. Ö. ve Öztürk F. (2008) Örgütsel Sinizm: Akdeniz Üniversitesinde Görev Yapan Yönetici Sekreterler Üzerinde Bir Alan Araştırması. **7. Ulusal Büro Yönetimi ve Sekreterlik Kongresi**, ss: 1-14, Trabzon.
23. Elma C. (2003) İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin işe Yabancılaşması (Ankara ili Örneği). **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi**, Ankara.
24. Erdost E. H., Karacaooğlu K. ve Reyhanoğlu M. (2007) Örgütsel Sinizm Kavramı ve İlgili Ölçeklerin Türkiye’deki Bir Firmada Test Edilmesi. **15. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı**, ss: 514-524, Sakarya.
25. Feldman D. C. (2000) The Dilbert Syndrome: How Employee Cynicism about Ineffective Management is Changing the Nature of Careers in Organizations, **American Behavioral Scientist** 43(8): 286–1300.
26. Fero H. C. (2005) Flow and Cynicism in the Workplace. **Claremont Graduate University, Dissertation of Doctor of Philosophy**, California.
27. Gemlik N. ve Ayanoglu Şişman F. (2011) “Sağlık Kurumlarında Yönetim”. **Sağlık Yönetimi**. İçinde: Yıldırım Kaptanoğlu A. (ed.) ss: 90-120. Beşir Kitabevi, İstanbul.
28. Güçlü A., Uzun E., Uzun S. ve Hüsrev Ü. (2003) **Felsefe Sözlüğü**. Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara.
29. Helvacı M. A. (2010) “Örgütsel Sinizm”. **Yönetimde Yeni Yaklaşımlar**. İçinde: Memduhoğlu H.B. ve Yılmaz K. (ed.) ss:383-397. Pegem Akademi, Ankara.
30. James M. S. L. (2005) Antecedents and Consequences of Cynicism in Organizations: An Examination of the Potential Positive and Negative Effects on School Systems. **The Florida State University College of Business, Dissertation of Doctor of Philosophy**, Florida.
31. Johnson J. L., O’Leary K. ve Anne M. (2003) The Effects of Psychological Contract Breach and Organizational Cynicism: Not All Social Exchange Violations are Created Equal, **Journal of Organizational Behavior** 24(5) :627-647.
32. Kalağan G. (2009) Araştırma Görevlilerinin Örgütsel Destek Algıları İle Örgütsel Sinizm Tutumları Arasındaki İlişki. **Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Antalya.

33. Kalağan G. ve Güzeller C. O. (2010) Öğretmenlerin Örgütsel Sinizm Düzeylerinin İncelenmesi, **Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi** 27(27): 83-97.
34. Kanter D. L. and Mirvis P. H. (1989) **The Cynical Americans: Living and Working in an Age of Discontent and Disillusion**, CA: Jossey-Bass, San Francisco.
35. Lobnikar B. and Pagon M. (2004) "The Prevalence and Nature of Police Cynicism in Slovenia. In Mesko G., Pagon M. and Dobovsek B. (ed.) **Policing in Central and Eastern Europe: Dilemmas of Contemporary Criminal Justice**, pp: 103-111. University of Maribor, Ljubljana.
36. Mimaroglu H. (2008) Psikolojik Sözleşmenin Personelin Tutum ve Davranışlarına Etkileri: Tıbbi Satış Temsilcileri Üzerinde Bir Araştırma. **Çukurova Üniversitesi, Doktora Tezi**, Adana.
37. Mirvis P. H. and Kanter D. L. (1989) Beyond Demography: A Psychographic Profile of The Workforce. **Human Resource Management** 30(1): 45-68.
38. Naus A. J. A. M. (2007) Organizational Cynicism on The Nature, Antecedents, and Consequences of Employee Cynicism Toward The Employing Organization. **Maastricht University, Dissertation of Doctor of Philosophy**, Maastricht.
39. Özgener Ş., Ögüt A. ve Kaplan M. (2008) "Örgütsel Adaletsizlik Kavramı, Boyutları ve Yönetimi". **Örgütsel Davranışta Seçme Konular Organizasyonların Karanlık Yönleri ve Verimlilik Azaltıcı Davranışlar**. İçinde: Özdevecioğlu M. ve Karadal H. (ed.) ss: 53-72. içinde; 53-72. İlke Yayınevi, Ankara.
40. Pitre L. J. (2004) Organizational Cynicism At The United States Naval Academy: An Exploratory Study. **Naval Postgraduate School, Dissertation of Master of Science in Leadership and Human Resource Development**, California.
41. Polat M., Meydan H. C. ve Tokmak İ. (2010) Personel Güçlendirme-Örgütsel Sinizm İlişkisinde Örgütsel Özdeşleşmenin Aracılık Etkisi. **9. Ulusal İşletmecilik Kongresi Bildiriler Kitabı**, ss: 542-547.
42. Sabuncuoğlu Z. ve Tüz M. (2001) **Örgütsel Psikoloji**. Ezgi Kitabevi, Bursa.
43. Saruhan Ş. C. ve Yıldız M. L. (2009) **Çağdaş Yönetim Bilimi**. Beta Yayınları, İstanbul.
44. Söyük S. (2007) Örgütsel Adaletin İş Tatmini Üzerine Etkisi Ve İstanbul İlindeki Özel Hastanelerde Çalışan Hemşirelere Yönelik Bir Çalışma. **İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi**, İstanbul.
45. Sur Ö. (2010) Örgütsel Sinizm: Eskişehir İli Büro Çalışanları Üzerine Bir Alan Araştırması. **Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
46. Tokgöz N. ve Yılmaz H. (2008) Örgütsel Sinizm: Eskişehir ve Alanya'daki Otel İşletmelerinde Bir Uygulama. **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 8(2): 283-305.

- 47.** Topçu İ., Ünalđı Türkkın N., Eşkin Bacaksız F., Tiryaki Şen H., Karadal A. ve Yıldırım A. (2013) Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Sinizm Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği, **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi** 6(3):125-131.





# Sistem Yaklaşımı ve Sağlık Alanında Sistem Dinamikleri Uygulamaları: Bibliyometrik Bir Analiz

Serhat BURMAOĞLU\*  
Levent B. KIDAK\*\*  
Haydar SUR\*\*\*  
Hüseyin DEMİR\*\*\*\*

## ÖZ

Sağlık alanının bütünsel olarak ele alınışı teknolojiye ilerlemeler ve karmaşıklığın hesaplanabilirliği ile birlikte son yıllarda önemli gelişmeler göstermiştir. Özellikle politika geliştirme sürecinde verilecek kararların tüm sistem üzerindeki etkisinin ne olacağı konusu dinamik bir bakış açısı ile konunun incelenmesini gerektirmektedir. Bu nedenle yürütülen çalışmanın amacı sağlık alanında sistem dinamikleri çalışmalarının nasıl bir eğilim gösterdiğinin incelenmesidir. Bahsedilen eğilim araştırmaları yürüten ülke ve yazar işbirlikleri bağlamında incelenmiştir. Çalışmada sağlık alanındaki güncel sistem dinamikleri çalışmaları nitel olarak, PUBMED veri tabanında bulunan ve "system dynamics" anahtar kelimesi kullanılarak elde edilen 964 yayın ise nicel olarak incelenmiştir. Bibliyometrik analizler VantagePoint, sosyal ağ analizi UCINET ve görselleştirmeler VosViewer ile gerçekleştirilmiştir. Sonuçta, sağlık alanında sistem dinamikleri konusu üzerinde çalışmaların 2000 yılından sonra belirgin şekilde arttığı ve bu çalışmaların özellikle gelişmiş ülkeler tarafından yürütüldüğü gözlenmiştir. Gözlenen bu trend işbirlikleri açısından incelendiğinde ise Amerika, İngiltere ve Almanya'nın merkezi konumda olduğu bir işbirliği haritasına ulaşılmıştır. Ancak Amerika Birleşik Devletlerinin sağlık sisteminin Türkiye'den farklı olması nedeniyle Türkiye'deki araştırmacılar tarafından sağlık alanında yürütülecek araştırma işbirliklerinin Almanya ve İngiltere gibi Avrupa ülkeleri ile yapılabileceği önerilmiştir. Ayrıca yazar işbirlikleri analizinde görülen kümelerde bulunan yazarların araştırma alanları incelendiğinde hangi alt sağlık alanlarında potansiyel olarak araştırma işbirlikleri yapılabileceği gösterilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sistem yaklaşımı, sağlık hizmeti, sağlık sistemleri, bibliyometrik, sosyal ağ analizi, sağlık politikası

## System Approach and Applications of System Dynamics in Healthcare Field: A Bibliometric Analysis

### ABSTRACT

Handling health field thoroughly shows important improvements with technological advances and computing complexity recently. Especially, the effect of decisions for policy-making on system requires handling this issue with dynamic viewpoint. For this reason, the aim of this study is analyzing how system dynamics studies in health field show a trend. This mentioned trend is analyzed in accordance with countries and authors. In this study, current system dynamics literature is reviewed qualitatively and quantitative trend is analyzed by downloading 964 publications which are searched in PUBMED database by using "system dynamics" query. Bibliometric analysis is performed in VantagePoint, Social Network Analysis is performed in UCINET and at last visualizations are conducted by using VosViewer software. Finally, it was seen that system dynamics studies have been increased markedly after 2000s and studies conducted by developed countries

\* Doç. Dr., İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü, serhatburmaoglu@gmail.com

\*\* Doç. Dr., İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü, leventkidak@gmail.com

\*\*\* Prof. Dr., Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, haydarsur@yahoo.com

\*\*\*\* Arş. Gör., İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü, huseyin.demir@ikc.edu.tr

*particularly. When this trend is analyzed in the view of collaborations, it is reached that the USA, the UK, and Germany in the center of the collaboration map. Because the USA health system is different from Turkey's, it has been proposed that research collaborations should be made with European countries such as Germany and the UK by researchers in Turkey. Moreover, when the research fields of authors in the collaboration map are analyzed, on which sub-fields potential collaboration may be performed is demonstrated.*

**Keywords:** *System theory, healthcare, healthcare systems, bibliometric, social network analysis, health policy*

## I. GİRİŞ

Bilgi ve iletişim teknolojileri, fen bilimleri, sosyal adalet ve eşitlik gibi gelişmeler beraberinde sosyolojik değişimleri getirmiş ve her alanda olduğu gibi sağlık alanında da önemli sonuçlara neden olmuştur. Sosyolojik açıdan yaşanan bu değişim ile birlikte hem teknolojik hem de iletişim ağ altyapısının gelişmesi, bireylerin sağlık düzeylerinin iyileştirilmesinde bu teknolojilerin verimli bir şekilde kullanılmasını da gerekli hale getirmiştir. Ancak bu gereklilik sağlık alanında daha da bütüncül bir bakış açısından yararlanılmasına ve sistem perspektifinin alandaki problemlerin çözümünde kullanılmasına neden olmuştur. Bu konuda Green (2006) yaptığı çalışmada sağlık sistemine sistem bakış açısının uyarlanması gerektiğini şu şekilde ifade etmektedir (Green 2006):

“Sosyolojinin 40 yıl önce ele aldığı sistem bilimleri kamu sağlığı tarafından da aranıyor. Bu sayede değişken nüfus yapısındaki nedensel güçlerin karmaşıklığı ile baş edilebilecektir.” Bu ifadesi ile Green (2006) toplumların sağlığının geliştirilmesinde sağlık sistemi gibi çok karmaşık ve özellikleri itibarıyla de sosyo-teknik bir sistem olarak düşünülebilecek dinamik yapının anlaşılmasının ve geliştirilecek potansiyel çözümlerin sistem bütünlüğü içerisinde incelenmesinin önemli olduğunu vurgulamıştır (Green 2006). Açıkçası bütün, parçalardan daha büyük ve parçaların bileşiminden daha öte bir kavramı ifade etmekte olduğundan sağlık sistemi de bu perspektifle ele alınmalıdır. Bu kapsamda Leischow ve diğerleri (2008) sağlık sisteminin incelenebilmesi için disiplinler arası bir yaklaşımla temel sistem dinamiklerinin uygulanmasını önermektedirler. Bir başka deyişle yazarlara göre karmaşık sistemler indirgemeci bir yaklaşımla ele alınarak çözülemeyecektir (Leischow et al. 2008). Bu durum sürdürülebilirlik boyutu ile de Coiera ve Hovenga (2007) tarafından değerlendirilmiş ve kaynakların yeterliliği ile tüketimi arasındaki farkın sürdürülebilirlik probleminin anlaşılmasında basit bir kural olabileceği öne sürülerek bütüncül perspektifin önemi vurgulanmıştır (Coiera, Hovenga 2007). Buna ilaveten Sürdürülebilir Gelişme İçin Dünya İş Konseyi (World Business Council for Sustainable Development-WBCSD) ise “bugün yürütülen sağlık alanının sürdürülebilir olmadığı konusunda herkes hemfikirdir-ödeyebileceğimizden daha maliyetli ve beklediğimizden daha azını bize vermektedir.” ifadesiyle bileşenler arasındaki dinamik ilişkinin sürdürülebilir bir politika geliştirmede rolünü ortaya koymuştur (WBCSD 2014). Bu saptama gerçekçi bir bakış açısını yansıtmakla birlikte aslında önemli bir soruna da işaret etmektedir. Çünkü Dünya Sağlık Örgütü (WHO 2000) raporuna göre Amerikan Sağlık Sistemi kişi başına 3724\$ ile 37’nci sırada yer alırken Küba kişi başına 109\$ ile 39’uncu sırada yer almıştır (WHO 2000). Bu durum siyasi tartışmaların ötesinde ulusal açıdan sağlık alanında iyileştirmeler yapılması için bir veya birkaç sağlık ekosistemi bileşeni üzerinden politika geliştirmenin yeterli olmadığını net olarak ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, sağlık sisteminin karmaşık yapısının parça parça ele alınarak yani sadece iktisadi veya sadece kurumsal bakılarak incelenebilecek bir alandan öte sistem perspektifi ile ele alınması gereken karmaşık uyumlu bir yapı olarak literatürde tanımlandığı ve son dönemdeki çalışmaların bu yönde yürütüldüğü gözlenmiştir.

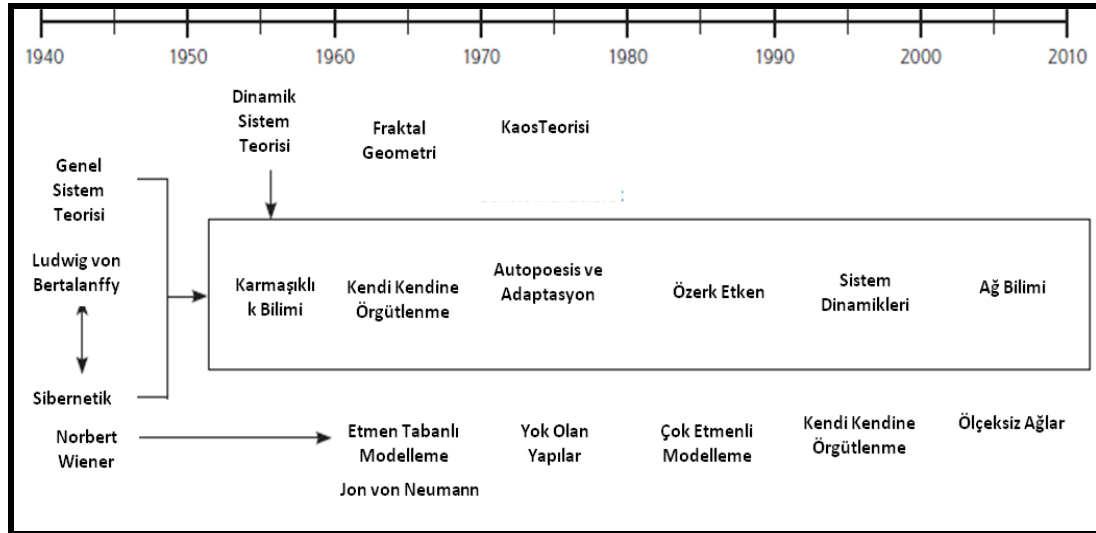
Konunun bahsedilen önemine istinaden bu çalışmanın amacı sistem dinamikleri yaklaşımının sağlık alanında nasıl uygulandığının evrimsel bir şekilde incelenmesidir. Yapılan inceleme ile sistem dinamikleri yaklaşımının sağlık alanı içerisindeki yerinin ve öneminin belirlenmesine çalışılmıştır. Bu sayede sistem dinamikleri alanında çalışma yapan endüstri ve sistem mühendisleri ile sağlık alanında çalışan akademisyenlerin işbirliği yapabileceği bir alanı tanımlayarak potansiyel işbirliklerinin önünün açılacağı düşünülmektedir. Çalışmanın bu yönü ile Türk literatürüne önemli katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

Çalışmada giriş bölümünü takiben ikinci bölümde sistem teorisi, sistem dinamikleri yaklaşımı ve karmaşık uyumlu sistemler literatür ışığında açıklanarak terminoloji birlikteliği sağlanmış ve ardından sağlık alanında öne çıkan sistem dinamikleri çalışmaları incelenerek yürütülen çalışmalar ve sonuçları hakkında bilgi verilmiştir. Üçüncü bölümde PUBMED’de “system dynamics” anahtar kelimesi taratılarak bulunan makaleler bibliyometrik yöntemle incelenerek elde edilen yayın verileri analiz edilmiştir. Sonuç bölümünde bulgular ışığında geleceğe ilişkin değerlendirmeler yapılmış ve Türkiye’de bulunan araştırmacılara işbirliği yapılabilecek çalışma alanları ve ortaya çıkarılan trendlere göre çalışma alanları bağlamında önerilerde bulunulmuştur.

## II. SİSTEM TEORİSİ VE SAĞLIK ALANINDA SİSTEM YAKLAŞIMLARI

Bütünü, bütünü oluşturan parçaları ve bunları etkileyen tüm unsurları bir arada görme disiplini olarak sistem düşüncesi, temel olarak sibernetik araştırmalarına dayanan, statik ve durağan olgulardan ziyade parçalar arasındaki ilişkilerin algılanmasını hedefleyen bir yaklaşım tarzı ve düşünüş biçimi olarak kendini göstermiştir. 1940’lı yıllardan itibaren başlayan sistem perspektifinin zamana bağlı olarak gelişimi Şekil-1’de gösterilmiştir.

**Şekil 1. Sistem Perspektifinin Zamana Bağlı Gelişimi**



**Kaynak:** Sturmberg et al. 2014

Şekil 1’de görülebileceği üzere; sistem düşüncesi, Avusturyalı biyolog Bertalanffy’nin 1945 yılında sistem ile ilgili çalışmalar yapması ile başlamış, 1953 yılında Boulding, Gerard, Rapoport ile Genel Sistem Araştırmaları Topluluğu’nun kurulması yönünde çalışmalar gerçekleştirmesi ile devam etmiş ve 1968 yılında Genel Sistemler Teorisi’ni ortaya atması ile de gelişmiştir. Aynı yıl içerisinde Klir, Genel Sistemler Teorisi’ne yönelik bir yaklaşım geliştirmiş, Pichler 1975’te Matematiksel Sistem Teorileri yaklaşımını ileri sürmüştü, Miller 1978 yılında Yaşayan Sistemler yaklaşımını geliştirmiş ve son olarak Rapoport ise 1986

yılında Genel Sistem Teorisinin geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapmıştır (Schwaninger 2005). Tüm bu gelişmeler ışığında bir değerlendirme yapıldığında; sistem düşüncesine bütünsel, erekbilimsel ve sentez düşünceleri damga vurmuştur (Tecim 2004).

Sistem kavramı teorik olarak ele alındığında dinamik ilişkilere sahip bir yapıda olduğu ve ayrılmaz bir bütünü oluşturduğu görülmektedir (Tecim 2004). Burada dinamik ilişkilerden kasıt Barlas (2007) tarafından hareket halinde olma ve zamanla değişme olarak tanımlanmaktadır. Sistem dinamikleri, sistemlerin karmaşıklığını ve karşılaşılan problemleri tartışmak için geliştirilen bir yöntem bilim ve matematiksel modelleme tekniği olup, uzun dönemli dinamik sosyo-ekonomik problemlerin yapısal sebeplerini belirlemeyi sağlayan bir tekniktir (Barlas 2007). Abdollahiasl ve diğerleri (2014) sistem dinamiklerini, karmaşık sistemlerin tasarlanması ve analiz edilmesi için geliştirilen bilgisayar tabanlı bir yaklaşım olarak tanımlamaktadır (Abdollahiasl et al. 2014). Genel olarak sistem dinamikleri insanlar için önemli olan şeylerin zaman içerisindeki değişimini bilgisayar ve benzetimleri kullanarak inceler (Ramage, Shipp 2009). Böylece dinamik yaklaşım kullanılarak belirli bir zaman diliminde olumlu ve olumsuz geri bildirimler ile zamansal gecikmeler de dikkate alınarak, olayların değişimi incelenir, eş zamanlılık ve karşılıklı nedensellik problemleri çözülmeye çalışılır. Ayrıca gerçek hayat sistemlerinin benzetiminin yapılması ile sistem yapısının dolayısıyla sistem davranışının görünür hale getirilmesi sağlanır (Özdağoğlu 2013). Dinamik yaklaşım, uygulamalarda Forrester'ın çalışmalarında yer bulmuş ve Forrester'ın 1961 yılında Endüstri Dinamikleri çalışması ile başlayarak 1968'de Sistemlerin Prensipleri, 1969'da Kentsel Dinamikler ve 1971'de Dünya Dinamikleri çalışmaları ile gelişmiştir. Bu kapsamda bilinen en meşhur sistem dinamikleri problemi, 1972'de geliştirilen ve üssel büyümenin 21'inci yüzyılda dünyada çökmeye neden olacağını varsayan "Limits to Growth-Büyümenin Sınırları" problemidir. Model dünyanın, nüfus, endüstri, doğal kaynaklar ve kirlilik stokları ile modellenmesi ve senaryo analizlerini yapmaktadır (Meadows et al. 2004). Sistem dinamikleri, 1970'li yıllardan sonra da çokça uygulama alanı bulmuş ve ulusal ekonomik modelleme, tedarik zinciri, proje yönetimi, enerji sistemleri, sürdürülebilir gelişim konuları uygulama alanlarından birkaçını oluşturmuştur. Sistem dinamikleri kavramı gelişim evresini sürdürürken 1983 yılında "Uluslararası Sistem Dinamikleri Topluluğu" oluşturulmuş ve dünya genelinde uygulamalar başlatılmıştır. Churchman (1968), Vester & von Hester, 1980, Checkland (1981, 2000), Ackoff (1981), Ulrich (1983), Flood & Jackson (1991) ve Schwaninger (1997) sistemsel problemlerin çözümü için sistem dinamikleri metodolojisinin geliştirilmesi yönünde çalışmalar gerçekleştirmiştir. Sistem dinamikleri ile ilgili son çalışmalara bakıldığında ise, Senge (1990), Barlas ve Carpenter (1990), Vennix (1996), Lane ve Oliva (1998), Sterman (2000), Warren (2002) ve Wolstenholme (2003)'un olduğu görülmüştür (Schwaninger 2005). Bu çalışmalarda özellikle 2000'li yıllardan itibaren sağlık alanında da uygulamalar yapıldığı görülmüştür.

Dinamik perspektif ile birlikte bir diğer önemli bileşen ise karmaşıklık. Çünkü dinamik modellemenin en önemli kısıtı gerçeğe uygun benzetim yapılırken çok miktarda birbiriyle etkileşen değişkenin oluşturacağı karmaşık yapıdır. Karmaşıklık ile başa çıkılmasında uyum kavramı önemli bir kurtarıcı olarak gösterilebilir. Fowler (2003) hazırladığı çalışmada Stacey'nin 1996'da yayınladığı kitabında karmaşıklığın ve karmaşık uyumlu sistemlerin şu şekilde tanımlandığını ifade etmektedir: "Karmaşıklık bilimi temel olarak karmaşık uyumlu ağlar ve doğrusal olmayan geri besleme ağlarını çalışmaktadır. Karmaşık uyumlu sistemler farklı kurallar ile birbirleriyle etkileşen ve birçok bileşen veya ajan içeren sistemlerdir. Bir diğer deyişle bu tip sistemler öğrenmeyi oluşturacak şekilde çalışmaktadırlar."

Bu tanım ile karmaşıklığın kendi içerisinde bir düzene sahip olduğu ancak geri besleme yollarının doğrusal sonuçlar yaratmadığı söylenebilir. Bir diğer bakış açısıyla karmaşık uyumlu sistemler (Complex Adaptive System) ise, herhangi bir eşitliğin ve/veya kuralın sistemi kontrol edemediği durumlar olarak tanımlanabilir (Holland 1992). Bu tür sistemlerde

sisteme ait her parça kendi kendini yönetebilmekte ve merkezi kontrol hemen hemen hiç bulunmamaktadır. Ayrıca her parça bir sonuca etki etmekte ve hepsi birbirini etkilemektedirler. Karmaşık uyumlu sistem, özü itibarıyla kendi kendini örgütler, uyum sağlar, öğrenir, çevre içinde yaşamak ve konumunu güçlendirmek için tepkiler verir. Uyum, öğrenme ve tepkiler; sistemdeki her bir hiyerarşik kademedede ortaya çıkar. Karmaşık uyumlu sistemler, bu içsel ve doğrusal olmayan dinamikler yoluyla yaşamlarını sürdürmek için kendilerini sürekli yeniden yaratırlar.

Sistem perspektifi ile ilgili literatürden bahsettikten sonra sağlık alanı ile olan bağlantısı incelendiğinde ise Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımı ile başlanabilir. Buna göre sağlık sistemi, organizasyonlardan, insanlardan ve aksiyonlardan oluşmakta ve özellikleri açısından sosyal sistemler içerisinde belki de en karmaşık sistem özelliğini taşımaktadır (Sturmberg et al. 2014; Trochim et al. 2006). Ancak bu karmaşıklık yönetsel bağlamda doğru lensin kullanılması durumunda bir avantaja da dönüştürülebilir. Çünkü sağlıkta sistem düşüncesi ve karmaşık düşünce metodu, sağlık sunucularına etyoloji, hastalıkların tanı ve tedavisinde büyük avantajlar sağlayabilir ve sağlık profesyonellerinin anlayış güçlerini geliştirebilir. Böylece bu teori, bir olgu veya bir durum ile ilgili sadece spesifik konulara odaklanmamakta aynı zamanda alt sebeplere ve çok sayıda değişken üzerine odaklanmaktadır. Ayrıca, sağlıkta sistem ve karmaşıklık metodu, kişilerin, ailelerin ve toplulukların hastalıklarını içerik tabanlı olarak daha etkili anlamaya olanak sağlayabilir. Bu yaklaşımla hastalığın etyolojisinin, doğrusal bağlantılardan ziyade, nedensel ağ ilişkileri üzerine kurulduğu anlatılmaktadır (Sturmberg et al. 2014).

Kamu politikaları bağlamında sağlık sistemi gibi karmaşık sistemler için bütünleştirici sistem düşünme süreci sistemin derinlemesine anlaşıldığı ve örgüt bütünlüğü içerisinde uygulandığı bütüncül bir süreci ifade etmektedir. Bu sürecin yönetilmesini günümüz teknoloji imkânlarındaki gelişmelerin kolaylaştırdığı söylenebilir. Sağlık sistemindeki karmaşıklığın üstesinden gelmek için iletişim ve bilgi teknolojilerinin sisteme entegre edilmesi gerekliliği uluslararası literatürde genel kabul görmüş olup bu alanda çalışmalar yoğunlaşmaktadır (Franco, Tursunbayeva 2014).

Dinamik yapısından bahsedilen sağlık sistemi bütüncül olarak ele alındığı gibi son dönemde farklı bileşenlerinin dinamik sistem yaklaşımı ile incelendiği görülmektedir. Bu konuda önemli bir literatür çalışması Brailsford ve Vissers (2011) tarafından yürütülmüş ve Avrupa perspektifi ile sağlık alanında yöneylem araştırması konulu makalelerinde 35 yıllık süreci kapsayacak şekilde tüm çalışmalar incelenmiş ve özellikle sistem dinamikleri yaklaşımlarının artan önemi vurgulanmıştır (Brailsford, Vissers 2011).

Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) ise geleceğin sağlık sisteminin bireyselleşeceğini öngörmüş ve (1) güvenli olması, (2) etkili olması, (3) etkin olması, (4) hasta merkezli olması, (5) doğru zamanda yapılması, (6) eşit düzeyde erişilebilir olması gibi altı özel kriterin karşılanması gerekeceğini önermiştir (Lynn et al. 2007). Bu öngörü özellikle ulusal çalışmalarda yer bulmuş ve ulusal sağlık sistemlerinin bütünsel bir perspektifle ele alınması gerekliliği çalışmalarda yer almıştır. Adam ve de Savigny (2012) düşük ve orta gelirli ülkelerin sağlık sistemlerinin ele alındığı özel sayısında sağlık sisteminin incelenmesinde bütünsel bakış açısının önemini vurgulamışlar ve gelecekte sistem yaklaşımının sağlık alanı için temel yetenek olabileceğini öne sürmüşlerdir (Adam, de Savigny 2012). Swanson ve diğerlerinin (2012) yürüttükleri çalışmada sağlık araştırmalarının birden çok bilimsel alanı içine alan ve birden çok yöntemin entegre edildiği bir anlayışla yürütülmesi gerektiği vurgulanırken, sağlık politikalarının mekanik görüşten uzaklaşarak belirsizliği kucaklayan bir bakış açısı ve karmaşık uyumlu sistem yapısı ile ele alınması gerekliliği önerilmektedir (Swanson et al. 2012).

Avrupa’da sağlık sistemlerinde dinamik sistem yaklaşım çalışmalarını derleyen Dangerfield (1999) özellikle AIDS gibi bulaşıcı ve yaygın görülen hastalıkların analizinde sayısal yöntemlerin kullanıldığından bahsetmektedir. Analizde etki diyagramları nitel analiz aracı olarak kullanılırken yayılıma ilişkin sayısal analizler de nicel yaklaşım olarak ifade edilmiştir (Dangerfield 1999). Dinamik sistem yaklaşımını nitel yönü ile sağlık alanında uygulanmasını inceleyen Sumari ve diğerleri (2014) derledikleri çalışmalarda sistem yaklaşımının; uygulama sonuçlarının tahmin edilmesinde, hastalıkların izlenmesinde, iş gücü planlamasında, acil sistemlerde, halk sağlığı risk değerlendirmesinde, talep-kaynak oryantasyonunda, gelecekte uygulanması planlanan sağlık stratejilerinin simülasyonunda kullanıldığını ortaya koymaktadır. Ayrıca yazarlar sistem dinamikleri için (1) problemin tanımlanması, (2) dinamik hipotezlerin formüle edilmesi, (3) simülasyon ve formülasyon, (4) test etme, (5) formülasyon ve politika değerlendirmesi şeklinde beş adımlı bir süreç önermektedirler (Sumari et al. 2014).

Dinamik sistem yaklaşımının sağlık alanında kullanımı ile yaratacağı katkı konusunda çalışma yapan Brailsford (2008), sistem dinamiklerinin kesikli olay simülasyonundan daha stratejik düzeyde, çok yüksek miktarda veriye ihtiyaç duymayan ve daha uzun zaman sürecini kapsayabilmesi yönleri ile daha etkili bir yöntem olduğunu ifade etmiştir (Brailsford 2008).

Bianchi ve diğerleri (2010), kamu sektöründe performans geliştirme için sistem dinamiklerinin rolünün incelendiği çalışmalarında karar vericilerin sistemin sınırlarını algulamalarında yöntemin önemli bir faydası olduğuna işaret etmişlerdir. Araştırmacılar üç farklı vakayı inceledikleri çalışmalarında, dinamik sistem yaklaşımı ile kamu sektöründe siyasi ve örgütsel sistem arasındaki ilişkilerin daha iyi anlaşıldığını vurgulamışlardır (Bianchi et al. 2010). Sistem dinamikleri yaklaşımının yaratacağı faydayı vurgulayan bir diğer çalışma ise Paina ve Peters (2012)’in hazırladıkları çalışmadır. Bu çalışmada karmaşık uyumlu sistemler bakış açısının sağlık sistemlerinin politika bağlamında ele alınmasında önemli olduğu vurgulanmış ve eski varsayımların hayal kırıklığı yarattığı iddia edilmiştir. Bu nedenle sistem perspektifinin karmaşık ve sağlık sisteminin sürekli değişen doğası için yeni fırsatlar yaratabileceği de vurgulanmıştır (Paina, Peters 2012).

Kamu bakış açısına bir başka örnek ise arz merkezli değil de talep merkezli bir yaklaşımla Lynn ve diğerleri (2007) tarafından gösterilmiştir. Bu çalışmada hasta ve hastalıklara odaklanılmış ve hasta profilleri kategorize edilmeye çalışılmıştır. Sonuçta sekiz farklı kategoride hasta profili tanımlanarak sağlık hizmeti talebine ilişkin önemli bir saptamada bulunmuşlardır (Lynn et al. 2007). Bu çalışma ile talebi esas alan sistemik çalışmaların yürütülebileceği düşünülebilir. Böylece arz merkezli yapının vatandaşa hizmet götürürken kullandığı standart ve eş biçimli (izomorf) yapılar talebi merkeze alarak bölgeye özgü örgütsel yapıların oluşmasına da katkı sağlayabilecektir.

Marchal ve diğerleri (2014) Avrupa Birliği yedinci çerçeve programı kapsamında yürüttükleri Anne Sağlığı için Sağlık Muafiyeti projesi kapsamında yayınladıkları raporda sistem ve karmaşıklık teorilerini derinlemesine irdeleyerek sağlık alanında sistem perspektifinin düzeylere göre nasıl kurgulanabileceği konusunda ipuçları vermektedirler (Marchal et al. 2014). Halen araştırma aşamasında olduğu ifade edilen raporda dinamik sistem yaklaşımı ile problem çözülmeye çalışılmaktadır. Abdollahiasl ve diğerleri (2014), ulusal ilaç politikaları geliştirmek için sistem dinamikleri modeli çalışmasını gerçekleştirmişlerdir. Bu çalışmalarında ulusal düzeyde politikaların belirlenmesi için sistemin dinamiklerinin anlaşılması gerekliliği üzerinde durmuşlardır (Abdollahiasl et al 2014). Yine başka bir çalışmada Viana ve diğerleri (2014) Klamidya enfeksiyonu için bir kompozit model geliştirmişler ve kesikli optimizasyon ve sistem dinamikleri yaklaşımlarını birlikte kullanarak sağlık sektöründe bu modeli uygulamışlardır (Viana et al. 2014). Bu

çalışma ile toplumsal düzeyde verilen kararların operasyonel düzeydeki etkileri rahatlıkla gözlenebilmiştir. Böylece doğrusal modellerde düzeyler arasında varsayılan bağımsızlık bu çalışma ile ilişkilendirilmiş ve birbirlerine olan bağıllık ölçülebilmektedir. Decouttere ve Vandaele (2014) beşeri merkezli olarak yürüttükleri çalışmada sağlık sistemlerinin teknik, ekonomik ve daha çok da beşeri ve sosyal yönlerinin olduğu ortaya koymaktadırlar (Decouttere, Vandaele 2014). Özellikle sağlık sistemlerinin beşeri ve sosyal yönlerinin sağlık hizmetlerinin teknik ve teknolojik yönü kadar önemli olduğu bulgusu ile ulusal, kurumsal ve bireysel bağlamda sağlık alanının yönetilmesinde, ulusal politikaların geliştirilmesinde katkı potansiyeli yüksek olacağı düşünülebilir.

Bevan (2010), sağlık hizmeti sistemlerinin dönüşüm yeteneğini araştırdığı çalışmasında, teknolojinin hastaları ve doktorları mobilize ettiğini ve bunun da sağlık hizmetinin sunumu noktasında avantajlı bir durum olduğunu belirtmektedir. Böylece yazar dönüşümsel yaklaşımların her bir birey bazında ve toplamda da ülke bazında daha yüksek kalitede, daha güvenli ve düşük maliyette hizmet sunumu sağlaması için operasyonel değişikliklere dönüştürülmesi gerektiğini önermektedir. Ayrıca, sağlık sistemi içerisinde dönüştürücü yetenek inşa etmek, geniş ölçekte etkiler yaratmak için sistem yaklaşımının kritik bir bileşeni olduğu da çalışmada belirtilmektedir (Bevan 2010).

Görülebileceği üzere son dönemde sağlık alanının sistem perspektifi ile bütüncül olarak ele alındığı çalışmaların yoğunlaşması bu alanda oluşan bir trende işaret etmektedir. Yürütülen çalışmaların klinik düzeyde veya hastalıklar bağlamında olduğu gibi bölgesel ve ulusal politikaların geliştirilmesinde de kullanıldığı görülmüştür. İncelenen literatürde niteliksel olarak tespit edilen bu yeni bakış açısının veri tabanlarında bulunan yayınlar üzerinden incelenerek daha büyük veri kümeleri ile nicel olarak da bir eğilim oluşturup oluşturmadığı önemli bir araştırma konusu olarak karşımıza çıkmaktadır.

### **III. BİBLİYOMETRİK ANALİZ**

Bibliyometri kelimesi ilk kez Pritchard (1969) tarafından kullanılmış olsa da geçmiş 1920'li yıllardan itibaren başladığı söylenebilir. Bibliyometrik çalışmalar ile bilimsel yayınların karakteristik özelliklerinin belirlenmesi için istatistiksel analizler yapılmaktadır. Bibliyometrik yöntemler ile önceleri bilimsel araştırma ağ yapısı ve dinamikleri incelenirken (Price 1986) haberleşme teknolojileri ve dijital veri tabanlarının yaygınlaşmasıyla birlikte incelenen alanların çeşitliliği de artmıştır. Araştırma işbirliklerinin belirlenmesine (Subramanyam 1983), eğitim ve araştırma kurumlarının derecelendirilmesine (Van Raan 2005), şehir, bölge ve ülkelerin bilimsel etkinliklerinin haritalanmasına (Bormann, Leydesdorff 2012), araştırma fonlarının dağıtım ölçütlerinin belirlenmesine (Abramo et al. 2009), hatta bilimsel araştırma politikalarının oluşturulmasına (Rafols et al. 2010) kadar birçok alanda yöntemle dair uygulamalar yapılmıştır.

Bibliyometrik analiz yöntemi, sistematik bir biçimde düzenlenmiş bilgilerin analizi ve yorumlanması sürecini içermektedir. Bu durum sistematik veri tabanlarının oluşturulmasıyla birlikte hızlanmıştır. Eugene Garfield'in atıf etkisi kavramını ölçmek için kurmuş olduğu bilimsel bilgi enstitüsü (Institute of Scientific Information) bilimsel yayınların dizinlendiği ve aynı zamanda atıf bilgilerinin de tutulduğu bir veri tabanına zaman içerisinde dönüşmüştür. ISI veri tabanı günümüzde oldukça yaygınlaşan bilimsel veri tabanlarının ilk örneklerinden birisi olarak kabul edilmektedir. ISI, Thomson –Reuters tarafından satın alındıktan sonra Web of Science ismini alarak bilimsel veri tabanı hizmet kapsamını genişleterek devam ettirmektedir. Google Scholar, PUBMED, Scopus ve EMBASE gibi veri tabanları da benzer dizinleme hizmetini vermektedir (Mingers, Leydesdorff 2015). Bu veri tabanlarından Web of Science, Scopus ve Google Scholar tüm bilim dallarını kapsayan bir



dizinleme yaparken, PUBMED ve EMBASE sadece tıbbi bilimlerdeki bilimsel verileri dizinlemektedir (Khare et al. 2014).

#### IV. YÖNTEM

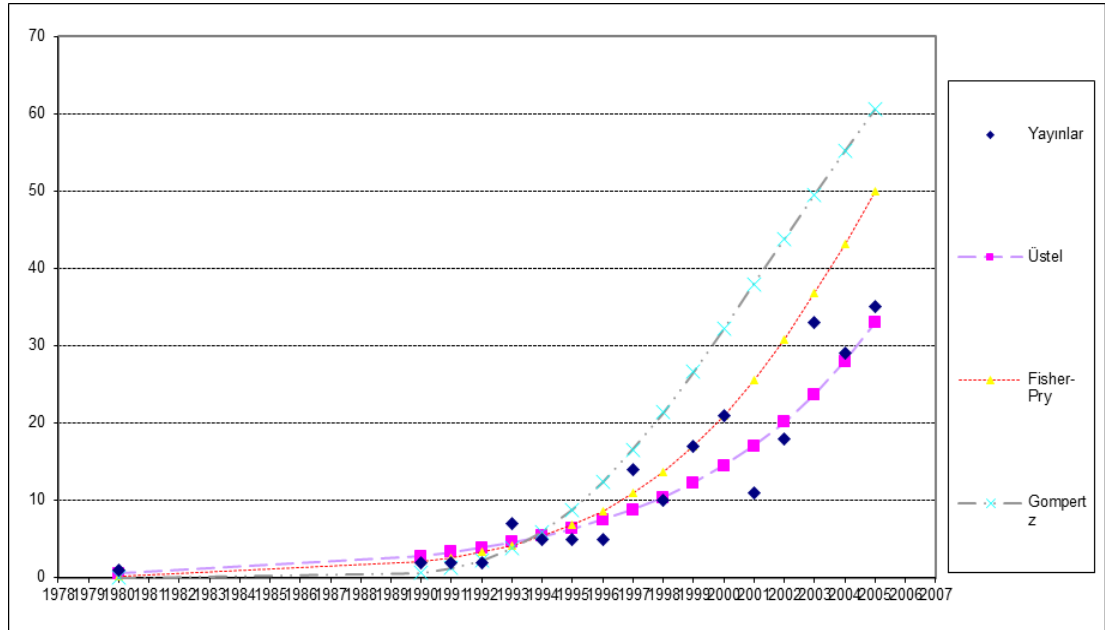
Çalışmanın amacı sağlık alanında sistem dinamikleri çalışmalarının nasıl bir eğilim gösterdiğinin incelenmesidir. Çalışmada sadece tıbbi bilimlerdeki bilimsel verileri dizinleyen PUBMED veri tabanı kullanılmıştır. Veri tabanına karar verdikten sonra önemli bir diğer konu ise makale taraması için kullanılacak anahtar kelimenin seçimidir. Çalışmanın sağlık alanında dinamik sistem yaklaşımını araştırıyor olması nedeniyle yayınlarda tüm alanlarda “System Dynamics” kelime grubu geçenler taratılarak veri tabanından indirilmiştir.

İndirilen yayınlar nitel literatür incelemesine katkı sağlamak adına bu çalışmada nicel bir perspektifle bibliyometrik analize tabi tutulmuştur. PUBMED’de “system dynamics” anahtar kelimesi kullanılarak yapılan tarama sonucu toplam 964 yayına rastlanmıştır. Bu yayınlar metin dosyası olarak kaydedilerek Georgia Tech Üniversitesi tarafından geliştirilen VantagePoint yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir.

#### V. BULGULAR

Şekil 2’de sağlık alanındaki yayınların yıllara göre dağılımı görülmektedir.

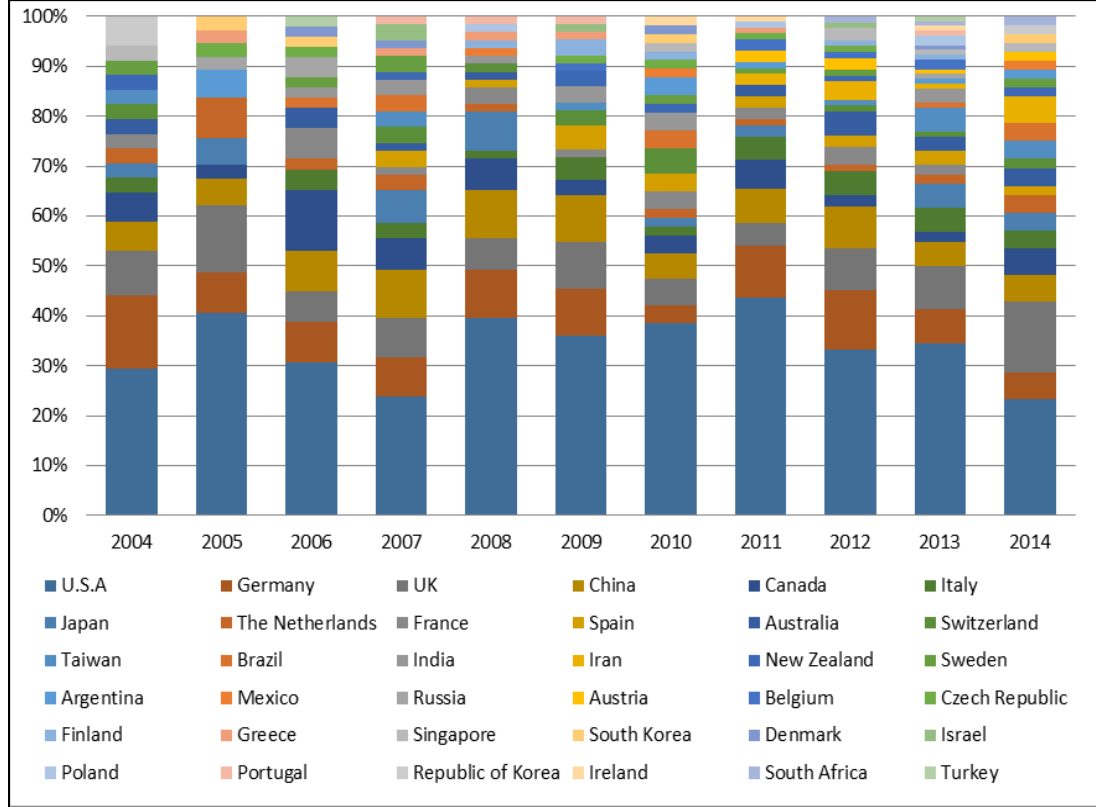
**Şekil 2. Yıllara göre Yayın Trendi**



Şekil 2’de belirtilen yayın trendi incelendiğinde özellikle 2000’li yıllardan itibaren akademik çalışma sayılarında artış olduğu görülebilmektedir. Bu trend aslında literatürde belirtilen önemin hazırlanan çalışmalar ile teyit edildiği anlamında değerlendirilebilir. Bu perspektifle sağlık alanında yapılan çalışmalara dinamik sistem yaklaşımının popülerleşerek yeni bir bakış açısı getirdiği yorumlanabilir. Trend analizi büyüme eğrileri ile incelendiğinde ise üstel, Fisher-Pry ve Gompertz modelleri ile de karşılaştırmalı olarak Şekil 3’te gösterilmiştir. Sağlık alanında sistem dinamiklerinin bahsedilen büyüme eğrilerine uygunluğu incelendiğinde en yüksek açıklayıcılığın üstel dağılımda olduğu ( $R^2=0,94$ ) daha sonra sırasıyla Fisher-Pry ( $R^2=0,83$ ) ve son olarak Gompertz ( $R^2=0,64$ )’in geldiği görülmüştür. Büyüme eğrilerinden üstel dağılım aslında yayınların popülerlik kazanarak

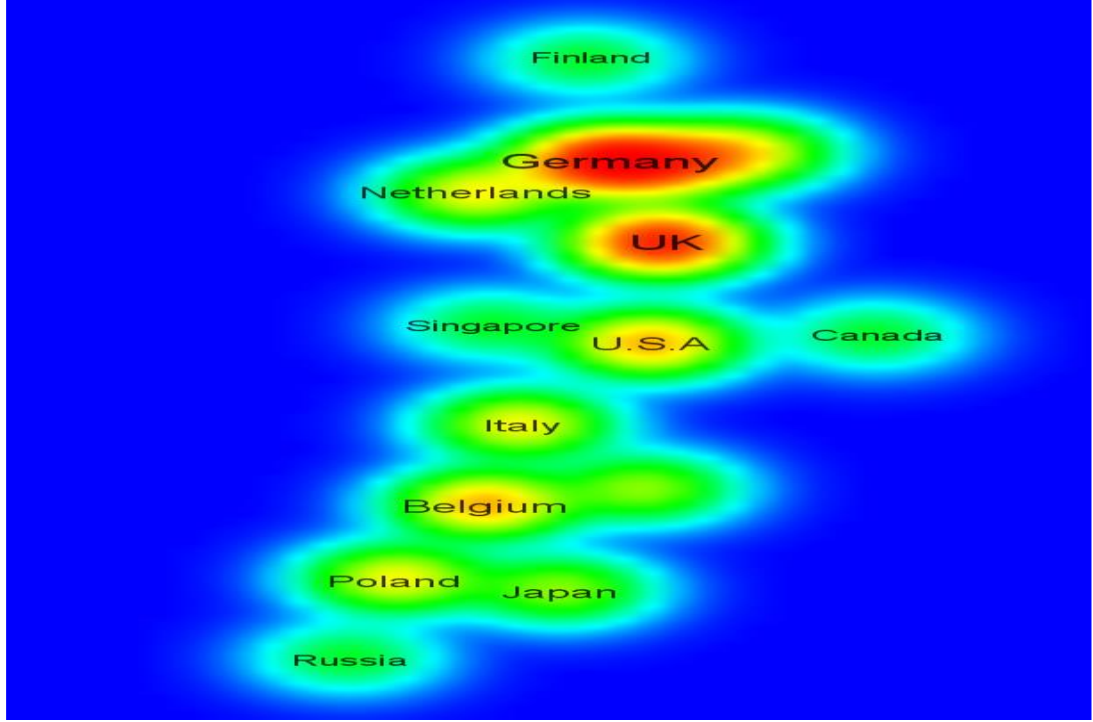
arttığı şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca Fisher-Pry dağılımına ikinci derecede uyum göstermesinin de alanda ikame kavramlarla yayınların sürekli artış gösterdiği söylenebilir. Son olarak Gompertz dağılımına uyumun yüksek olmaması ise henüz alanda tepe noktasına erişilmediği ve düşüş trendinin başlamadığı olarak yorumlanabilir. Hazırlanan yayınların ülkelere göre dağılımı incelendiğinde ise Şekil 3'teki gibi bir grafik elde edilmiştir.

**Şekil 3. Ülkelere göre Yayın Sayıları**



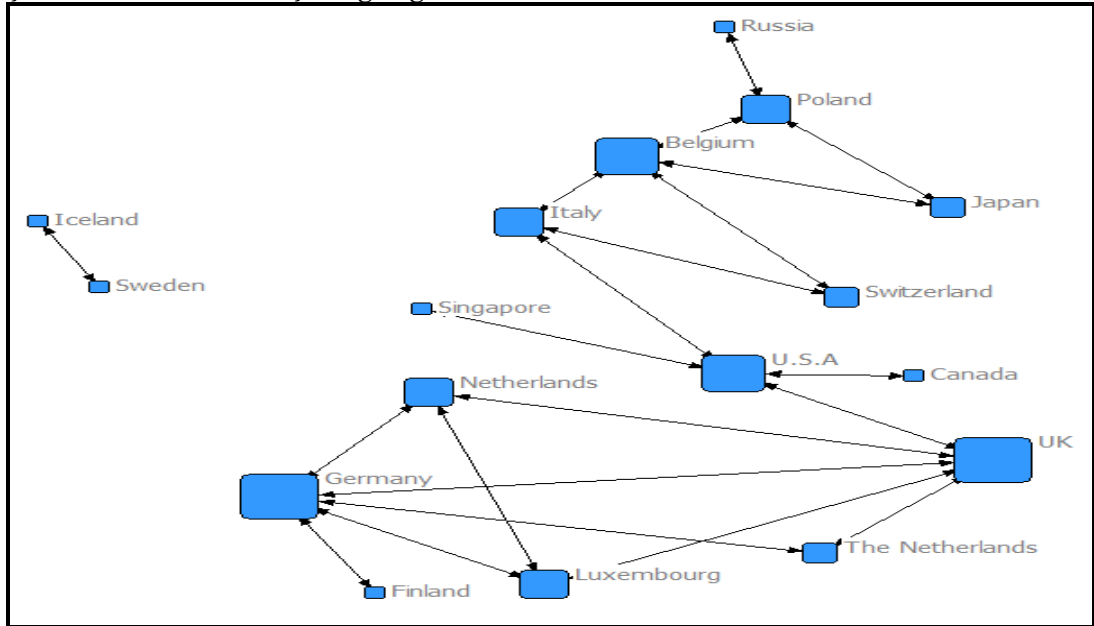
Şekil 3'te görülebileceği üzere ülke bağlamında yayınlar incelendiğinde gelişmiş ülkelerde yoğun olarak yürütülen çalışmaların bazı gelişmekte olan ülkelere de önemsendiği gözlenmektedir. Burada dikkat çekici ülkeler Tayvan ve Polonya olarak gösterilebilir. Burada ulusal sağlık sistemi açısından da konunun değerlendirilmesi gerektiği düşünülebilir. Çünkü sağlık sistemlerinin de ülkelere göre çok farklı profiller gösterdiği bilinmektedir. Bu açıdan yaklaşıldığında sistem yaklaşımının Amerika gibi bireysel sağlık uygulamalarının ön plana çıktığı ülkelerde süreç iyileştirme bağlamında sistem dinamikleri çalışmalarının öne çıktığı öngörülebilirken ulusal sağlık uygulamalarının ele alındığı Polonya gibi ülkelere halk sağlığı bağlamında değerlendirildiği şeklinde yorumlanabilir. Ülke bağlamında değerlendirmeler ülkeler arası ağ matrisi oluşturularak incelendiğinde ise ortaya Şekil 4'teki gibi bir yoğunluk matrisi çıkmaktadır.

Şekil 4. Ülkeler Arası Yayın Çalışmaları Yoğunluk Grafiği



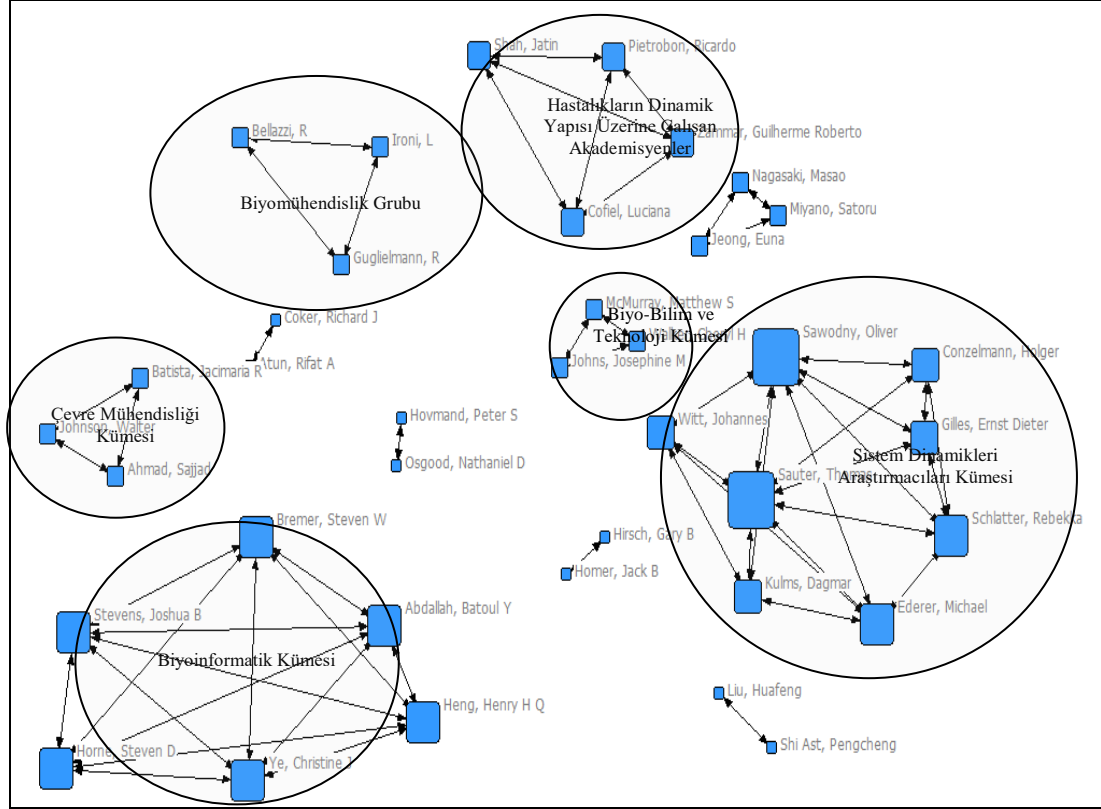
Şekil 4'teki yoğunluk matrisi incelendiğinde Almanya ve İngiltere'nin merkezilik değerlerinin yüksek olduğu ve bu nedenle de alanda önemli bir yer kaplayarak sistem bakış açısını sağlık yönetimine uyarladıkları söylenebilir. Bu ülkelerin Türkiye ile benzer sağlık sistemini uyguluyor olmasının da kıyas ortağı olarak Amerika uygulamalarının yerine Avrupa uygulamalarını ve özellikle de Almanya ve İngiltere'deki uygulamaları ön plana çıkardığı ifade edilebilir. Bahsedilen yayınların yapıldığı ülkeler ve bu ülkeler arasındaki işbirliği ağı UCINET yazılımı ile derece merkeziliği esas alınarak analiz edildiğinde ise elde edilen ağ diyagramı Şekil 5'te gösterilmiştir.

Şekil 5. Ülkeler Arası İşbirliği Ağı



Şekil 5 incelendiğinde işbirliği ağındaki derece merkeziliği yüksek olan ülkelerin İngiltere ve Almanya olduğu görülmektedir. Bu ülkelerin Türkiye gibi kamu kaynaklarını kullanarak ulusal sağlık sistemini yönetiyor olması nedeniyle Türkiye'nin bu ülkelerle akademik çalışmalarda işbirliği yapmasının önemli olacağı ifade edilebilir. Yazarlar arasındaki işbirliği ağı incelendiğinde ise Şekil 6'daki gibi bir ağ yapısı karşımıza çıkmaktadır.

**Şekil 6. Yazar İşbirliği Ağ Matrisi**



Şekil 6'daki yazar işbirliği ağ matrisi incelendiğinde ise iki adet derece merkeziliği yüksek kalabalık grubun olduğu görülmektedir. Bu gruplardaki yazarlar ile işbirliği yapılarak yürütülecek çalışmalara destek verilmesinin tecrübe aktarımından faydalanılması açısından çok önemli bir avantaj sağlayacağı düşünülebilir. Bunlardan bir tanesi Thomas Sauter ve Oliver Sawodny'nin merkezde kaldığı çalışmalar diğeri ise eşit derece merkeziliğine sahip Steven W. Bremer, Joshua Stevens, Christine J. Ye, Batoul Y. Abdallah gibi araştırmacıların oluşturduğu kümedir. Kümelere bulunan akademisyenlerin bu grafikte yer aldıkları çalışmalar değerlendirildiğinde ise Sauter ve Sawodny'nin sistem dinamikleri alanında yaptıkları ve sağlık alanına uyguladıkları çalışmaların burada bir küme oluşturduğu tespit edilmiştir. Bir diğer kümenin ise Biyoinformatik alanında yine sistem dinamikleri yaklaşımını kullandıkları gözlenmiştir. Diğer kümelerle ilişkin bilgiler ve ağırlıklı çalışma alanlarına göre kümelerin isimlendirildiği etiketler Şekil 6'da görülebilmektedir.

## VI. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Genel sistem teorisinin gelişimi incelendiğinde teknolojik olanaklar ve hesaplama yeteneklerinin artması daha büyük ve karmaşık sistemlerin ele alınmasını sağlar hale geldiği görülmektedir. Sağlık alanı ise literatürde bahsedildiği üzere karmaşık uyumlu sistemler olarak sınıflandırılmış ve bu yapının çözümlenmesinde dinamik sistem yaklaşımının uygulanabilirliği son dönemin önemli çalışma alanlarından birisi haline gelmiştir.

Dolayısıyla hem coğrafi olarak yayılmış hem de toplumun her kesimine kesintisiz sağlık hizmetini etkin, etkili ve verimli bir şekilde sunabilmenin yeni bir perspektif ile bütüncül olarak değerlendirmesi gerekliliği doğmuştur. Sağlık sistemine yürütülen çalışma ve elde edilen bulgular ışığında iki farklı perspektif ile çözüm getirilebileceği yorumlanabilir. Birincisi sağlık sistemi olgusunun politika geliştirme kapsamında ele alınışı ikincisi ise dinamik sistem yaklaşımı çalışmalarının sağlık alanına uyarlanabilmesinde araştırma işbirliklerinin konfigürasyonudur.

Sağlık alanının sistem perspektifi doğrultusunda ele alınması ile politika geliştirme alanında yapılacak çalışmaların özellikle örgütsel dönüşüme katkı sağlayacağı söylenebilir. Örneğin Sturmberg ve diğerleri (2014) yürüttükleri çalışmada sağlık alanındaki yönetsel yapıların dönüşümünü sistem bakış açısındaki farklılaşma aracılığı ile incelemiş ve günümüz sağlık organizasyonlarında kendi kendine örgütlenme ve ölçekten bağımsız ağ yapılarının öne çıkacağı öngörüsünde bulunmuşlardır (Sturmberg et al. 2014). Ancak böyle bir kurgulamanın sağlık politikasını kurgulayanlar için yeni bir bakış açısı anlamı taşıdığı da iddia edilebilir. Sağlık sistemi içerisindeki dinamikler çok çeşitli olup sağlık politikası yapanlar dış paydaşlardan sadece birini oluşturmaktadır. Teknolojideki değişimler, genellikle ani ve çok kısa bir zamanda olmakta ve bu hızlı değişim ve gelişmeler karşısında politikalar çok yavaş oluşturulmakta veya eğilim yönünde adapte edilmektedir. Bunun sebepleri arasında, politika yapıcılarının teknolojinin gelişimi ve hızlı değişimi ile ilgili yeterince bilgi, zaman ve kaynaklara sahip olmaması ve elde bulunan varlığın potansiyeli ile ilgili yeterli veriye ulaşamaması olarak söylenebilir.

Bu kapsamda değerlendirildiğinde, sağlık sistemi içerisindeki potansiyel niteliklere sahip mobil uygulamalar gibi sistemin maliyet ve kaynak problemlerini çözebilecek gelişmelerin, mobil uygulama geliştiriciler, sağlık profesyonelleri ve akademisyenler tarafından politikacılara anlatılması gerekmektedir (Franco, Tursunbayeva 2014). Yürütülen çalışma farklı disiplinleri bir araya getirme bağlamında özel bir öneme sahiptir. Çünkü çalışmada özellikle yazar işbirliklerinde farklı bilimsel alanların sistem dinamikleri kapsamında bir araya geldiği ve böylece alana katkı sağladıkları söylenebilir.

Dolayısıyla bibliyometrik analiz aslında işbirliği çalışmaları ve konu alanlarının çeşitliliğini vurgulamaktadır. Böylece birçok disiplini bir araya getirecek projelerin bir politika eşliğinde kamu-üniversite-sanayi işbirliği modeli ile desteklenmesinin gerekliliği burada daha da önemli hale gelmektedir. İşbirlikleri bağlamında da makro, mezo ve mikro ölçeklerde yürütülen çalışmada elde edilen bulgular aracılığı ile değerlendirilebilir.

Elde edilen sonuçlar ülkelerin işbirliği ağlarını ve ülkelerin yayın sayılarını ortaya koyarken sıklık perspektifini öne çıkarmaktadır. Ancak bu sıklık perspektifi niteliksel değerlendirmeler ile daha doğru bir sonuca yorumları ve değerlendirmeleri ulaştıracağından hareketle öne çıkan ülkelerin uyguladıkları sistemler bağlamında da incelenmesi gerektiği düşünülmektedir. Bu açıdan bulgular tekrar yorumlandığında ise Türkiye için sistem dinamikleri yaklaşımı alanında işbirliği yapılacak ülkenin bu alanda hem yayın kapasitesi hem de uygulamalarının geçmişi en fazla olan İngiltere ve Almanya gibi ülkeler olması gerektiği söylenebilir. Bu ülkelerin bir diğer önemli yönü ise Türkiye gibi sağlık hizmetlerini ağırlıklı olarak kamu eliyle sunuyor olmasıdır. Dolayısıyla bu ülkeler ile yürütülecek işbirliği çalışmalarının buralarda biriken bilişsel kapasiteden yararlanılabilesine olanak tanıyacağı düşünülmektedir. Makro düzeydeki bu yorumlardan sonra mikro düzeyde yazarlar bağlamında konu incelendiğinde ise yazarların bilimsel alan çeşitliliğinin önemli olarak görüldüğü söylenebilir. Bu kapsamda farklı disiplinleri bir araya getirebilecek çalışmaların önünün açılması ve projelerle teşvik edilmesinin önemli bir etki yaratacağı öngörülebilir. Böylece TÜBİTAK tarafından ana konu başlıkları ile ayrılan sağlık, mühendislik ve sosyal

bilimler alanlarının çok disiplinli alan projeleri başlığı ile de tanımlanmaya başlamasının farklı disiplinleri bir araya getirebilecek potansiyel taşıdığı söylenebilir.

Sonuçta, bibliyometrik veriler ışığında dinamik sistem yaklaşımının sağlık alanına uyarlanması gerekliliği Türkiye için hem gelişmekte olan ülke konumunda olması hem de kısıtlı kaynakların etkili ve etkin kullanılabilmesi için önemli olacaktır. Bu araştırma içerisinde konunun popüler yapısının nicel veriler ile gösterilmesi sayesinde öncelikle akademik ortamda farkındalık yaratılabilmesi hedeflenmektedir. Burada vurgulanan önemli bir konu ise yürütülecek çalışmaların sağlık alanında yer alan akademisyenlerin yanı sıra sistem mühendisliği, endüstri mühendisliği, biyoinformatik gibi diğer bilim alanları ile işbirliği yapılarak gerçekleştirilmesi gerekliliğinin ortaya çıkmış olmasıdır. Gelecekte yürütülecek çalışmalarda alt çalışma alanları bağlamında konunun biraz daha detaylandırılması ile birlikte çalışılabilme potansiyeli yüksek olan alanların daha somut tanımlanabilmesi elde edilen bulguları daha da ileriye taşıyabilecektir.

### **KAYNAKLAR**

1. Abdollahiasl A., Kebriaeezadeh A., Dinarvand R., Abdollahi M., Cheraghali A. M., Jaberidoost M. and Nikfar S. (2014) A System Dynamics Model for National Drug Policy. **DARU Journal of Pharmaceutical Sciences** 22(1): 22-34.
2. Abramo G., D'Angelo G. A. and Capresecca A. (2009) Allocative Efficiency in Public Research Funding: Can Bibliometrics Help. **Research Policy** 38(1):206-215.
3. Adam T. and Savigny D. (2012) Systems Thinking for Strengthening Health Systems in LMICs: Need for a Paradigm Shift. **Health Policy and Planning** 27(4): iv1-iv3.
4. Barlas Y. (2007) System Dynamics: Systemic Feedback Modeling For Policy Analysis. **System** 1:59.
5. Bevan H. (2010) How Can We Build Skills to Transform the Healthcare System. **Journal of Research in Nursing** 15(2):139-148.
6. Bianchi C., Bivona E., Cognata A., Ferrara P., Landi T. and Ricci P. (2010) Applying System Dynamics to Foster Organizational Change, Accountability and Performance in the Public Sector: A Case-Based Italian Perspective. **Systems Research and Behavioral Science** 27(4):395-420.
7. Bormann L. and Leydesdorff L. (2012) Which are the Best Performing Regions in Information Science in Terms of Highly Cited Papers? Some Improvements of Our Previous Mapping Approaches. **Journal of Informetrics** 6(2):336-345.
8. Brailsford S. C. (2008) System Dynamics: **What's in it for Healthcare Simulation Modelers**. IEEE Publishing, USA.
9. Brailsford S. and Vissers J. (2011) OR in Healthcare: A European Perspective. **European Journal of Operational Research** 212(2):223-234.
10. Coiera E. and Hovenga E. J. S. (2007) Building a Sustainable Health System. **IMIA Yearbook of Medical Informatics** 2(1):26-33.
11. Dangerfield B. C. (1999) System Dynamics Applications to European Health Care Issues. **The Journal of Operational Research Society** 50(4):345-353.

12. Decouttere C. and Vandaele N. A. (2014) Borader View on Health Care System Design and Modelling, [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2381909](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2381909) Erişim Tarihi: 20.05.2014
13. Forrester J. W. (1994) **Industrial Dynamics**. MIT Press, USA.
14. Fowler A. (2003) Systems Modelling, Simulation, and the Dynamics of Strategy. **Journal of Business Research** 56(2):135-144.
15. Franco M. and Tursunbayeva A. (2014) Mobile Technology and Public Health Organisational System. **Emergent Issues in Management** 1:81-90.
16. Green L. W. (2006) Public Health Asks of Systems Science: to Advance Our Evidence-Based Practice, Can You Help Us Get More Practice-Based Evidence. **Am J Public Health** 96(3):406-409.
17. Holland J. H. (1992) Complex Adaptive Systems. **Amerikan Academy of Arts & Sciences** 121(1):17-30.
18. Khare R., Leaman R. and Lu Z. (2014) **Accessing Biomedical Literature in the Current Information Landscape**. In Kumar D.V. and Tipney H.J. (ed.) Biomedical Literature Mining, pp:11-31 Humana Press, New York.
19. Leischow S. J., Best A., Trochim W. M., Clark P. I., Gallagher R. S., Marcus S. E. and Matthews E. (2008) Systems Thinking to Improve the Public's Health. **Am J Prev Med** 35(2):196-203.
20. Lynn J., Straube B. M., Bell K. M., Jencks S. F. and Kambic R. T. (2007) Using Population Segmentation to Provide Beter Health Care for All: The Bridges to Health Model. **The Milbank Quarterly** 85(2):185-208.
21. Marchal B., Belle S. V., Brouwere V. D., Witter S. and Kegels G. (2014) **Complexity in Health Consequences for Research and Evaluation**. FEMHealth Discussion Paper, 1-33, UK.
22. Meadows D. H., Randers J. and Meadows D. L. (2004) **Limits to Growth: the 30-Year Update**. Bath Press, London.
23. Mingers J. and Leydesdorf L. (2015) A Review of Theory and Practice in Scientometrics. **European Journal of Operational Research** 246(1):1-19.
24. Özdağoğlu A. (2013) Lanchester Stratejisi ve Sistem Dinamikleri: Büyük Taarruz Üzerinde İnceleme. **Savunma Bilimleri Dergisi** 12(2):63-94.
25. Paina L. and Peters D. H. (2012) Understanding Pathways for Scaling up Health Services through the Lens of Complex Adaptive Systems. **Health Policy and Planning** 27(5):365-373.
26. Price D. J. D. S. (1986) **Little Science, Big Science and Beyond**. Columbia University Press, New York.
27. Pritchard A. (1969) Statistical Bibliography or Bibliometrics. **Journal of Documentation** 25: 358-359.

28. Rafols I. Porter A. L. and Leydesdorff L. (2010) Science Overlay Maps: A New Tool for Research Policy and Library Management. **Journal of the American Society for Information Science and Technology** 61(9): 871–887.
29. Ramage M. and Shipp K. (2009) **Systems Thinkers**. Springer, USA.
30. Schwaninger M. (2005) System Dynamics and the Evolution of Systems Movement: A Historical Perspective, [https://www.alexandria.unisg.ch/54276/1/DB52\\_Schwaninger\\_historical.pdf](https://www.alexandria.unisg.ch/54276/1/DB52_Schwaninger_historical.pdf)
31. Sturmberg J. P., Martin C. M. and Katerndahl D. A. (2014) Systems and Complexity Thinking in the General Practice Literature: An Integrative, Historical Narrative Review. **Annals of Family Medicine** 12(1):66-74.
32. Subramanyam K. (1983) Bibliometric Study of Research Collaboration: A Review **Journal of Information Science** 6(1):33-38.
33. Sumari S., Ibrahim R. and Zakaria N. H. (2014) Qualitative Analysis in System Dynamics for Health Care System. **Journal of Information Systems Research and Innovation** 8-16.
34. Swanson R. C., Cattaneo A., Bradley E., Chunnaras S., Atun R., Abbas K. M., Katsaliaki K., Mustafee N., Meier B. E. and Best A. (2012) Rethinking Health Systems Strengthening: Key Systems Thinking Tools and Strategies for Transformational Change. **Health Policy and Planning** 27(4): iv54-iv61.
35. Tecim V. (2004) Sistem Yaklaşımı ve Soft Sistem Düşüncesi. **D.E.Ü. İ.İ.B.F.Dergisi** 19(2): 75-100.
36. Trochim W. M., Cabrera D. A., Milstein B., Gallagher R. S. and Leischow S. J. (2006) Practical Challenges of Systems Thinking and Modeling in Public Health. **American Journal of Public Health** 96(3): 538-546.
37. Van Raan F. L. A. (2005) Fatal Attraction: Conceptual and Methodological Problems in the Ranking of Universities by Bibliometric Methods. **Scientometrics** 62(1): 133-143.
38. Viana J., Brailsford S. C., Harindra V. and Harper P. R. (2014) Combining Discrete-Event Simulation and System Dynamics in a Healthcare Setting: A Composite Model for Chlamydia Infection. **European Journal of Operational Research** 237(1): 196-206.
39. WBCSD (2014) World Business Council for Sustainable Development Sustainable Health System, <http://www.wbcsd.org/work-program/business-role/previous-work/sustainable-health-systems.aspx>. Erişim Tarihi: 10.02.2016
40. WHO (2000) **Health Systems: Improving Performance**. WHO Press, Geneva.





# Dünyadan ve Türkiye'den Örneklerle Sağlık Hizmetlerinde Yalın Yönetim

Neslihan ŞİMŞEK İLKİM \*

Neslihan DERİN \*\*

## ÖZ

Dünyada ve Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumu birçok karmaşık problemle karşı karşıyadır. Bu problemlerin çözümünde yalın sağlık hizmetleri uygulamaları bir çözüm olabilmektedir. Tarihsel açıdan bakıldığında yalın sağlık hizmetleri ilk olarak 2000'li yılların başında İngiltere'de ve ABD'de uygulanmış ve geçen sürede çeşitli başarılar elde edilmiştir. Türkiye'de ise yeni yeni uygulamaları görülmektedir. Bunlardan e-reçete, bilgisayar üstünden tetkik isteme ve kâğıt ortamından vazgeçme, elektronik hasta dosyası, randevu sistemi gibi uygulamalar makro düzeydeki yalın yönetim uygulamalarıdır. Mikro düzeydeki uygulamalar ise oldukça sınırlı ve daha çok özel hastanelerde uygulanmaktadır. Çalışmanın amacı; sağlık hizmetlerinde kullanılacak yalın tekniklerin analiz edilmesi ve dünya çapındaki öncü yalın sağlık uygulayıcılarının faaliyetlerinin ve Türkiye'deki bazı uygulamaların örneklerle açıklanmasıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Yalın Yönetim, Sağlık Hizmetleri, Sürekli İyileştirme

## Lean Management in Healthcare with Examples around the World and Turkey

### ABSTRACT

Healthcare services in the world and Turkey is faced with many complicated problems. Lean healthcare applications can be a solution for overcoming of these problems. From a historical perspective, the lean healthcare services was first applied in the UK and in the US in the early 2000s and various achievements were obtained in this period. New practices are yet seen in Turkey. E-prescribing, want to examine from the computer, give up the paper ambience, electronic patient file and appointment system are the macro level lean management practices. Micro level practices are quite limited and applied in more private hospitals. The purpose of the study; analysing the simple techniques that can be used in healthcare and explaining the activities of leading worldwide lean healthcare practitioners with examples.

**Keywords:** Lean Management, Healthcare, Continuous Improvement

## I. GİRİŞ

Son yıllardaki rekabet ortamında organizasyonların hayatta kalabilmeleri ve pazar paylarını artırabilmeleri öncelikle müşteri taleplerine olabildiğince hızlı ve doğru cevap vermeleriyle mümkün olmaktadır. Hastaneler gibi insan odaklı faaliyetlerde bulunan hizmet kuruluşları her zaman hastaların taleplerine karşılık verememekte ya da zamanında karşılık veremeyerek hastaların çok fazla beklemelerine neden olmaktadır. Burada hastanelerin imdadına yalın üretimde kullanılan ancak günümüzde hizmet sektörlerinde de ilgi gören yalın yönetim teknikleri yetişir (Aytaç 2009).

\* Memur, Yeşilyurt Kaymakamlığı, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı, neslihan.smsk@gmail.com

\*\* Doç. Dr. İnönü Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Uluslararası İşletmecilik ve Ticaret, neslihan.derin@inonu.edu.tr

Sağlık hizmetleri güçlü meslek grupları ve düzenleyici sistemlerle karakterize edilen son derece karışık ve politik organizasyonlardır. Çoğunlukla bütün bir sistem ya da organizasyon çaplı yaklaşımlar yerine küçük, kapalı projelere eğilim gösterirler (Radnor et al. 2012). Yalın, sağlık hizmetlerindeki herhangi bir büyük sorunu düzeltmekle ilgilenmez; her gün hastanelerin boğuşmak zorunda kaldığı yüzlerce ya da binlerce küçük sorunu çözmekle ilgilenir (Graban 2011).

Sağlıkta artan maliyetleri azaltmak, kaliteyi, hasta ve çalışan memnuniyetini artırmak dolayısıyla israfları azaltmak yalın düşünce ve ilkeleriyle başarılabilir (Güleryüz 2012). Çünkü yalın dönüşüm, süreçte hastaya değer katmayan israfı elimine eder ve katma değer yaratan işlemler için harcanan sürenin ise azaltılmasını sağlar (McFadden et al. 2015).

Yalın yönetimi uygulayan hastaneler israfı ve fazla kullanımı elimine eder, kaliteyi iyileştirir, neticede güvenliği ve etkinliği artırır (Digioia et al. 2015). Yalın yönetimle hastane içinde bir akış oluşturulur. Bu akışın olduğu çevrimde hastaya daha fazla zaman ayrılır, teşhis ve tedavi daha çabuk gerçekleşir. Böylelikle hasta daha fazla tatmin olur.

Çalışmanın amacı da bu doğrultuda sağlık hizmetlerinde kullanılacak yalın tekniklerin analiz edilmesi ve dünya çapındaki öncü yalın sağlık uygulayıcıların örneklerle açıklanmasıdır.

## II. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE YALIN YÖNETİM

### 2.1. Yalın Yönetim Kavramı

Yalınlık, zaman israfını da içine alarak bütün israfları ortadan kaldırmak için bir değer akışı geliştirmek ve bir seviye çizelgesini garanti altına almak demektir (Doğan 2011). Buradaki israf kavramı, hem değer katan faaliyetler sırasında hem de değer katmayan faaliyetler sırasında ortaya çıkan amaçsız kaynak tüketimlerini ifade eder (Özen 2015). Yalın üretim ise “en az kaynakla, en kısa zamanda, en ucuz ve hatasız üretimi, müşteri talebine yanıt verebilecek şekilde, en az israfla ve tüm üretim faktörlerini en esnek şekilde kullanıp, potansiyellerinin tümünden yararlanarak nasıl gerçekleştiririz?” arayışının bir sonucudur (Aytaç 2009). Yalın üretim bu hedeflerin tümünü aynı anda gerçekleştirme ilkesine dayanan Toyota tarafından geliştirilmiş, Taiichi Ohno tarafından tanımlanmış ve Toyota Üretim Sistemi’nde biçimlenmiş bir süreç iyileştirme yöntemidir (Kuriger et al. 2010).

Yalın üretim kaynaklı yalın yönetim ise; yetki devrinin arttığı, yaptığı işten herkesin sorumlu tutulduğu, sıfır hiyerarşinin hedeflendiği, yalın üretimin gerçekleşmesi için tesis edildiği düşünülen bir yönetim şeklidir. Anlamlar ve metotların oluşturduğu entelektüel bir yaklaşım olan bu yaklaşımla, işletme için yalın bir durum oluşturulmakla birlikte firma rekabet süreci ortamlarına uygun hale getirilir (Warnecke, Hüser 1995).

Yalın yönetim felsefesi, katma değeri olmayan faaliyetler için harcanan süreyi azaltmak amacıyla bütün bir sistemi inceler (Shannon et al. 2010). Amaç (Yalın Enstitü t.y.):

- Sadece müşterinin istediği ürünleri (fonksiyon, kalite ve fiyat açısından),
- Müşterinin istediği zamanda (pazara sunulduğu zaman, teslim süresi, sevkiyat sıklığı),
- Daha az kaynak harcayarak (emek, ekipman, zaman, alan vb.) üretebilmek ve
- Müşteri için bir değer teşkil eden faaliyetlere odaklanabilmektir.

Yalın düşünce uygulamalarıyla sistemdeki israflar sürekli olarak azaltılıp, kaynaklar daha fazla değer yaratmaya yönlendirildiğinde, sadece firmaların kârlılığı ve rekabet gücü artmaz, müşteriler de kendilerine daha uygun, daha kaliteli, daha ucuz ürün ve hizmetleri temin

edebilirler. Bu zincir tüm sektörlerle ve tüm faaliyet alanlarına yayıldığında toplumsal zenginliğin artmasına katkıda bulunur (Yalın Enstitü t.y.).

## **2.2. Yalın Yönetimin Sağlık Sektöründe Uygulanması**

Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de değişim kaçınılmazdır. Dinamik çevre koşulları ve rekabet yoğun ekonomik ortam, işletmeleri hem tüketici beklentilerine uygun, hatasız, kaliteli ürün ve hizmetler üretmeye itmekte hem de geleceğe dönük beklentilerin neler olabileceği hususunda öngörüler yapmaya yöneltmektedir (Can, İbicioğlu 2008). Mevcut küresel ekonomik ortamda hükümetler bir yandan sağlık hizmetlerinde kalite düzeyini arttırmaya çalışırken bir yandan da sağlık için yapılan kamu harcamalarını azaltmaya çalışmaktadırlar. Bu yüzden yönetim felsefesine daha çok önem vermeye başlamıştır (Waring, Bishop 2010). Sağlık kuruluşlarının tasarımı, tıbbi, teknik ve sosyal konuların birlikte dikkate alınması gereken çok değişkenli karmaşık bir problemdir (Hicks et al. 2015). Bu durum zamanla bazı sorunları beraberinde getirmekte ve yalın felsefe ve araçları bu sorunlara çözüm olarak görülmektedir.

Yalın sağlık girişiminde ilk adım müşteri olarak tanımlanan kavramı anlamaktır. Bir hastane için dış müşteriler hastalar, aileleri, mükellefler ve düzenleyicilerdir. İç müşteriler ise doktorlar, hemşireler, büro personelleri ve diğer hastane personelleridir. Müşteri değeri ise yüksek kalitede, güvenli, verimli ve doğru hizmeti içerir. Süreç akışının başından sonuna kadar gözlemci görmeyi öğrenir, mevcut gecikme, verimsizlik ve israf alanlarının farkına varır. Baştan sona süreci tamamlamak için işlemleri görülebilir hale getiren ve gerekli tüm bireysel adımları gösteren mevcut durum değer akış haritası olarak adlandırılan bir temsili akış şeması oluşturulur. Haritada, çalışanlar tarafından bütün bir sürecin nasıl gerçekleştiğinin doğru olarak gösterilmesi oldukça önemlidir. Harita bazı adımların neden atıldığıyla ilgili herhangi bir açıklama sağlamaz ve özel durumları ifade etmez. Ayrıca işlem süresi, bekleme süresi de dahil harcanan toplam süre ve verimli geçirilen süre ile ilgili herhangi bir ölçüm içermez (Buesa 2009).

Hastanelerde yalın yönetimin uygulamaya konulmasına yönelik olarak aşağıdaki maddeler sıralanabilir (Derin 2008).

- Servislerde, ameliyathanelerde ve laboratuvarlarda temel istikrarı sağlamak.
- Teşhis ve tedaviyi kapsayan doğru klinik rotalarını tespit etmek.
- Baştan sona paylaşılan değer akışları oluşturmak.
- Teşhis değer akışlarını yeniden tasarlamak ve bütünleştirmek.
- Tedarik malzemesi kullanımına göre farklı sıklıklarla temin etmek.
- Yalın sağlık sistemleri tedarik zinciri oluşturmak.

## **2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Bazı Yalın Teknikler**

Hasta güvenliği ve finansal performans sağlık sektörünün artan ilgi odağı haline gelmiştir. Bu durum birçok sağlık kuruluşunu yalın süreç iyileştirme gibi kalite girişimlerini uygulamaya sevk etmiştir (Dobrzykowski et al. 2016). Yalın hizmet üretiminde kullanılacak yalın teknikler tek bir temel noktada birleşir. Bu nokta, israfların belirlenmesi ve ortadan kaldırılmasıdır. Tüm yalın tekniklerin birincil amacı üreticiye artan karı, müşteriye ise artan değeri ve memnuniyeti sağlayacak üretim yöntemlerini geliştirmektir (Sivaslı 2006). Bu amaçla kullanılan farklı teknikler olsa da aslında uygulamada çok fazla benzerlikleri bulunmaktadır. Hemen hemen bütün yalın teknikler mevcut sürecin gözlemlenmesi, sürece değer katan değerlerin ve israfların belirlenmesi ve sürecin yeniden tasarlanması üzerine kurulmuştur.

### 2.3.1. Kaizen

Sağlık hizmetlerinde en çok kullanılan yöntemlerden biri Kaizen'dir. Kaizen bir işin standart yolunun sürekli iyileştirilmesi sürecidir (Singh, Singh 2009). Japonca'da KAI, değişim; ZEN ise iyi, daha iyi anlamına gelmektedir. KAIZEN de bu yoldan hareketle daha iyiye ulaşma, gelişme ya da genel kullanımıyla sürekli gelişme demektir (Gerger, Demir 2010). Daha kapsamlı olarak tanımlamak gerekirse Kaizen, işletmenin hedeflerine ulaşabilmek için yürüttüğü faaliyetlere ilişkin tüm süreçlerde, varılan sonuç ne olursa olsun, bununla tatmin olunmayıp sürekli daha iyiye ulaşma çabasının işletmenin iç ve dış çevresini oluşturan tüm unsurlarının katkılarıyla gerçekleştirilmesidir (Özmez 2006). Toyota üretim sisteminin özü bütün süreçlerde sürekli iyileştirmenin gerçekleştirilmesidir. İnsanlar genelde bir kaizen olayı üzerinden yalnızca daha iyi öğrenebilmektedir.

Kaizen uygulamasında işletmeler Deming (Planla-Uygula-Kontrol Et-Önlem Al) döngüsü ile uygulamada karşılaştıkları sorunları ortadan kaldıracakları. Planlama aşamasında geliştirilmesi gereken alanlar belirlenir. Sorunlar tespit edildikten sonra Kaizen uygulamasına geçilir. Bu aşamada sorunun kök nedeni ortaya çıkarılır ve değer katmayan faaliyetler belirlenerek yok edilir veya en aza indirilir. Üçüncü aşamada iyileştirme faaliyetlerinin sorunun çözümünde olumlu veya olumsuz bir sonuç verip vermediğinin takibi yapılır. Son aşamada ise başarılı işler yorumlanır ve işletme içindeki benzer süreçlerde de Kaizen faaliyetlerinin standardize edilip edilmeyeceğine bakılır (Maarof, Mahmud 2016).

Kaizen 3 aşamalı bir süreci takip eder (Dickson et al. 2009):

1. *Aşama*: Mevcut süreçlerin gözlemlenmesi ve belgelenmesiyle bir süreç haritası veya değer akış haritasının kullanılması; değer akış haritası hastanın kapıdan girdiği andan çıkışına kadar bütün adımlarının yönetilmesi için kullanılan bir grafikdir.
2. *Aşama*: Değer analizi ve süreçlerin yeniden tasarlanması; çalışanların deneyimlerine göre süreçteki değer katan faaliyetlerin ve gereksiz işlerin bulunması ve sıralanmasıdır. Yeniden tasarım süreci ise ideal düzeye ulaşmaya odaklanır.
3. *Aşama*: Yeniden tasarım sürecince çalışanlar tarafından farklı fikirler üretilir. Bu fikirler doğrultusunda değer akış haritası belirlenir.

Dickson ve diğerlerinin (2009) bir hastanenin acil servisinde gerçekleştirdikleri kaizen uygulamasında;

- Tüm muayene odaları tam kullanılmış ve hastaların odaya hemen yerleştirilmesi sağlanmıştır,
- Mümkünse bir doktor, bir hemşire ve bir kayıt personelinden oluşan ekip hasta hikâyesini aynı anda dinlemekte ve bu sayede tarih tekrarları azaltılmış ve personelin zamanından tasarruf sağlanmıştır,
- Hemşire, hemşire yardımcısı ve giriş koordinatörünün sorumlulukları yeniden tanımlanmıştır,
- Laboratuvar testleri ve x-ray çalışmaları daha hızlı yapılmış ve daha hızlı sonuçlandırılmıştır,
- Acil servisin içinde ve dışında hastaları yönlendirecek geliştirilmiş tabelalar eklenmiştir,
- Diğer servislerin sürece daha erken dahil edilebilmesi için fırsatlar belirlenmiştir.

Bu sayede hastaneye gelen hasta sayısında artış olmuş ve hemen hemen hiç bir hasta bekleme odasına alınmamıştır.

### 2.3.2. 5 S

5S terimi, beş adet Japonca kelimenin baş harfinden meydana gelmektedir (Ho, Cicmil 1996). Bunlar sırasıyla Seiri (sınıflandırma), Seiton (düzenleme), Seiso (temizlik), Seiketsu (standartlaştırma) ve Shitsuke (disiplin)'dir (Özdemir 2013). Sınıflandırma ve düzenleme 5S'nin, sıfır hatayı hedefleyen, maliyet azaltan, güvenliği arttıran ve kazaları azaltan, güvenlik departmanını tekniğin merkezine alarak iş yerindeki düzensizliklerden kaynaklanan atıkları ortadan kaldıran en önemli 2 basamağıdır (Buesa 2009).

Örneğin ameliyata girecek bir doktorun her şeyden önce iyi bir şekilde ellerini yıkaması, kullanılacak araçların önceden tanımlanması ve belirli bir düzen içinde olması, araçların her gün her cerrahi olay için standart bir şekilde sayılması ve kontrol edilmesi bir 5S çalışma ortamının sonucudur (Ahlstrom 2007).

Çok çeşitli testleri ve yılda yaklaşık 10 000 işlemi olan Wilmington'daki Alfred I. DuPont Çocuk Hastanesi'nin ana histoloji laboratuvarında 5S tekniğini kullanılarak 2007-2008 yılları arasında gerçekleştirdikleri işlemler %20 oranında, gelir ise %12 oranında arttırılmıştır (Buesa 2009). Bolton hastanesi de 5S'e eklenen güvenlik (safety) faktörü ile oluşturulan 6S tekniğiyle yalın dönüşümü gerçekleştirmiş hastanelerden biridir. Bunlar (Fillingham 2007):

- Sınıflandırma: Gerekli ile gereksizin birbirinden ayrılması
- Düzenleme: Her şey için kullanılabilir bir alan
- Temizlik: Temiz ve yıkanmış
- Standartlaştırma: kabul edilebilir rutinler oluşturma
- Disiplin: Devamlılığı sağlayacak disiplin oluşturma
- Güvenlik: Tehlike ve hatalar için kontrol

5S, çalışma alanının sistematik olarak adım adım düzenlenmesini ve standartlar getirilmesini sağlayan bir süreçtir. İyi organize olmuş bir alan çalışanların motivasyonunu artırmanın yanı sıra iş güvenliği, çalışma etkinliği ve işin sahiplenilmesi duygularını da artırır (Veža et al. 2011).

### 2.3.3. Hızlı Süreç Geliştirme Atölyeleri

Hızlı Süreç Geliştirme Atölyeleri daha hızlı bir dönüş sağladığı, daha görülebilir olduğu ve mevcut yönetim kontrollerini zora sokmadığından sağlık hizmetleri için en uygun olduğu düşünülen metottur. Ayrıca personel tarafından da daha çok tercih edilmektedir (Radnor et al. 2012).

Atölye çalışmasının ilkeleri (Miller, Chalapati 2015):

- Sürecin haritalanması
- Kapsamlı veri toplama ve analizi
- Hastaya değer katmayan süreç unsurlarının ortadan kaldırılması
- Değiştirilmiş işlemlerin hemen uygulanması
- Sürecin yeniden değerlendirilmesi olarak belirlenmiştir.

Waldhausen ve arkadaşları (2010) tarafından Seattle Çocuk Hastanesi'nin cerrahi kliniğinde 3 günlük bir hızlı süreç iyileştirme atölyesi çalışması ve ayrıca muayenehanelerin ve ofislerin standardize edilmesi için 5S tekniği uygulanmıştır. Bu teknikle çalışma alanının örgütlenme derecesini ölçen veriler toplanmıştır. Sonuç olarak yalın tekniklerle hasta akışı

için güvenilir bir yöntem oluşturulmuştur. Gereksiz değişkenler azaltılarak süreçteki adımlar azaltılmış ve hasta için değerli olan süre arttırılmıştır. Sağlık hizmeti sunanlar malzeme veya destek personel için muayenehaneyi terk etmek zorunda kalmadıkları için hasta ile daha fazla zaman geçirebilmektedirler.

#### 2.3.4. Değer Akış Haritalama

Değer Akış Haritalama (DAH), tedarik zincirindeki malzeme ve bilgi akışını şekillendirmek için kullanılan bir haritalandırma tekniğidir. DAH'ın temel amacı, değer akışı içerisindeki tüm israfları tespit etmek ve bu israfları ortadan kaldırmak için gerekli olan adımları belirlemektir. DAH, yalın üretime geçiş sürecinde yalın üretim araçlarının nerelerde kullanılacağına yardımcı olur (Hines, Rich 1997).

Değer akış haritaları (Efe 2011);

- Akışı görmemizi,
- Değer akış yollarındaki israfları görmemizi,
- Üretim süreçlerini ortak bir dilde birleştirmeyi,
- Bilgi ve malzeme akışları arasındaki ilişkileri göstermeyi,
- Akışı sürekli kesintisiz yapabilmek için nelerle odaklanmamız gerektiğini görmemizi sağlar.

Sağlık hizmetlerinde en çok kullanılan yalın araçlardan biri olan değer akış haritalama sürecin başından sonuna kadar yer alan adımları gösteren görsel bir sunumdur. Genellikle 3 günlük bir süre içinde oluşturulur. İlk gün mevcut durum haritası geliştirmek için sürecin adım adım her basamağındaki görevleri ve fonksiyonları temsil eden personellerden oluşan bir ekip oluşturulur. Bu sayede sürecin akışı görselleştirilmiş ve sorunlar ve israflar tespit edilmiş olur. İkinci gün gelecekteki durum haritasına işaret eden sorunlardan arınmış bir ideal süreç haritası oluşturulur. Son günde ise ekip gelişmiş bir süreç ve gelecekteki durum için ihtiyaç duyulan bir eylem planı oluşturur (Graig, Perosino 2011).

Efe ve Engin'in (2012) bir numune hastanesinin acil servisinde uyguladıkları DAH uygulamasında değer katan faaliyetler ve değer katmayan faaliyetler belirlenmiştir. Bu sayede mevcut durumun temin süresinin 132,5 dakika olduğu gösterilmiştir. Gelecek durum tasarımıyla bu süre 84 dakikaya indirilerek %36,6 oranında bir iyileştirme sağlanmıştır. Yapılan çalışmada, ülkemizdeki sağlık kuruluşlarında yalın düşüncenin bir kurum politikası olarak kurumlarca uzun vadede uygulanabileceği tespit edilmiştir.

#### 2.3.5. Yalın Altı Sigma

Motorola tarafından 1980'lerde geliştirilen Altı Sigma metodolojisi veri ve istatistiksel analizler kullanarak üretim sürecindeki hataların ve değişkenlerin azaltılmasına odaklanır (Nayar 2016). Altı Sigma metodolojisinde değişkenliklerin yanlışların temel kaynağı olduğu kabul edilir. Süreç performansı, süreç sigma düzeylerinden belirlenen kalitesizlik maliyetlerine göre değerlendirilir ve iyileştirmede bu kalitesizlik maliyetlerinin azaltılması hedeflenir (Aslan, Demir 2005).

Yalın altı sigma müşteri memnuniyeti, maliyet, kalite, işlem hızı ve yatırım sermayesi konularındaki en hızlı iyileştirme oranı sayesinde hissedar değerini maksimize eden bir iş geliştirme teknolojisidir (D'andreamatteo et al. 2015). Yalın ve altı sigma iyileştirme yöntemlerinin birleştirilmesi şu konularda gereklidir (George 2003):

- Yalın, istatistiksel kontrol altında bir süreç oluşturamaz.
- Altı Sigma tek başına işlem hızını önemli ölçüde artıramaz ve yatırım sermayesini azaltamaz.

Birlikte kullanıldıklarında bu eksiklikleri gidermektedirler. Şirketler, müşteri ihtiyaçlarını daha hızlı karşılamak, altı sigma seviyesinde ve dünya seviyesinde maliyetlerle çalışmak gibi üç hedefi sadece Yalın Altı Sigma metodolojisi ile gerçekleştirebilmektedirler. Yalın Altı Sigma (Taşçı 2010);

- Sistematik bir yaklaşım sunar ancak sabit bir plan değildir.
- Şirkete, sürece ya da probleme göre uyarlanması gereken çok kapsamlı bir araçlar setidir.
- Dil birliği sağlar. Süreçleri birbirleriyle karşılaştırılabilir hale getirir.
- Veriye dayalıdır, uygun yerlerde istatistikten yoğun destek alır.
- Müşteri odaklıdır, süreç performansını müşteri gözüyle ölçer.
- Süreçleri yalınlaştırmayı hedefler.
- Değişkenliği azaltmayı hedefler.
- İyileşmeyi istatistiksel olarak ispatlar.
- Finansal getiri odaklıdır, nakit ve potansiyel getirileri hesaplar.
- Bürokrasiyi engeller, yaratıcılığı destekler.
- Devreye alma sonrasında iyileştirmeyi kontrol altında tutacak istatistiksel ve prosedürel sistemleri kurar.

Altı Sigma uygulayan firmalar; üretkenlik, verimlilik, kalite, tasarruf ve müşteri memnuniyetinin artırılmasında çarpıcı başarılar elde etmektedirler. Operasyonel mükemmelliğe ulaşmak isteyen kuruluşlar, kalite fonksiyonu yayılım çalışmaları ile uyum göstermesi, bünyesinde istatistik kullanımına imkan veren araçları barındırması ve tasarımda Altı Sigma gibi ürün liderliğini destekleyen bir yöntemle geçişi kolaylaştırması nedeniyle Altı Sigma'yı seçmektedirler (Gerger, Demir 2010).

Altı sigmanın odak noktası ürün ve süreçteki değişkenlerin azaltılmasıdır (Nauhria et al. 2009). Cherry ve Seshadri; bir hastanedeki süreç değişkenliğini azaltmak amacıyla radyoloji bölümünde altı sigma metodolojisinden yararlanmışlardır. Elde edilen maliyet tasarruflarının yanında MR sipariş süreç hatalarının %90 azaldığı görülmüştür. Daha az kaynak kullanılarak radyoloji bölümündeki akış artırılmış ve her bir radyoloji prosedürü için maliyet %21,5 düşürülmüştür (Yüksel 2012).

#### **2.4. Yalın Uygulama Adımları**

İmalat sanayisinin operasyonel ilkeleri ve yönetim felsefesi birçok sağlık topluluğu için kavramsal bir gerilme yaratabilir. Bu nedenle yalın tekniklerin severek ve isteyerek kullanımından önce kültürel ve geleneksel bariyerlerin aşılması gerekir (Kim et al. 2006).

Temel yalın araçlar doğru bir şekilde uygulanmak şartıyla kısa bir sürede olumlu sonuçlar doğurabilir. Yalın uygulamalardaki en büyük zorluklardan biri, üst yönetimden en alt düzey çalışanlara kadar bütün personeli sürece dahil edebilmektir. Birçok kavram basit gibi görünse de aslında radikal zihin değişiklikleri gerektirir (Kuriger et al. 2010). Bazı sağlık personelleri rutin iş alışkanlıklarını yıkmak veya standart çalışma yaklaşımlarını kabul etmek konusunda isteksizlerdir (Dickson et al. 2009). Bu yüzden her düzeydeki çalışana yalın kavramını öğretebilmek oldukça önemlidir. Kültürel açıdan bakıldığında yalın üretim tekniklerinin sağlık sektöründe uygulanabilmesinin önündeki 'insanlar araç değildir, her



hasta birbirinden farklı ve benzersizdir' gibi olası tartışmaların önüne geçmek gerekir (Kim et al. 2006).

Hastalara kaliteli bir sağlık hizmeti sunulabilmesi için tedarikçiler sürecin her adımına dahil edilmelidir. Sağlık kuruluşları için ise bu süreç doktorlar, asistanlar, hemşireler, eczacılar, terapistler, teknisyenler ve diğer yardımcı sağlık personellerinin de dâhil edildiği, oldukça kapsamlı bir süreçtir. Yalın düşünce bu personellere, ekip halinde birlikte çalışarak karmaşık sorunları sistematik olarak değerlendirme ve çözme imkânı sunar. Yalın yöntemlerin uygulanmasıyla proje ekipleri mevcut sorunların durumunu daha iyi anlayabilir, atık ve gereksiz alanları daha iyi belirleyebilir, kalıcı ve kapsamlı çözümler geliştirmek için daha ideal bir süreç tasarlayabilirler (Kim et al. 2010).

Genel olarak yapılan uygulamalara bakıldığında sağlıklı bir yalın uygulama süreci beş adımda gerçekleştirilmektedir.

### 1. Değer Katmayan Faaliyeti Bulma

Bir işletmede yalın üretim sistemine geçişin ilk aşaması, ürüne değer katan ve katmayan faaliyetlerden oluşan değer akışının analiz edilmesidir. Ardından, değer akışı içerisinde bulunan değer katmayan faaliyetler (israf) ortadan kaldırılmalıdır (Efe, Engin 2012). Müşteri açısından değer yaratma kavramı, müşterinin ödediği karşılığında beklediğinden fazlasını elde ettiği zamanki durumu ve anlamı içermektedir (Odacıoğlu 2003).

Bunun için öncelikle sağlık hizmetlerinde "değer" kavramının neyi ifade ettiğini anlamak gerekir. Hasta açısından Sağlık hizmetlerinde değeri ölçmek zordur çünkü (Dickson et al. 2009);

- Hasta genellikle hizmetin fiyatından habersizdir.
- Hastanın hizmet kalitesi hakkındaki görüşünü ölçmek zordur.
- Hizmetin kalitesini arttırmak için yapılan giderleri ölçmek zordur.

Yalın düşüncede israf (değer katmayan faaliyetler), bilinen anlamının ötesinde ürün ya da hizmetin kullanıcıya herhangi bir fayda sunmayan, müşterinin fazladan bedel ödemeyi kabul etmeyeceği her şeydir. İsrif, özellikle hiçbir değer oluşturmadan kaynakları tüketen faaliyetleri gösterir (Derin 2008). Sağlık sistemlerinin dört olmazsa olmazı etkililik, verimlilik, hakkaniyet ve insan odaklılık olarak belirtilmektedir. Sağlık hizmetlerinde israf kavramı daha çok etkililik ve verimlilik hedefleriyle alakalıdır (Şimşir ve diğerleri 2013). Hastaneler için tanımlanan sekiz israf türü vardır. Bunlar (Güleryüz 2012):

- *Hatalar*: Depodan acil servise giden yanlış ilaçlar, bir maddenin eksik olduğu malzeme arabası, hastaya verilen yanlış doz ve yanlış ilaç...
- *İhtiyaçtan Fazla Üretim*: Gereksiz teşhis adımları uygulamak, fazla hasta muayene edebilmek için hızlı muayene etmek...
- *Gereksiz Malzeme Hareketi*: Laboratuvarların servislerden uzak olması...
- *Bekleme*: Servis önündeki bekleme, doktor ve hemşireleri bekleme, arızalardan kaynaklı bekleme, hastanede tedavi için yatak bekleme...
- *Fazla Stok*: Tarihi geçmiş ilaçlar, imha edilmesi gereken son kullanma tarihi geçmiş gereçler, yeri belli olmayan gereçler (laboratuvarlarda birden çok yerde enjektör bulunması gibi).
- *Gereksiz İnsan Hareketi*: Kötü yerleşim alanı nedeniyle günde kilometrelerce yürüyen hemşireler, laboratuvar çalışanları, teknisyenler...

- *Gereğinden Fazla İşlem:* Plansız hasta doktor görüşmeleri, bir servise kayıtlı olan bilgilerin başka serviste tekrar sorulması...
- *İnsan Potansiyeli:* Önemsizlenen çalışan önerileri, çalışanları sürece dahil edememek.

İsraf belirlenip, elimine edilip, değer akışı ortaya çıkınca işleri standartlaştırmak gerekir.

## 2. İşleri Standartlaştırma

Standart iş, bir işin nasıl yapılması gerektiğinin kabul edilebilir ölçüsü olarak tanımlanmaktadır. Bu sayede çalışanlar gelişmeleri kendi mevcut standartlarına göre ölçebilir ve bu gelişmelere dayalı yenilemeler ve kalite geliştirme çalışmaları yapabilirler (Lowe 2013).

İş standartlaşması işlerin birimlere ayrılıp işçinin göreceği panolara çizimler halinde asılması ve böylece işlerde bir prosedür yapılıp işlerin hızlı, emniyetli ve kaliteli yapılmasıdır. Bu sayede işçi tüm hareketlerini standart iş prosedürüne göre yapar; iş emniyeti, üretim hızı ve kalite yönünden tutarlılık sağlanır. İş standartlaşması aynı zamanda iş rotasyonu gibi durumlarda da yeni işçinin işine çabuk adapte olmasına olanak tanır (Erkek 2008).

## 3. Problemlerin Kök Nedenlerinin Proaktif Analizi

Problemlerin kök nedenlerinin proaktif analizi, problem daha ortaya çıkmadan oluşabilecek problemin nedenlerini analiz etmeyi ve kök nedeni bulmakla ilgilidir.

Yalın kültürde kök nedenin çözülmesini sağlamak için birçok koşul gereklidir (Graban 2011):

- Çalışanın sorunu bulduğunda durup çözmeye teşvik edildiği bir ortam
- Kök nedenlerin çözümü için müsait zaman
- Çalışanların kök neden çözümü için sorunları gündeme getirdiklerinde cezalandırılmadığı, suçlamanın yerinin olmadığı bir ortam
- Önceki işlem aşamalarında ortaya çıkmış ve etkisi halen devam eden fonksiyonlar ya da serviste israfa yol açan sorunlara yönelik işlevler arası işbirliği

## 4. Hatasızlaştırma

Hastanelerdeki hatalar gelecekteki vakaları önlemek hedefi doğrultusunda öğrenme fırsatlarına dönüştürülmelidir. Bu yüzden yalın yaklaşımda hatalar keşfedildiğinde, aşağıdaki sorular sorulur (Graban 2011):

- Bu hata neden oldu?
- Hatanın bir daha asla meydana gelmemesi için ne yapabiliriz?

Daha sonra hataları önlemek için problem çözme sürecine gidilir. Standart bir problem çözme süreci 8 adımdan oluşur (Simon, Canacari 2012):

- Kapsamlı tanımlamalar yapılması
- Bir değer akış haritası kullanılarak mevcut sürecin ve sorunların belirlenmesi
- Belirlenen sorunların bir neden-sonuç diyagramına aktarılması
- Sorunların bir diyagram içinde mantıklı gruplar halinde organize edilmesi

- Bir etki-zorluk kılavuzunda sorunların öncelik sırasına konulması
- Bir faaliyet karnesiyle eylem öğelerini yönetmek
- Önemli eylem öğelerinin uygulanması süresince ilerlemeyi gözlemek
- Proje hedefleri başarıldıktan ve ekip dağıldıktan sonra öğrenmeyi yaymak ve kazançları sürdürebilmek için bir plan oluşturmak

### 5. Sürekli İyileştirmeler

Yalın üretim “rekabet, israf olmazsa doğar” anlayışıyla rekabet şartlarını, “hızı fazla, israfı az” bir anlayışla iyileştirir (İpbüken 2006). İsrافی azaltan her önlem, süreci iyileştirmede ileriye doğru atılmış bir adım sayılır (Yamak 2015).

Yalın Üreticiler devamlı düşen maliyetler, sıfır hata, sıfır stok ve sonu gelmeyen ürün çeşitliliği gibi kusursuzluğu yani hatasızlığı hedef alırlar (Öndaş 2004). Hatasızlaştırma ancak sürekli iyileştirmelere devam edilerek sürdürülebilir. Yalın üretimde mükemmellik tek amaçtır. En iyi, iyinin düşmanıdır. Sürekli iyileştirme üretim sürecini iyileştirmek için problem çözücü ve eğitilmiş çalışanları gerektirir. Asla sürekli iyileştirme prensibinden vazgeçmemek gerekmektedir. Sürekli iyileştirmenin temelinde Deming’in Planla-Uygula ve kontrol et tekniği vardır (Poppedieck 2001). İyi tanımlanmış sürekli iyileştirme araçları; kaizen, hücreli üretim, çekme sistemleri, toplam verimli bakım ve görsel faktörlerdir. Bununla birlikte çalışanlar da sürekli iyileştirme olaylarına paralel olarak kendilerini geliştirmelidirler (Emilliani 1998).

## III. DÜNYADAN ÖRNEKLERLE YALIN YÖNETİM

### 3.1. ThedaCare

ThedaCare Wisconsin’in kuzeydoğusunda yer alan 5 hastaneden oluşan ve Wisconsin’in 3. büyük sağlık kuruluşu olan hastanedir. Ayrıca yaklaşık 6100 çalışanı ile eyaletin en büyük 2. işveren kurumudur. Günümüzün sağlık sorunlarına karşı yenilikçi düşünceleri teşvik eden ve yeni yaklaşımları benimseyen bir organizasyondur (ThedaCare t.y.). Bu doğrultuda yaklaşık 10 yıl önce Simpler Sağlık’tan aldığı yardımla, aşırı yüklenilen çalışanları rahatlatmak, hasta bakımını iyileştirmek ve finansal kazanımlar sağlamak için hastane çapında bir geliştirme stratejisi uygulamıştır. Öncelikli olarak süreçteki hatalar açığa çıkarılmış ve bu hataları düzeltmek için planlar yapılmıştır. Yalın uygulamalarla birlikte 27 milyon dolardan fazla tasarruf sağlanmış ve radyasyon onkolojisi, işletme yönetimi ve ortak bakım ünitesi gibi yalın yönetim tekniklerinin uygulandığı bütün departmanlarda başarıyla sonuçlanmıştır (Mannon 2014).

Simpler Sağlık’tan gelen bir koç radyasyon onkolojisi departmanındaki doktorlara, hemşirelere ve diğer personellere günlük rutin olarak yaptıkları işlerde meydana gelen israfları ortadan kaldıracak ve hastalarla yüzyüze görüştükleri zamanı arttıracak hızlı süreç geliştirme etkinlikleri uygulamıştır. Bu sayede yıl içinde onkoloji departmanında verimlilik %30, brüt gelir ise %24 oranında arttırılmıştır. Ayrıca hastanın sevk edilme süresi %44 oranında azalmıştır. Sonuç olarak hem hastane hem de hastalar için karşılıklı bir kazanç sağlanmıştır (Toussaint et al. 2013).

Süreç sonunda elde edilen önemli değişiklikler ve ilkeler şöyledir (Business Improvement t.y.):

- Hasta odaklı yaklaşım: doktorlar, hemşireler ve yöneticiler artık kendileri için en iyi olana değil hasta için en iyi olana odaklanmış durumdadır. Hizmet hasta etrafında tasarlanmıştır (U şeklindeki çalışma hücreleriyle).
- Hasta tedavi sürecindeki değer kaynakları yeniden tanımlanmıştır. Bu sayede israfı azaltmak ve gerekli süreyi en aza indirmek hedeflenmiştir.
- Yönetici olarak personeli güçlendirme, saygı gösterme ve mütevazı olma kararı alınmıştır.
- İyileştirmelerin sürdürülebilmesi için işler standart hale getirilmişlerdir. Bu bir bakıma bilimin sanattan önce geldiği (kanıta dayalı tıp) anlamına geliyordu. Yalnız bu sadece doktor ve hemşirelerin değil aynı zamanda yöneticilerin işlerini de kapsayan bir standartlaştırmaydı.
- Utanç ve suçlama kültürünü ortadan kaldırarak sonuçların ölçülebilir hale getirilmesi sağlanmıştır. Sorunların hızlı bir şekilde tespit edilebilmesi için görsel yönetim teknikleri kullanılmıştır. Odak noktası yapılan işin miktarı değil kalitesi olmalıdır.

### **3.2. Park Nicollet**

Park Nicollet Sağlık Hizmetleri Minnesota'da bulunan kar amacı gütmeyen, 8200'den fazla çalışanı olan (an az 1000'i doktor olmak üzere) entegre bir sağlık sistemidir (Park Nicollet t.y.). Hastane hastaya sunulan hizmeti ve iç süreçleri iyileştirmek için yaklaşık 10 yıldır yalın yönetim araçlarını kullanmaktadır. Yalın uygulamaları destekleyecek güçlü bir organizasyon altyapısı geliştirilmiştir. Yalın kavramlar artık kuruluş çapında sürekli iyileştirme elde etmek için kullanılan ortak bir dil oluşturmuştur. Park Nicollet standart iş uygulamalarını korumak için kendi sağlık hizmet hatlarına yalın ilkeleri uygulamaktadır. Bu sayede hastaların ödediği ücreti azaltmak için israfı azaltmayı, geliştirilmiş bir hizmet ekibi oluşturmayı, stok kontrolü yapmayı ve karlılığı arttırmayı hedeflemiştir (Buggy, Nelson 2002).

2007 yılında yayınladıkları bir rapora göre 2 yıllık dönemde yüz binlerce dolar tasarruf etmelerini sağlayan aşağıdaki gelişmeler kaydedilmiştir (Lowe 2013):

- Personelin günlük ortalama yürüme mesafesi 76 milin altına düşürülmüştür.
- Hastanın günlük ortalama yürüme mesafesi 4.328 metrenin altına düşürülmüştür.
- Ayda 2.924'ten daha az cerrahi alet alınmıştır.
- 1.431 fazla stok ürünü kaldırılmıştır.
- Laboratuvar sonuçları, örneklem ve radyoloji raporları için günlük harcanan mesafe 312 milin altına düşürülmüştür.
- Günlük çevrim süresi 76 saat azaltılmıştır.

Park Nicollet Sağlık Hizmetleri Hızlı Süreç İyileştirme Atölyeleri, Standart Çalışma ve Değer Akışı Haritalama gibi araçları kullanarak kalite, hasta güvenliği ve maliyet azaltma konularında bir lider haline gelmiştir (Cooke 2007).

### **3.3. Sampson Bölge Tıp Merkezi**

Kuzey Carolina'da bulunan Sampson Bölge Tıp Merkezi'nin yalın uygulamalar için stratejik olarak seçtiği ilk alan Cerrahi Servisleridir. Çünkü bu servisler güçlü performans gerektirmelerine rağmen kalite, maliyet ve hizmet geliştirme çalışmalarında yeterli fırsata sahip bölümlerdir. Mart 2011'de bir cerrahi hizmet ekibi ameliyat öncesi süreçleri iyileştirmek için bir haftalık bir çalışma yapmıştır. Hemşireler, cerrahi teknisyenleri, büro personelleri ve bir anestezi uzmanı ameliyat öncesi süreç için bir akış haritası geliştirdiler. Harita hastaların testler için labirent şeklindeki yollardan çok fazla dolaşmak zorunda

kaldıklarını ve beklediklerini ortaya çıkarmıştı. Hızlı Süreç İyileştirme Atölyeleri ekibi hastanın cerrahi ofisinden direk hastaneye gönderilmesi yerine ameliyat öncesi ziyaretin planlanması gerektiğine karar verdi. Çalışma haftasının ortasında ekip muayene odasını yeniden düzenledi ve ameliyat öncesinde gelen bütün hastalar için tek bir bekleme alanı oluşturdu. Hastalar artık ameliyat öncesi gecikmelerden dolayı mağdur olmayacaktı çünkü hasta işlemler için dolaşmayacak, bunun yerine hemşire, elektrokardiyografi teknisyeni, flebotomist ve kayıt hastanın ayağına gelecekti. Haftanın sonunda planlar tamamlanmış ve personel gerektiğinde bekleme salonuna gitmeyi kabul etmişti. Kayıt personelleri de hastanın başucunda kayıt yapmak için planlar geliştirmişti. Bugün tıp merkezinde ameliyat öncesi ziyaretler planlanmakta ve hastaların %90'ı herhangi bir gereksiz bekleme olmadan randevularına tam zamanında alınmaktadırlar. Daha önce 2 saati bulan bu randevular, radyolojide harcanan süre de dahil 1 saatin altına düşürülmüştür. Hastaların ameliyat için tam zamanında hazır olmaları sayesinde ameliyat sayısında artış olmuştur (Hawthorne III, Masterson 2013).

### 3.4. Mayo Klinik

Mayo Klinik Minnesota, Florida ve Arizona'da büyük kampüsleri, 88 ameliyathanesi ve yaklaşık 4000 personeli olan bir akademik tıp merkezidir (Mayo Clinic t.y.). 2008 yılında ameliyathane verimliliğini arttırmak için kurumsal bir girişimde bulunmuştur. Ancak sadece ameliyathane süreci için değil muayene sürecinden ameliyat sonrası iyileşme sürecine kadar geniş kapsamlı bir iyileştirme yapmaya karar vermişlerdir. Süreç iyileştirme metodolojisi olarak yalın altı sigma yaklaşımı kullanılmıştır. İlk olarak olay yerini, personel ve bilgi teknolojisi araçlarını, alternatif yolları, kilit performans öğelerini ve darboğazları ayrıntılı bir şekilde gösteren bir değer akış haritası geliştirilmiştir. Uzman bir ekip bu akışı incelemiş ve cerrahi hastalarına katkısı olan 5 iş akışı tespit edilmiştir. Yalın altı sigma ile bu 5 iş akışı yeniden düzenlenmiştir. Her bir iş akışı için şunlar hedeflenmiştir (Cima et al. 2011):

- i. *Plansız Cerrahi Hacim Varyasyonu:* Geliştirilmiş ameliyathane kullanımını destekleyen planlama süreçlerinin tasarlanması
- ii. *Ameliyat Öncesi Sürecin Düzenlenmesi:* Ameliyattan önce hastanın testlerinin yapılması ve değerlendirilmesi ve destekleyici faaliyetlerin sayısının azaltılması
- iii. *Ameliyathanedeki Cerrahi Olmayan Sürenin Azaltılması:* Cerrahi dışı süreçlerin verimliliğinin artırılması
- iv. *Hastaya Dair Gereksiz Bilgi ve Belgelerin Azaltılması:* Hasta bilgilerinin elde edilmesi, girilmesi ve raporlanması ile ilgili fazlalıkların azaltılması
- v. *Çalışan Bağlılığı:* Bütün cerrahi servisi çalışanlarının bağlılığını ve memnuniyetini arttırmak

Bütün iş akış ekipleri 6 hafta boyunca birbirleriyle koordineli olarak çalışmalarını yapmışlardır. Sonuç olarak ameliyathanelerin verimliliği ve finansal performansı artırılmıştır (Toussaint, Berry 2013).

### 3.5. Cathedral Hill

Kaliforniya'daki en büyük sağlık kurumlarından biri olan Sutter Health yeni sismik standartlara uyum sağlayabilmek için hem mevcut tesislerini yeniden inşa etmiş hem de San Fransisco'da yeni bir blok hastane olarak Cathedral Hill Hastanesi'ni kurmuştur (Sutter Health t.y.). Hastane verimliliği arttırmak için değer akış haritalama, hedef tasarımı, küme grupları ve yapı bilgi modelleme gibi bazı araçları kullanmıştır. Çalışmada 4 eğitim sınıfı oluşturulmuştur; yalına giriş, temel eğitim, yalın proje dağılımı ve yalın yönetim. Bu yöntemler doğru bir şekilde uygulanarak şu sonuçlar elde edilmiştir (Ballard et al. 2008):

- Müşteri memnuniyetinin artırılması için tesis ve dağıtım süreci birlikte tasarlanmıştır. Süreç içindeki pozitif tekrarlar desteklenmiş ve negatif tekrarlamalar azaltılmıştır.
- Proje teslim seviyesinde değeri maksimize etmek ve israfı azaltmak için süreç boyunca işler yeniden yapılandırılmıştır.
- Toplam proje performansını iyileştirmek için performansı geliştirme ve yönetme çalışmaları hedeflenmiştir.
- İşlerin yürütülmesi için kontrol, izleme sonuçları ile yeniden tanımlanmıştır.

### **3.6. Bolton NHS Foundation Trust**

İngiltere'nin önde gelen sağlık kuruluşlarından biri olan Bolton NHS Foundation Trust, 2004 yılında ülkedeki diğer birçok sağlık kuruluşu gibi yüksek ölüm oranları, hastane enfeksiyonları, finansal zorluklar ve personel memnuniyetsizliği gibi birçok sorunla karşı karşıyaydı. Bu durumu düzeltebilmek için 2005 yılında yalın ilkelere dayalı bir süreç iyileştirme programı olan Bolton İyileştirilmesi Bakım Sistemi ile tanıştı (Bolton NHS Foundation Trust t.y.). Sistemin liderliğinde yaklaşık bir yıl boyunca yalın teknikler birçok alanda kullanıldı. Bu sayede ölüm oranlarında azalma ve hastaların bekleme süresinde önemli bir kısalma yaşandı. Hastane içinde oluşturulan yalın ekibi, yöntemin tamamen hizmet kalitesini geliştirmeye yönelik olduğunu göstererek çalışanların güvenini kazanmıştı. Bunu da Amerika'daki uygulama sahalarına yaptığı ziyaretlerle, dışarıdan getirdiği konuşmacılarla ve hastalardan aldığı güzel sonuçlarla kanıtlamıştı. Travma iyileştirme, seçilen ilk yollardan biriydi. Ekip yalın teknikleri kullanarak travma yolunu yeniden tasarladı ve bu sayede ölüm oranlarında ve sağlık sonuçlarında hızlı gelişmeler kaydetti. Hastanenin yalın programının kritik bileşeni hastayı merkeze yerleştirmektir. Ekip süreç boyunca hasta açısından değerin ne olduğunu tanımlamaya çalıştı. Sonuç olarak personelin algıladığı değer kavramı ile hastanın algıladığı değer kavramı arasında büyük fark olduğunu görmüşlerdi (De Souza 2009).

Yalın yöntemler hastanede 2 şekilde uygulanmıştır. İlk olarak hızlı süreç iyileştirme atölyeleri kurulmuştur. Bu projeler mevcut yönetim tarzını zorlamadan hızlı ve kesin sonuçlar vermiştir. İkinci yöntem organizasyon stratejisi ile yalın faaliyetleri entegre etmek, orta ve uzun vadede operasyonel iyileştirme planları oluşturmaktır. Bu uygulamalardan sonra yalın yararlı bir araç olmaktan öte bir felsefe ve sürekli iyileştirme kültürü haline gelmiştir (Patel 2012).

### **3.7. Avera McKennan**

Amerika'da bulunan Avera McKennan Hastanesi 2004 yılından beri Toyota Üretim Sistemlerine dayalı yalın projeler yürütmektedir. Başta pilot çalışma olarak laboratuarda uygulanmıştır. Bu uygulamayla 1 milyon test başına 70 hata elimine edilmiş, ortalama test süresi 62 dakikadan 35 dakikaya düşürülmüş ve verimlilik %14 artmıştır. Bu büyük başarıdan sonra yalın ilkeler Avera McKennan'ın süreç mükemmelleştirme yolunun merkezi haline gelmiştir. Kadın doğum, acil servis, eczane, cerrahi, klinik ve finans gibi birçok birimde kalite ve verimliliği arttırmak için bu ilkeler benimsenmiştir (Farris 2009).

Yalın ilkelerin Avera McKennan'da sağladığı başarılar şöyle özetlenebilir (Farris 2009):

- Acil serviste kalma süresi 2 saat 6 dakikaya düşürülmüş ve müşteri memnuniyeti %60'tan %90'a yükselmiştir.
- Hemşirelerin yıllık olarak harcadığı zamanın 600 saati kurtarılmıştır.

- Ayakta tedavide RN değerlendirme süresi 45 dakikadan 25 dakikaya düşürülmüştür. RN'leri meşgul eden basamaklar 260'tan 27'ye düşürülerek iş istasyonu ve hasta odaları yeniden düzenlenmiştir.
- Mamografide hastanın kayıt anı ile odaya girdiği an arasındaki bekleme süresi 40 dakikadan 12 dakikaya düşürülmüştür.
- Bir klinik yalın ekibi, hastaların bekleme süresini azaltmış, gizliliği geliştirmiş ve hemşireleri beklemeleri için kişisel odalar oluşturmuştur. Bu durum doktorların günlük gördükleri hasta sayısını 4-7 arasında arttırmıştır.
- Yeni doğan yoğun bakım servisinde, kundaklama battaniyesine görünür bir şekilde iliştirilen kimlik etiketleri sayesinde, ilaçlar bebeklerin uyku döngüsü kesilmeden ve uyandırılmadan uygun zaman dilimi içinde verilmektedir.
- Malzeme yönetiminde stok çıkışları %6'dan %4'e düşürülmüştür. Çıkışı yapılan malzemenin bilgisayara girişinin daha sonra değil anında girilmesi personel başına 6 dakika zaman tasarrufu sağlamış bu sayede harcanan fazla mesai %25 oranında azaltılmıştır.

Yalın ilkeler sayesinde yapı, insan kaynakları ve tedarik giderlerinde milyonlarca dolar tasarruf edilmiştir. Hastane yöneticileri sunulan her bir sağlık hizmetinde, hastaya herhangi bir değer katmayan ortalama 30-40 sent atık gider olduğunu ve bunun yalın ilkeler sayesinde elimine edildiğini ifade etmiştir.

### 3.8. Virginia Mason Medical Center

1920 yılında Washington'da kurulan Virginia Mason Tıp Merkezi 2002 yılından bu yana yalın yönetim ilkelerini kullanmaktadır (Virginia Mason Medical Center t.y.). Hastane personellerinden oluşan bir ekip yalın üretim yöntemini yerinde öğrenmek için Japonya'ya bir ziyaret yapmıştır. Bu ziyaretten 6 ay sonra yalın tekniklerden birçoğunu hastanede uygulamaya başlamışlardır. Her düzeyde personeli ve hastaları da sürece dahil ederek büyük bir başarı sağlamışlardır.

Virginia Mason grubu önemli bir Toyota Üretim Sistemi aracı olan Hızlı Süreç İyileştirme Atölyeleri'yle laparoskopik kurulum cerrahi aletlerinin sayısını 74'ten 58'e düşürmeyi ve hastalar için bekleme süresini %69 oranında azaltmayı başarmıştır. Bütün bunlar yıllık 26,880 dolar tasarruf sağlamıştır. Ayrıca Toyota üretim sistemi prensiplerini kullanarak Virginia Mason Üretim Sistemini oluşturmuştur. Sistemin 6 odak noktası vardır (Miller 2005):

- Bütün süreçlerde hastanın öncelik olarak algılanması
- İyileştirme sürecinin sürdürülebilmesi için insanların kendini güvende ve özgür hissedebilecekleri bir ortam yaratılması (işten çıkarmama politikası dahil)
- Organizasyon çapında hataları gösteren bir 'hasta güvenliği alarm sistemi'nin uygulanması
- Yenilik ve beyin fırtınasının teşvik edilmesi
- İsrafi ortadan kaldırarak huzurlu bir ekonomik organizasyon oluşturulması
- Sorumlu liderlik

#### IV. TÜRKİYE'DE YALIN HASTANE UYGULAMALARI

Ülkemizde gerçekleştirilen e-reçete, bilgisayar üstünden tetkik isteme ve kâğıt ortamından vazgeçme, elektronik hasta dosyası, randevu sistemi gibi uygulamalar aslında birer yalın yönetim uygulamasıdır. Bu uygulamalar kağıt ve zaman israfını azaltmakta, akışı hızlandırmaktadır. Ancak bu uygulamalar daha çok makro planda düşünülüp yapılmaktadır. Ülkemizde yalın uygulamaların yaygınlaşması için bu tür makro planlara ve uygulamalara devam edilmesi gerektiği gibi mikro alanda yani hastane bazlı uygulamalar da yaygınlaşmalıdır.

Bursa'daki *Özel Medicabil Hastanesi* yalın hastane çalışmalarına başlarken, “Değer Kavramını” ön plana çıkartacak bir yapıyı benimsemiştir. Medicabil Hastanesi değeri; hastanın hekimle geçirdiği süre, hastanın tahlil işlemi, görüntüleme işlemi, cerrahi ve bakım hizmetleri olarak tanımlanmış, bunların dışında kalan tüm hizmetlerin israf olduğu değerlendirilmesini yapmıştır. “Değer yaratmayan ve zorunlu olmayan hizmetlerin” ortadan kaldırılması, “değer yaratmayan ama olması zorunlu hizmetlerin” işlem sürelerinde en az israfın yakalanması amaçlanmış, bu öngörüyle birlikte tüm çalışanlara yalın felsefe üzerine bir farkındalık eğitimi verilerek yalın hastane çalışmaları yapılmıştır. Eğitim kapsamında Yalın Felsefe, Değer ve Yedi Temel İsrif, Beyin Fırtınası, Kök Neden Analizi, 5 S – Görsel İşyeri (Hastane), Değer Akışı Haritalama, FMEA (Hata Türleri ve Riskleri Analizi) konuları ele alınmıştır (Özel Medicabil Hastanesi t.y.).

*Samsun Medical Park Hastanesi*'nde cerrahi işlem yaptırmak için bir ay içinde gelen hastaların fiziksel olarak yatış ofisine gelmesinden, hizmetinin tamamlanmasına ve fiziksel olarak hastanın hastaneden ayrılışına kadar olan zaman diliminde verilen hizmet süreleri ele alınarak yalın yöntemler ile iyileştirmeye çalışılmıştır. Tespit edilen süreler istatistiksel olarak incelenerek referans süreleri aşan kısımlar incelenmeye alınmıştır. Bu çalışmada istatistiksel süreç kontrol tekniklerinden, kontrol diyagramları, kontrol tabloları, kalite özellikleri ve kontrol grafiklerinden faydalanılmıştır. Taburcu süreci ve yatan hasta süreci birlikte izlenerek her iki sürecin akış hızı ölçülmüş ve kök nedenlerine inilmiştir. Cerrahi hasta yatış işlemlerinin acil durumlar dışında planlı yapılmasının, süreçlerde standardizasyonun sağlanmasının, personel eğitimi ve personeller arasında etkili iletişimin sağlanmasının hasta yatış ve taburcu sürelerinde zaman tasarrufuyla maliyetlere katkı sağladığı ve hasta anketleri incelendiğinde hasta memnuniyetini yükselttiği tespit edilmiştir. Süreçlerin iyileştirilmesi konusunda yalın ekip oluşturulmuş ve bu ekip tespit edilen sorunlar üzerinden çalışma yaparak iyileştirmeler yapmıştır. Sonuç olarak süreçlerin yalın yöntemlerle kısaltılması ve hastanelerin yalın yöntemlerle yönetilmesi uzun vadede hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini yükselterek sadık müşteri sayısını arttırmıştır (Milliyet Gazetesi t.y.).

*Bolu İzzet Baysal Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi*'nde hasta kayıtları ile ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşim bilgilerinin dijital ortama geçirilmesi sayesinde ‘bilgiye erişim ve işlem hızı’, ‘hatasızlaştırma ve hasta güvenliği’ ve ‘çalışan memnuniyeti’ alanlarında iyileşmeler sağlanmıştır. Ayrıca hastaneye yatan hastaların %50'sini oluşturan rehabilitasyon hastalarının tesise ulaşım ve yatışında problem olduğu tespit edilerek yalın prensiplerin uygulanmasına karar verilmiştir. Yapılan süreç analizi neticesinde hazırlanan bir form ile ‘hastaların yatış öncesi hastaneye ön kontrol için gelmesi’ adımını tamamen ortadan kaldıran yeni bir süreç tanımlanmıştır. Yapılan bu yaratıcı ama basit değişiklikle toplam süreç 13,5'ten 4 saate düşürülürken hızlandırılmış süreç sayesinde rehabilitasyona yeni başlayan hasta sayısında %46 artış da gözlenmiştir (Yalın Enstitü t.y.).

*Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi* Değer Akış Haritalama yöntemiyle tespit edilen israf ve mükerrer işler doğrultusunda Toplum Ruh



Sağlığı Merkezi (TRSM) Gezici ekiplerinin saha ziyaretlerinde tablet/VINN vb. teknoloji kullanımı sayesinde sahadan TRSM'e dönüş sonrasında hasta kayıtları/reçeteler/vb. sisteme girilmesi için harcanan 150dk/gün tamamen ortadan kaldırılarak toplam günlük süreç 490 dk'dan 340 dk'ya düşürülmüştür. Bu proje neticesinde müşteri (hasta ve yakınları) memnuniyeti %50'lerden %80'nin üzerine ve çalışan memnuniyeti %78'den %93'e çıkmıştır. Aynı tesiste yapılan ikinci projede ise 5S tekniği kullanılarak ilaç ve sarf depolarındaki kullanılmayan stokların azaltılması amaçlanarak 67 ilaç kalemi 24'e, miat kontrolleri için harcanan süre 75 dk'dan 15 dk'ya düşürülmüş ve çalışan memnuniyeti %57'den %93'e çıkmıştır (Yalın Enstitü t.y.).

Erzurum'daki *Özel Buhara Hastanesi* yalın yolculuğuna tüm çalışanlara yalın felsefe üzerine bir farkındalık eğitimi vererek başlamıştır. Bu eğitim sonrası tüm çalışanlara gerçekleştirilen anket ile çalışmalarda gönüllü olmayı ister misiniz sorusu sorulmuş ve çalışanların %50'si gönüllü olmak istediğini beyan etmiştir. Burada önemle vurgulanması gereken bir husus var ki; yalın yaklaşımlar örgütün desteğini ve bu felsefeye olan inancını almadan yürütülemez. Her şeyden önce bunu çalışanların bir felsefe olarak algılaması ve iş yapma biçimlerine uyarlaması gerekmektedir. Bu doğrultuda proje ekipleri oluşturulmuş ve oluşturulan proje ekiplerine öncelikle yalın hastane uygulamaları üzerine eğitimler verilmiş, verilen eğitim neticesinde her proje grubunun proje tanımlama aşamasına geçmesi sağlanmıştır. Verilen eğitimler neticesinde proje gruplarından proje tanımlama aşamasında kullanacakları kritik göstergeleri, ulaşmak istedikleri sonuçları ve kazanımları belirtmeleri istenmiştir. Tüm bu süre boyunca her bir proje başlığı altında yönetim ve örgütün geri kalanı, kayıp ve israflar konusunda var olan ancak henüz görülemediği israfları daha somut biçimde görme fırsatını yakalamış, yalın felsefe kurumda daha bir yer edinmeye başlamıştır. Son olarak oluşturulan ve sadece gönüllü çalışanların yer aldığı 5S-Görsel Hastane Takımı ile gönüllüler çalıştıkları alanlarda tüm malzeme ve diğer ekipmanların konumlandırma ve saklanmalarını yeniden ele alarak, hareket ve zaman israflarının önüne geçecek, stoklarını en iyi biçimde yönetecek bir re-organizasyon sürecini bizzat başlatmışlardır. Tüm bu süreçte yönetimin desteği büyük önem arz etmiş, gönüllüler için ciddi bir motivasyon yaratmıştır. Bu sayede gerçekleştirilen çalışmaların tabana yayılmasında yönetimin tavrı ve desteği belirleyici olmuştur (Buhara Hastanesi t.y.).

## V. TARTIŞMA

Bu çalışmada verilen örneklerle sağlık hizmetlerinde; kaizen, 5S, hızlı süreç geliştirme atölyeleri, değer akış haritalama, 6 sigma gibi yalın tekniklerin kullanılmasıyla sağlık işletmelerinin israfı azalttığı, akışı hızlandırdığı, verimliliği ve müşteri (çalışan ve hasta) memnuniyetini artırdığı ortaya konmuştur.

Yalın tekniklerin sağlık hizmetlerinde kullanılmasının ve elde edilen başarıların somut örneklerle ifade edilmesi hem yalın sağlık literatürüne hem de konuyla ilgili uygulayıcılara önemli katkılar sağladığı düşünülmektedir. Türkiye'deki uygulayıcılar Dünya'dan ve Türkiye'den sergilenen bu örneklerden ilham alıp Türkiye'de var olan uygulamaların yaygınlaşmasına katkıda bulunabilirler.

Sağlık hizmetlerinde yalın yönetim uygulamalarıyla elde edilen başarıları anlatan bu çalışmanın temel kısıtı, sınırlı sayıda örneğe yer vermesidir. Hâlbuki sağlık sektöründe yalın yönetim uygulamaları her ne kadar Amerika ve İngiltere'de yaygın olsa da dünyanın dört bir tarafında uygulanmaktadır. Çalışma için kısıt sayılabilecek diğer bir unsur ise alıntı yapılan makalelerde ayrıntılı olarak yapılan uygulamalara yer verilmemesidir. Gelecekte konuyla ilgili araştırma yapacak olanlar bu kısıtları göz önünde bulundurarak farklı ülkelerdeki yalın sağlık uygulamalarını konu edinebilirler ve detaylı bilgi için ise uygulamaların yapıldığı yerlere gidilerek direk gözlem, mülakat yöntemleriyle veri ve bilgi toplayabilirler. Ayrıca

yalın tekniklerin birebir uygulandığı, aşamaların ayrıntılı bir şekilde ele alındığı, neticede elde edilen başarıların daha ayrıntılı bir şekilde ifade edildiği örnek hastane uygulamaları araştırmacılar için konu olarak ele alınabilir. Bir başka araştırmada Türkiye'deki örnek uygulamalara yer verilerek başarıları anlatılabilir. Böylelikle yalın sağlık uygulamalarının bize uygun olmayacağı gibi önyargılardan da kurtulup, yalın sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasına katkıda bulunulabilir.

## **VI. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Yalın sağlık girişiminde ilk adım müşteri olarak tanımlanan kavramı anlamaktır. Bir hastane için dış müşteriler hastalar, aileleri, mükellefler ve düzenleyicilerdir. İç müşteriler ise doktorlar, hemşireler, büro personelleri ve diğer hastane personelleridir. Hasta odaklı olmayı amaçlayan sağlık kuruluşları tüm ilgili taraflara kalite ve güvenlik bilgilerini şeffaf bir şekilde raporlamalıdır. Daha sonra sağlık hizmetinin sağlanmasında yenilikçi ve yaratıcı çözümler getirecek süreç yönetim sistemleri geliştirilmeli, uygulanmalı ve sürdürülmelidir. Bu yeni sistem hizmetin kalitesini arttırıp, maliyetleri düşürürken aynı zamanda hasta ve çalışan güvenliğini de arttırmalıdır. Sağlıkta tüm bu unsurları bir arada sağlayacak olan yönetim sistemi yalın yönetimdir.

Dünya genelindeki sağlık sistemleri yalın araçları kullanarak birçok fayda elde etmişlerdir. Westwood ve diğerleri bu faydaları şu şekilde sıralamışlardır (Güleryüz 2012; Yang et al. 2011; Dickson et al. 2009):

- Hasta akışları iyileşmektedir.
- Teşhis ve tedavi süresi hızlanmıştır.
- Kapasiteden en iyi şekilde yararlanılmaktadır.
- Maliyetler azalmıştır.
- İsrarlar azalmıştır.
- Bekleme süresi azalmıştır.
- Süreçte kalma süresi düşmüştür.
- Verimlilik artmıştır.
- Daha fazla hasta tedavi edebilecek durum oluşmuştur.
- Daha güvenli ve daha sorumlu servisler oluşmuştur.
- Süreçler ve kullanılan araçlar standartlaştırılmıştır.
- Çalışanların moralleri iyileşmiştir.
- İç atıklar azalmıştır.
- Acil servisler daha kaliteli hizmet verir hale gelmiştir.

Yalın uygulamalar bir anlayış ve kültür değişimini gerektirmektedir. Türk sağlık işletmeleri, dünyada birçok yerde uygulanmış faydası görülmüş, Türkiye'de kısıtlı örneği görülen yalın yönetim şeklini bir an önce uygulamaya koymalarının yararlı olacağı düşünülmektedir. Bunun için başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere üniversitelerin, eğitim planı hazırlayıp ülkemiz sağlık yöneticilerine konuyla ilgili eğitim vermeleri gerekir. Eğitim kapsamında hem yalın felsefe anlatılmalı ve yalın uygulama tekniklerine yer verilmeli hem de dünyadan başarılı örnekler anlatılmalıdır. Böylece sağlık yöneticilerinde hem zihniyet değişimi meydana gelebilecek hem de yöneticiler tüm yalın teknikleri uygulayabilecek yeteneği elde edebileceklerdir. Yöneticilerin eğitiminden sonra, başta doktorlar olmak üzere tüm personele eğitimler yaygınlaştırılmalıdır. Zihniyet değişimi ne kadar hızlı ve etkili bir şekilde gerçekleştirilirse yalın uygulamalarla elde edilecek başarıya da o kadar hızlı kavuşulacaktır. Sağlıkta kalite anlayışıyla sağlık hizmetlerinde önemli mesafeler kat eden ülkemiz yalın anlayışla bu mesafeleri daha da öteye götürecektir.

## KAYNAKLAR

1. Ahlstrom J. (2007) Using the 5s Lean Tool For Health Care. [http://s3.amazonaws.com/rdcms-himss/files/production/public/HIMSSorg/Content/files/MEPI/5S\\_ImpactArticle.pdf](http://s3.amazonaws.com/rdcms-himss/files/production/public/HIMSSorg/Content/files/MEPI/5S_ImpactArticle.pdf) Erişim Tarihi: 10.12.2015.
2. Aslan D. ve Demir S. (2005) Laboratuvar Tıbbında Altı-Sigma Kalite Yönetimi. **Türk Biyokimya Dergisi** 30(4): 272-278.
3. Aytaç Z. (2009) Hastanelerde Yalın Yönetim Sistemleri. **İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
4. Ballard G., Decker D. and Mack J. (2008) Lean Construction in California Health Care. <http://www.lean.org.tr/lean-construction-in-california-health-care/> Erişim Tarihi: 18.12.2015.
5. Bolton NHS Foundation Trust. (t.y.) <http://www.boltonft.nhs.uk/about-us/trust-profile/> Erişim Tarihi: 10.12.2015.
6. Buesa R. J. (2009) Adapting Lean to Histology Laboratories. **Annals of Diagnostic Pathology** 13(5): 322–333.
7. Buggy J. M. and Nelson J. (2002) Applying Lean Production in Healthcare Facilities. **Implications** 6(5): 1-5.
8. Buhara Hastanesi. (t.y.) <http://www.buharahastanesi.com.tr/kurumsal.php> Erişim Tarihi: 15.12.2015.
9. Business Improvement (t.y.) [http://www.business-improvement.eu/lean/lean\\_manufacturing\\_eng.php](http://www.business-improvement.eu/lean/lean_manufacturing_eng.php) Erişim Tarihi: 18.12.2015.
10. Can A. ve İbicioğlu H. (2008) Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi. **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 13(3): 253-275.
11. Cima R. R, Brown M., Hebl J., Moore R., Rogers J., Kollengode A., Amstutz G., Aweisbrod C., Narr B. and Deschamps C. (2011) Use of Lean and Six Sigma Methodology to Improve Operating Room Efficiency in a High-Volume Tertiary-Care Academic Medical Center. **American College of Surgeons** 213(1): 83-92.
12. Cooke D. J. (2007) Leading the Way to Lean. **Business Finance** 13(5): 13-16.
13. D'andreamatteo A., Ianni L., Lega F. and Sargiacomo M. (2015) Lean in Healthcare: A Comprehensive Review. **Health Policy** 119(9): 1197–1209.
14. De Souza L. B. (2009) Trends and Approaches in Lean Healthcare. **Leadership in Health Services** 22(2):121-139.
15. Derin N. (2008) Çalışanların Algılamalarına Göre Yalın Yönetimin İç İmaja Etkisi: Türkiye'deki Özel Hastanelerde Bir Araştırma. **İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Malatya.

16. Dickson E. W., Anguelov Z., Vetterick D., Eller A. and Singh S. (2009) Use of Lean in the Emergency Department: A Case Series of 4 Hospitals. **Annals of Emergency Medicine** 54(4): 504-510.
17. Dickson E. W., Singh S., Cheung D. S., Wyatt C. C. and Nugent A. S. (2009) Application of Lean Manufacturing Techniques in the Emergency Department. **The Journal of Emergency Medicine** 37(2): 177-182.
18. Digioia III A. M., Greenhouse P. K., Chermak T. and Hayden M. A. (2015) A Case for Integrating the Patient and Family Centered Care Methodology and Practice in Lean Healthcare Organizations. **Healthcare** 3(4): 225-230.
19. Dobrzykowski D. D., McFadden K. L. and Vonderembse M. A. (2016) Examining Pathways to Safety and Financial Performance in Hospitals: A Study of Lean in Professional Service Operations. **Journal of Operations Management** 42: 39-51.
20. Doğan N. Ö. (2011) Sağlık Sektöründe Etkinliğin İyileştirilmesi: Bir Yalın Üretim Uygulaması. **Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Kayseri.
21. Efe Ö. F. (2011) Yalın Hizmet/Değer Akışı Haritalama: Bir Acil Serviste Uygulanabilirliği. **Selçuk Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Konya.
22. Efe Ö. F. ve Engin O. (2012) Yalın Hizmet-Değer Akış Haritalama ve Bir Acil Serviste Uygulama. **Verimlilik Dergisi** (4): 79-107.
23. Emilliani M. L. (1998) Continuous Personal Improvement. **Journal of Workplace Learning** 10(1): 29-38.
24. Erkek S. (2008) Yalın Üretim Anlayışı. **Konya Ticaret Odası Etüt Araştırma Servisi, Araştırma Raporu** (36):1-12.
25. Farris D. (2009) Leading the Way with Lean. <http://www.averadvantage.org/app/files/public/5658/pdf-mckennan-leading-the-way-with-lean-update.pdf> Erişim Tarihi: 10.12.2015.
26. Fillingham D. (2007) Can Lean Save Lives? **Leadership in Health Services** 20(4): 231-241.
27. George M. L. (2003) **Lean Six Sigma For Service**. McGraw-Hill, USA.
28. Gerger A. ve Demir B. (2010) Otomotiv Servis Hizmetlerinde Yalın Altı Sigma Kullanımı ile Servis Müşteri Memnuniyet Oranının Arttırılmasına Yönelik Bir Örnek. **Taşıt Teknolojileri Elektronik Dergisi** 2(1): 33-47.
29. Graban M. (2011) **Yalın Hastane**. Çeviri: Pınar Şengözer, Optimist Yayınları, İstanbul.
30. Graig L. and Perosino K. (2011) **Applying Lean to Improve the Patient Visit Process at Three Federally Qualified Health Centers**. Altarum Institute.

31. Güteryüz D. (2012) Yalın Yönetim Sistemlerinin Hastanelere Uyarlanabilirliği ve Bir Hastane Uygulaması. **Sakarya Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Sakarya.
32. Hawthorne III H. C. and Masterson D. J. (2013) Lean Events at Columbus Regional Healthcare System and Sampson Regional Medical Center. **NC Medical Journal** 74(2): 134-135.
33. Hicks C., McGovern T., Prior G. and Smith I. (2015) Applying Lean Principles to the Design of Healthcare Facilities. **International Journal of Production Economics** 170: 677-686.
34. Hines P. and Rich N. (1997) The Seven Value Stream Mapping Tools. **International Journal of Operations & Production Management** 17(1): 46-64.
35. Ho S. K. and Cicmil S. (1996) Japanese 5-S Practice. **The TQM Magazine** 8(1): 5-53.
36. İpbüken Y. (2006) Tekstilün Umudu Toyota Yönetimi. **Radikal Gazetesi** 24.03.2006.
37. Kim C. S., Spahlinger D. A., Kin J. M. and Billi J. E. (2006) Lean Health Care: What Can Hospitals Learn from a World-Class Automaker? **Journal of Hospital Medicine** 1(3): 191-199.
38. Kuriger G. W., Wan H., Mirehei S. M., Tamma S. and Chen F. (2010) A Web-Based Lean Simulation Game for Office Operations: Training the Other Side of a Lean Enterprise. **Simulation & Gaming** 41(4): 487-510.
39. Yalın Enstitü. (t.y.) <https://lean.org.tr/bolu-yalin-hastane-uygulamalari-sempozyumu/> Erişim Tarihi: 15.12.2015.
40. Lowe F. R. (2013) Lean Healthcare: Controlling Cost through Better Care. **Medical Industry Leadership Institute, Working Paper Series**.
41. Maarof M. G. and Mahmud F. (2016) A Review of Contributing Factors and Challenges in Implementing Kaizen in Small and Medium Enterprises. **Procedia Economics and Finance** 35: 522-531.
42. Mannon M. (2014) Lean Healthcare and Quality Management: The Experience of TheDACare. **Quality Management Journal** 21(1): 7-10.
43. Mayo Clinic. (t.y.) <http://www.mayoclinic.org/about-mayo-clinic> Erişim Tarihi: 10.12.2015.
44. McFadden K. L., Lee J. Y. and Gowen III C. (2015) Factors in the Path From Lean to Patient Safety: Six Sigma, Goal Specificity and Responsiveness Capability. **Quality Management Journal** 22(4): 37-53.
45. Miller D. (2005) **Innovation Series: Going Lean in Health Care**. Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, MA.
46. Miller R. (2015) Utilizing Lean Tools to Improve Value and Reduce Outpatient Wait Times in an Indian Hospital Operations Management, **Leadership in Health Services** 28(1): 57-69.

47. Milliyet Gazetesi (t.y.) <http://www.milliyet.com.tr/medical-park-yalin-hastane-uygulamasini-samsun-yerelhaber-184638/> Erişim Tarihi: 12.12.2015.
48. Nauhria Y., Late W. and Pandey S. (2009) ERP Enabled Lean Six Sigma: A Holistic Approach for Competitive Manufacturing. **Global Journal of Flexible Systems Management** 10(3): 35-43.
49. Nayar P., Ojha D., Fetrick A. and Nguyen A. T. (2016) Applying Lean Six Sigma to Improve Medication Management. **International Journal of Health Care Quality Assurance** 29(1): 16-23.
50. Odacıoğlu Y. (2003) **Müşteri İlişkileri Yönetimi**. Sistem Yayıncılık, İstanbul.
51. Öndaş A. (2004) Hedef Maliyetleme ve Yalın Yönetim İçerisindeki Rolü. **Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi** 3(7): 76-86.
52. Özdemir D. (2013) Hastane Süreçlerinin Yalın Yöntemler ile İyileştirilmesi. **Uludağ Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Bursa.
53. Özel Medicabil Hastanesi (t.y.) <http://www.medikabil.com/yalinHastaneSayfasi.aspx> Erişim Tarihi: 10.12.2015.
54. Özen İ. (2015) Yalın Düşünce Uygulaması: Hastanelerde Değer Katmayan Faaliyetlerin Ortadan Kaldırılması. **Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi** 11(44): 205-219.
55. Özmez D. (2006) Bir Üretim Organizasyonu Olarak Yalın Üretim Sistemi. **Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Bursa.
56. Park Nicollet (t.y.) <http://www.parknicollet.com/About> Erişim Tarihi: 15.12.2015.
57. Patel S. (2012) **The Evolution of Lean Thinking in the NHS**. <https://uk.atos.net/content/dam/uk/documents/your-business/atos-whitepaper-the-evolution-of-lean-thinking-in-the-nhs.pdf> Erişim Tarihi: 10.12.2015.
58. Poppedieck M. (2001) **Lean Programing**. <http://www.drdoobbs.com/lean-programming/184414734> Erişim Tarihi: 10.12.2015.
59. Radnor Z. J., Holweg M. and Waring J. (2012) Lean in Healthcare: The Unfilled Promise? **Social Science & Medicine** 74(3): 364-71.
60. Shannon P. W., Krumwiede K. R. and Street J. N. (2010) Using Simulation to Explore Lean Manufacturing Implementation Strategies. **Journal of Management Education** 34(2): 280-302.
61. Simon R. W. and Canacarı E. G. (2012) A Practical Guide to Applying Lean Tools and Management Principles to Health Care Improvement Projects. **Aorn Journal** 95(1): 85-103.
62. Singh J. and Singh H. (2009) Kaizen Philosophy: A Review of Literature. **The Icfai University Journal of Operations Management** 8(2): 51-72.

63. Sivaslı E. (2006) İşletme Süreçlerinde Yalın Tekniklerin Kullanılması Üzerine Bir Araştırma, **Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, İzmir.
64. Sutter Health. (t.y.) <http://www.sutterhealth.org/about/construction.html> Erişim Tarihi: 10.12.2015.
65. Şimşir İ., Bağış M., Kurutkan M. N. ve Barış O. (2013) Sağlık Hizmetlerinde İsrâf Yönetimi. **IV. Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı**, 1:21-38.
66. Taşçı M. E. (2010) Kalite Geliştirmede Kullanılan Yalın Üretim Tekniklerinin Karşılaştırılması. **Yıldız Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
67. ThedaCare. (t.y.) <https://www.thedacare.org/about-us/Our-History.aspx> Erişim Tarihi: 15.12.2015.
68. Toussaint J. S. and Berry L. L. (2013) Leadership Lessons from Lean. **Trustee** 66(10): 21-24.
69. Toussaint J. S. and Berry L. L. (2013) The Promise of Lean in Health Care. **Mayo Clinic Proceedings** 88(1): 74-82.
70. Veža I., Gjeldum N. and Celent L. (2011) Lean Manufacturing Implementation Problems in Beverage Production Systems. **International Journal of Industrial Engineering And Management** 2(1): 21-26.
71. Virginia Mason Medical Center. (t.y.) <https://www.virginiamason.org/AboutVirginiaMason> Erişim Tarihi: 12.12.2015.
72. Waldhausen J. H. T., Avansino J. R., Libby A. and Sawin R. S. (2010) Application of Lean Methods Improves Surgical Clinic Experience. **Journal of Pediatric Surgery** 45(7):1420–1425.
73. Waring J. J. and Bishop S. (2010) Lean Healthcare: Rhetoric, Ritual and Resistance. **Social Science & Medicine** 71(7): 1332-1340.
74. Warnecke H. J. and Hüser H. (1995) Lean Production. **Proceedings of the 12 International Conference on Production Research** 41(13): 37-43.
75. Yamak O. (2015) **Kalite Odaklı Mükemmellik**. Nobel Yayıncılık, Ankara.
76. Yang M. G., Hong P. and Modi S. B. (2011) Impact of Lean Manufacturing and Environmental Management on Business Performance: An Empirical Study of Manufacturing Firms. **International Journal of Production Economics** 129(2): 251-261.
77. Yüksel H. (2012) Hizmet İşletmelerinde Altı Sigma Uygulamaları: Literatür Araştırması. **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 27: 327-338.

## Kavramsal Açıdan Tıbbileştirme

Aynur TORAMAN \*  
Ramazan ERDEM \*\*

### ÖZ

Sağlık sisteminde 1980'li yıllardan sonra büyük değişiklikler olduğu ve olmaya devam ettiği bilinmektedir. Sağlık ve hastalık kavramları ile uygulanan tanı ve tedavi yöntemleri de bu değişimden nasibini almaktadır. Kişiler hasta olmadan hastalığı önlemek adına yaşam tarzında değişiklikler yapmakta, tüketim davranışları ve hastalığa sebep olabilecek risklerden uzak durma davranışı sergilemektedir. Bireylerin sağlıklı olmak için sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyması, televizyon, sosyal medya, gazete ve dergiler sayesinde sağlık bilgisine sahip bireylerin sayısının artması sağlık hizmetlerine olan talebi arttırmaktadır. Bu durum sağlık alanında hizmet veren kişiler, ilaç firmaları ve sağlık sunucuları hastalık ve sağlık kavramlarını değiştirmeye yönelmektedir. Bu yönelik tıbbileştirme (medikalizasyon) sayesinde yapılmaktadır. Tıbbileştirme (medikalizasyon), insan doğası gereği yaşanan olağan durumların hastalık olarak nitelendirilmesidir. Yaşlanma, menstrasyon, menapoz, ergenlik, beslenme gibi insan için doğal olan süreçler tıbbileştirilmekte yani hastalık olarak kabul edilmesi sağlanmaktadır. Bu çalışmada, tıbbileştirmenin ne olduğu, gündelik yaşamın nasıl tıbbileştirildiği ve tıbbileştirimin nedenleri analiz edilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Tıbbileştirme, sağlığın bireyselleştirilmesi

### Conceptual Aspects of Medicalization

#### ABSTRACT

It is known that the health system continues to be, and that major changes after the 1980s. Health and disease applied the concepts of diagnosis and treatment are not immune from these changes. People make lifestyle changes in order to prevent disease without getting sick, stay away from consumption behaviors and exhibit behavior that may lead to disease risks. The need for health services to be healthy individuals, television, social media, the number of individuals with health knowledge through newspapers and magazines is increasing the demand for health services increases. This case is directing the health staff, pharmaceutical companies and health servers to alter the concepts of health and disease. This orientation is made by medicalizing them up. Medicalization is to define the normal condition by human nature as a disease. Natural processes like aging, menstruation, menopause, adolescence and nutrition have been medicalized by acception of these processes are disease. In this study, what the medicalization is, how the daily life is medicalized and the causes of medicalization are analyzed.

**Keywords:** Medicalization, personalization of health

### I. GİRİŞ

Tıbbileştirme, daha öncesinde tıp alanı içerisinde kabul edilmeyen problemlerin, zaman içerisinde insanların yaşam tarzındaki değişikliklerden dolayı tıbbi problemler olarak görülmesi ve müdahale edilmesi gerekli durum olarak kodlanmasıyla ilgilidir. Günlük yaşam içerisinde yaşamın bir parçası olan yaşlanma, cinsellik, beslenme ve ölüm gibi konular tıbbileştirilmekte ve birer hastalık olarak kabul edilerek tedavi kapsamına alınmaktadır. Hastalık tanımları yapılırken sağlıklı ve hastalıklı ayrımı yapabilmek için sınır tam olarak

\* Doktora Öğrencisi, Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi, atoraman@yahoo.com

\*\* Prof. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF, raerdem@yahoo.com



çizilememektedir. Bu sınırın esnek olması tıbbileştirme kavramına daha çok hareket alanı açmaktadır.

Tıp alanının büyük ve sürekli bir pazar oluşturması, halkın tıp hizmetlerine yönelik talebinin öteki tüketim malları karşısında öncelik taşıması, tıp alanında yer almanın neredeyse bütün tüketim üzerinde stratejik bir denetim kurmayı kolaylaştırması, bu alanın pahalı teknoloji üzerinde sağlam bir rekabet konumunu olanaklı kılan bir stratejik denetim sağlaması, devletin sürekli olarak kârın garantörü olarak davrandığı bir alan olması, sömürücü kurumlara da sahte bir “hayırseverlik” imajına sahip olmalarını sağlaması gibi özellikler, tıp alanının giderek sahip olduğu “cazibe”nin gerekçeleri olarak sıralanabilir (Mc Kinlay 1977; Akt. Soyer 1999). Bu çalışmada tıbbi uygulamalara yönelik eleştiriler tıbbileştirme kavramı ekseninde tartışılmaktadır.

## II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Tıbbi olmayan problemlerin tıbbi problem olarak tanımlanmasına ve bu şekilde davranılmasına ‘tıbbileştirme’ denir (Conrad 1992). Daha geniş bir tanımla tıbbileştirme, tıbbi olmayan problemlerin, tıbbi problemler olarak hastalık ve bozukluk terimleriyle tanımlanması ve ona göre muamele görmesi sürecini ifade etmektedir. Diğer bir tanım ise, daha önceden patolojik sayılmayan insan yaşamının bazı yönlerinin tıbbi sorunlar olarak algılanması süreci olarak tanımlanmaktadır (Maturo 2012). Tıbbileştirme gündelik hayatın olağan hallerini hastalığa çevirir. Endişe, ruh hali ve doğum gibi yaşamın son derece genel süreçleri tıbbileştirme aracılığıyla tıbbi sorunlar haline getirilmektedir (Conrad 2007).

Literatür’e bakıldığında ‘Tıbbileştirme (medicalization)’ ilk olarak 1960 yılların sonlarında sosyologlar tarafından, sonrasında da 1970 Freidson, 1972 Zola ve 1974 Illich tarafından sağlıkla ilgili konulara eleştirel bakış çerçevesinde ortaya çıkmaya başlamıştır (Conrad 2007). Daha sonra konu daha sesli ve spesifik konular için tartışmaya açılmıştır. Tıbbileştirmenin sağlık boyutu ile ilgili olarak Ivan Illich’in Sağlık Gaspı adlı eserinde belirtmiş olduğu sağlığın tıbbileştirilmesi kavramı referans alınmaktadır (Attepe 2013). Illich, genişleyen tıbbi yapılanmanın hayatın kendisini tıbbileştirdiğini, insanın ölüm ve acı çekme gerçeğiyle başa çıkabilme yetisinin çökertilmeye çalışıldığını ve gittikçe daha fazla sıradan insanın hasta sınıfına sokulduğunu söyleyerek dikkatleri bu konuya çekmiştir (Moynihan, Cassels 2014). Conrad’a göre tıp alanındaki gelişmeler toplumları ve sağlık alanını etkilemektedir. Bu çerçevede ilaç ve biyoteknolojik sanayi, sigorta şirketleri ve Sağlık Bakım Organizasyonları ve tüketici olarak hastalar tıbbileştirmede önemli güçler haline gelmektedir (Conrad 2007).

Illich, tıbbin asıl amacından uzaklaşarak hasta insanları iyileştirmek yerine, sağlıklı insanları bile hasta olduklarına inandırmak gibi bir yapay icraatı misyonlaştırdığını, hayatın olağan akışı içerisinde karşılaşılması normal olan birçok durumu, hastalık belirtisiymiş (semptom) gibi sunarak bireyleri hasta olduklarına inandırmakla kalmayıp, iyileşmek için tıp kurumlarına gitmekten başka çare olmadığını zihinlere aşılıyarak tıba bağımlı toplumlar yaratıldığını ifade etmektedir (Erdem ve diğerleri 2012). Tıbbileştirme konusunda ülkemizde Sezgin’in yazmış olduğu ‘Tıbbileştirilen Yaşam Bireyleştirilen Sağlık’ kitabı ve bundan esinlenerek yazılmış birkaç makale bulunmaktadır. Sezgin tıbbileştirmede medyanın etkisinden bahsetmekte ve bu alanda eleştirilerde bulunmaktadır (Sezgin 2011b).

Tıp alanındaki gelişmelerin bireye daha yüksek yaşam kalitesi, daha sağlıklı ve daha uzun geçirilen bir ömür getirdiği göz ardı edilmemektedir (Sezgin 2011a). Zaman geçtikçe ve teknoloji ilerledikçe, sosyal hayat bireyin üstündeki tamamen farklı talepleriyle değişmektedir. Bu da, bir zamanlar “normal” olduğu düşünülen durumlara karşı bir hoşgörüsüzlüğe yol açacaktır. Benzer biçimde, matem gibi bugün oldukça normal kabul

edilen durumların yakın bir gelecekte zarar verici durumlar olarak kabul edileceği öngörülebilir (Gudarzi 2008).

Yıllar boyunca tıp bilgisi, alınıp satılmak için değil, toplumda yer alan herkesin yararına kullanılmak için üretilmiş ve ihtiyaç duyanlar tarafından tüketilmiş, böylelikle meta haline gelmekten korunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) makaleler taranmış ve tıp bilgisi için insanlarda ihtiyaç hissi uyandırarak, gereksinim yaratılmaktadır. Medyanın sayesinde sağlık tüketimini körükleyen ve böylelikle daha fazla satışın yapıldığı birçok mekanizma devreye sokularak tıp metalaştırılmıştır. Popüler medya hastalık korkusunu teşvik etmekte ve erken tedavinin her zaman en iyisi olduğu mitini yaymakta; hekimler kendileri aleyhinde açılacak davalardan kaçınmak için yapılmadık tetkik, bakılmadık anormallik bırakmamakta ve taramalardan, tıbbi işlemlerden ve ilaçlardan kâr elde edilmektedir (Welch et al. 2012). Tıbbileştirilen gündelik yaşam sayesinde kişiler kendilerini hasta hissedecekler ve sağlık kuruluşuna başvurarak belki gerekli belki de gereksiz testlere tabi tutularak tıbbin metalaştırılmasına katkı sağlayacaklardır.

Tıbbileştirmenin günlük hayatımıza bu kadar girmiş olması hekimlerin, sağlık kuruluşlarının ve ilaç firmalarının çıkarlarına katkı sağlamıştır. Öncelikle çıkar grupları arasında biyoteknoloji ve sağlık sektörüne hizmet eden teknoloji üreticiler, ilaç endüstrisi, sağlık sigortaları ve kozmetik endüstrisi sayılabilir. Ticari çıkarları doğrultusunda faaliyet gösteren bu sektörler, tıbbin gücünü kullanarak ve konu başlıklarını “sağlık” olarak belirleyerek alanlarını her gün büyük ölçüde genişletmektedir. Sağlık konusunda tıbbi sosyal kontrolü sağlayan, “sağlıklı yaşam endüstrisi” olarak ifade edilebilecek bu endüstriler tüm çalışmalarını “sağlıklı bir toplum” için yaptıklarını iddia etmektedir. Mesele çok uluslu ilaç ve tıbbi teknoloji şirketlerinin sağlığı kâr getiren bir meta haline getirmeleri ve iktidarını, sağlığı bir “normallestirme ve ıslah” kurumu olarak kullanma niyetidir (Candansayar 2009).

### III. TIBBİLEŞTİRİLEN ALANLAR

Hayatın neredeyse tamamını kapsayan tıbbileştirme öncelikli olarak kadınlar ile ilgili durumlarda öne çıkmaktadır. Kadınların yaşam süreçleri erkeklere göre daha fazla tıbbileştirilmeye müsaittir. Bu nedenle, tıbbileştirme konusunda cinsiyetin önemli bir faktör olduğu söylenebilir (Sezgin 2011b). Doğum öncesi ve sonrası, çocuk bakımı, gebe kalmak veya kalmamak kararı, kürtaj yaptırmak, kısırlığa çare aranması, her türlü cinsel derde deva aranması tıp merkezleri çatısı altında gerçekleştirilmektedir (Zola 1994). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1985–2000 yılları arasında çıkan popüler gazete ve dergilerde depresyon konulu makaleler taranmış ve önceden kadınların normal yaşam döngülerinin doğal olarak kabul edilen olguların, regl öncesi sendromu, doğum sonrası depresyonu, menopoz öncesi bozukluklara dönüştürüldüğü ve artan ölçüde antidepressan ilaçlarla tedavi edilmeye başlandığı tespit edilmiştir (Metzl, Angel 2004).

Tıbbileştirme, sadece hastalık olarak kabul edilmeyen durumların hastalık olarak ilan edilmesinden öte gündelik yaşamın içerisinde yaşanan olayların bu kapsama dahil ediliyor olmasıdır. Gündelik yaşamda kadınlar için önemli olan sağlık ve güzellik konuları tıbbileştirilmekte ve bireyselleştirilmektedir. Kozmetiğin tıbbileştirilmesi bu anlamda en iyi örneklerden biridir.

Yaşlanmanın doğal sonucu olan kırışıklıklar, ciltte sarkmalar, saç dökülmesi tıbbin konusu içine dahil edilerek tedavi edilmesi, düzeltilmesi gereken sorunlar haline getirilmiştir (Sezgin 2011b). Kırışıklıkların giderilmesi için kozmetik sektörüne başvurulması ve büyüme hormonlarının kırışık giderici olarak kullanılması tıbbi kozmetikleştirilmektedir. ‘Genç kalmak’ biyolojik olarak imkânsız olduğundan, yaşlanmayı geciktirmek ve daha da önemlisi “genç görünmek” için harcanan çabalar bazen ‘sağlığın’ gözden kaçırılmasına neden

olmaktadır. Uzun vadede sağlıklı olmamayı göze alarak genç görünmeyi tercih eden bireylerin sayısının arttığı gözlemlenmektedir. Genç görünmenin aynı zamanda sağlıklı olmak olduğunu düşünen ya da düşünceleri istenen bireyler, genç görünebilmek için ölesiye çaba harcar hale gelmiştir (Sezgin 2011a). Bu durumda sektörün görüntüyü kurtarmak adına insan sağlığına büyük zararlar verebileceği tartışılması gereken bir konudur. Purdy kadınların yaşlanan vücutlarını gelişmiş teknolojik cihazlar sayesinde restore ettirme peşinde olduklarını ifade etmektedir (Purdy 2001).

Doğum hayata dair normal bir süreçtir, bir hastalık değildir. Doğum sürecine dair olaylar risk faktörü olarak gösterilmektedir. Örneğin geç yaşta doğum yapıyor olmak, bebeğin kilosunun fazla olması gibi durumlar hep birer risk faktörü olarak görülmektedir. Bu eğitimden geçmiş hekimler de risk almak istememektedirler. Bu tıbbileşme kadınların doğum sürecinde aktif özneler olmasının önünü kapatmaktadır. Hamilelik, ikili testler, üçlü testler, ultrasonlar, standart kilolar, yenilmesi ve yenilmemesi gerekenler ile bir rasyonellik, ölçülebilirlik, beklenebilirlik sürecine dönüşmektedir (Paker 2012).

Menopoz kadınlarda yaşla birlikte östrojen hormonunun azalması anlamına gelen vücudun doğal bir sürecidir. Fakat bu durum şöyle tanımlanmaktadır; menopoz hormon eksikliğinden kaynaklanan, tedavi edilebilir ve tamamen önlenebilir bir hastalıktır (Palmlund 1997). Hem doktorların hem de ilaç şirketlerinin menopozun tedavi gerektiren bir durum olarak tanıtılmasında çıkarları vardır. Orta yaşa gelmiş çoğu kadının hormon replasmanı tedavisini kabul ettikleri ve tedaviyle sıkıntılarından kurtuldukları belirtilmektedir (Garyy 2001). Yapılan bir araştırmada yirminci yüzyılda menopozunun tıbbileştirme kapsamında değerlendirildiği, 1930 ve 1940'lı yıllarda bir hastalık ve osterojen replasmanı gerektirdiği vurgulanmaktadır (Bell 1990).

Beslenme, diyet, spor gibi günlük yaşam pratikleri gençler dahil olmak üzere bütün yaş grupları için ilgi çekici konu başlıklarıdır. Bu durum medyanın sayesinde hayatımızın olmazsa olmazı durumuna getirilmiştir. Öyle ki televizyon izlenme oranının en fazla olduğu saatlerde bu tür sağlık programlarının ve reklamlarının yayınlanması bu durumu açıklamaktadır. Bu noktada *Doktorum* programı “*sağlığının sorumluluğu sende, yediklerine dikkat et, spor yap, kilonu kontrol altında tut, kalp sağlığı için dans et, sık sık tıbbi kontrolden geç*” diye seslenirken aslında neoliberalizimin bireyi sorumlu tutma ve bireyi yalnızlaştırdığını göstermektedir (Şahin, Kaya 2011). Örneğin, bireyleri kansere karşı bilinçlendirmek amacıyla “*kanserden koruyucu etkisi nedeniyle nar tüketmesi gerekliliği*” bilgisi verilirken, yüksek radyasyon yayan verici, anten ve benzerlerinin varlığının sağlığa etkilerinin üzerinde yeterince durulmamaktadır.

Aynı şekilde sağlıklı besinlerden söz edilmesine rağmen hormonlu, genetiği değiştirilmiş besinler rafları doldurmaktadır. Bunların da insan sağlığı üzerindeki etkileri tartışılmaktadır. Bireyin bahsedilen konularla bireysel olarak mücadele etmesi çok güçtür. Birey kendine verilen “yap, yapma” listelerinin altında yok olmakta; gerçekleştiremediği durumlarda hayal kırıklığına uğramaktadır (Sezgin 2011a). Medyada sağlık için faydalı olduğu söylenen ürün, hızlı bir şekilde temin edilir ve tüketilir. Bu konu için altın çilek isimli meyvenin zayıflattığı ve bağışıklık sistemini güçlendirdiği medyada yer alır almaz, tüketim miktarında bir artış olduğu gözlenmektedir. Bu konu hakkında sayısız örnek vermek mümkündür.

Bir hekime ‘normal kan basıncı nedir?’ diye sorulsa, genellikle 120/80 cevabını verecektir. Fakat hekimler her zaman bundan daha yüksek kan basınçları görürler. Soru şudur: Kan basıncı hangi düzeyde anormaldir? (Welch et al. 2012). Yüksek tansiyon için rakamlar daha düşük hale getirilmekte ve insanlar tansiyona bağlı kalp krizi, inme gibi hastalıklarla korkutulmaktadır. Tansiyon sadece kendi başına bir risk ölçütü değildir. Bir insanın tansiyon ve kolesterol değerleri, sigara ve/veya alkol kullanıp kullanmadığı, yaşam

tarzındaki fiziksel aktivite miktarı ile birlikte değerlendirilmeli ve risklerin tamamına göre hasta olup olmadığına karar verilmelidir. Tedaviler hayat kurtarır, fakat her tedavi hayat kurtaramamaktadır.

Normalde sağlıklı olan insanlarda, yüksek kolesterolün kalp krizi riskini tam olarak ne kadar arttıracığı ve bunun kaç insan için gerçekten sorun teşkil edeceği net olarak bilinmemektedir. Diğer hastalık tanımlarında olduğu gibi ‘yüksek kolesterol’ tanımı ABD kurumları tarafından düzenli olarak yenilenmektedir. En son kolesterol kılavuzunu yazan dokuz uzmandan sekiz tanesinin maaşlı sözcü, danışman veya araştırmacı olarak dünyanın en büyük ilaç şirketlerine hizmet verdiği bilinmektedir (Moynihan, Cassels 2014). Sağlıklı insanlardan oluşan bir toplum oluşturmak için kolesterol ve tansiyon ilaçlarına harcanan paralarla fiziksel aktiviteyi artırma, doğru beslenmeyi destekleme ve sigara içen sayısını azaltmaya yönelik projeler oluşturulmalıdır.

Şeker hastalığı, tansiyon, osteoporoz gibi yaygın hastalıklarda tanı/tedavi sınırı değişiklikleri ile “yeni hastalar” ortaya çıkarılmaktadır. Bu gelişmelerden bireylerin sağlıklarına faydalar sağlanabildiği ileri sürülebilse de bazı bireylerin de sağlıkları için tehlikeli olabilecek gereksiz uygulamalara maruz kalabildikleri ortadadır (Kılıçaslan 2015).

Sosyal anksiyete, karşımıza çıkan başka bir tıbbileştirme örneğidir. Sosyal anksiyete, kişilerin izlenebilecekleri ve yargılanabilecekleri sosyal ortamlara karşı duydukları korku olarak tanımlanmaktadır. Yüzünüz kızarır, terlersiniz, titrersiniz, nefes almanız güçleşir şeklinde belirtileri sıralanmaktadır (Moynihan, Cassels 2014:131). Sosyal anksiyete, bireyin çekingenliğini ve /veya huzursuzluğunu değil sosyal etkileşim modelleri üzerinde kültürel etkilerinin oynadığı rolü araştırmak daha önem arz etmektedir (Crozier, Alden 2001:4). Utangaç değilsiniz, sosyal anksiyete bozukluğunuz var. Aklınız bir karış havada değil, hayalperest ya da yerinde duramayan biri değilsiniz, hiperaktivite ve dikkat eksikliği bozukluğundan mustaripsiniz. Her tanıyı bir reçete izler. İlaça duyduğunuz gereksinim kimliğinizin bir parçasıdır (Elliott 2012). Topluluk önünde konuşmak, sunum yapmak veya makam sahibi birisi ile görüşme sırasında heyecanlanmak oldukça doğal bir süreçtir. Bu durum bir hastalık değildir. Bedeninizin kontrolü sizin elinizdedir.

Hiperaktivite, dikkatsizlik ve saldırganlık gibi belirtiler gösteren ciddi rahatsızlıklara sahip çocuklar bulunmaktadır. Ancak, sınıfta sessiz oturamayan, dikkatini toparlayamayan çocukla baş etmenin en iyi yöntemi hakkında uzlaşma sağlanamamıştır. Dikkat eksikliği sendromu ve hiperaktivitenin hastalık olarak tanımlanması ve tanımının geniş yelpazede olması hasta olarak ortaya konan çocuk sayısını arttırmaktadır (Moynihan, Cassels 2014).

Osteoporoz, kemik yoğunluğunun azalması anlamına gelmektedir. Yaşla birlikte kemik yoğunluğunda azalmalar olması normaldir. Fakat günümüzde düşmelere bağlı kalça kırıkları örnek gösterilerek osteoporoz, tedavi edilmesi gereken bir hastalık konumuna dahil edilmiştir. 20-29 yaş arası beyaz kadınların kemik yoğunluğu normal olarak tanımlanmaktadır. Ulusal Osteoporoz Vakfı 2003 yılında kemik yoğunluğu -2 den küçük olan bütün kadınların osteoporoz yönünden tedavi edilmesini savunmaktadır (Welch 2012). Böylelikle çok daha fazla kişiye osteoporoz tanısı konulmakta ve ilaç firmalarına katkı sağlanmaktadır.

### 3.1. Sosyal Kontrol Aracı Olarak Tıbbileştirme

Illich’e göre; tıp, hastalıkları araştırırken yeni hastalıklar ‘keşfeder’ ve bu hastalıkları bireylere yükler. Illich’in ifadesiyle, ‘sağlığın tıbbileştirilmesi’ sonucu, hasta olmayan bireyler, gelecekteki sağlıklarının uğruna, profesyonel tedavilere kendilerini teslim etmişlerdir (Illich 1995; Aktaran Sezgin 2013).

Tıbbileştirme sayesinde bazı sorunların bireyin sorunu olmaktan çıkıp, hastalık olarak kabul edilmesiyle bireylerin toplum içinde rahat olmaları planlanmaktadır. Ayrıca bireylerin sağlık hakkında bilinçlenmeleri ve bedenlerinden gelen sese kulak vermeleri sağlanmaktadır (Sezgin 2011b).

Tıbbın, gündelik yaşam olaylarını içine alarak alanını genişletmesinde bencil yaklaşımının rolü kadar, bireylerin teslimiyetçiliğinin etkisi vardır (Zola 1994). Kronik hastalıklara ait ilaç pazarının genişlemesi, kârlılığı arttıracığından; kan basıncı değerleri aşağıya çekilmekte, kemik yoğunlukları tehlike habercisi olarak sunulmakta, çocuklar ve hatta yetişkinler için dikkat eksikliği gündeme getirilmektedir (Sezgin 2011a).

Conrad ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada tıbbileştirmenin, sağlık bakım hizmetleri maliyetlerini arttırdığı vurgulanmaktadır. Kaygı bozuklukları, davranışsal bozukluklar, kozmetik rahatsızlıklar, cinsel işlev bozuklukları, üreme problemleri, menapoz, hamilelik, obezite, uykusuzluk problemleri, madde bağımlılığı, depresyon, kellik gibi konuların maliyetler bakımında etkilendiği ifade edilmiştir (Conrad, Mackie 2010). İlaç kullanımı için doktora gitmeye gerek kalmadığı gözlenmektedir. Bugün ilaçlar televizyon ve radyo kanalıyla satılmaktadır. Tıbbi ilaçların aşırı kullanımına dair, ABD ilaç ticaretinin hacmi 100 katına çıkmıştır. Yılda 20.000 ton, yani kişi başına hemen hemen 225 tablet Aspirin tüketilmektedir. İngiltere’de insanlar en az on gecede bir uyku ilacı almakta ve bir yıl içinde kadınların %19’u, erkeklerin ise %9’u reçeteye alınmış sakinleştiricileri kullanmaktadır (Illich 2011). Türkiye’de 2002 yılında kullanılan ilaç miktarı 700 milyon kutu iken bu rakamın 2011 yılında 1.7 milyara çıktığı görülmektedir. Daha önemlisi bu sayılara hastanelerde tüketilen ilaçlar dâhil değildir (Kılıçaslan 2013).

Tıbbi olmayan problemler tıbbileştirildiği gibi tam tersi de söz konusu olabilmektedir. Tıbbileştirmeme, daha önceden tıbbileştirilmiş konuların tıbbi tanımını korumaması, tıbbileştirmeden çıkarılması ya da uzaklaştırılması olarak ifade edilebilir. Bu konuda en belirgin örnek eşcinselliktir. Burada tıbbileştirilen alanlar gibi, tıp kurumunun ilgi alanından çıkarılanlar da tartışma konusudur. Hangi ‘anormal’ durumun tıbbin ilgi alanından hangi gerekçe ile çıkarıldığında dair yeni çalışmalar planlanabilir.

#### IV. SONUÇ

Günlük hayatın içinde yaşadığımız duygu iniş ve çıkışları ruh rahatsızlığı, kadınlarda adet öncesi ve/veya sonrası yaşanan gerginlikler, disforik bozukluk, dikkati dağılan kişiler hiper aktivite bozukluğu olarak ilan edilmektedirler. Hastalık, yaşlanma ve ölüm korkuları abartılarak kötü durumlara dönüştürülmekte ve sağlıklı birçok kişi korkutularak hasta olarak gösterilmektedir. İnsanoğlu sağlık için tüketim yapmaktan kaçınmamaktadır. Hayatta kalma ve yüksek yaşam kalitesine sahip olma adına sağlığını korumak için sürekli çaba harcamaktadır.

Tıbbileştirmenin sosyal kontrolü sağlamada öncelikle doktorların rolünün ön planda olduğu, sonrasında ise bedenin kontrolünü sağlamada medyanın, ilaç firmalarının, kozmetik sektörünün ve sonunda da bireyin kendi denetiminin etkili olduğu görülmektedir. Diyet, egzersiz, vitamin, besin takviyesi, stresten kaçınmak, koruyucu tıptan yararlanmak gibi kontrol altına alınan sadece bedenler olmamakta, yaşamlar kontrol altına alınarak, “iyi” olması için planlanan ve biçimlendirilen bir sürece dönüşmektedir (Deniz 2011). Yaşanılan bu durum için Zizek’in “mutluluğun peşinden fazla hızlı koşarsan, onu sollayabilirsin, mutluluk arkanda kalabilir” ifadesi yerinde olacaktır (Zizek 2013).

Korku ve abartılmış rakamlar kullanarak insanlara sağlıklı olmak için bir avuç ilaç kullanmasını teşvik eden doktorlara, ilaç firmalarına ve medyaya fırsat bırakılmamalıdır.

İnsanlara hastalıklarla başa çıkabilme ve hastalık algılarını değiştirmeye yönelik eğitimler verilerek bu konuda bilgilendirmeler yapılmalıdır. Toplumdaki kişilere ilaç kullanımının artı ve eksi yönleri hakkında bilgilerini tamamlamaları gerektiğini vurgulamak tıbbileştirme için mücadelede oldukça önemli bir adımdır.

İnsanların hafızalarını güçlendirmek için, depresyonu engellemek için, iştahları açmak veya kapatmak için, enerjileri arttırmak için ve daha birçok gerekçeler için ilaç kullanımına teşvik edildiğimizin farkına varmamız gerekmektedir.

Sonuç olarak tıbbileştirmenin bireylere ve toplumlara birçok yönden etkisi bulunmaktadır. Bu etkilerin sonuçlarına bakıldığında, insan sağlığı açısından önemli bir durum olduğunu belirtmek gerekir. İçinde bulunduğumuz bu yüzyıl içerisinde ne kadar direnç gösterebilir ve ne kadar kendimizi ve sevdiklerimizi tıbbileştirme çarkından koruyabiliriz bilinmez ama farkında olmak bir aşama olsa gerek.

### KAYNAKLAR

1. Attepe S. (2013) Tıbbileştirmeyi Kadın Sorunları Bağlamında Düşünmek, **Aile ve Kadın Sempozyum Bildiri Kitabı**, Kırıkkale.
2. Bell S. (1990) Sociological Perspectives on the Medicalization of Menopause. **Annals of the New York Academy of Science** 592(1): 173-178.
3. Candansayar S. (2009) **Bir Ötekileştirme Pratiği Olarak Cinselliğin Tıbbileştirilmesi ve Eşcinsellik**. <http://candansayar.com/images/bir%20%C3%B6tekile%C5%9Firme%20prati%C4%9Fi%20olarak%20cinselli%C4%9Fin%20t%C4%B1bbile%C5%9Ftirilme.pdf> Erişim Tarihi: 30.03.2015
4. Conrad P., Mackie T. and Mehrotra A. (2010) Estimating The Costs of Medicalization. **Social Science ve Medicine Journal** 70(12):1943-1947.
5. Conrad P. (2007) **Medicalisation of Society**. John Hopkins University Press, Baltimore.
6. Conrad P. (1992) Medicalization of Social Control. **Annual Review of Sociology** 18: 209-232.
7. Crozier W. and Alden L. (2001) **International Handbook of Social Anxiety**. John Wiley & Sons Ltd., England.
8. Elliott C. (2012) **Beyaz Önlük Siyah Şapka**. Hayy Kitap, İstanbul.
9. Erdem R., Bardak N., Akkaş E. ve Çelik R. (2012) Illich Haksız mı? **6. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı**, Isparta.
10. Garry A. (2001) Medicine and Medicalization: A Response to Purdy. **Bioethics Journal** 15(3):262-269.
11. Gudarzi S. (2008) Yaşamın Aşırı Tıbbileştirilmesi: İki Ucu Keskin Bıçak. **Türk Psikiyatri Dergisi** 19(3):334-335.
12. Illich I. (2011) **Sağlığın Gaspi**. Ayrıntı Yayınları, İstanbul.

13. Kılıçaslan Z. (2015) Medikalizasyon (Tıbbileştirme), Aşırı Teşhis/Tedavi ve Kışkırtılmış Sağlık Talebi <http://www.sdplatform.com/Dergi/862/Medikalizasyon-tibbilestirme-asiri-teshistedavi-ve-kiskirtilmis-saglik-talebi.aspx> Erişim Tarihi:06.08.2015
14. Kılıçaslan A. ve Kılıçaslan Z. (2013) **Aşırı Tanı ve Tedavi, Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır**. Hayy Kitap, İstanbul.
15. Metz J. and Angel J. (2004) Assessing the Impact of SSRI Antidepressants on Popular Notions of Women's Depressive Illness. **Social Science and Medicine** 58(3):577-584.
16. Moynihan R. and Cassels A. (2014) **Satılık Hastalıklar**. Hayy Kitapevi, Beşinci Baskı, İstanbul.
17. Paker E. B. (2012) Normal Doğum Sezaryene Karşı Mı? <http://uzuncorap.com/2012/07/20/normal-dogum-sezaryene-karsi-mi/> Erişim Tarihi: 14.04.2015
18. Palmlund I. (1997) The Marketing of Estrogens for Menopausal and Postmenopausal Women. **Journal of Psychosomatics Obstetrics and Gynaecology** 18(2):158-164.
19. Parens E. (2013) On Good And Bad Forms Of Medicalization. **Bioethics Journal** 27(1):28-35.
20. Purdy L. (2001) Medicalization, Medical Necessity and Feminist Medicine. **Bioethics Journal** 15(3):248-265.
21. Sezgi D. (2013) Tıbbileştirme. **Toraks Aralık Bülteni**, Ankara.
22. Sezgin D. (2011a) Yaşam Tarzı Önerileri Bağlamında Sağlık Haberlerinin Analizi. **Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 2(2):52-78.
23. Sezgin D. (2011 b) **Tıbbileştirilen Yaşam Bireyleştirilen Sağlık**. Ayrıntı Yayınları, Birinci Baskı, İstanbul.
24. Soyer A. (1999) Sağlık Çalışanlarının Ve Özel Olarak Hekimlerin Değişen Toplumsal Ve Sınıfsal Konumu. **Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi**, Ankara.
25. Szasz T. (2007) **The Medicalization of Everyday Life**. Syracuse University Press, New York.
26. Kaya Ş. Ş. (2011) Televizyonda Kadın, Sağlık ve Hastalık. **Sosyoloji Araştırmaları Dergisi** 14(2):118-150
27. Welch G., Schwartz L. and Woloshin S. (2012) **Aşırı Teşhis**. İnsev Yayınları, İstanbul.
28. Zizek S. (2013) **Yamuk Bakmak: Popüler Kültürden Jaques Lacan'a**. Metis Yayınları, İstanbul.
29. Zola İ. (1994) **Sağlık ve Köreltici Tıp**. Pınar yayınları, İstanbul.

## HAKEMLER / REFEREES

Dergimizin 2016, Cilt-19'a gönderilen makaleleri değerlendiren hakemlerimize teşekkürlerimizi sunarız.

We gratefully acknowledge the referees who kindly helped us to evaluate the articles sent for the 2016, Volume-19 of the Journal.

Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi
Nesrin AKÇA	Kırıkkale Üniversitesi
Çağdaş Erkan AKYÜREK	Ankara Üniversitesi
Ece UĞURLUOĞLU ALDOĞAN	Ankara Üniversitesi
Ersen ALOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Ali Murat ALPARSLAN	Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Metin ATEŞ	Marmara Üniversitesi
Kazım Barış ATICI	Hacettepe Üniversitesi
Sedat BOSTAN	Gümüşhane Üniversitesi
Necmettin CİHANGİROĞLU	GATA
Zafer ÇALIŞKAN	Hacettepe Üniversitesi
Mehmet ÇETİN	GATA
Nevzat DEVEBAKAN	Dokuz Eylül Üniversitesi
Ramazan ERDEM	Süleyman Demirel Üniversitesi
Gülsün ERİGÜÇ	Hacettepe Üniversitesi
Turan FEDAİ	GATA
Ömer GİDER	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Seval GÜVEN	Hacettepe Üniversitesi
Oğuz IŞIK	Hacettepe Üniversitesi
Vedat IŞIKHAN	Hacettepe Üniversitesi
Sinem SOMUNOĞLU İKİNCİ	Uludağ Üniversitesi
Mehtap KARTAL	Dokuz Eylül Üniversitesi
Şahin KAVUNCUBAŞI	Başkent Üniversitesi
Harun KIRILMAZ	Sakarya Üniversitesi
Tuncay KÖSE	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Saffet OCAK	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Ömer Rıfki ÖNDER	Ankara Üniversitesi
Mustafa ÖZER	GATA
Nermin ÖZGÜLBAŞ	Başkent Üniversitesi
Haluk ÖZSARI	Acıbadem Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
İsmet ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Serap TAŞKAYA	Aksaray Üniversitesi
Perihan ŞENEL TEKİN	Ankara Üniversitesi
Burcu ŞİMŞEK	Hacettepe Üniversitesi
Abdülkadir TEKE	GATA
Mehmet TOP	Hacettepe Üniversitesi
Reyhan ATASÜ TOPÇUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Özgür UĞURLUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Aydın ULUCAN	Hacettepe Üniversitesi
Pınar YALÇIN BALÇIK	Hacettepe Üniversitesi
Elif DİKMETAŞ YARDAN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR	Ankara Üniversitesi
Hasan HÜSEYİN YILDIRIM	Hacettepe Üniversitesi
Türkan YILDIRIM	Ankara Üniversitesi
Ali YILMAZ	Kırıkkale Üniversitesi