SAĞLIKTA
PERFORMANS VE KALİTE
DERGİSİ

Hakemli Bilimsel Dergi

6. SAYI

2013

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon
Daire Başkanlığı

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE

Hakemli Bilimsel Dergi DERGİSİ

SAYI: 6
2013

Yayın Sahibi

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Adına
Genel Müdür Yardımcısı **Dr. Hasan Güler**

Yönetim Yeri

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Yayın Türü

Süreli Yayın

Yayın Periyodu

Dergi yılda 2 kez yayımlanır.

Dergimiz hakemli dergi olup,
yayınlanan makaleler en az 2 hakem tarafından okunmaktadır.

• Bakanlık Makamının 19.08.2008 tarihli ve 10133 sayılı onayı ile yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Yayın Yönergesi'ne ve derginin Yayın İlkeleri ve Yazım Kuralları'na uygun yazılar kabul edilir. • Yazılarının yayımlanmış olması yazarlara ait kişisel görüşlerin Bakanlık tarafından paylaşıldığı anlamına gelmez. • Yazılar ancak kaynak gösterilmek suretiyle iktibas edilebilir.

İletişim Adresi

T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
Mahmut Esat Bozkurt Cad. Umut Sok. No: 19 Kat: 1 Kolej / Ankara

web: www.kalite.saglik.gov.tr

e-mail: spkdergisi@saglik.gov.tr

Tel: (0312) 458 50 08 • **Fax:** (0312) 435 16 79

ISSN: 1309-1972

T.C. Sağlık Bakanlığı

Kapak ve Sayfa Tasarım

Zeynep ASLAN - m.zeynepaslan@gmail.com

Baskı

Basım - 2014

Pozitif Matbaa

Çamlıca Mahallesi Anadolu Bulvarı 145. Sk. No:10/16

Yenimahalle / ANKARA

Tel: 0312 397 00 31 • Faks: 0312 397 86 12

www.pozitifmatbaa.com - e-posta: pozitif@pozitifmatbaa.com

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE DERGİSİ

Hakemli Bilimsel Dergi

Genel Yayın Yönetmeni	Dr. Mehmet DEMİR
Genel Yayın Yönetmen Yardımcısı	Uzm. Özlem ÖNDER
İmtiyaz Sahibi	Dr. Hasan GÜLER
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü	Uzm. Dr. Dilek TARHAN
Editörler	Prof. Dr. Nihat TOSUN
	Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
	Prof. Dr. Adnan ÇİNAL
	Prof. Dr. İrfan ŞENCAN
Editör Yardımcıları	Dr. Hasan GÜLER
	Dr. Abdullah ÖZTÜRK
	Uzm. Dr. Dilek TARHAN
	Uzm. Özlem ÖNDER
	Dr. Umut BEYLİK
	Dr. İbrahim Halil KAYRAL
	Uzm. Bayram DEMİR
Hukuk Danışmanı	Av. Süleyman Hafız KAPAN

HAKEM KURULU

Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Nalan AKDOĞAN	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Sadık AKŞİT	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Tansu ARASIL	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU	Muğla Üniversitesi
Prof. Dr. Mehmet AYAN	Selçuk Üniversitesi
Prof. Dr. Aysun BAY KARABULUT	İnönü Üniversitesi
Prof. Dr. Oya BAYINDIR	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Kamil Ufuk BİLGİN	TODAİE
Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ	Van Özel Lokman Hekim Hastanesi
Prof. Dr. Nilay ÇABUK KAYA	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Hasan Hüseyin ÇEVİK	Polis Akademisi
Prof. Dr. Ali Pekcan DEMİRÖZ	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Musa EKEN	Sakarya Üniversitesi
Prof. Dr. Gül Bahar ERDEM	Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H.
Prof. Dr. Nihat ERDOĞMUŞ	Kocaeli Üniversitesi
Prof. Dr. Mustafa ERTEK	Ankara Onkoloji Hastanesi
Prof. Dr. Bilâl ERYILMAZ	Sakarya Üniversitesi
Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Necmi GÖKAY	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Meral GÜLTEKİN	Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Hakan HAKERİ	Medeniyet Üniversitesi
Prof. Dr. Aytül KASAPOĞLU	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Ahmet Nezih KÖK	Atatürk Üniversitesi
Prof. Dr. Öner ODABAŞ	Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Fahri OVALI	Z. Kamil Kadın Çocuk Hst. E.A.H.
Prof. Dr. Jülide YILDIRIM ÖCAL	TED Üniversitesi
Prof. Dr. Yeşim ÖZARDA	Uludağ Üniversitesi
Prof. Dr. Hacer ÖZGEN	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Nermin ÖZGÜLBAŞ	Başkent Üniversitesi

Prof. Dr. Onur ÖZVERİ	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
Prof. Dr. Recep ÖZTÜRK	İstanbul Üniversitesi
Prof. Dr. Mustafa PAÇ	Ankara Yüksek İhtisas E.A.H.
Prof. Dr. Fatma PAKDİL	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Nurettin PARILTI	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Haydar SUR	Marmara Üniversitesi
Prof. Dr. Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Ramazan ŞEKEROĞLU	Van 100. Yıl Üniversitesi
Prof. Dr. Bilçin TAK MEYDAN	Uludağ Üniversitesi
Prof. Dr. Mehtap TATAR	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU	Atılım Üniversitesi
Prof. Dr. Arzu TOPELİ	Hacettepe üniversitesi
Prof. Dr. Suat TURGUT	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Özkan TÜTÜNCÜ	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Mehmet Mithat ÜNER	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Nazmi ZENGİN	Selçuk Üniversitesi
Doç. Dr. Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi
Doç. Dr. Hamza ATEŞ	Kocaeli Üniversitesi
Doç. Dr. Yıldız AYANOĞLU	Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ	19 Mayıs Üniversitesi
Doç. Dr. Serpil ERDOĞAN	Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi
Doç. Dr. Muhammet Güzel KURTOĞLU	Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Doç. Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU	Sağlık Bakanlığı
Doç. Dr. Ömer R. ÖNDER	Ankara Üniversitesi
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Medipol Üniversitesi
Doç. Dr. İsmet ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Arslan TOPAKKAYA	Erciyes Üniversitesi
Doç. Dr. Oğuz TUNCER	Van 100. Yıl Üniversitesi
Doç. Dr. Demet ÜNALAN	Erciyes Üniversitesi
Doç. Dr. Gülsen YILMAZ	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Yrd. Doç. Dr. Ayşegül ÇOPUR ÇİÇEK	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi
Dr. Mehmet DEMİR	Sağlık Bakanlığı-Sağlık Politikaları Kurulu Üyesi

İÇİNDEKİLER

1
Dr. Mehmet DEMİR - Dr. Umut BEYLİK - Uzm.Dr. Mine ÖZTÜRK - İbrahim DOLUKÜP
Sağlık Hizmetlerinde Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG): Diyabet Vakaları Üzerine Karşılaştırma
Health Service Diagnosis-Related Groups (DRG): Diabetes Patients On Comparison

25
B .İzzet TAŞCI
Hekim Hasta İlişkisinin Psikolojik Boyutları
Psychological Dimensions of Physician-Patient Relationship

37
Emine ÇETİN - Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ
Farmakoekonomi ve Grip Aşısının Maliyet-Fayda Analizi
Pharmacoeconomics and Cost-Utulity Analysis Of Influenza Vaccination

55
Doç. Dr. Yiğit Evren - Uzm.Dr. Ergün Karahallı
Kamu Hastanelerinde Tip Proje Uygulamasına Bağlı Ortaya Çıkan Coğrafi Erişilebilirlik ve Otopark Sorunları
Geographical Accessibility and Car Park Problems Arising From the use of Typical Designs in Public Hospitals

71
Ahmet ATASOY - Songül YORGUN
Sağlık Çalışanlarında İş Gerilimi ve İş Stres Düzeyinin Değerlendirilmesi
Evaluatıon of Health Workers Job Stress and Job Stress Level

89
Nurdan ÇAMLIBEL - Gülnur GÜL - Pınar BOL - Doç. Dr. Ahmet Emin ERBAYCU
Çalışan Hemşireler Tarafından Yönetici Hemşirelerden Beklenen ve Algılanan Liderlik Davranışlarının Karşılaştırılması (Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)
Leadership Behaviors of Executive Nurses and Comparison for the Leadership Behaviors That Employee Nurses Expects From Executive Nurses (An Education and Research Hospital Example

113
Emrullah İNCESU - Nesrin ÖĞÜT
Hastane İşletmeciliğinde Kalite Maliyet Hesaplaması: Konya Seydişehir Devlet Hastanesinde Bir Uygulama
Hospital Managementqualitycostcalculation: An Applicationat Konya Seydişehir State Hospital

Saygıdeğer Okurlarımız,

Sağlık hizmetlerinin etkin, etkili, kaliteli ve verimli bir şekilde sunulması, hizmet sunucularının temel amacı olmalıdır. Sağlık hizmet sunucuları bu amaca ulaşırken odak noktası; hizmet alıcıları tarafından arzulanan ve beklenen hizmet düzeyi ile sağlık sonuçlarına ulaşmaktır. Sonuç olarak günümüzde insan odaklı yaklaşımın kurumsal amaç ve hedeflerle eşgüdümlenmesi, profesyonel sağlık hizmet yönetimi için esas unsur olarak görülmektedir.

Multidisipliner bir yapıda olan ve son derece kompleks hizmetlerin sunulduğu sağlık sektöründe başarıyı yakalamak, sağlık yönetiminin tüm fonksiyonlarının, aynı amaç ve hedeflere ulaştıracak şekilde koordinasyonu ile mümkündür. Bu bağlamda, başta sağlık hizmet sunum fonksiyonu olmak üzere, insan kaynakları, finansman, kurumsal iletişim, Ar-Ge gibi temel fonksiyonların birbirleriyle ve sistemin tamamıyla ilişkisi çok iyi tasarlanmalı ve yönetilmelidir. Sistemi oluşturan parçaların en küçük biriminde bile görülebilecek bir hata ya da eksikliğin, sistemin tamamı üzerinde etki yaptığı ve bu durumun sağlık hizmetlerinde çok daha önemli olduğu unutulmamalıdır. Bu kapsamda, sağlık hizmetlerinde rol alan tüm aktörlerin, kendi uzmanlık alanlarının gereklerini yerine getirirken bütüncül bakış açısıyla sisteme olan katkılarını ve bu katkının etkilerini bilmeleri ve yönlendirmeleri önem arz etmektedir.

Dergimizin 6. Sayısını, bu bakış açısı ile farklı ama birbiriyle bağlantılı konuları biraraya getirmek sureti ile oluşturduk. "Teşhisle İlişkili Gruplar, Farmakoekonomi, Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik, Sağlıkta İş Stresi ve Gerilimi, Hemşirelerde Liderlik, Hastane İşletmeciliğinde Kalite Maliyetleri" konularının bilimsel araştırma ve uygulamalar şeklinde ve farklı perspektiflerden ele alındığı bu sayının, sağlığın tüm paydaşlarına katkı sağlayacak önemli bilgi ve veriler içerdiğine inanıyoruz.

Bakanlığımız, *"Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi"* ile bu alanda gerçekleştirilen bilimsel çalışmaların kamuoyu ile paylaşımını sağlayarak, sağlığın geliştirilmesi için yapılacak çalışmalara yön vermeyi ve güncel bilgiyi siz değerli okuyucularımızla paylaşmayı hedeflemiştir. "Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi"nin yakın bir zaman içerisinde TÜBİTAK İndeksinde yer alan ve taranan bir dergi olacağının müjdesini şimdiden vermek istiyoruz. Ülkemizin sağlık alanında hızla katettiği bu yol ve oluşan birikimlerin, dergimizi kısa zaman içerisinde hem ulusal hem de uluslararası arenada sayılan ve takip edilen bir aşamaya getireceği noktasında inancımız ve güvenimiz sonsuzdur.

Son olarak, birbirinden değerli çalışmalarını gönderen tüm araştırmacılara teşekkür eder, ilkeli ve gayretli bir yönetim anlayışıyla, sağlık hizmetlerinin her geçen gün, hastalarımız ve çalışanlarımız için daha güvenilir ve daha kaliteli şekilde sunulması adına yaptığınız çalışmalarda başarılar diler, hepinize saygılar sunarım.

Prof. Dr. İrfan ŞENCAN
Editör

Sağlık Hizmetlerinde Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG): Diyabet Vakaları Üzerine Karşılaştırma

Mehmet DEMİR[1]
Umut BEYLİK[2]
Mine ÖZTÜRK[3]
İbrahim DOLUKÜP[4]

ÖZET

Giriş: 2005 yılından itibaren ülkemizde pilot uygulamalarla başlayıp 2011 yılından bu yana ise Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanan Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) önemli bir veri havuzunun oluşmasını sağlayacaktır. Bu çalışmada, seçilmiş 4 hastanede bir yıllık TİG verileri içinde diyabet vakalarına giren hastalar demografik, klinik ve finansal açıdan değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışma kapsamında, 2011 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı 2 adet devlet ve 2 adet eğitim ve araştırma hastanesinde yatarak tedavi gören tüm diyabet vakaları evreni 'veri' olarak kullanılmıştır. Bir yıllık TİG verileri içinde diyabet tanısı almış olanlar analiz edilmiştir. Bu gruplara atanan vakalar; cinsiyet dağılımı, yaşları, hastanede ortalama kalış süreleri, taburculuk durumları, vaka karma indeksleri, bağıl değerler ve hastanelere yapılacak geri ödeme miktarları açısından karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Diyabet vakaları kadınlarda % 58, erkeklerde % 42 oranında görülmüştür. Hastaların yaklaşık %78'i 45 yaş ve üzerindeydi. Diyabet TİG'leri arasında K60B TİG'inin % 83 görülme oranıyla en sık görülen diyabet vakası olduğu, tüm diyabet vakaları için ortalama hastanede kalış süresinin 7,4 gün olduğu, diyabet vakalarının

1 Dr., Sağlık Bakanlığı, drmehmetdemir@gmail.com
2 Dr., Sağlık Kurumları Yönetimi Doktoru, Sağlık Bakanlığı, beylik28@gmail.com
3 Uzm. Dr., Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları, Medicana Konya Hastanesi, drmineozturk@gmail.com
4 Sağlık Bakanlığı SHGM Bilgi İşlem ve İstatistik Daire Başkanı, dolukup@konyaea.gov.tr

% 89,9 oranla şifa durumu ile taburcu edildiği, hastane geri ödemelerinde bağıl değerlerin ve diyabet TİG çeşitliliği frekanslarının doğrudan etkili olduğu ve vaka karma indeksleri ile geri ödeme miktarı arasında pozitif yönlü ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Sağlık kurumlarında TİG verileri, geri ödeme sistemlerinde daha adil ve hakkaniyetli finansman modeli olarak kullanılma amacı ile birlikte, hastaların kıyaslanabilir gruplanması, spesifik yatak ihtiyacı, hastanelerin kompleks vaka sayıları, tedavideki kaynak tüketimi, insan kaynakları planlaması ve diğer parametreler açısından analiz edilerek, karar destek sistemlerinde kullanılacak önemli bir kaynak oluşturmaktadır. Diyabet vakalarının yanında diğer tanı ilişkili grupların da analizi, makro ve mikro bazda politikaların geliştirilmesine önemli oranda katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Teşhis İlişkili Gruplar, Diyabet, Bağıl Değer, Geri Ödeme, Vaka Karma İndeksi

Health Service Diagnosis-Related Groups (DRG): Diabetes Patients on Comparison

ABSTRACT

Introduction: since 2005, starting with a pilot application in our country since 2011 implemented in the Ministry of Health hospitals in the diagnosis related group (DRG) will give rise to a significant pool of data. In this study, an annual DRG data in 4 hospitals in selected cases of diabetes patients undergoing demographic, clinical and financial aspects aimed to evaluate.

Materials and Methods: In the study, two states in 2011 under the Ministry of Health and two training and research hospital inpatients in the universe of all diabetes cases are used as the data source. DRG datas for a year in those who have received a diagnosis of diabetes were analyzed. Cases assigned to this group sex, age, average length of stay, discharge status, case mix index, relative value and the amount of reimbursement to be made to the hospital were compared.

Findings: Cases of diabetes in women 58%, men 42% was observed. Patients, about 78% aged 45 or old. Diabetes DRGs between the K60B drg's 83% of the incidence of the most frequent cases of diabetes, which is all diabetes cases for the average hospital stay of 7.4 days is, of cases of diabetes 89% , 9 cases with healing rates were discharged, hospital DRG reimbursement and diabetes diversity in the relative values of the frequencies that are directly affected and with case-mix index is a positive correlation between the amount of reimbursement have been identified.

Conclusion: In health care DRG datas, the reimbursement system more just and equitable funding model used as a purpose, along with the patients comparable grouping, specific bed needs, hospital case complexity, treatment in resource consumption, human resource planning and other terms of parameters analyzed and decision support systems constitutes an important source to be used. Diagnosed cases of diabetes as well as other associated groups in the analysis, development of policies at the macro and micro base is expected to contribute significantly.

Keywords: Diagnostic Related Groups, Diabetes, Relative Value, Payback, Case Mix Index.

1. DİYABET VAKALARINA VE TEŞHİSLE İLİŞKİ GRUPLAR YAPISINA GENEL BAKIŞ

1.1. Diyabet Hakkında Genel Bilgiler

Diyabet; insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki defektler nedeniyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, sürekli tıbbı bakım gerektiren kronik ve sistemik bir metabolizma hastalığıdır (TEMD, 2013). Hastalığın akut komplikasyon riskini azaltmak ve uzun dönemde de tedavisi pahalı kronik sekelleri (retinal, renal, nöral, kardiyak ve vasküler)'nden korunmak için klinik ve maliyet verilerini kullanarak gerekli önlemlerin alınması hedeflenmektedir.

1.2. TİG Kavramı ve Vaka Karması

Teşhis İlişkili Gruplar; hastaların klinik ve maliyet verilerinin kullanılarak gruplandırılmasını ve benzer hastalıkların benzer gruplara atanmasını içeren yatan hasta sınıflandırma sistemidir. Sınırlı kaynakları vakaların türlerine ve şiddetine dayalı olarak adil biçimde dağıtır.

Teşhis ilişkili gruplar 1970'li yıllarda, Amerika Birleşik Devletlerinde Yale Üniversitesi'nde sağlık hizmetlerinin kalite denetimi amacıyla geliştirilmiş bir araç olup 1980 yılından itibaren geri ödemelerde de kullanılmaya başlanan bir vaka sınıflama sistemidir. 1983 yılında Medicare kapsamına alınmıştır. Sonrasında maliyet verileri kullanılarak ödeme modeline dönüştürülmüştür (www.tig.saglik.gov.tr).

Hastane verimliliğini ve etkililiğini teşvik eder. TİG; sistematik, anlamlı klinik veri toplar.

TİG'de Amaç (TİG Uygulama Rehberi, 2011):

- Hastalık grupları arasında maliyet farklılıklarını ortaya koymak
- Yönetilebilir bir ödeme yöntemine geçmek
- Sağlık insan gücü planlaması yapmak
- Planlama ve araştırmalara ışık tutmak

- TİG uygulayan ülkelerle karşılaştırma yapmak
- Hastane yönetim aracı olarak kullanmak

TİG Kullanım Alanları:

- Hastanelerde maliyet kontrolünü sağlayarak verimliliği artırmak
- Sağlık politikalarının ve istastistiklerinin geliştirilmesine katkı sağlamak
- Sağlık hizmetlerindeki süreçlerin etkin kontrol ve yönetimini sağlamak

Bağıl Değer; Bir TİG' in maliyetinin, tüm TİG' lerin ortalama maliyetine oranıdır (TİG e-Bülten, 2009).

$$\text{Bağıl Değer} = \frac{\text{Bir TİG için ortalama maliyet}}{\text{Tüm ülke veya pilot hastaneler grubu için tüm vakaları (TİG'leri) temsil eden genel ortalama maliyet}}$$

Bağıl Değer formülünde hem payı hem de paydayı hesaplamak için maliyet verileri gereklidir.

Vaka Karma İndeksi (VKİ) (TİG e-Bülten, 2009):

- Bir hastanenin vaka üretimini bir başka hastane ile karşılaştırmamızı sağlayan orandır.
- Kompleksliğin ölçülmesidir.
- Hastaların ne kadar "hasta" olduğunu ölçmenin bir göstergesidir.

$$\text{X Hastanesi Vaka Karma İndeksi} = \frac{\sum (\text{TİG Bağıl Değer x Vaka Sayısı})}{\text{A Hastanesi için Toplam Vaka Sayısı}}$$

Vaka karması terimi, bir hastane ya da birim tarafından tedavi edilen hastaların türü veya karmasını ifade eder. Hastaların türü veya karmasını belirleyebilmek için sınıflama sistemlerine ihtiyaç vardır. En bilinen sınıflama sistemlerinden birisi DRG ya da dilimizdeki karşılığıyla TİG'dir. Bunun dışında benzer nitelikte HRG (Healthcare Resource Group), LDF (Austrian Leistungsorien Diagnosen Fallgruppen), DBC (Diagnosis Treatment Combination) gibi hastalık sınıflama sistemleri de mevcuttur. TİG, bir hasta yatışının gruplandırılmasıdır. Bu gruplama için Tablo 1'deki verilere ihtiyaç bulunmaktadır (Şencan ve Demir, 2013).

Tablo 1. TİG için gerekli temel veriler

Ana tanı	Araştırma sonunda, hastanın hastanedeki yatışının esas nedeni olarak ortaya konulan tanıdır veya ana yatış nedenidir.
İşlem(ler)	Genellikle, TİG ataması üzerinde yalnızca bir işlem etkilidir. Birden fazla işlemin kaydedildiği durumda, kaynak kullanımının yüksek olduğu TİG'lere doğru bir geçiş olur.
Ek tanılar (önemli komorbidite veya komplikasyonlar)	Gerek ana tanı ile birlikte seyreden (komorbidite) gerek hasta yatışında ortaya çıkan (komplikasyon) bir durum veya şikayet.
Yatışta hastanın yaşı	Yenidoğanlar dışında yıl olarak alınması yeterlidir.
Cinsiyet	Erkek veya kadın
Taburcu şekli (taburcu edildikten sonra gideceği yer)	Hastanın taburcu edildiği sıradaki durumu ve ilgili olduğu hallerde gideceği yeri ifade eder.
Yenidoğanın doğum ağırlığı	Doğum ağırlığı TİG gruplaması için kullanılan verilerden biridir.

1.3. TİG Uygulamasına Genel Bakış

Dünyada TİG'lerin çeşitli kullanım alanları mevcuttur. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Şencan ve Demir, 2013):

- Klinik faaliyetlerin ölçülmesi,
- Hastanede klinik ve finansal kararların verilmesi,
- Hastane içi ve hastaneler arası bakım kalitesi karşılaştırmaları,
- Klinik rehberler, protokoller ve sürekli kalite gelişimi projeleri için destek sağlaması,
- Veri ve tanımlama standartlarının oluşturulması,
- TİG'e dayalı bütçeleme modellerinde maliyetlerin etkili bir şekilde takip edilmesi.

Türkiye'de TİG Çalışmaları (www.tig.saglik.gov.tr):

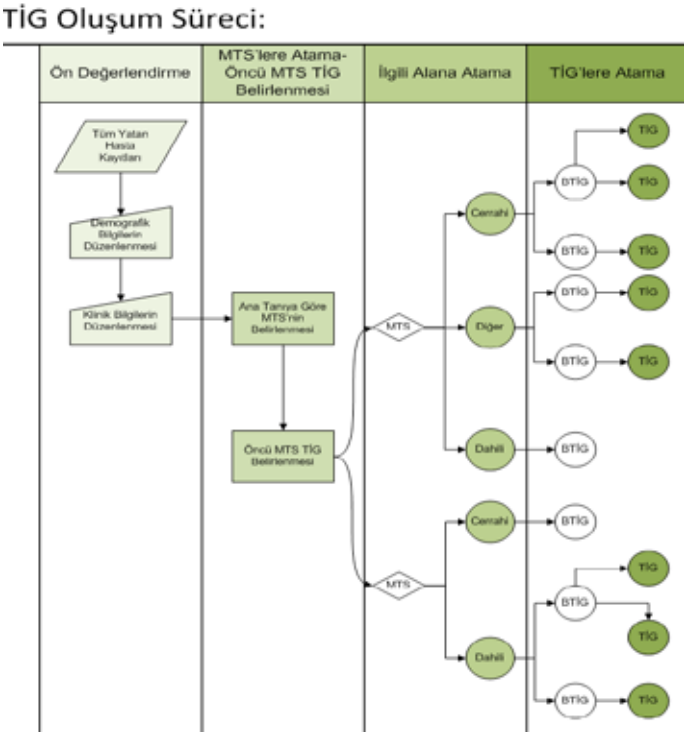
Vaka karması sistemi çalışmaları önderliğini ülkemizde Sağlık Bakanlığı yapmaktadır. Bu çalışmalara 2005 yılında Avustralya modeli baz alınarak başlanmıştır. Üniversite, özel sektör ve resmi temsilcilerle ortak çalışmalar sürdürülmüştür. 2009 yılında bu konu ile ilgili gerekli çalışmaları yapacak birim Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı bir 'şube olarak' kurulmuştur. Bakanlık organizasyon yapısındaki değişiklikler nedeni ile 2012 yılında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü altında 'Daire Başkanlığı'

haline getirilmiştir. Toplanan veriler ilk olarak Bakanlık Global bütçesi devlet hastanelerine dağıtılırken kullanılmıştır.

TİG Klinik Veri Giriş Programı (TİG Uygulama Rehberi, 2011):

TİG Klinik Veri Giriş programı hasta düzeyinde gerekli medikal ve finansal verilerin mümkün olduğunca hızlı, doğru ve güvenli bir şekilde toplanması, hasta bazında TİG (Diagnosis Related Group) 'lerin otomatik oluşturulması ve de sonrasında gerekli analizlerin yapılabilmesi amacıyla geliştirilmiştir. TİG Klinik Veri Girişi internet üzerinden çalışan bir sistemdir.

Klinik kodlama biriminde üretilen hastanın klinik seyrini gösteren ICD 10 AM kodları veri tabanına TİG Klinik Veri Giriş programı aracılığı ile gönderilmekte. Hastane Bilgi Sisteminde yer alan hastaya ait demografi ve maliyet verileri alınarak XML dosyası aracılığı ile TİG Klinik Veri Giriş programına entegre edilmektedir. Programa kaydı yapılan her hasta için gruplama programı aracılığı ile nihai TİG oluşturur.



Şekil 1. TİG Oluşum Süreci

Klinik Maliyetlendirme

Klinik veriler, ülkemizde ve gelişmiş sağlık sistemlerinde klinik ve stratejik karar destek sistemlerinde kullanılmaktadır. Karşılaşılan en büyük zorluk bu verilerin gruplanıp analiz edilebilmesidir. Bunun için farklı ülkeler farklı yaklaşımlar sergilemişlerdir.

Mali veriler, ülkelerin muhasebe standartlarına göre şekillenen bir yapıda incelenmektedir. Ülkemizde Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS)'ne geçilmesinden bu yana standartlar oluşturulmuştur. Yönetim muhasebesi için ise temel kurallar belli olmakla birlikte genelde insiyatif yönetim muhasebesi uygulayan kurumlara bırakılmıştır. Sağlık işletmeleri diğer işletme tiplerinden farklılıkları göz önünde bulunularak irdelenmeli ve uygulamalar buna göre geliştirilmelidir (Hacettepe Üniversitesi, 2006).

Sağlık hizmeti sunumunda hasta hakkında idari ve klinik süreçleri içeren, değişik amaçlı kullanımlar için birçok veri toplanmaktadır. Bu verilerin bilgiye dönüştürülmesi ve niceliksel çalışmalar yapılabilmesi için sınıflandırılması ve kodlanması gerekmektedir.

Bir hastalık sınıflandırması, hastalık isimlerinin kesin kriterlere göre bir araya getirilmesinden oluşan bir kategoriler sistemi olarak tanımlanabilir. Tamamen teorik bir açıdan bakılırsa, sınıflandırmalar bu eksenlerden birine ya da diğerine dayanarak şekillendirilebilir. Fakat pratikte, hastalıkların vücudun birden fazla bölümünü etkileyebilmeleri, bazı hastalıkların nedeninin bilinmemesi ve bazı patolojik değişikliklerin özgün olmaması gibi nedenlerle hiçbir eksen tek başına yeterli değildir. Alternatif olarak, her bir hastalığın birkaç eksene göre sınıflandırıldığı, çok eksenli bir sınıflandırma kurulabilir ancak bu durum hastalığın tüm kriterlere göre tanımlanmasını gerektireceğinden kullanımı zorlaştırır.

Klinik maliyetlendirme (clinical costing), maliyet muhasebesi yöntemleri ile ünite bazında oluşturulan maliyetlerin klinik veriler ile birleştirilmesidir. Klinik veriler açısından ülkeler yukarıda bahsedilen farklı sınıflandırma sistemlerini kullanabilirler ve buna göre bir yönetim sistemi içerisinde karar destek aracı oluşturmaktadırlar. Gelişmiş sağlık sistemlerinde ülkeler kendi tanı ve prosedür kod sınıflamalarını kullanmaktadır. Örneğin Avustralya'da ICD 10 AM (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması 10. Versiyon Avustralya Uyarlaması) ve

ACHI (Avustralya Sağlık İşlemleri Sınıflandırması) gibi. Bu kodlama standartlarına göre de farklı gruplamalar oluşturulmaktadır. AR-TİG (TİG Avustralya Uyarlaması) gibi. Ülkemizde hastalık gruplamaları için bir çalışma olmadığı için ICD 10 AM ve ACHI üzerinden oluşturulan AR-TİG kullanılmaktadır.

Mali veriler açısından ise ülkeler genel kabul görmüş maliyet muhasebesi standartları kullanmaktadırlar. Ülkemizde her iki verinin birlikte kullanılması çalışmaları 2000'li yıllardan sonra başlamıştır. Hastanelerin daha etkin bir şekilde yönetiminin sağlanması amaçlanmaktadır. Bu çalışmalar ile elde edilen çıktılar ödeme kurumları tarafından fiyat verilerine ve bütçe planlamalarına temel oluşturacaktır.

1.4. TİG Maliyetleri ve TİG Bağıl Değerlerinin Hesaplanması

a) Veri toplama

Eğitimlerin ardından veri toplama çalışmalarına başlanmıştır. Veri toplama; TİG verileri, ek klinik veriler ve mali veriler olmak üzere 3 ana kısımda yapılmıştır.

b) TİG Verileri

Sağlık Bakanlığı'nın TİG veri tabanından 2011 yılına ait örneklem kapsamındaki hastanelerin oluşturduğu kayıtlar TİG verileri olarak alınmıştır. Sağlık Bakanlığı'ndan alınan TİG verilerinin yanı sıra belirlenen veri setine göre hastanelerden ek klinik veriler de toplanmıştır. Bu ek verilerin toplanma amacı, TİG düzeyinde yatan hasta sayılarının, yatılan gün sayılarının ve bu yatışlara ait oluşan hizmet kalemlerinin belirlenmesidir. Ayrıca bu veriler toplanırken, hastaneler tarafından veriler sisteme yüklenmeden önce geliştirilen ara yazılımla hastanın kimliğine ulaşılamayacak şekilde tek yönlü şifreleme gerçekleştirilmiştir.

c) Mali Veriler

Mali verilerin toplanması süreci, hastane için maliyet oluşturan tüm unsurların programa girişi amacı etrafında değerlendirilmiştir. Bu kapsamda hastane genel bütçe ve döner sermaye verileri üzerinde çalışılmıştır. Bu iki bütçe türü için 2011 yılı Bütçe Giderleri ve Ödeme Emirleri Cetveli ile Döner Sermaye Yıl Sonu Kesin Mizanı esas alınmıştır.

Mali verilerin toplanması, ilgili bilgileri toplamak için geliştirilen ekranlar aracılığı ile web üzerinden hastanelerin direkt verileri girmesi şeklinde yapılmıştır.

d) Veri işleme, kontrol ve doğrulama

Veri İşleme

Hastanelerden alınan ek klinik verileri ve hasta hizmet detayları, hastaların TİG verileri ile eşleştirilerek sisteme aktarılmıştır. Bu sayede TİG düzeyinde birçok veriye ulaşılmıştır.

Tutarlılık Kontrolleri

Mali iç tutarlılık

TDMS + GB (Genel Bütçe)

Toplam bazlı kontroller

Grup bazlı kontroller

- Mantıksal Tutarlılık Kontrolleri
  - İlaç, malzeme, laboratuvar, personel için Hasta Tedavi Şekli bazındaki kontroller
  - İlaç, malzeme, laboratuvar, personel 'in yüklendiği Bölüm bazlı kontroller
  - Endirekt gider yerlerinde olması zorunlu verilerin kontrolleri
- Sağlık Bakanlığı TİG Verileri ile hastane yatış hareketlerinin eşleştirilmesi
- Sağlık Bakanlığı TİG Verileri ile SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) verilerinin eşleştirilmesi

Hesaplamalar

- Kullanılan dağıtım teknikleri
  - YHS (Yatan Hasta Sayısı)
  - YGS (Yatılan Gün Sayısı)
  - SUT
  - Karma (YGS + SUT)

- Gerçekleştirilen hesaplama kırılımları
  - Türkiye bazlı
  - Hastene tipleri bazlı
- Hacim tablosu
- Maliyet tablolarının oluşturulması
- Analiz tablosunun oluşturulması

2. TEŞHİSLE İLİŞKİLİ GRUPLAR VERİLERİ KAPSAMINDA DİYABET VAKALARI: HASTANELER ARASI KARŞILAŞTIRMA VE DEĞERLENDİRMELER

2.1. Çalışmanın Amacı

Bu çalışma ile seçilmiş hastanelerde TİG diyabet vakaları karşılaştırılarak hastaneler arasında benzerlik ve farklılıklar ortaya konarak değerlendirmeler yapılacak ve ortaya çıkan sonuçlara göre önerilerde bulunulacaktır.

2.2. Veriler, Varsayımlar, Kapsam ve Sınırlılıklar

Sağlık Bakanlığından elde edilen veriler 2011 yılını kapsamaktadır. Temin edilen verilerin doğru olduğu varsayılmıştır. Veriler diyabet vakalarına ait olup, 2'si Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve 2'si Devlet Hastanesi olmak üzere 4 adet Sağlık Bakanlığı Hastanesini kapsamaktadır. Çalışmanın daha yönetilebilir olması açısından hastane sayısı sınırlı tutulmuş ve bu vaka türü açısından nispeten daha yoğun hizmet veren hastanelere ait veriler temin edilmiştir.

İlgili hastaneler ve temel istatistiki verileri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Örneklem Hastane Temel İstatistikleri, 2011

Hastaneler	Yatak Sayısı	Yatak Doluluk Oranı (%)	Ortalama Kalış Günü
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Antalya EAH)	904	74,8	5,1
Batman Bölge Devlet Hastanesi	279	52,6	3,5
Denizli Servergazi Devlet Hastanesi	304	73,4	3,1
İzmir Bozkaya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH)	688	72,3	4,9

Mevcut 666 TİG içerisinde diyabet TİG vakaları K01Z : Ayak, Diyabetik Ayak İşlemleri, K60A : Diyabet, Katastrofik/Şiddetli KK (Komplikasyon / Komorbidite) Bulunan, K60B : Diyabet, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan olmak üzere 3 adet diyabetle ilgili TİG çeşidi mevcuttur. Bu üç TİG çeşidi MTS(Majör Tanı Sınıfı) - 10 Endokrin, Nutrisyonel (Beslenme) ve Metabolik Hastalıklar grubunda yer almaktadır ve bu TİG çeşitleri aşağıdaki tablolarda belirtilen tanılar ile oluşmaktadır:

Tablo 3. K01Z: Ayak, Diyabetik Ayak İşlemleri Ana Tanı Kodları

No	Tanı Kodu	Tanı Açıklaması
1	E11.9	İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan
2	E11.8	İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte
3	E10.8	Tanımlanmamış komplikasyon ile birlikte Tip 1 diyabetes mellitus
4	E10.9	Komplikasyonsuz Tip 1 diyabetes mellitus
5	E14.9	Komplikasyonsuz tanımlanmamış diyabetes mellitus
6	E13.8	Tanımlanmamış komplikasyon ile birlikte diğer tanımlanmış diyabetes mellitus
7	E14.8	Tanımlanmamış komplikasyon ile birlikte tanımlanmamış diyabetes mellitus
8	E13.9	Komplikasyonsuz diğer tanımlanmış diyabetes mellitus

Tablo 4. K60A: Diyabet, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunan Ana Tanı Kodları

No	Tanı Kodu	Tanı Açıklaması
1	E10.9	Komplikasyonsuz Tip 1 diyabetes mellitus
2	E10.8	Tanımlanmamış komplikasyon ile birlikte Tip 1 diyabetes mellitus
3	E11.9	İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan
4	E11.8	İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte
5	E14.9	Komplikasyonsuz tanımlanmamış diyabetes mellitus
6	E13.9	Komplikasyonsuz diğer tanımlanmış diyabetes mellitus
7	E13.8	Tanımlanmamış komplikasyon ile birlikte diğer tanımlanmış diyabetes mellitus
8	E14.8	Tanımlanmamış komplikasyon ile birlikte tanımlanmamış diyabetes mellitus

Tablo 5. K60B: Diyabet, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan Ana Tanı Kodları

No	Tanı Kodu	Tanı Açıklaması
1	E10.9	Komplikasyonsuz Tip 1 diyabetes mellitus
2	E14.9	Komplikasyonsuz tanımlanmamış diyabetes mellitus
3	E10.8	Tanımlanmamış komplikasyon ile birlikte Tip 1 diyabetes mellitus
4	E11.9	İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitüs, komplikasyonları olmayan
5	E13.8	Tanımlanmamış komplikasyon ile birlikte diğer tanımlanmış diyabetes mellitus
6	E11.8	İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, tanımlanmamış komplikasyonlarla birlikte
7	E13.9	Komplikasyonsuz diğer tanımlanmış diyabetes mellitus
8	E14.8	Tanımlanmamış komplikasyon ile birlikte tanımlanmamış diyabetes mellitus

Temin edilen veriler ham halde olup, 2011 yılında 4 hastanede görülen toplam 1523 adet diyabet vakalarına ait demografik (yaş ve cinsiyet) ve klinik (atandıkları diyabet TİG'leri) verileri içermektedir. Ayrıca Diyabet Bağıl Değer verisi olarak Avustralya Bağıl Değerleri, TİG algoritması olarak da yine Avustralya Uyarlaması (AR-DRG(TİG)) kullanılmıştır.

2.3. Diyabet Vakalarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırması

Temin edilen veriler hastane bazında cinsiyete göre ayrıştırılarak Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Diyabet Vakaları Cinsiyet Dağılımı

Hastaneler	Erkek		Kadın		Toplam
	Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)	
Antalya EAH	169	51	161	49	330
Batman Bölge Devlet Hastanesi	132	29	328	71	460
Denizli Servergazi Devlet Hastanesi	105	39	164	61	269
İzmir Bozkaya EAH	229	49	235	51	464
Toplam	**635**	**42**	**888**	**58**	**1523**

Tablo 6 değerlendirildiğinde sadece Antalya EAH'nde erkek diyabet vakalarının % 51 oran ile kadınlardan fazla olduğu görülmüştür. Diğer 3 hastanede kadın diyabet vaka oranları daha yüksek çıkmakta, Batman Bölge Devlet Hastanesinde ise bu oran % 71 oran ile en yüksek değere çıkmaktadır.

Bu kapsamda doğu bölgesinde diyabet vakalarının kadınlarda batı bölgelerine göre daha yüksek oranda görüldüğü söylenebilir. Ayrıca seçilmiş hastanelerde % 42 erkek, % 58 kadın diyabet vaka görülme oranları, bu vakaların kadınlarda daha sık görüldüğü ortaya çıkmıştır.

2.4.Diyabet Vakalarının Yaş Dağılımı Açısından Karşılaştırması

Temin edilen veriler hastane bazında yaş dağılımına göre ayrıştırılarak Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Diyabet Vakaları Yaş Dağılımı

Hastaneler	Ortalama Yaş	1 - 20 Yaş		21 - 44 Yaş		45 - 64 Yaş		65 Yaş ve üzeri		Toplam
		Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)	
Antalya EAH	53	16	5	78	24	142	43	94	28	330
Batman Bölge Devlet Hastanesi	52	16	3	102	22	248	54	94	20	460
Denizli Servergazi Devlet Hastanesi	62	4	1	25	9	115	43	125	46	269
İzmir Bozkaya EAH	57	7	2	80	17	228	49	149	32	464
Toplam	**56**	**43**	**3**	**285**	**19**	**733**	**48**	**462**	**30**	**1523**

Tablo 7'ye göre tüm hastanelerde ortalama yaş 56 olarak tespit edilmiştir.. Genel olarak yaş dağılımları incelendiğinde Denizli Servergazi Devlet Hastanesi dışındaki hastanelerin yaş dağılımı ortalama ile uyumlu iken, bu hastanede ortalama diyabet yaşı 62 olarak belirlenmiştir. Hastanenin verileri yaş dilimleri kapsamında değerlendirildiğinde 45 yaş ve üzeri görülen diyabet vakalarının diğer hastanelere göre daha yüksek oranda (%89) görüldüğü tespit edilmiştir. 45 yaş ve üzeri diyabet vakaları diğer hastanelerde %71 ile %81 arasında yer almakta olup, çalışmada yer alan 4 hastane ortalaması ise %78 olarak gerçekleşmiştir.

Bu kapsamda daha ayrıntılı bir değerlendirme yapmak amacıyla Diyabet TİG'leri kapsamında ve hastane bazında yaş ortalamaları Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. TİG Diyabet Vakaları Ortalama Yaş

Hastaneler	K01Z	K60A	K60B	Tüm Diyabet Vakaları
Antalya EAH	60	59	50	53
Batman Bölge Devlet Hastanesi	59	62	52	52
Denizli Servergazi Devlet Hastanesi	77	73	61	62
İzmir Bozkaya EAH	64	63	55	57
Ortalama	**61**	**63**	**54**	**56**

Tablo 8'de dikkat çeken husus K60B Diyabet vakasının (komplikasyon ve komorbiditesi bulunmayan diyabet vakası) yaş ortalamasının 54 ile en düşük olduğu, Antalya EAH'i de 50 yaş ortalaması ile de bu vakanın en düşük çıktığı hastane olmuştur. Antalya EAH'inde 45 yaş altı K60B diyabet vakası görülme oranı % 29 ile diğer hastanelere göre en yüksek çıkmıştır. Bu durumda diğerlerine göre daha küçük yaşlarda seyreden bu diyabet vakasının (K60B), daha genç yaşlardaki insanların genellikle bir kronik hastalıklarının olmaması sebebiyle komplikasyon ve ek hastalık içermeyen bu vaka türünün yaş ortalamasının daha düşük olması normal olarak karşılanmıştır.

2.5. Diyabet Vakalarının Vaka Sayıları Açısından Karşılaştırması

Diyabet vakaları TİG çeşitliliği ve hastane bazında vaka sayıları Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. TİG Diyabet Vaka Sayıları

Hastaneler	K01Z		K60A		K60B		Toplam Vakalar
	Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)	
Antalya EAH	81	25	36	11	213	65	330
Batman Bölge Devlet Hastanesi	8	2	11	2	441	96	460
Denizli Servergazi Devlet Hastanesi	1	0,4	10	4	258	96	269
İzmir Bozkaya EAH	27	6	90	19	347	75	464
Toplam	**117**	**8**	**147**	**10**	**1259**	**83**	**1523**

Tablo 9 incelendiğinde diyabet TİG'leri arasında yer alan K60B vakasının tüm hastanelerde ve genelde en yüksek oranda görülen vaka olduğu tespit edilmiştir. Nispeten daha genç yaşlarda görülen K60B diyabet vakası, komp-

likasyonsuz ve ek hastalık içermeyen diyabet çeşidini içermektedir. Bu kapsamda daha çok teşhisleri yeni konan ve kontrolü sağlanmış vakaların bu vaka içerisinde yer alabileceği değerlendirilmektedir.

Bu tabloda dikkat çeken bir diğer husus Antalya EAH'nde % 25'lik oran ile K01Z vakasının diğer hastanelere göre bariz olarak sık görülmüş olmasıdır. Yine İzmir Bozkaya EAH'nde de Diyabet vakaları açısından K60A vakası %19 oran ile diğer hastanelere göre bariz olarak yüksek görüldüğü ortaya çıkmıştır. K60A vakasında Antalya EAH %11 oran ile 2. sırada yer almıştır.

Ayrıca tablo, hastane türleri açısından da değerlendirmeye açık bir konum almıştır. Şöyle ki Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nin her ikisinde de K60B vakasının dışındaki Diyabet vakaları önemli sayılabilecek oranda görülmüşlerdir. K60B vakasının Bağıl Değerine bakıldığında 0,90 ile diğerlerine göre en düşük (K01Z=3,37 ve K60A=1,64) bağıl değere sahip diyabet vaka çeşidir. Bu durumda daha kompleks yani komplikasyon ve ek hastalık içeren diğer diyabet vakalarının Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde bulunduğu görülmüştür. Yine Devlet Hastanelerinin her ikisinde de en az kompleksliği içeren K60B diyabet vakaları çok yüksek oranlarda görülmüştür. Bu kapsamda ortaya çıkan bulgular, hastanelerin fonksiyon ve rollerine uygun bir görüntü oluşturmuştur.

2.6. Diyabet Vakalarının Ortalama Kalış Süreleri Açısından Karşılaştırması

Diyabet vakaları TİG Çeşitliliği ve hastane bazında ortalama kalış süreleri Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. TİG Diyabet Vakaları Ortalama Kalış Süreleri (Gün)

Hastaneler	K01Z	K60A	K60B	Tüm Diyabet Vakaları
Antalya EAH	15	9,2	6,1	8,6
Batman Bölge Devlet Hastanesi	17,3	8,5	6,1	6,4
Denizli Servergazi Devlet Hastanesi	16	3,9	4,1	4,1
İzmir Bozkaya EAH	21,6	10,1	8,1	9,4
Ortalama	**16,7**	**9,8**	**6,2**	**7,4**

Tablo 10 değerlendirildiğinde ortalama yatış günü açısından en yüksek K01Z (16,7 gün), sonra K60A (9,8 gün) vakası ve en az ise 6,2 gün ile de K60B vakası çıkmıştır. K60B TİG'inin nispeten genç insanlarda görülmesi ve ayrıca komplikasyonsuz ve ek hastalık içermemesi nedeniyle ortamla kalış süresinin az olması doğal karşılanmıştır.

Ortalama kalış süreleri açısından tüm diyabet vakalarında genel ve ayrı ayrı olarak Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Devlet Hastaneleri arasında belirgin farklılıklar olduğu görülmüştür. Daha az komplike vakaların yer aldığı Devlet Hastanelerinde ortalama kalış süreleri daha kısa, Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde ise daha uzun çıkmış olup, bu durumun da diyabet vaka çeşidi ve kompleksliği ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte her iki devlet hastanesi arasındaki farkın ise Batman'daki Devlet Hastanesinin bir 'Bölge Hastanesi' özelliği göstermesi nedeniyle çevre bölgelerden nispeten daha kompleks vakaların sevk ile ya da doğrudan bu hastaneye gelmesinden kaynaklanabileceğini düşündürmüştür.

2.7. Diyabet Vakalarının Taburculuk Durumları Açısından Karşılaştırması

Diyabet vakaları hastane bazında taburculuk durumlarına göre (oransal olarak, %) Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. TİG Diyabet Vakaları Taburculuk Durumları (Oran, %)

Hastaneler	Sevk	Ölüm	Şifa	Kendi İsteği	Servis Değişimi
Antalya EAH	0,6	2,4	80,9	16,1	0,0
Batman Bölge Devlet Hastanesi	1,3	0,0	86,7	12,0	0,0
Denizli Servergazi Devlet Hastanesi	0,0	0,0	99,3	0,7	0,0
İzmir Bozkaya EAH	0,4	1,7	94,0	1,3	2,6
Toplam	**0,7**	**1,1**	**89,9**	**7,6**	**0,8**

Tablo 11 değerlendirildiğinde tüm hastaneler bazında diyabet vakalarının % 89,9 oranında şifa sonucuyla taburcu edildikleri görülmüştür. Ölüm ile sonuçlanan taburcu durumu açısından bakıldığında sadece Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde görülmüş olması nedeniyle bu hastanelere gelen vakaların daha ağır seyrettiğini yine nitelemiştir. Ölüm ile sonuçlanan diyabet vakala-

rının % 56'sının K60A, % 38'inin K01Z ve % 6'sının ise K60B vakasından kaynaklandığı görülmüştür. Sevk ile taburculuk durumu açısından değerlendirildiğinde rakamların oldukça düşük olduğu, Batman Devlet Hastanesi'nde nispeten bu tür taburculuk durumunun daha çok yaşandığı görülmüştür. Dikkat çeken önemli bir nokta da kendi isteği ile hastaneden ayrılma durumu Antalya EAH ile Batman Bölge Devlet Hastanesi'nde diğer hastanelere göre çok yüksek oranda gerçekleşmiş olmasıdır. Sadece İzmir Bozkaya EAH'nde de % 2,6'lık oranda diyabet vakasından yatan hastaların başka hastalıkları ön plana çıkmış ya da ön planda olduğu farkedilmiş olması nedeniyle (ana tanı olarak) servis değiştirdikleri görülmüştür.

2.8. Diyabet Vakalarının Vaka Karma İndeksleri, Bağıl Değerler ve Geri Ödeme Açısından Karşılaştırması

Diyabet vakaları hastane bazında vaka karma indeksleri (VKİ) Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Diyabet Vaka Karma İndeksleri (VKİ)

Hastaneler	K01Z			K60A			K60B			Toplam Vaka Sayısı	Toplam Ağırlıklandırılmış Vaka	VKİ
	Bağıl Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka	Bağıl Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka	Bağıl Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka			
Antalya EAH	3,37	81	273	1,64	36	59	0,9	213	192	330	524	1,59
Batman Bölge Devlet Hastanesi	3,37	8	27	1,64	11	18	0,9	441	397	460	442	0,96
Denizli Servergazi Devlet Hastanesi	3,37	1	3	1,64	10	16	0,9	258	232	269	252	0,94
İzmir Bozkaya EAH	3,37	27	91	1,64	90	148	0,9	347	312	464	551	1,19
									Genel	**1523**	**1768**	**1,16**

Tablo 12 değerlendirildiğinde Vaka Karma İndeksi 1,59 ile en yüksek çıkan Antalya EAH'ne gelen diyabet vakalarının diğer hastanelere göre daha kompleks yapıda olduğu söylenebilir. Bu durumun temel sebebi de bağıl değeri en yüksek olan yani maliyet açısından diğer diyabet TİG'lerine göre daha maliyetli olan K01Z vakasını büyük oranda içermesi nedeniyle olduğu görülmüştür. Aynı şekilde Denizli Servergazi Devlet Hastanesi'nde yoğun olarak en düşük bağıl değere sahip diyabet vakası olan K60B vakası görülmüş olması sebebiyle VKİ en düşük çıkmıştır. Sonuç olarak burada da 3.Basamak hastaneler olan Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde vaka karma indeksleri 2.Basamak hastaneler olan Devlet Hastanelerinden yüksek çıkmıştır. Vaka karma indeksleri hastanelerin vaka kompleksliğini ifade ettiğinden hastaneler rollerine uygun vaka karma indekslerine sahip çıktıkları görülmüştür.

Diyabet vakaları TİG çeşitliliği ile hastane bazında bağıl değerleri ve geri ödemeye esas katsayıları Tablo 13'de gösterilmiştir.

Tablo 13. TİG Diyabet Vakalarına Göre Geri Ödeme Belirleme

Hastaneler	K01Z			K60A			K60B			Diyabet Vakaları Toplam Geri Ödeme Katsayısı
	Bağıl Değer	Oran (%)	Geri Ödeme Katsayısı	Bağıl Değer	Oran (%)	Geri Ödeme Katsayısı	Bağıl Değer	Oran (%)	Geri Ödeme Katsayısı	
Antalya EAH	3,37	25	83	1,64	11	18	0,9	65	58	159
Batman Bölge Devlet Hastanesi	3,37	2	6	1,64	2	4	0,9	96	86	96
Denizli Servergazi Devlet Hastanesi	3,37	0,4	1	1,64	4	6	0,9	96	86	94
İzmir Bozkaya EAH	3,37	6	20	1,64	19	32	0,9	75	67	119

Tablo 13 öncelikle bağıl değerler açısından değerlendirildiğinde ortalama kalış süreleri ile uyumlu olduğu görülmüştür. Yani ortalama kalış süresi en uzun olan K01Z TİG'inin bağıl değeri de en yüksek çıkmış (3,37); onu K60A (1,64) ve K60B (0,90) takip etmiştir. Ortalama kalış süresi de en düşük olan K60B TİG'inin komplikasyonsuz ve ek hastalıksız olması nedeniyle en düşük bağıl değere sahip olması normal karşılanmıştır.

Bağıl değerler TİG'ler arasındaki maliyet ilişkilerini yansıtmaktadır. Yani bağıl değeri diğerine göre yüksek olan bir TİG, diğer TİG'e göre daha yüksek maliyetle tedavi edilmektedir. Bunun nedenleri ortalama kalış süreleri olabileceği gibi, yapılan tanı ve tedavi işlemlerinin türü ve miktarı da önemli etkenlerdendir. Hesaplanan bu bağıl değerler göstermektedir ki; K01Z Ayak, Diyabetik Ayak İşlemleri TİG'i hastanelerde 3,37 bağıl değer ile en yüksek maliyetle tedavi edilmekte, K60B TİG'i ise en düşük maliyetle tedavi edilmektedir.

Hastanelerin mevcut diyabet TİG'leri üzerinden alacakları geri ödemeler açısından yapılan değerlendirmede en yüksek geri ödemeyi Antalya EAH'nin alacağı ortaya çıkmıştır. Veriler incelendiğinde en yüksek bağıl değere sahip K01Z TİG'inin en çok sayıda gerçekleştiği hastanenin Antalya EAH olduğu görülmüştür. Bu kapsamda TİG'lerin bağıl değeri önemli olmakta, ayrıca vaka sayıları da çarpan olarak yer alacağı için önemli bir etken olduğunu söylemek gerekir. Tablodaki değerlendirmede vaka sayıları ile çarpma işlemi yapılmamış hastaneler aynı düzleme çekilmek amacıyla diyabet TİG çeşitliliklerinde yer alan vaka sayılarının hastane diyabet vakaları içerisindeki oranları tespit edilmiştir. Böylece her hastane eşit duruma getirilerek TİG çeşitlilikleri ve mevcut bağıl değerlere göre alacağı geri ödeme miktarları için temel katsayılar tespit edilmiştir. Sonuç olarak elde edilen katsayılar sabit 1,0 TİG bağıl değer fiyatı ile çarpılacağından alacakları geri ödeme miktarlarının da oransal karşılaştırması yapılabilmiştir.

Tabloya göre Denizli Servergazi Devlet Hastanesi en az geri ödeme alacaktır, çünkü bağıl değeri en düşük olan K60B TİG'i diyabet TİG çeşitliliğinin % 96'sını içermektedir. Yine diğer Devlet Hastanesi olan Batman Bölge Devlet Hastanesi de en az geri ödeme alan 2. hastane konumunda olmuştur.

SONUÇ

2011 yılına ait diyabet vakalarından elde edilen verilerle 2'si Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2'si Devlet Hastanesi olmak üzere 4 Sağlık Bakanlığı hastanesinde yapılan çalışma sonuçlarını şöyle özetleyebiliriz:

- Diyabet vakaları kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir.

- Diyabet vakalarının yaş ortalaması 56 olup, genellikle yaşlı insanlarda görülmekte; ayrıca genç yaşlarda da görülme özelliği gösterebilmektedir.
- Yaş ve cinsiyet açısından; K01Z ve K60A vakaları benzer olup, bu her iki vaka da K60B vakası ile farklılık göstermektedir.
- Yaş ve cinsiyet açısından hastaneler arasında genel olarak farklılık bulunmamakta, ancak Batman Devlet Hastanesinde kadınlarda, Antalya EAH'sinde ortalama yaşın altında, Denizli Servergazi Devlet Hastanesi'nde ise ortalama yaşın üzerinde diğer hastanelere göre yoğun diyabet vakaları görülmüştür.
- Diyabet vakaları bağıl değerleri ile ortalama kalış süreleri uyumlu olup, aralarında pozitif yönde ilişki vardır.
- Hastanelerin alacakları geri ödemeleri, TİG çeşitlilikleri ve bağıl değerleri belirlemektedir. Bağıl değerleri yüksek olan TİG'lere sahip hastaneler daha yüksek geri ödemeler alacakları, bağıl değerleri daha düşük olan TİG'leri içeren hastaneler ise daha düşük geri ödemeler alacakları ortaya çıkmıştır.
- Diyabet vakaları açısından hastane Vaka Karma İndeksleri ile hastanelerin alacakları geri ödeme miktarları arasında pozitif yönlü ilişki olduğu görülmüştür. Vaka Karma İndeksleri ile hastane türleri arasında ilişki olduğu görülmüş, daha yüksek VKİ'ye sahip hastaneler Eğitim ve Araştırma Hastaneleri çıkmıştır.

Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde özellikle daha komplike olan vakalar Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde tedavi edilmesinden dolayı bu tür hastanelerde daha yüksek vaka maliyetleri görülmektedir. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin 3. Basamak sağlık kurumu olması nedeniyle eğitim ve araştırma fonksiyonu da bulunmakta, daha nitelikli ve profesyonel insan kaynakları görev yapmakta ve daha donanımlı tıbbi malzeme ve cihazlar kullanılmaktadır. Sağlık hizmeti geri ödemelerinde hastane türleri arasındaki farklılıkların göz önünde bulundurulmak suretiyle bağıl değerlerin belirlenmesi ile daha adaletli ve hakkaniyetli geri ödeme yapılmasına imkan sağlayacağı düşünülmektedir.

Ayrıca daha geniş bir evren ile çalışmanın yapılması daha doğru sonuçlar ortaya koyacağı ve diğer TİG vakaları için de benzer çalışmaların yapılması bu konuda rol alan aktörler açısından yol gösterici bilgiler sağlayacağı değerlendirilmektedir.

Son olarak neredeyse tüm gelişmiş ülkelerde uygulamaya geçmiş olan TİG uygulamasının sağlık kurumlarına daha adil ve bilimsel temelli bir finansman sağlamanın dışında; hastanelerin kuruluş yeri, kapasite ve hizmet türlerinin belirlenmesi, insan kaynakları planlaması ve donanım ihtiyaçlarının belirlenmesi, Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yönlendirilmesi gibi sağlığın her alanında yerel ve ulusal bazda önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Bu kapsamda TİG çalışmalarının ülke bazında hızlandırılması, sağlıklı TİG verilerinin teminine yönelik gerekli hukuki mevzuat, insan kaynakları ve diğer TİG sistemi altyapıların hızla tamamlanarak Türkiye'nin kendine özgü TİG algoritmasının oluşturulması için sağlık politikacılarının ve diğer ilgili aktörlerin gerekli kararlılığı göstermeleri gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Diyabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD); s. 15., 2013.
- Sağlık Bakanlığı Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı web sitesi, www.tig.saglik.gov.tr, Erişim Tarihi: 16/12/2013
- ŞENCAN. İrfan ve DEMİR. Mehmet; Teşhis İlişkili Gruplar İleri Klinik Kodlama Standartları Kitabı, Sağlık Bakanlığı, 2013.
- Tanı İlişkili Gruplar (TİG) e-Bülteni, "Maliyetlendirmeye İlişkin Sıkça Sorulan Sorular", Sayı:8, Mart – Nisan 2009, s. 16.
- TİG Uygulama Rehberi, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, 2011.
- Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirme Projesi, "Ulusal DRGs Geliştirilmesi Çalışmalarının Sonuçları", (D.B.3.2) Raporu, TCHEALTH Bilgi Teknolojileri Ltd.Şti, 18/12/2006.

Hekim Hasta İlişkisinin Psikolojik Boyutları

B. İzzet TAŞCI[1]

ÖZET

Sağlık çalışanları aleyhine açılan davalarda görülen artış, günümüzde sağlık çalışanları ve hastalar arasında kronik bir iletişimsizlik sorunu yaşandığını açıkça ortaya koymaktadır.

Sağlık kuruluşlarında çalışanlara yönelik şikâyetlerin; hatalı tıbbi uygulama (malpraktis) iddialarının yanı sıra, sağlık iletişimiyle de ilgili olduğu görülmektedir.

Hekim hasta ilişkilerinin psikolojik yönü yanında, girift bir hukuksal boyutu da bulunmaktadır.

Ulusal ve uluslararası çerçevede giderek çeşitlenen mevzuat alt yapısı hekimleri, hastalarla kurdukları iletişimde daha dikkatli olmaya zorlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: İletişim, Malpraktis, Tıp Mevzuatı

1 Sağlık Bakanlığı Denetim Hizmetleri Başkanlığı, Başdenetçi

Psychological Dimensions of Physician-Patient Relationship

ABSTRACT

Increasing in cases which is filed against health professionals, clearly reveals that there is a chronic problem of miscommunication between health workers and patients.

Complaints, againist for health workers, seen that releated on comunication problems besides malpractice.

Physician-patient relations have complicated law dimensions besides psychological aspects.

The national and international regulatory infrastructure, which are increasingly diversifcated, reinforces to be more careful to doctors, about communications with their patients.

Key Words: Communication, Malpractice, Medical Law

GİRİŞ

Sağlık personeline başvuran hastalar, çaresizlikleri nedeniyle sağlık personelinden belli bir beklenti içerisinde bulunmaktadırlar.

Sağlık personelinden yardım isteyen hastalar, sağlık personeliyle daha ilk temaslarında, sağlık personelinin kendilerine karşı olumsuz bir tutumuyla karşılaşmaları durumunda, sağlık personeliyle sağlıklı bir iletişim kuramayacaklardır. (Çelik, 2008:29)

Yapılan akademik çalışmalar; hastaların, hekimlerin kendileriyle kurdukları iletişimden çeşitli açılardan memnun olmadıklarını, hastaların hekimlerden memnuniyetsizliğinin, genelde kendileriyle ilgili tıbbi konularda doktorlardan doyurucu bilgi alamamalarından kaynaklandığını göstermektedir.

Bu yöndeki çalışmalar, doktorlardan hastalara, hastaların tedavi yöntemleri ve tedavi süreçlerine ilişkin bilgi aktarımının yetersiz olduğunu teyit etmektedir. (Çiftçioğlu ve Ordun, 2010:109-118)

Günümüzde, sağlık çalışanları ve hastalar arasında kronik bir iletişimsizlik sorunu yaşandığı açıkça görülmektedir.

Sağlık çalışanları aleyhine açılan davalarda görülen artış trendine ilave olarak, Alo 184, BİMER ve SABİM gibi şikâyet hatlarına yoğun talep de bu iletişimsizliğin basit yansımaları olarak karşımıza çıkmaktadır.

Söz konusu şikâyetlerin artışında, başta Sağlık Bakanlığı Şikâyet Hattı (Alo 184) olmak üzere, Başbakanlık İletişim Merkezi (BİMER), Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) ve Hastane Hasta Hakları Birimleri gibi, hastaların kolayca şikâyetlerini dile getirecekleri birimlerin kurulmasının yanı sıra, Avrupa Birliği Uyum Yasalarının etkisi (Demirhan, 2010) ve medya organlarının bazı konulara dikkat çekmesi sonucu, konuyla ilgili farkındalık düzeylerindeki artışın da etkisinin olduğu söylenebilir. (Radikal, 05/07/2010).

Sağlık kuruluşlarında çalışanlara yönelik şikâyetlerin; hatalı tıbbi uygulama iddialarının yanı sıra, yeterli tıbbi bilgi alamama, hekim seçme hakkının ihlali, hasta mahremiyetinin ihlâli, hasta haklarına saygı gösterilmemesi, iletişimsizlik sonucu sağlık hizmeti alamama gibi, konuları kapsadığı görülmektedir. (Demirhan, 2010)

*Şikâ*yet konusu olan konuların sağlık iletişimiyle doğrudan ilgili olduğu ve her birinin farklı hukuksal boyutlarının da bulunduğu kolayca görülebilecek niteliktedir.

Sağlık çalışanlarının hastalarla iletişimi, değerli bir beceri olmakla kalmayıp, aynı zamanda doktorun teşhisini doğru koymasına ve hastalık tedavisini daha etkin kılmasına yardımcı önemli bir öğedir.

Bazı akademisyenler tıp alanındaki iletişim sorununun gerçek olmaktan çok, bir algı sorunu olduğunu iddia etmekteyseler de gerçekleri algılamamız da ancak iletişimle mümkün olmaktadır.

Hastayla iletişim, tıbbi bakımın ve tedavinin tatmin edilen düzeye çıkmasını sağlar. Hastalar, iletişim sorunları nedeniyle doktor değiştirmekten memnun değildirler.

Hastaların, medyanın da etkisinde kalarak yersiz yere ileri teknoloji gerektiren bazı testler talep etmeleri, doktorlarla bu konuda çeşitli tartışmalara girmeleri, doktorları mutsuz kılarken, hastalar da taleplerinin karşılanmadığından yakınmaktadırlar. (Desmond ve Copeland, 2010)

Hekim ile hasta arasında anlaşma, uzlaşma ve iletişimin sağlanması zorunludur.

Hekimler hastane ortamının doğal parçaları olarak doğrudan hastalara hizmet vermelerinin yanısıra, hastalar ve yakınlarıyla da iletişim kurarak onların bilgilenmelerini sağlamakta ve gereksiz kaygılara düşmelerini de önlemektedirler. Bu durum, hekimlerin hasta insanların ve onların yakınlarının yaşamındaki önemini belirginleştirmektedir. (Uyer, 2000;90-84)

Hastaların hekimleri değerlendirmesindeki en önemli unsurlardan bir tanesi, hekimin hastasıyla kurduğu iletişim tarzıdır.

Hekimin etkili iletişimsel becerilerini kullanması, hastaların hekimleri tercih etme nedenlerinden birisidir. (Karsavuran vd., 2011:191)

Hekim hasta iletişiminde; hekimin hastasına karşı ilgili olması, hastasına sabır göstermesi, güler yüzlü ve hoşgörülü olması, hastalara karşı saygılı olması, her hastaya hekimin eşit davranması, hekimin hastanın güvenini kazanması, hekimin hastayla yardım edici nitelikte bir iletişim kurması hekimlere tavsiye edilen iletişim biçimleridir. (Çelik, 2008)

Günümüzdeki gelişen teknoloji ve ileri tedavi tekniklerine rağmen hasta hekim ilişkilerinin tedavi süreçlerini ve başarı oranını etkilediği görülmektedir. Sadece yüzeysel olarak yapılan tedavilerde bile psikolojik yaklaşım başarıyı artırmaktadır. Hekimin hastasına karşı ilgisi, hastalık hakkındaki bilgisi, hekimin deneyimi, tedavinin ekonomik boyutu ve hekim ile hasta arasındaki dostluk ilişkisi tedavinin başarısını yükseltmektedir (Müezzinoğlu, 2011: 88-89).

Diğer taraftan hekim hasta ilişkilerinin girift bir hukuksal boyutu da bulunmaktadır. Ulusal ve uluslararası çerçevede giderek çeşitlenen mevzuat alt yapısı, hekimleri hastalarla kurdukları iletişimde daha dikkatli olmaya zorlamaktadır.

1. HEKİM HASTA İLİŞKİSİNİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

Tıp çok farklı yönleri ve uygulamaları olan bir bilim dalıdır. Teknolojinin yanısıra iletişim becerileri de tıbbî uygulamalara dâhildir. İşin içine iletişim becerilerinin de girmesi tıp bilimini bir sanat haline sokar.

Hekimlerin çoğu, tıp mesleğinin teknik yönünde iyi olsalar bile, hastalarıyla kurdukları iletişimde eğer zayıflarsa hasta memnuniyetini sağlayamazlar. Hastalarla iletişim kuramayan doktorun pratikte ne bildiğinin fiilen önemi kalmamaktadır. (Uğur, 2012)

Hekim hasta ilişkisi literatürde; "sosyal etkileşim kuramları" çerçevesinde ele alınmaktadır. Bu kurama göre; iki insanın arasındaki ilişki durumunda, eğer ilişkide bulunanlardan biri, ilişki kurduğu diğerinden kendi hedeflerine ulaşmada fayda sağlayacaksa, bu ilişkiden tatmin olmaktadır.

Hastalar, sorunlarının çözümleri için aciz olduklarını kabul ederek hekimlere başvurmaktadır. Hekimlerle hastalar arasındaki ilişki, bilgi asimetrisi nedeniyle hekimlerin kontrolünde gerçekleşmektedir. Hastalar aldıkları hizmetin niteliği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları için "hekimlerin kendilerine karşı davranışlarını ve gösterdikleri ilgiyi" esas alarak hekimlerden memnuniyetlerini ifade etmektedirler. (Çiftçioğlu ve Ordun, 2010:109-118)

Hasta ile hekim arasındaki ilişki, hekimin her anlamda baskın olduğu bir ilişkidir. Hasta durumu hakkında yeterli bilgiye sahip değildir. Hekim ile hasta arasındaki ilişkiye bu açıdan bakıldığında "hasta hakları" kavramı, hastaların korunması ve desteklenmesi açısından çok önemlidir. (Hatun, 2002:129)

2. HEKİM HASTA İLİŞKİSİNDE MODELLER

Doktorlar ve hastalar arasındaki ilişki modelleri literatürde Babacıl (Paternalistic), Bilgilendirici (Informative), Yorumlayıcı (Interpretive) ve Müzakereci (Delibrative) olarak tasnif edilmiştir. (Kalender ve Uludağ, 2004:117-132)

Babacıl Modelde, hekim hastaya en iyi tedavi yöntemini belirtmekte ve hastayı seçici bilgilendirmeyle karşı karşıya bırakmaktadır. Bu modelde hekim hasta için en iyiyi kendisinin bildiği iddiasındadır.

Bilgilendirici modelde hekim alternatifleriyle beraber tedavi yöntemlerini hastaya sunar ve bunlardan bir tercih yapmasını hastadan talep eder. Bu modelde doktor, hastaya kendi kararını vermesi için yardımcı olan "teknik uzman" konumundadır.

Yorumlayıcı modelde, hekim hastasının ne istediğini anlamaya çalıştıktan sonra bunu hastasına açıklayarak paylaşır ve hastasının ne istediğini hastasıyla birlikte yorumlar. Yorumlayıcı modelde en iyi tedavi yöntemine, "hastayla birlikte" karar vermeye çalışılır.

Son model müzakereci model olup, karşılıklı görüşme sonucu hekim hastasına en iyi ve olması gerektiğine inandığı tedavi yöntemini söyler ve hastasıyla bu durumu tartışarak, onun kafasındaki soru işaretlerini kaldırmaya çalışır ve bunun neticesinde de hastasının tatmin olmasını sağlar. (Karsavuran vd., 2011:197-199)

Hastanın "tıbbi karara ortak edilmesi" gibi bir hayati süreç çerçevesinde hekim ile hasta tipleri arasındaki, farklı etkileşim tiplerinin bilinmesi, patrikte kullanılabilecek eğitim metotlarının öğrenilmesinin yanı sıra, konu hakkında uzun dönemde sağlanacak uluslararası bilgi birikimi ve kaynak ağının oluşturulması açısından da yararlı olacaktır. (Özçakır, 2004:411-415)

3. HEKİM VE HASTA ARASINDAKİ İLİŞKİLER VE TEDAVİ SÜREÇLERİ

Doktorların, hastalara karşı çeşitli sebeplerle ilgisiz davranmaları, sabırsız davranışlar sergilemeleri, hastalara karşı hoşgörüsüz bir tutum takınmaları ve hasta haklarına saygı göstermemelerinin "tedavi süreçlerini olumsuz etkilediği" bulguları sürpriz değildir. (Çelik, 2008:37-44)

Etkin bir sağlık sisteminde, sağlık sorunlarının büyük bir kısmının birinci basamak sağlık kuruluşlarında çözümlenebildiği bilinmektedir.

Araştırmalarda, birinci basamak sağlık hekimlerinin daha maliyet-ekin davrandığı saptanmış, bunun da hastalarla daha etkili iletişim kurmalarından kaynaklandığı değerlendirmelerinde bulunulmuştur. (Yarış ve Dikici, 2008:41-43)

Akademik araştırmalara göre; hastalara koyulan kesin tanıların yaklaşık % 70 kadarı hastaların hikâyesine dayanmaktadır. Dinleme becerisini daha iyi kullanan sağlık çalışanları daha doğru kararlar verirler. Hastalarla iletişim becerisi bir öğrenme sürecidir. Dinleme becerilerini aktif olarak kullanan sağlık çalışanları, zamandan tasarruf ederler. Çünkü, iyi bir hasta öyküsü alma, yanlış hastalıkla uğraşma veya hastanın mükerrer olarak aynı hastalık için aynı doktoru ziyaret etmesini de önleyecektir.

Hastayı iyi dinleme, iyi iletişim tekniklerini kullanma, daha sadık hasta kitlesinin oluşumuna da yardımcı olacaktır. İyi bir iletişim becerisi, hastalar ve sağlık çalışanları için karşılıklı tatmini artıracak, hasta ile doktor arasındaki uyum oranını yükseltecek, hastanın tedaviye daha iyi yanıt vermesini temin edecek, hastaya daha yüksek ve nitelikli bakım verilmesine olanak sağlayacaktır. Diğer taraftan daha iyi iletişim teknikleri kullanılarak, daha iyi bir tıp uygulaması yapılamasa dahi, sorunlu durumlarda açılan dava sayısının azaltılabileceği de ileri sürülmektedir. (Desmond ve Copeland, 2010:6-7)

Amerikan kaynaklı araştırmalarda; sadece fizik muayene, röntgen, ultrason, ilâç ve cerrahi yöntemlerle tedavinin hastaları memnun etmediği, hastalarla kendi tedavileri konusunda bilgi ve fikir alışverişi yapılmadan, hastanın tam olarak ne istediğini anlaşılmadan ve onun kararlarına saygı göstermeden yapılan tedavinin olumsuz sonuçlara yol açtığı ifade olunmaktadır. (Desmond ve Copeland, 2010:1-9)

4. İLETİŞİM SORUNLARININ TEDAVİYE ETKİLERİ

İletişim konusunda yaşanan önemli bir sorun; hekimlerin çok dilli ve çok kültürlü ortamlarda çalışmak durumunda kalmaları esnasında yaşadıkları iletişim sorunlarıdır.

Hekim, tedavisini üstlendiği etnik grubun dilini öğrenemese bile, bu grubun kültürüne ilgi göstermelidir. Hekim, inandırıcılığını artırmanın yollarını bul-

malı, hastaya sorununun ne olduğunu, somut olarak anlayabileceği bir şekilde ifade edebilmelidir.

Bir femur kırığını hastaya anlatmak kolaydır. Ancak, özellikle psikiyatrik tedavilerde hastaya yapılan işlemi anlatmak kolay değildir.

Literatürde, tedavi için "serotonin geri alım inhibitörü" başladığı bir hastasına durumu "Senin beynindeki sinir uçlarını alçıya aldım." şeklinde izah eden doktorun, bu izah tarzının hasta üzerinde olumlu etki yaptığı ifade edilmektedir. Konversiyon semptomuyla gelen hastalarda iletişimin çok önemli olduğu, özellikle Doğu Anadolu yöresinde kadınların sıkıntılarını ifade etmelerinin başlıca yöntemi olan konversiyon hastalıklarının altındaki "bedensel rahatsızlık olguları" dikkate alındığında hastayla iletişimin ne derece önemli olduğu bir kez daha ortaya çıkmaktadır. (Cimili, 1995:13-15)

İletişim, hastanın hekime güven duymasını sağlayan en önemli faktörlerden birisidir. Hekime güven duymayan hastalar hekimlerinin önerilerine uymamakta, tedavilerini yarım bırakmaktadır.

Hastanın hekime güven durmasını sağlayacak temel araçlardan bir tanesi iletişim becerileridir. Doğru bir teknikle kurulan iletişimin hasta üzerindeki olumlu etkileri ve iletişimsizliğin hasta üzerindeki olumsuz etkileri dikkate alınırsa hekimlerin iletişim becerilerini geliştirmesi kaçınılmaz hale gelmektedir. (Karsavuran vd., 2011)

Hastaya doğru tanının konulabilmesi için gerekli olan doğru veriler ancak iletişimle elde edilebilir. Konulan teşhisin hastaya açıklanması, hastanın sağlık personelinin önerilerine uyma yüzdesini artırır. Sağlık hizmetlerinden memnun kalan bir hastanın, tekrar hekime gereksinim duyduğu takdirde, büyük bir olasılıkla aynı hastane ve hekimi seçeceği akademik çalışmalarla ispatlanmıştır.

Her ne kadar hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, gelir durumu, yerleşim yeri, hastalığın tanısı, tedavisi ve hastanın yatış süresi, kişiler arası etkileşim gibi unsurlar, hasta memnuniyetini etkilese de (Özer ve Çakıl, 2007:140-143) hasta ve sağlık personeli arasındaki etkiletişim; hasta tatmini ve hizmet kalitesini etkileyen en önemli faktördür. (Kavuncubaşı, 2000:291-304)

Hastayla tedavide işbirliğinin sağlanması, hastanın tedirginliğinin giderilmesi ancak iletişimle mümkündür.

Tıbbın çalışma alanı, insan vücudu olduğu için, hata olasılığının olabildiğince minimize edilmesi gerekir. İletişim, bu olasılığın minimize edilmesi açısından çok önemlidir. Tedavinin başarısı aynı zamanda hasta hekim ilişkisinin de gücüne ve şekline bağlıdır. (Karsavuran vd., 2011)

5. HEKİMLERİN İLETİŞİM AÇISINDAN EĞİTİMİ

Hekimlere iletişim becerilerinin daha tıp fakültesindeyken "eğitimle" kazandırılması önemlidir.

Hekimlere; ilişkiyi yapılandırma, görüşmeyi başlatma, bilgi toplama, hastanın bakış açısını anlama, bilgiyi paylaşma, yapılması gerekenler hakkında hastayla görüş birliğine varma ve görüşmeyi bitirme aşamaları gibi iletişim aşamaları üzerinde eğitim verilmesi önerilerek, tıp öğrencisinin temel eğitim süreci esnasında hekimlik rolüne hazırlanması ve hekim adaylarının edindiği mesleki tecrübelerin yanı sıra insani yönlerinin de eğitim esnasında geliştirilmesinin, hekim hasta ilişkisinde yaşanan sorunları azaltacağı literatürde değerlendirilmektedir. (Atıcı, 2005)

Hekim hasta ilişkisinde birçok faktörün etkili olduğu tespit olunmuştur. Hastanın yaşı, cinsiyeti, etnik kökeni iletişimde önemli roller oynamaktadır. Hastaların doktorların karşısında dile getiremedikleri sorunlarının olduğu, bazı sorularını uygun olmayacağı gerekçesiyle doktorlara soramadıkları, muayene sürecinin aceleye geldiği, doktorların kendilerine iyi bakmayacakları endişelerini taşıdıkları, doktordan gelecek tepkilerden çekindikleri, buna karşılık doktorların da hastaların kendilerine karşı bilgi taleplerinden çoğu zaman habersiz oldukları saptanmıştır. (Cirhinlioğlu, 2001:74)

Diğer taraftan hekim hasta ilişkisini; hekim ile hasta arasında kurulan ilişki modeli, iletişim, hastanın biyopsiko sosyal açıdan değerlendirilmesi, güven, hekim ve çağın hastalık kavramları, tanı ve tedavi yöntemleri, hekimden kaynaklanan durumlar, hastalıktan kaynaklanan durumlar, sağlık sistemlerinden kaynaklanan durumlar, bilimsel ve teknik gelişim, tıp etiği eğitimi gibi unsurların etkilediği dile getirilmektedir. (Atıcı:2007:91-96)

Sağlık Hizmetlerinde; teknik kalite, hizmetin kalitesi ve sağlık çalışanlarıyla hastalar arasındaki ilişkinin kalitesi olmak üzere, temel üç kalite unsurundan söz edilmektedir.

Bu çerçevede ele alınan iletişim kalitesizliği, hastaların hoşnutsuzluğuna yol açar ve hekime güven duyma sorununu ortaya çıkarır. Bu durum, hastanın tedavisinden vazgeçmesine veya başka tedavi yolları aramasına sebep olur ve hatta bu süreç hastaların tedavilerinin yeterince iyi yapılmadığı endişesiyle haklarını aramak için doktorların aleyhine dava açmalarına kadar uzanabilir. (Erdemir ve Elçioğlu, 2000)

Bu veriler ışığında, hekim hasta ilişkisinde iletişim becerilerinin yanlış tedavi tehlikesini azaltacağı, gelişen ve zenginleşen tıbbi uygulamalara vesile olacağı ve sağlık çalışanları için kişisel ve mesleki başarıyı da beraberinde getireceği, hekimler ve hastalar arasında yaşanan sorunların yargıya götürülmesi sıklığını azaltacağı kuşkusuzdur.

Hasta hekim ilişkisinde kurulacak doğru iletişim; etik değerlerin, hasta haklarının ve hekimin yasal sorumluluklarının yerine getirilmesinde kilit rol oynar. Bu sebeple hekimlerimize daha tıp eğitimlerini sürdürdükleri sırada; iletişim ve empati gibi konularda temel bilgilerin verilmesi yerinde olacaktır.

6. SONUÇ

Hekimliğin temelinde insan sevgisi vardır. Ancak, hekimler mesleklerini icra ederlerken çok yönlü ve çok boyutlu bir sürecin içerisindedirler. Teşhis, tedavi ve tıbbi bakım sürecinin; hastayı, hekimi ve diğer tarafları tatmin etmesi için hekimle hasta arasındaki ilişkinin doğru kurulması gerekir.

Hekim mesleğini iyi icra edebilmek ve hastaları da hem tıbbî, hem de duygusal yönden tatmin edebilmek için iletişim pratiklerini iyi bilmeli ve iyi uygulamalıdır.

Hastaların ihtiyaçları, sadece tıbbi gereksinimlerle sınırlı olmayıp, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönleri de olan bir bütündür. Hastanın motive edilmesi, hastanın endişe ve korkularının giderilmesi, hekim hasta ilişkisindeki sürecin psikolojik yönünü oluşturmaktadır.

Hekim hasta ilişkisinde, güç doktorlardan yanadır. Bu sebeple doktorun hastalara karşı hoşgörülü olması gerektiği kuşkusuzdur.

Hastaların tanı ve tedavi sürecine katılması yeni bir eğilimdir. Bu durum hekimin de lehine olup, hastayla beraber hukukî sorumluluğun da paylaşılması söz konusudur.

Tıp etiği, hekim hasta ilişkisinde öncelikle zarar vermeme ilkesine dayanır. Dürüstlük, karşılıklı yarar sağlama ve özerklik ilkeleri herkesçe bilinen tıbbi etik kurallardır. Hekimin bilgisini tıbbi amaçlar dışında kullanmaması, hastasına gereksiz harcama yaptırmaması, hastasına gerekli zamanı ayırması, hastasına saygı göstermesi, hastanın mahremiyetine dikkat etmesi, hastasına eleştirel bir tutum takınmaması, hastalara karşı basit bir dil kullanılması; hem etik, hem de psikolojik yönleri olan ilkelerdir.

Hekimlerin hastalarla ilişkilerinde; insan yaşamını koruma, meslek kurallarına uygun davranma, hasta haklarına özen gösterme, doğru teşhis koyma, en uygun tedaviyi seçme, malpraktisten kaçınma, hastaya gereken dikkat ve özeni gösterme, sır saklama, bildirilmesi zorunlu suçları ihbar etme, hasta kayıtlarını eksiksiz tutma yükümlülüklerini unutmamaları gerekir.

Bu hususlara dikkat edilmediği takdirde hekimlerin idari, mali ve hukuki sorumlukları gündeme gelecektir.

5237 Sayılı Ceza Kanunu hekimlerimize ağır sorumluluklar yüklemektedir. Bu sorumlulukların altından kalkılabilmesi için hekimlerimizin sorumlulukları ve görevleri hakkındaki düzenlemeleri öğrenmeleri gerekmektedir. Aksi takdirde bilgisizliğin, tecrübesizliğin ve dikkatsizliğin yol açacağı olası sonuçlarla, birçok hekimimizin cezai yaptırımlarla karşı karşıya gelmesi kaçınılmazdır.

KAYNAKÇA

- ATICI, Elif (2005), Erişkin Lösemili Hastalarda Hasta Hekim İlişkisinin Tıp Etiği İlkeleri Açısından İncelenmesi, Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
- ATICI, Elif (2007), "Hasta- Hekim İlişkisi Etkileyen Unsurlar" Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, sayı:33 (2), Bursa.
- CİMİLİ Can (1995), "Periferide Psikiyatri Deneyimi", Kriz Dergisi, 1995:3, 10-12.
- CİRHİNLİOĞLU, Zafer (2001), Sağlık Sosyolojisi, Nobel Yayınları, Ankara.

- ÇELİK, Fatih (2008), Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta İle Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- ÇİFTÇİOĞLU, B. Aydem ve ORDUN, Güven (2010), "Hastaların Hekimlerin Kendileri ile Kurdukları İletişimden Memnuniyet Düzeylerinin Ölçümüne Yönelik Araştırma" Öneri Dergisi, 2010:34, 109-118.
- DEMİR, Mehmet (2008), "Hekimlik Sözleşmesinden Doğan Sorumluluğun Koşulları" Sağlık Hukuku Kurultayı 1-3 Kasım 2007 Ankara, Ankara Barosu Yayınları, Ankara.
- DEMİRHAN, Nilgün (2010), "Hasta Şikâyetlerinin Hukuksal Boyutu" Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2010:16, 35-45.
- DESMOND, Joanne ve COPELAND, Lanny R. (2010), Günümüz Hastasıyla İletişim, YAMAÇ, Deniz ve TEKİN, Ercüent (Çev.), Ankara, Efil Yayınevi.
- ERDEMİR, Ayşegül Demirhan ve Elçioğlu, Ömür. Ş., (2000), Tıp Etiği Işığında Hasta ve Hekim Hakları, Ankara, Türkiye Klinikleri Yayınevi
- HATUN, Şükrü (2002), Hekim Kendisini de Tedavinin Bir Parçası Olarak Sunar, İstanbul, İletişim Yayınları.
- KALENDER, Ahmet ve Uludağ, AYHAN (2004), "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesinde Doktor Hasta İlişkisinin Rolü" Amme İdaresi Dergisi, 2004:4, 117-132.
- KARSAVURAN, Seda, KAYA, Sıdıka ve AKTURAN, Saadet (2011), "Hasta Hekim İletişiminde Güven: Bir Genel Cerrahi Polikliniği Örneği" Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2011:2, 185-212.
- KAVUNCUBAŞI, Şahin (2000), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara: Siyasal Kitapevi. 291-304.
- MÜEZZİNOĞLU, Ali Eşref (2011), "Hasta-Hekim İlişkilerinde Psikolojik Yaklaşımlar" Dergi Dergisi, Eylül/Ekim 2011.
- ÖZÇAKIR Alis (2004), "Hekim Hasta İlişkisi: Karar Verme Sürecinde Hastanın Yeri" Türkiye Klinikleri Dergisi, 2004:24, ss.411-415.
- RADİKAL GAZETESİ, "Hastalar En Çok Hizmetten Şikâyetçi", (Yayın Tarihi: 05/07/2010)
- UĞUR, Ayeşenur Asuman (2012), Hastalar ve Yakınları ile Doğru iletişim Nasıl Kurulmalı?, http://www.saglikaktuel.com/yazdir/haber/hastalar-ve-yakinlari-ile-dogru-iletisim-nasil-kurulmali-14979.htm. (11/01/2013)
- UYER, Gülten (2000), "Hemşire ve Hasta İletişimin Hasta Yönünden Önemi", Türkiye Klinikleri Dergisi, 2000:8, ss.90-94.
- YARIŞ, Füsun ve DİKİCİ, Mustafa Fevzi (2008), "Hastaların Tedaviye Uyumu ve İletişim." Aile Hekimliği Dergisi, 2008:3, ss.40-43.

Farmakoekonomi ve Grip Aşısının Maliyet-Fayda Analizi

Emine ÇETİN[1]
İsmail AĞIRBAŞ[2]

ÖZET

Bu çalışmada Türkiye'de 15-64 yaş grubunda yer alan kişiler için grip aşısının maliyet-faydasını bulmak amaçlanmıştır. Çalışma sosyal perspektif ile yapılmış; ulaşılabilen tüm maliyetler ve sağlık çıktıları dikkate alınmıştır. Çalışmanın karar aşamalarını ve belirlenen stratejileri değerlendirmek için karar ağacı yöntemi kullanılmıştır. Grip hastalığının yaygınlığı, aşının etkililiği, doktora başvuru, komplikasyon gelişme ve yatarak tedavi olasılıkları literatürden alınmıştır. Maliyetler 2012 yılı fiyatları ile ve fayda Kazanılan Kaliteye Ayarlanmış Günler *(Quality-Adjusted Days Gained-QADG*) ve Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılları (*Quality-Adjusted Life Years-QALYs*) cinsinden ölçülmüştür. Tüm maliyetler aynı yıl içerisinde gerçekleştiğinden iskonto yapılmamıştır. Çalışma sonucunda, değerlendirilen aşılama stratejilerinin aşılama yapılmamasına göre hem maliyet tasarrufu hem de fayda sağladığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ekonomik Değerlendirme, Farmakoekonomi, Maliyet-Fayda Analizi, Grip Aşısı, 15-64 Yaş Nüfus.

1 Öğretim Görevlisi, Uşak Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yönetim ve Organizasyon Bölümü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, cetinemine@gmail.com

2 Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü, agirbasismail@yahoo.com

Pharmacoeconomics and Cost-Utulity Analysis of Influenza Vaccination

ABSTRACT

The aim of the this study to determine the cost-utility of influenza vaccination for healthy working adults influenza (from 15 to 64 years old) from a societial perspective. A decision tree waas conducted to simulate point of decision. The probability of the given influenza, the effectivenes of the vaccine, the visit to phisician, the complications and the hospitalization were derived from literature. The costs of events was taken acording to 2012 prices. The outcome of health states indicated qality-adjusted days gained (QADG) and qality-adjusted life years (QALYs) gained. Because all evets ocur same years discounting was not performend. The result of the study is every rate of vaccination, in the analisis gains cost saving and utulity.

Key Words: Economic Evaluation, Pharmacoeconomics, Cost-Utulity Analisis, İnfluenza Vaccination, 15-65 Years Old Population.

GİRİŞ

Farmakoekonomi; sağlık ekonomisinin ilaç tedavilerinin maliyet ve yararlarına odaklanmış dalı olarak tanımlanmaktadır (Ahuja ve diğ., 2004). Bir başka tanıma göre ise farmakoekonomi; sağlık ekonomisinin farmasötik ürünler ile ilgilenen özelleşmiş şekli ve farmasötik ürün ve hizmetlerin insan, sağlık sistemi ve toplum üzerine etkilerini incelerken bu ürünlerin maliyetini de değerlendiren sosyal bir bilim olarak ifade edilmiştir. Farmakoekonominin öncelikli amaçlarından birisi, hangi sağlık hizmetinin harcanacak her lira için en fazla sağlık sonucu yarattığını belirlemektir (Wertheimer ve Chaney, 2003). Bu alandaki çalışmalar kaynak tahsisi ve fayda düzeyinin belirlenmesinde bir çıkış noktası işlevi görmektedir (Ahuja vd., 2004).

Son dönemde farmakoekonominin önemi bazı nedenler ile artmıştır. İlk olarak dünya ülkelerinin sağlık harcamaları GSMH'larından daha hızlı artmaktadır. Bununla birlikte sağlık harcamaları içerisinde de ilaca ayrılan paydaki artış sağlık harcamalarından daha hızlı artmaktadır (Wertheimer ve Chaney, 2003). Birçok ülkenin sağlık harcamalarının %10-15'ini ilaç harcamaları oluşturmaktadır ve toplam sağlık harcamaları içerisinde personel giderlerinden sonra ikinci sırada yer almaktadır. İkinci olarak, harcamalardaki gerçek artışın yanında; ilaç harcamalarının diğer sağlık harcamalarına göre daha kolay ayrıştırılabilmesine ek olarak, ilaçların sorumsuzca reçete edildiği, ilaç fiyatlarının olması gerekenden daha yüksek olduğu ve ilaç sektörünün çok fazla karlı olduğu gibi algılar bu alana olan ilginin artmasına neden olmuştur. (Walley, 2004). Son olarak bir hastalığı yönelik çok sayıda ilacın olması ve bilinçlenmiş tüketiciler farmakolojik ürün için ekonomik değerlendirmeyi gerekli hale getirmiştir. Sağlık ürün ve hizmetlerinin artan maliyetleri hastalar, sağlık çalışanları, politikacılar, sigorta şirketleri ve toplumun büyük ilgisini çekmektedir (Wertheimer ve Chaney 2003). Sayılan nedenlerin sonucu olarak ilaç geliştirme süreçlerinde etkinlik ve güvenliğin belirlenmesinin ardından IV. faz, ilacın maliyet-etkililiğini belirlemesini içeren farmakoekonomik çalışmalar gerekli bir süreç haline gelmiştir (Walley ve Haycox, 1197: 343).

İlaç maliyetlerini azaltma çabalarının diğer tarafında tıbbi tedaviler içerisinde ilaçların önemin de gittikçe artıyor olması yer almaktadır. Bu nedenle karar

vericiler, ilaçların fiyatları/harcamaları kadar elde edilen faydayı da göz önünde bulundurarak bu alanı değerlendirmelidir (Walley, 2004). Farmasötikler ve diğer teröpatik girişimler toplum sağlığına önemli katkı sağlamaktadır. Yeni geliştirilen ilaçlar birçok hastalığa bağlı ölümleri büyük oranda azaltmıştır. İlaç tedavisi hastanede yatan hastaların etkili bir tedavi almaları konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Tedavilerdeki payı ile kıyaslandığında hastane bütçeleri içerisinde ilaç harcamaları küçük bir yer tutmaktadır. Hastanede kalış sürelerinin yıllar içerisinde azalması bir ölçüde etkili ilaç tedavisi ile açıklanabilmektedir (Bootman vd.,1996). Diğer bir görüşe göre ise ilaç harcamaları hastaneye yatışlarını azaltmakta, diğer girişimlerden daha ucuza mal olmakta ve daha iyi sağlık çıktısı üretmektedir. Sonuç olarak kaynakları verimli kullanmayı sağlıyor olabileceği düşünülmektedir (Walley, 2004).

Farmakoekonomik değerlendirme yöntemleri ile şu sorulara cevap bulmak mümkündür:

- Belirli bir hasta/hastalık için en iyi ilaç hangisidir?
- Hastane kodekslerine hangi ilaçlar alınmalıdır?
- İlaç üreticisi için geliştirilmesi en iyi ilaç hangisidir?
- Hangi ilaçlar geri ödeme sistemine alınmalıdır?
- İlaç sayesinde kazanılan QALYs başına maliyet nedir?
- Farklı tedavi protokollerinin sağlık çıktısı nedir? (Bootman vd. 1996).

Farmakoekonomi uygulamalarının temel amaçlarından birisi klinik ve politik karar alma süreçlerine katkı sağlamaktır. Farmakoekonominin doğru uygulanması sayesinde klinisyenler ve yöneticiler yaptıkları iş ne olursa olsun daha iyi kararlar alabilmektedir. Bir farmakoekonomik karar üç temel sorunu değerlendirmelidir: Ekonomik, klinik ve insani çıktı (*humanistic outcomes*). Geleneksel olarak ilaç ile ilgili kararlar sadece güvenlik ve klinik etkililik gibi klinik sonuçlara dayanırken, son yıllarda değerlendirilen parametreler içerisine ekonomik sonuçlar da dahil edilmiştir. Var olan trend insani sonuçlar ile ekonomik kararları birlikte değerlendirmektir. Farmakoekonomik uygulamalar ile bu üç kriterin bir arada değerlenmesi sağlanmış olmaktadır. Farmakoekonomik veriler ilaç bileşimlerine karar verilmesi, hastaya verilecek tedavinin

belirlenmesi, tedavi protokolleri ve kaynak tahsisi gibi tek bir hastadan sağlık sisteminin bütününe uzanan bir aralıkta çeşitli kararlara destek sağlayabilmektedir (Trask, 2011).

Farmakolojik ürünlerin maliyet ve sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılabilecek çok sayıda ekonomik analiz bulunmaktadır. Bu analizler başta Maliyet-Etkililik Analizi (*Cost-Effectiveness Analysis*), Maliyet-Yarar Analizi (*Cost-Benefit Analysis*) ve Maliyet-Fayda Analizi (*Cost-Utility Analysis*) olmak üzere, maliyet Minimizasyonu (*Cost-Minimisation Analysis*), Hastalıkların Maliyeti Çalışmaları (*Cost-of-Illness Studis*) ve Maliyet-Sonuç Analizidir (*Cost-Concequences Analysis*). Bu analizlerden hangisinin kullanılacağı analiz sonuçlarının kullanılacağı yere, değerlendirilmek istenen girişime ve ulaşılabilinen sağlık çıktılarına bağlıdır. Söz konusu analizlerin farklı birbirlerine üstün oldukları yönleri bulunmaktadır (Drummond vd., 2005).

GRİP AŞISININ MALİYET-FAYDA ANALİZİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmanın Alanı

Grip hastalığı her yıl toplam işgücünün %5-10'unun ve milyarlarca liranın kaybına neden olmaktadır (Rothberg ve Rose, 2005). ABD'de her yıl influenza (grip) enfeksiyonlarına bağlı 30 000'in üzerinde ölüm, 200 000'nin üzerinde hastane yatışı ve milyonlarca doktor ziyareti gerçekleşmektedir. Genel olarak sağlıklı ve bir kronik hastalığı olmayan bireylerde ölüm olasılığı düşünülmemekle birlikte, insandan insana geçişin arttığı durumlarda influenza virüsünün aşılanmamış kişilerde komplikasyonlar ve ölüme neden olabileceği düşünülmektedir. Ölüm gerçekleşmesi beklenmese de 15-64 yaş nüfusun toplumun aktif çalışma dönemindeki kesimini oluşturması önemli işgücü kayıplarına neden olmaktadır (Muenning ve Kahn, 2001).

0-6 yaş çocukların, kronik hastalığı olanların ve 65 yaş üzeri nüfusun aşılanması DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) ve T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından önerilmekte olup, ekonomik çalışmalar da maliyet tasarrufu sağladığını göstermektedir. Ancak nüfusun büyük kısmını oluşturan 15-64 yaş grubunda ve bir sağlık sorunu olmayan

kişilerin aşılanıp aşılanmaması konusunda net bir karar oluşturulamamıştır. Bu kararsızlığın nedenlerinden ilki tüm toplumun aşılanması belki aşı yapılmasa da hastalanmayacak olan kişileri aşının basit yan etkilerine ve/veya çok ender olsa da *Guillain-Barre* sendromuna maruz kalmalarına neden olabileceğidir. Diğer neden ise geniş kesimlerin aşılanmasının getireceği maliyetin, daha küçük bir grubun hastalığının tedavisini aşıp aşmayacağıdır (Muenning ve Khan, 2001).

Enfeksiyon hastalıklarında aşılama kişileri hastalıklardan direkt korumasının yanında, toplumun geri kalan üyelerine hastalık geçişini de engellemesi sayesinde endirekt koruma da sağlamaktadır. Bazı durumlarda aşılamanın endirekt toplumsal faydası direkt kişisel faydayı aşabilmektedir. Grip hastalığının da bir tür enfeksiyon hastalığı olması, hatta birçok enfeksiyon hastalığına göre çok daha kolay bulaşabiliyor ve yaygın olması nedeni verilen önemi hak etmektedir. Ibuka vd. **ç**alışma sonuçlarına göre hastalığın geçişleri de dikkate alındığında toplumun %10'unun aşılanması ile %17'sine koruma sağlanabileceği görülmüştür. Aşılama oranlarının belirli bir miktara kadar (%40) artırılması, yine geçişlerin engellenmesi nedeni ile etkililik oranının artmasını sağlamaktadır. Sırası ile toplumun %20, %30 ve %40 oranlarında aşılanması hastalıktan %36, %63 ve %95 koruma sağlamaktadır (Ibuka vd. 2012:442-444).

Ortalama bir grip sezonunda hastalığın yaygınlığı yaklaşık %35 olarak gerçekleşmektedir. Salgınların olduğu dönemlerde hastalığın görülme oranı %70'lere ulaşabilmekte ve çok sayıda ölüme neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalar toplumun %20'sinin aşılanması ile %35 yani ortalama bir sezon için yeterli koruma sağladığını göstermiştir (Ibuka vd. 2012).

Çalışmanın Amacı

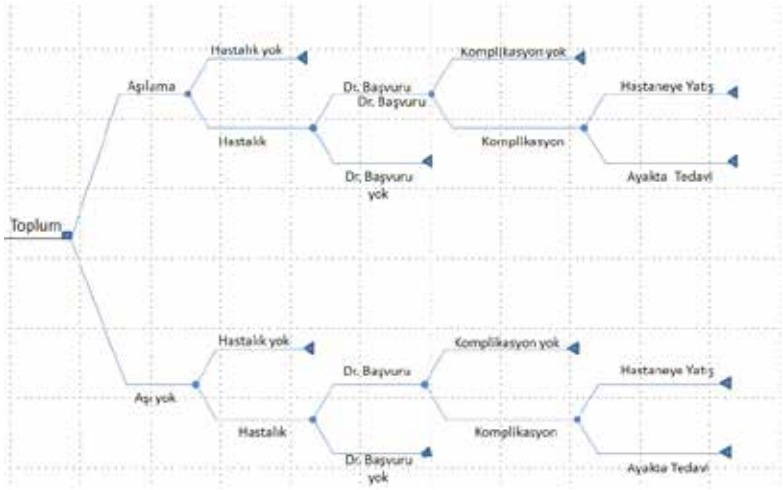
Bu çalışmada Türkiye'de yaşayan, herhangi bir kronik hastalığı olmadığı kabul edilen, 15-64 yaş nüfusun %0, %10, %20, %30 ve %40 oranlarında aşılanmasının maliyet-fayda oralarının bulunması amaçlanmıştır. Analiz sosyal perspektif ile yapılmış olup, ulaşılabilir tüm maliyetler ve sağlık çıktıları analize alınmıştır.

Çalışmanın Metodu

Çalışmada grip aşısının maliyet ve sağlık çıktılarının değerlendirilmesinde maliyet-fayda analizi kullanılmıştır. Bu yöntemin tercih edilme nedeni diğer ekonomik değerlendirme yöntemlerinin içerisinde maliyet-fayda analizinin yaşam kalitesi değişimlerini değerlendirmeye en uygun yöntem olmasıdır (Drummond vd. 2005).

Çalışmanın fayda verilerinin hesaplanmasında hastalıktan etkilenilen günlerde gerçekleşmesi beklenen yaşam kalitesi değişimleri; 1 mükemmel sağlık, 0 (sıfır) ölümü göstermek üzere, sağlık kalitesi indeksi (*the Quality of Well-Being Index*) ile ölçülmüştür (Rothberg ve Rose, 2005:70). İndeks ile ölçülmüş olan değerler ile belli sağlık statüsünde geçen sürenin ağırlıklandırılması sonucunda kazanılan kaliteye ayarlanmış günler *(Quality-Adjusted Days Gained-QADG*) bulunmaktadır. QADG değerinin 365'e bölünmesi ile kazanılan kaliteye ayarlanmış yaşam yılları (*quality-adjusted life years*- QALYs*)* hesaplanabilmektedir.

Çalışmada aşılama ile ilgili karar aşamalarını göstermek üzere karar ağacı kullanılmıştır. Her dört stratejide de aynı karar aşamalarının olması nedeni yalnızca aşı yapılması ve yapılmaması metot üzerinde gösterilmiştir. İlgili karar ağacı şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1: Grip Aşısı Uygulanmasında Oluşabilecek Durumların Karar Ağacı Yöntemi İle Gösterimi.

Çalışmanın Verileri

Çalışmanın evreni 15-64 yaş grubunda bulunan çalışma çağındaki nüfus olarak belirlenmiştir. Bu nüfus TÜİK verilerine göre 31 Aralık 2012 tarihi itibarı ile 51 088 202 kişidir ve toplam nüfusun % 67,6'sını oluşturmaktadır (TÜİK).

Maliyet Verileri

Çalışmada değerlendirilen maliyetleri direkt maliyetler ve üretim kayıpları (endirekt maliyetler) olarak ikiye ayırmak mümkündür. Direkt maliyetler kapsamında; aşı ve diğer ilaç tutarları, hizmet sunucularının ücretleri ve hizmete ulaşım bedeli değerlendirilmiştir. Üretim kayıpları türünde ise, hastanın aşı yaptırmak, tedavi almak ve hastalık nedeni ile dinlenmek için işinden uzak kaldığı süreler değerlendirilmiştir. Girişimin tüm maliyetleri 2012 yılı fiyatları içerisinde gerçekleştiğinden iskonto yapılmamıştır.

Ücret hesaplamalarında toplumsal perspektif ile analizlerde vergilerinin transfer harcaması olması nedeni ile dikkate alınmamış, net ücretler kullanılmıştır. Hemşire maaşı 2 200 TL ve bir aile hekiminin ortalama ücreti ise 4 000 TL olarak kabul edilmiştir. Hemşirenin ve doktorun ayda ortalama 20 gün ve günde 8 saat çalıştığı kabul edilmiştir. Hemşirenin dakikalık ücreti 0,23 TL, doktorun dakikalık ise 0,41 TL bulunmuştur. Hizmet alıcıların/hastaların zaman kaybı maliyetlerinin hesaplanmasında iki ayrı yol izlenmiştir. Aşı yaptırmak ve poliklinik muayenesi için işten uzak kalmak istihdam temelli olması nedeni ile ortalama bir kestirimde bulunmak için en düşük memur maaşı alınmış ve saatlik 0,95 TL bulunmuştur. Hastanede yatarak tedavi evde istirahat nedeni 2012 yılında milli geliri temel alınmıştır. 2012 yılında milli gelir 10505$ olarak gerçekleşmiş olup, ilgili döviz kuru ve kişi sayısı dikkate alınarak saatlik 2,16 TL hesaplanmıştır. Hizmete ulaşım bedeli gidiş geliş minibüs ücreti olarak 4 TL alınmıştır.

Çalışmanın maliyet başlıkları karar ağacı üzerinde gösterilen süreçlerden kaynaklanmaktadır. Farklı oranlarda aşılama yapılması ve yapılmaması durumunda grip hastalığına yakalananlar olmaktadır. Hastalığın hafif seyretmesi durumunda bazı hastalar süreci evlerinde dinlenerek ve beslenme düzenlemeleri ile geçirirken bir kısmı doktora başvurmayı tercih etmektedir.

Ancak her iki durumda da hastanın işgücü kaybı olmaktadır. Doktora başvuru durumunda iş gücü kaybına ek olarak hizmete erişim maliyeti, doktor ve hemşirenin hasta muayenesi için harcadığı zaman ve reçete bedelinin maliyetlere eklemesi gerekmektedir. Hastaların önemli bir kısmı bu süreçte iyileşirken bir kısmında gribe bağlı komplikasyonlar gelişebilmekte ve ilave antibiyotik kullanımına ihtiyaç duyabilmektedir. Komplikasyon görülen grubun yine bir kısmı ayakta tedavi ile iyileşememekte ve yatarak tedaviye ihtiyaç duyabilmektedir.

Aşılama maliyetlerinin hesaplanmasında; aşının birim maliyeti (10 TL), hemşirenin ücreti (5 dk), hastanın işinden uzak kalma süresi (1 saat), kişinin hizmete ulaşım bedeli alınmıştır.

Grip hastalığının görülmesi durumunda her hastalığa bağlı olarak, ortalama 2,8 gün işgücü kaybı yaşanmaktadır. Grip hastalığına maruz kalanların %40'ı doktora başvurmaktadır. Doktora başvuruda gerçekleşecek ücretler; işgücü kaybına ek olarak hemşirenin ücreti (15 dk), hekim ücreti (15 dk), hastanın muayene nedeni ile işinden uzak kalması, hizmete erişim bedeli ve tedavi için reçete edilen ilaçların tutarlarından oluşmaktadır. İlaç bedelini bulmak için girip teşhisi için düzenlenmiş olan reçeteler incelenmiştir. İncelenen reçetelerden en düşük 9,22 TL, en yüksek 59,63TL olmak üzere ortalama 28,725TL maliyet oluştuğu sonucuna ulaşılmıştır.

Grip hastalığında en sık görülen komplikasyon pnömonidir. Pnömoni şiddetine bağlı olarak ayakta veya yatarak tedavi edilebilmektedir. Ayakta tedavilerde hizmet maliyeti olarak hekimin ve hemşirenin 15 dakikalık ücretleri, hastanın iyileşmesi için gerekli 7 günlük istirahat zamanının parasal karşılığı ve ortalama reçete bedeli alınmıştır. Ayakta tedavinin ortalama ilaç maliyetini bulmak için yine düzenlenmiş reçeteler incelenmiştir. Reçete tutarları en düşük 13,68 TL, en yüksek 41,13 TL ve ortalama 23,18 TL olarak bulunmuştur.

Yatarak tedavilerin maliyetinin belirlenmesi için Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir üçüncü basamak sağlık kuruluşunda tedavi edilen hastalara ilişkin faturalar incelenmiştir. İncelen faturalar sonucunda ortalama yatış süresi 7,22 gün ve ortalama tedavi tutarı 1541,28 TL olarak bulunmuştur. Hastanın işinden uzak

kalma süresi hastanede yattığı ve evinde istirahat ettiği süre toplamı 14 gün olarak kabul edilmiştir. Hastane yatış ücretlerine işçilik ücretleri de dahil edildiğinden çalışanların maliyeti ayrıca hesaplanmamış, yatışlar nedeni ile oluşacak işgücü kaybında sadece hasta değerlendirilmiştir.

Çalışmanın Etkililik ve Fayda Verileri

Çalışmanın etkilik verisi grip aşısının toplumu grip hastalığı ve komplikasyonlarından koruma düzeyi olarak belirlenmiştir. Etkililik verisinin faydaya dönüştürülmesinde bazı aşamalar izlenmiştir. İlk olarak koruma düzeyinin dışında kalanların grip hastalığı ve komplikasyon vaka sayıları bulunmuş, ardından her vakada yaşam kalitesi etkilenen günler bulunmuştur. Hastalığa maruz kalınan günler ile hastalık durumlarında beklenilen yaşam kalitesinin çarpılması ile hastalık nedeni ile kaybedilen yaşam günleri (fayda) bulunmuştur. Aşı yapılmaması durumu referans olarak kabul edilerek, bu durumda gerçekleşmesi beklenen fayda kayıplarından daha az gerçekleşen kayıp kazanım olarak değerlendirilmiştir. Bu önermenin analize uygulanmasında her aşılama oranında kaybedilen yaşam günleri, aşı yapılmaması durumundaki kayıptan çıkarılarak kazılan kaliteye ayarlanmış yaşam günleri (QADG) bulunmuştur. En son aşamada ise QALYs hesaplanmıştır.

Hastane yatış oranı, hastaların doktora başvurma olasılığı, komplikasyon gelişme olasılığı, hastalık durumunda beklenen yaşam kalitesi düzeyi literatürden alınmıştır. Literatür verilerine göre yaşam kalitesi grip hastalığı durumunda 0,6, hastane yatışında 0,4 ve aşıya bağlı gelişen yan etkilerde 0,999 olarak gerçekleşmektedir (Rothberg ve Rose, 2005). Literatürde ayakta geçirilen pnömoni yaşam kalitesi için bir değer belirlenmemiş olup, yazarlar tarafından 0,5 değeri atanmıştır.

Çalışmanın Varsayımları

- Her grip hastalığı durumunda 2,8 gün, ayakta geçirilen pnomoni durumunda 7 ve yatarak tedavide 14 gün işgücü ve yaşam kalitesi kaybı gerçekleştiği kabul edilmiştir.
- Gençlerde grip nedeni ölüm görülme olasılığının çok az olmasından ve yeterli verinin olmamasından dolayı ölüm gerçekleşmediği kabul edilmiştir.

- Çalışmada normal bir grip sezonu olduğu kabul edilmiş ve hastalığın yaygınlığı %35 alınmıştır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

- Çalışmada Türkiye'ye ait verilere ulaşılamadığından, uluslararası olasılıklar değerlendirilmiştir.
- Girişimlere atfedilebilecek sabit maliyetlere ulaşılamamıştır.
- Gribin en sık görülen komplikasyonu olması nedeni ile pnömoni değerlendirilmiş, diğer komplikasyonlar değerlendirilememiştir.

ÇALIŞMANIN BULGULARI

Maliyet Bulguları

Çalışmada topluma %0, %10, %20, %30 ve %40 oranında aşı yapılması olarak beş strateji değerlendirilmişti. Bu stratejilere ilişkin maliyetler tablo 1'de verilmiştir. Analiz bulgularına göre en pahalı strateji hiç aşılama yapılmaması olup, 3.575.439.593,8 TL olarak gerçekleşeceği hesaplanmıştır. Bu stratejinin maliyetinin diğer stratejilerden oldukça yüksek olduğu ve aşılama yüzdesi arttıkça toplam maliyetlerin düştüğü görülmektedir. En ucuz strateji ise toplumun %40'nın aşılanması olup 517.337.326,0 TL olarak bulunmuştur. Diğer bir ifade ile toplumun %40'ının aşılanması hiç aşılanmamasına göre 6,9 kat tasarruf sağlamaktadır.

Tablo 1. Aşılama Stratejilerinin Maliyet Başlıkları.

Aşılama Oranı	Aşılama	Grip Hastalığı	Pnömoni	Yatarak Tedavi	Toplam Maliyet	Kişi Başı Maliyet
0,00	0,0	2.697.508.153,8	715.824.896,7	162.106.543,3	3.575.439.593,8	70,0
0,10	82.073.196,5	1.969.180.952,3	522.552.174,6	118.337.776,6	2.692.144.100,0	52,7
0,20	164.146.393,0	1.857.893.989,2	458.127.933,9	103.748.187,7	2.583.916.503,9	50,6
0,30	246.219.589,5	1.074.094.962,5	264.855.211,8	59.979.421,0	1.645.149.184,9	32,2
0,40	328.292.786,1	145.147.967,9	35.791.244,8	8.105.327,2	517.337.326,0	10,1

Aşılama stratejilerin maliyet kaynaklarının yüzdelik dağılımı tablo 2'de verilmiştir. Bulgulara göre aşılama oranı arttıkça uygulama maliyetlerinin arttığı, buna karşın grip hastalığı ve komplikasyonlarına bağlı maliyetlerinin düştüğü görülmektedir. Aşılama oranının 0 (sıfır) olması durumunda tüm maliyetler

hastalık ve komplikasyonlarına bağlı oluşmakta iken, %40 olması durumunda bu oran %36,5 olarak gerçekleşmektedir.

Tablo 2. Aşılama Stratejilerinin Aşılama ve Hastalık Maliyetleri Dağılımları (%).

Aşılama Oranı	Aşı Maliyeti %si	Grip Maliyeti %si	Pnömoni Maliyeti %si	Yatarak Tedavi Maliyeti %si	Toplam
0,00	0,0	75,4	20,0	4,5	100,0
0,10	3,0	73,1	19,4	4,4	100,0
0,20	6,4	71,9	17,7	4,0	100,0
0,30	15,0	65,3	16,1	3,6	100,0
0,40	63,5	28,1	6,9	1,6	100,0

Hastalığın önemli işgücü kayıplarına yol açtığının bilinmesi nedeni ile aşılama oranlarının değerlendirilebileceği bir başka yaklaşım da toplam maliyetler içerisinde işgücü kaybı oranı olup tablo 3'te verilmiştir. İş gücü kaybı bakımından yine en yüksek oran hiç aşılama yapılmaması durumunda görülmekte olup, toplam maliyetlerin %92,4 olarak bulunmuştur. Diğer aşılama stratejilerinde, iş gücü kaybı maliyetlerinin aşılama oranı ile ters orantılı olarak değiştiği ve %31,8'e kadar düştüğü görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre toplumun %40'ının aşılanması ile işgücü kayıpları %69,3 azaltılabilmektedir.

Tablo 3. Aşılama Stratejilerinin İşgücü Kayıplarının Kaynakları.

Aşılama Oranı	Aşı	Grip	Pnömoni	Yatarak Tedavi	Toplam İşgücü Kaybı	Toplam Maliyet İçerisindeki Oran
0,00	0,0	2.562.510.190,2	640.627.547,5	51.116.280,8	3.254.254.018,5	92,4
0,10	4.782.963,0	1.870.632.438,8	467.658.109,7	37.314.885,0	2.380.388.396,5	89,7
0,20	9.565.926,0	1.640.006.521,7	410.001.630,4	32.714.419,7	2.092.288.497,9	82,2
0,30	14.348.889,0	948.128.770,4	237.032.192,6	18.913.023,9	1.218.422.875,9	75,2
0,4	19.131.852,0	128.125.509,5	32.031.377,4	2.555.814,0	181.844.552,9	35,7

Fayda Bulguları

Çalışmanın fayda bulguları tablo 4'te gösterilmiştir. Öncelikle aşılama oranları ile ilişkili sağlık statülerine bağlı kaybedilen QADG hesaplanmıştır. Ardından QADG değerleri QALYs olarak hesaplanmıştır. Analiz sonucunda normal bir grip sezonunda grip hastalığı ve komplikasyonlarına bağlı olarak 73.659,4

QALYs, yani 73.659,4 tam sağlıklı yaşam yılı kaybedilmektedir. Aşılama oranlarının artırılması ile kayıpların hızla azalarak 3.739,0 QALYs'e düştüğü görülmektedir.

Tablo 4. Aşılama Stratejilerinde Kaybedilen QALYs.

Aşılama Oranları	Aşı	Grip	Pnömoni	Yatarak Tedavi	Toplam
0,0	0,0	54.867,3	17.146,0	1.646,0	73.659,4
0,1	14,0	40.053,2	12.516,6	1.201,6	53.785,4
0,2	28,0	35.115,1	10.973,5	1.053,5	47.170,0
0,3	42,0	20.300,9	6.344,0	609,0	27.296,0
0,4	56,0	2.743,4	857,3	82,3	3.739,0

Analiz çıktısının kazanılan QALYs başına maliyet olarak hesaplanması gerektiğinden tablo 4 verileri kullanılarak aşılama sayesinde kazanılan QALYs değerleri hesaplanmış olup tablo 5'te verilmiştir. Hesaplamada her aşılama oranının kaybedilen QALYs değerleri aşı yapılmamasında oluşan değerden çıkarılmıştır. Aşılama yapılmadığında negatif veya pozitif hiçbir fayda sağlanamamış olduğundan bu stratejinin faydası sıfır bulunmuştur.

Analiz bulgularına göre aşılama oranın artması ile birlikte kazanılan QALYs değerleri, kaybedilen QALYs değerlerinin tersi olarak artmaktadır. En yüksek faydayı sağlayan strateji olan toplumun %40'nın aşılanması ile 69.920,4 tam kaliteli yaşam yılı kazanılacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 5. Aşılama Sayesinde Kazanılan QALYs.

Aşılama Oranları	Aşı	Grip	Pnömoni	Yatarak Tedavi	Toplam
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,1	-14,0	14.814,2	4.629,4	444,4	19.874,0
0,2	-28,0	19.752,2	6.172,6	592,6	26.489,4
0,3	-42,0	34.566,4	10.802,0	1.037,0	46.363,4
0,4	-56,0	52.124,0	16.288,7	1.563,7	69.920,4

Maliyet-Fayda Analiz Bulguları

Tablo 6'da grip aşısı uygulama stratejilerin maliyet-fayda analizi gösterilmiştir. Analizde stratejiler en yüksek maliyetliden en düşüğe göre sıraya konulmuştur. Girişimlerin maliyetinden kendilerinden sonra gelen yöntemlerin maliyetinin çıkarılması ile marjinal maliyet (ΔC) ve yine aynı yöntem ile marjinal fayda (ΔU) hesaplanmıştır. Kazanılan QALYs başına ortalama

maliyeti bulmak amacı ile toplam maliyetlerin toplam faydaya bölünmesi ile ortalama maliyet-fayda oranı hesaplanmıştır. Marjinal maliyetlerin, marjinal faydalara bölünmesi ile de marjinal maliyet-fayda oranları (ΔC/ΔU) hesaplanmıştır.

Sıralamanın yüksek maliyetten düşüğe göre yapılması nedeni ile marjinal maliyetler negatif bulunmuştur. Ancak maliyetler azalırken elde edilen faydanın artması nedeni ile tüm marjinal fayda değerleri pozitif olmuştur. Maliyetler ile faydalar arasındaki ters yönlü ilişkiye bağlı olarak da tüm maliyet-fayda oranları yine negatif olarak hesaplanmıştır.

Tablo 6. Maliyet-Fayda Analizi.

Aşılama Oranı	Toplam Maliyet (TL)	Marjinal Maliyet (ΔC)	Toplam Fayda (Kazanılan QALYs)	Marjinal Fayda (ΔU)	Ortalama Maliyet-Fayda Oranı (C/U)	Marjinal Maliyet-Fayda Oranı (ΔC/ΔU)
0,0	3.575.439.593,8		0,0		∞	
0,1	2.692.144.100,0	-883.295.493,8	19.874,0	19.874,0	135.460,4	-44.444,7
0,2	2.583.916.503,9	-108.227.596,2	26.489,4	6.615,3	97.545,4	-16.360,1
0,3	1.645.149.184,9	-938.767.319,0	46.363,4	19.874,0	35.483,8	-47.235,9
0,4	517.337.326,0	-1.127.811.858,9	69.920,4	23.557,0	7.398,9	-47.875,9

Tablo 6'da gösterilen verilere göre aşılama oranı arttıkça maliyetlerin düştüğü buna karşın elde edilen faydanın arttığı görülmektedir. Örneğin 15-64 yaş toplumun %10'nun aşılanması hiç aşılanmaması ile kıyaslandığında toplama 883.295.493,8 TL maliyet tasarrufu sağlarken aynı zamanda 1.9874,0QALYs fayda sağlamaktadır. Genel olarak aşılama oranı arttıkça maliyet tasarrufu ve kazanılan fayda miktarları da artış göstermektedir. Ancak aşılama oranının %10'dan %20'ye çıkarılması durumunda artış miktarı düşüktür. Bu durumun aşılama maliyetlerinin ikiye katlanırken, sağlanan korumanın aynı düzeyde artması ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

Aşılama stratejilerinin ortalama maliyet-fayda oranlarına bakıldığında yine aşılanan yüzde arttıkça QALYs başına maliyet düşmektedir. Aşılama yapılmasının faydası 0 (sıfır) olduğundan bu oran sonsuz olarak bulunmuştur. Ancak 3.575.439.593,8 TL'nin hiçbir fayda elde edilmeden boşuna harcandığını söylemek mümkündür. Diğer oranlar yorumlandığında, toplumun %10'unun aşılanmasında elde edilecek 1 QALYs fayda elde etmek için harcanması ge-

reken tutar 135.460,4 TL'dir. Bu değerler gittikçe düşerek, sırası ile 97.545,4 TL, 35.483,8 TL ve 7.398,9 TL olarak bulunmuştur.

Marjinal maliyet-fayda oranlarının hepsinin negatif değerler aldığı görülmektedir. Oranların negatif olması ilave maliyet getirmek bir yana tasarruf sağladıklarının göstergesidir. Örnek olarak aşılama oranının %0'dan %10'a artırılması durumunda marjinal maliyet-fayda oranı -44.444,7 bulunmuştur. Değer ilgili toplumun hiç aşılanmamasına göre %10 aşılanmasının yaşam kalitesini artırdığı, bu artışın aynı zamanda QALYs başına 44.444,7 TL tasarruf sağladığı şeklinde yorumlanmaktadır. Aşılama oranının %10'dan %20'ye artırılması durumunda bu tasarruf birim başına 16.360,1 TL, %20'den %30'a çıkarıldığında 47.235,9 TL ve %30'dan %40'a ulaşıldığında 47.875,9 TL tasarruf sağlanacağı bulunmuştur.

TARTIŞMA

Çalışma bulguları literatürdeki diğer çalışmalar ile de desteklenmektedir. Ibuka ve arkadaşları grip aşısını değerlendirdikleri maliyet-etkilik çalışmasında %40'ın altındaki aşılama oranlarında aşılama ile ortadan kaldırılan hastalık maliyetlerinin aşılama için harcanandan daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca %50 ve üzerinde aşılama yapılmasının, epideminin ortadan kaldırılmış olması nedeni ile aşılama maliyetlerine bir karşılık olmadan katlanılması gerektiğinden önerilemeyeceğini belirtmişlerdir (Ibuka vd. 2012). Rohberg ve Rose ise 10 grip sezonunu için aşı ile birlikte antiviral tedaviyi de değerlendirdikleri çalışmalarında çalışma çağındaki nüfusta ideal aşılama oranının yıllara göre değişebilmekle birlikte, en etkili yöntemin yıllık aşılama ve hiç aşılama yapılmamasının en pahalı tercih olduğunu bulmuşlardır (Rothberg ve Rose, 2005).

Literatürde araştırmada değerlendirilmeyen %50 aşılama stratejisinin marjinal maliyeti artırırken, marjinal faydayı düşürdüğü bildirilmiştir. Bu durumun nedeninin %40 ile %95 fayda düzeyine ulaşılmış ve ilave fayda kazanmanın zor oluşudur. %50'nin üzerindeki her aşılama oranının ise yalnızca ilave aşılama maliyeti getireceği bildirilmiştir (Ibuka vd. 2012).

Çalışmada kullanılan verilerden beklenin aksine grip hastalığı reçete tutarlarının ve pnömoni reçetelerinden daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun nedeni teoride grip hastalığının ilk aşamalarında antibiyotik kullanılmaması gerektiğidir. Ancak incelenen reçetelerin büyük kısmında antibiyotiklerin de yer alması grip hastalığı tedavisinin maliyetini yükseltmektedir.

SONUÇ

Analiz sonucunda aktif çalışma döneminde olan 15-64 yaş grubunun da aşılanması gerektiği bulunmuştur. Her oranda aşılama toplumun sağlık statüsünü yükseltirken aynı zamanda önemli maliyet tasarrufları da sağlamaktadır. Ancak en büyük fayda kazanımı ve maliyet tasarrufu değerlendirilen oranlar içerisinde en yükseği olan %40 ile sağlanmaktadır. Bu oranda bir aşılama toplumun sağlık statüsünü 69.920,4 QALYs yükseltmekte ve 3.058.102.267,9 TL tasarruf sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

- Ahuja, J., Gupta, M., Gupta, A.K. Ve Kohlı, K. (2004) Pharmacoeconomics, The Natıonal Medıcal Journal Of Indıa Vol. 17, NO. 2, (S:80-83)
- Bootman JL, Townsend RJ and McGhan; (1996), Çeviri: Koçkaya G. (2012) Farmakoekonominin Prensipleri.
- Drummond, M.F. ve diğ. (2005). Methods for The Economic Evaluation of Health Care Programmes. *Oxford University Press,* New York.
- Ibuka, Y., Paltiel, A.D., and Galvani, A.P (2012) Impact of Program Scale and Indirect Effects on the Cost-Effectiveness of Vaccination Programs, Med Decis Making; 32:442–446)
- Peter A. Muennig, P.A. and Khan, K. (2001) Cost-Effectiveness of Vaccination versus Treatment of Influenza in Healthy Adolescents and Adults, Clinical Infectious Diseases; 33:1879–85
- Rothberg, M.B. ve Rose, D.N.; (2005); Vaccination Versus Treatment Of İnfluenza İn Working Adults: A Cost-Effectiveness Analysis; The American Journal of Medicine,118, 68-77

- Trask L.S., (2011) Pharmacoeconomics: Principles, Methods, And Applications: Introduction, Chapter 1. (Joseph T. DiPiro, Robert L. Talbert, Gary C. Yee, Gary R. Matzke, Barbara G. Wells, L. Posey, M. Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach içerisinde)
- Walley T. and Haycox A. (1997); Pharmacoeconomics: Basic Concepts And Terminology *Br J Clin Pharmacol* 1997; 43: 343–348
- Walley, T., Haycox, A., Boland, A.ve Livingstone, C. (2004) Pharmacoeconomics, içinde Walley T., Chapter 9. Pharmacoeconomics and Economic Evaluation of Drug Therapies, University of Liverpool, Liverpool
- Werheimer, A. and Chaney, N. (2003), Pharmacoeconomics, Business Briefingn: Pharmagenerics:1-4.

Kamu Hastanelerinde Tip Proje Uygulamasına Bağlı Ortaya Çıkan Coğrafi Erişilebilirlik ve Otopark Sorunları

Yiğit EVREN[1]
Ergün KARAHALLI[2]

ÖZET

Bu çalışmada İstanbul'da göğüs kalp ve damar cerrahisi dalında hizmet veren ve tip mimari proje ile inşa edilen bir kamu hastanesinin coğrafi erişilebilirlik ve otopark sorunu araştırıldı ve iyileştirmeye yönelik bazı ipuçları ortaya kondu. Üç aşamalı bir yöntem izlendi. İlk aşamada hastanenin konum ve yakın çevre ilişkileri, giriş-çıkış noktalarındaki trafik akışı ve mülkiyet yapısı analiz edildi, arazi tespit çalışması yapıldı, uydu görüntüleri değerlendirildi ve tapu kayıtları incelendi. İkinci aşamada hastanenin yarattığı otopark talebi tam araç sayımı yapılarak ölçüldü ve mevcut kapasite ile karşılaştırıldı. Üçüncü aşamada ise alanın 1/5.000 ve 1/1.000 ölçekli planları irdelendi. Hastanede otopark standartları bakımından 300 adet, fiili durum açısından ise 400 adet ek otopark ihtiyacı tespit edildi. Ayrılması gereken özürlü otopark sayısı 62 iken, mevcutta bu sayının üç olduğu görüldü. Hastaneye giriş-çıkışların tek noktadan yapıldığı, bu durumun ciddi erişilebilirlik sorunları yarattığı saptandı. Yatak başına minimum 200 m^2 ayrılması gereken hastane kullanım alanının ise 178 m^2 olduğu görüldü. Ayrıca hastanenin güneyinde, sağlık tesisi olarak planlanmış ve hazine mülkiyetinde olan ancak kullanılmayan 18.5 hektarlık bir rezerv alanının bulunduğu tespit edildi. Erişilebilirlik bakımından üç sorun kümesi belirlendi: yetersiz otopark alanı, araç girişlerinin birbirine karışması ve hastaneye erişim veren güzergâhlar üzerindeki eksiklikler. Böylesi durumlarda hastane yönetimlerince benimsenen yaklaşım, genellikle ucuz ve geçici önlemlerle çözümün sadece hastane taşınmazı içinde aranmasıdır. Oysa bu örnekte olduğu gibi, en rasyonel ve kalıcı çözümler beklenmedik biçimde sorun alanının dışında saklı olabilmektedir. Dolayısıyla kamu hastanelerinin erişilebilirlik problemlerine geniş perspektiften bakılması ve otopark kapasitesi standartlarının yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Kamu hastaneleri, coğrafi erişilebilirlik, otopark

1 Doç. Dr., Yıldız Teknik Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi, Şehir ve Bölge Planlama Bölümü, İstanbul

2 Uzm. Dr., Bakırköy Kamu Hastaneler Birliği Verimlilik Koordinatörlüğü, İstanbul

Geographical Accessibility and Car Park Problems Arising From the use of Typical Designs in Public Hospitals

ABSTRACT

In this study geographical accessibility and car park problems of a public thoracic and cardiovascular surgery hospital in Istanbul, which was built according to typical designs were researched. A three-stage method was employed. Firstly, the hospital's locational features, its relations with its immediate urban environment, the traffic flow and the property ownership pattern around it were investigated; title-deed records and satellite images were examined and an on-site land use survey was conducted. Secondly, the car park demand generated by this hospital was measured by a whole-day vehicle count. The results were then compared to the parking capacity of the hospital. Finally, the master and implementation plans of the area at 1/5000 and 1/1000 scales were examined. According to the standards of parking facilities, the hospital needs extra 300 parking spaces. As far as the actual demand is concerned, this figure is 400 units. The capacity allocated for disabled users is 3, whereas it should be 62 units. The hospital has one gate and this situation creates a traffic jam. The hospital area per bed is 178 m^2, this is approximately 11% less than the standards. However, an empty 18.5 hectares area next to the hospital premises is reserved for the use of public health services. Three problems were identified with respect to geographical accessibility to the hospital. These are, insufficient parking facility, allocation of only one hospital gate for the use of all types of vehicles, and various deficiencies on main streets providing access to the hospital. Managers of public hospitals which face similar problems, in most cases, tend to employ temporary and cheaper measures within their jurisdictions. However, as this study has shown, optimum solutions could be found beyond the perceived boundaries of the problem. In this context, we believe that the issue of geographical accessibility to public hospitals needs to be looked at wider perspective, and car park standards should be revised.

Key words: Public hospitals, geographical accessibility, parking facilities

1. GİRİŞ

İstanbul'da yataklı tedavi kurumlarının konum ve yer seçimi bakımından elde ettikleri göreceli üstünlükler ve yaşadıkları sorunlar, sağlık tesisinin içinde yer aldığı kentsel yapılı çevrenin özelliklerine bağlı olarak farklılaşabilmektedir. Meskûn alanlarda bulunan sağlık tesisleri kentlerin yönetim ve ticaret işlevlerinin bir arada bulunduğu merkezi iş alanı kesiminde ve/veya yoğun konut alanları ile kuşatılmış bölgelerde bulunan tedavi kurumlarıdır. Bu sağlık tesisleri genellikle yaya olarak erişimin çok daha kolay olduğu ve toplu taşım ile erişim açısından alternatiflerin bulunduğu bölgelerde konumlanmış durumdadır. Ancak bu türden sağlık tesislerine özel araçla erişim başta kent içi araç trafiğinden kaynaklanan negatif dışsallıklara bağlı olarak güçleşmektedir. Bununla birlikte sağlık tesisinin otopark kapasitesinin yetersiz kaldığı durumlarda bu sorun çok daha karmaşık bir probleme dönüşebilmektedir. Özellikle uzmanlaşmış dal hastanelerinde ve geniş etki alanına sahip sağlık kurumlarında artan hasta sayısına bağlı olarak zaman içinde ortaya çıkan ek otopark ihtiyacı giderek kronikleşen bir hal alabilmektedir.

Kent içinde sıkışmış hastanelerin genişleme olanakları genellikle sınırlı olduğundan, bu sorun meskûn alanlarda çoğu kez piyasa mekanizmasının devreye girmesi ile geçici olarak çözümlenebilmektedir. Hastane yakın çevresindeki parselasyon ve yapılaşma deseninin sunduğu olanaklar çerçevesinde, kamu veya özel kesim eliyle işletilen otopark alanları oluşturulmakta ve aslında hastane içinde çözülmesi gereken otopark ihtiyacı hastane dışında karşılanmaya çalışılmaktadır. Şehir planlama açısından bu durum, hastane ve yakın çevresindeki kentsel mekânın bir simbiyozu olarak değerlendirilebilir. Hastanelerin otopark ihtiyacının yakın çevresinden karşılanması, kent ve hastane arasında ortaya çıkan bu simbiyozun sadece bir boyutunu oluşturmaktadır. Hastaneler yakın çevrelerinde gelişen yerel ekonomi ile karşılıklı etkileşim içine girebilmekte, sağlık hizmeti sunumunda karşılaştıkları çeşitli organizasyonel sorunlara anlık çözümler üretilebilmektedirler. Bu konuda özellikle kamu hastaneleri yakın çevrelerindeki ticari faaliyetlerin nitelik ve niceliğini etkileme gücüne sahip kurumlar olarak kabul edilmektedir (Evren ve diğerleri, 2010). Bu kurumlar, uygun koşullar gerçekleştiğinde, sağlık ilgili ticari birimlerle (eczane, medikal vb.) bazı özel destek işlevler (laboratuvar, görüntüleme mer-

kezleri vb.) üzerinde mıknatıs etkisi yapmakta ve onları kendine çekmektedir. Özellikle hasta yakını açısından bu türden ticari birimlerin yaya erişim mesafesi içinde kolay erişilir olması sağlık hizmetinin kesintiye uğramadan devam etmesi bakımından hayati önem taşımaktadır (Ökten ve Evren, 2006; Evren ve Ökten, 2011).

Gelişme alanlarındaki hastaneler için ise durum çok daha farklıdır. Çünkü bu tesislerin yer seçim kararlarının planlı bir sürecin sonucunda verilmiş olması beklenir. Sözü edilen sorunlar önceden tahmin edilir, şehir planlarıyla gerekli önlemler alınır ve hastanenin alan büyüklüğü, otopark kapasitesi, açık ve kapalı alan oranı gibi ölçütleri bilimsel standartlara uygun biçimde oluşturulur. Bu noktada en kalıcı ve rasyonel çözüm projeksiyon araç sayısını karşılayacak şekilde yeraltı otoparkları üretmektir. Ancak günümüzde, özellikle tip projeler yolu ile inşa edilen hastanelerde bu süreçlere yeterince önem verilmemektedir.

Bu makalede, İstanbul Metropoliten Alanı'nın gelişme bölgesinde bulunan İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin tip mimari proje uygulamasına bağlı ortaya çıkan coğrafi erişilebilirlik ve otopark sorunu araştırılmakta ve iyileştirmeye yönelik bazı ipuçları sunulmaktadır.

1.1.Sağlık kurumları için planlama standartları ve tasarım ilkeleri

Şehir planlama yazınında sağlık tesislerinin büyüklüğü ve yer seçimi için benimsenen temel ilke ilk müdahale ve tanının mümkün olduğu kadar kentin en küçük birimi olarak kabul edilen mahalle düzeyinde yapılması, ihtiyaç durumunda hastanın daha gelişmiş donatımların bulunduğu sağlık kurumlarına yönlendirilmesidir. Bu durum sağlık hizmeti sunumunda bir kademelenmeye işaret etmektedir. Kademelenme, hizmet biriminin niteliksel ve niceliksel özelliklerini de belirlemektedir. Burada kritik nokta sağlık kurumlarının planlanmasında tesisin sunduğu hizmetler ile hizmet edilen nüfus büyüklüğü arasında bir denge kurulmasıdır. Daha açık anlatımla hizmet edilecek nüfus arttıkça, sunulan mal ve hizmetin kapasitesi de artar ve ihtiyaca göre çeşitlenir, uzmanlaşır (Çetiner, 1972).

Hastane planlamasında benimsenen bir diğer ilke tesisin coğrafi erişilebilirlik düzeyinin mümkün olduğunca artırılmasıdır. Bu kapsamda uluslararası ya-

zında iki farklı yaklaşımın benimsendiği gözlenmektedir. Bunlardan birincisi sağlık tesisine erişim zamanını esas alan yaklaşımdır. Bu yaklaşımda, acil vakalar hariç, hastanın herhangi bir yataklı tedavi kurumuna erişim süresi maksimum 30 dakika olarak kabul edilmektedir (Fortney ve diğ, 2000; Luo ve Wang, 2003). İkinci yaklaşımda ise hastane etki alanı temel kıstas olarak kabul edilmekte ve hastane çevresinde kuş uçuşu çizilecek 3 mil yarıçaplı bir daire üst sınır olarak önerilmektedir (Guagliardo ve diğ., 2004). Bu noktada, hangi yaklaşım benimsenirse benimsensin, hastane planlamasında tesisin ana ulaşım ağına yakın olmasına ve toplu taşıma olanaklarından faydalanabilir konumda bulunmasına özen gösterilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte, servis ve acil girişlerinin kavşak noktalarına yakın olmaması ve tesise hizmet veren taşıt yollarında *acil durum şeridi* ayrılması birer zorunluluktur. Yapı ölçeğinde ise en temel tasarım ölçütü, ziyaretçi, rutin hasta geliş gidişi ve sağlık tesisi çalışanlarının taşıt giriş çıkışlarının servis girişlerinden farklı bir yerde birbirlerine karışmayacak şekilde düzenlenmesidir (Ersoy, 2012).

Hastanelerin kapasitelerine ilişkin olarak, hizmet edilecek yerleşmede yaşayan her 1.000 kişi için 7-10 yatak ve yatak başına yaklaşık 100-150 m^2 alan ayrılması önerilmektedir (Ersoy, 2012). Cerrahi ağırlıklı hastaneler için en üst sınırdan kabul edilen bu standart, hasta ve ziyaretçi yoğunluğunun fazla olduğu metropoliten hastanelerde yatak başına 200 m^2ye kadar çıkabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012). Hastanelerin otopark ihtiyacı için ise, sunulan hizmetin niteliğine ve etki alanının büyüklüğüne bağlı olarak her 2-20 yatak başına en az bir otopark şeklinde bir standarttan söz edilmektedir (Haldenbilen ve diğerleri, 1999). Bununla birlikte büyükşehir belediyeleri dışında kalan belediye sınırları içinde bulunan hastaneler için geçerli olan yönetmelik gereği sağlık yapılarında her 125 m^2 lik kapalı alan için bir otopark ayrılması zorunludur. Ancak İstanbul gibi büyük metropoller söz konusu olduğunda farklı nitelikteki hastanelerin farklı ihtiyaçları olabileceği göz ardı edilmemelidir. Park yeri hesaplamasında diğer bir yol, tesiste çalışan her doktor için bir otopark alanına ek olarak, her dört sağlık personeline bir otopark ve ilaveten her bir yatak başına bir otopark alanı bulundurulmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2010). Özürlü otoparkları için ise şu ilkenin uygulanması öngörülmektedir; otopark kapasitesi 100 araca kadar olan hastanelerde 4 adet; 101-200 araç kapasiteli

hastanelerde ilave her 50 araç için bir adet; 201-500 araç kapasiteli hastanelerde ilave her 100 araç için bir adet; 501 ve üzeri araç kapasiteli hastanelerde ise toplam otopark alanının %2si özürlü otoparkı için ayrılır (Ergenoğlu, 2013).

2. YÖNTEM

Bu araştırmada üç aşamalı bir yöntem izlenmiştir: İlk aşamada hastanenin yer seçimi ve erişilebilirlik düzeyi üzerinde durulmuş, tesisin ana ulaşım arterleri ile bağlantıları, giriş-çıkış noktalarındaki trafik akışı ve çevredeki kentsel dokunun mülkiyet ve arazi kullanıma bağlı yapısı analiz edilmiştir. Bu kapsamda yerinde arazi tespit çalışması yapılmış, uydu görüntüleri değerlendirilmiş ve tapu kayıtlarından faydalanılmıştır. Ayrıca hastane kayıtlarından yola çıkılarak personel ve hasta bakımından tesisin İstanbul'daki etki alanı çıkartılmıştır. İkinci aşamada hastanenin yarattığı otopark talebi 26 Nisan 2013 Cuma ve 29 Nisan 2013 Pazartesi günlerinde 07.30-17.00 saatleri arasında gerçekleştirilen tam araç sayımı ile ölçülmüş ve elde edilen bulgular tesisin mevcut otopark kapasitesi ile karşılaştırılmıştır. Üçüncü aşamada ise hastane ve yakın çevresinin 1/5.000 ve 1/1.000 ölçekli planları irdelenmiş ve öngörülen arazi kullanım biçimi ve yapılaşma koşulları ortaya konmuştur.

3. BULGULAR

2009 yılında kurulan Mehmet Akif Ersoy Hastanesi, göğüs kalp ve damar cerrahisi dalında İstanbul'daki en önemli eğitim ve araştırma hastanelerinden biridir. 46.500 m^2lik bir parsel üzerinde kurulu hastanenin oturum alanının büyüklüğü 6.360 m^2dir. Toplam kapalı kullanım alanı ise 31.500 m^2dir. 260 yatak kapasitesine sahip hastanede, 168'i doktor olmak üzere toplam 658 personel çalışmaktadır. Hastanede bir yılda ortalama yarım milyon poliklinik hasta tedavi görmekte ve yaklaşık 3.000 adet ameliyat yapılmaktadır. Hastane aynı zamanda bir adet 112 acil servis istasyonuna ev sahipliği yapmaktadır.

3.1.Konum ve yakın çevre ilişkileri

Hastane Küçükçekmece'de Halkalı-Altınşehir-İstanbul Caddesi üzerinde ve bu caddenin Halkalı-İstasyon Caddesi ile kesiştiği kavşağın batısında bulunmaktadır. Hastane taşınmazının güney ve batı kesiminde İstasyon Mahallesi, kuzeyin-

de inşaatı devam eden bir özel sağlık tesisi ile toplu konut alanı, doğusunda ise Tarım ve Köy İşleri Ziraat Karantina Müdürlüğü yer almaktadır. Hastane bahçesinin güneybatı duvarı ile yakın çevredeki cem ve kültür evi arasında kalan yaklaşık 18,5 hektar büyüklüğünde yapılaşmamış bir bölge mevcuttur.

Hastanenin hasta etki alanı incelendiğinde bu alanın neredeyse tüm İstanbul İl'ini kapsadığı görülmektedir. Buna karşılık personel etki alanı daha dar bir alan tanımlamaktadır. Toplam çalışanların büyük bir çoğunluğu (%80) Küçükçekmece İlçesi'nde oturmakta ve personelin %9'u (59) kendi araçlarıyla hastaneye gelmektedir. Hastaneye araçla erişim üç güzergâh üzerinden gerçekleşmektedir; (a) Halkalı meydan yönünden, (b) Altınşehir yönünden ve (c) Gümrük yönünden (Şekil 3.1). İlk iki güzergâh için gidiş ve geliş ikişer izli olmak üzere 30 metrelik bölünmüş bir yol kullanılmaktadır (Halkalı Altınşehir İstanbul Caddesi). Üçüncü güzergâh için ise bir alt kademe ulaşım arteri olan Halkalı İstasyon Caddesi hizmet vermektedir. Hastaneye toplu taşıma ile erişim İETT otobüsleriyle ve Altınşehir-Yenibosna seferini yapan minibüsler ile gerçekleşmektedir. En yakın otobüs durağı, hastanenin A kapısının hemen dışında bulunmaktadır. Bu durak cadde üzerinde servis veren minibüsler tarafından da kullanılmaktadır.

Şekil 3.1. Mehmet Akif Ersoy Hastanesi'ne araçla erişim güzergahları

Kaynak: Google hava fotoğrafı

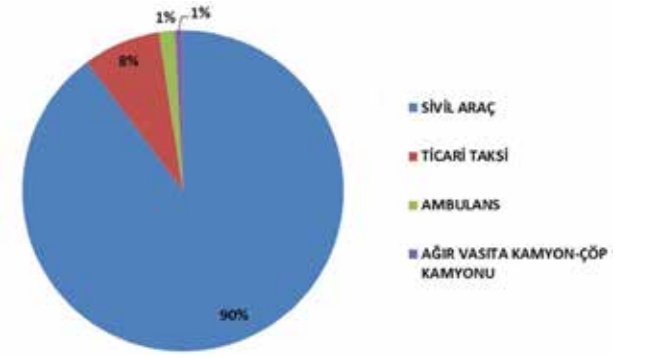
Hastaneye giriş ve çıkışlar ise Halkalı-Altınşehir-İstanbul Caddesi'ne açılan iki kapı (A ve B) üzerinden gerçekleşmektedir. Kavşak noktasına çok yakın bir mesafede bulunan A kapısı neredeyse tüm giriş ve çıkışların tek bir noktadan yapıldığı ana giriş niteliği taşımaktadır. Bu kapının batısındaki B kapısı ise, o noktadaki kurp yarıçapına ve yol eğimine bağlı görüş mesafesinin kısıtlı olması nedeniyle, sadece çöp kamyonlarının giriş ve çıkışı için kullanılmaktadır.

3.2. Otopark arzı ve talebi

Hastane bahçesi içinde yapılan tespitlerden toplam 225 araçlık bir otopark kapasitesi olduğu anlaşılmaktadır. Ek olarak hastane bahçesinin batısında kreş olarak ayrılan bölgede 26 araçlık bir otopark alanı daha bulunmaktadır. Saha çalışması sırasında yapılan gözlemler ve hastane yönetimi ile gerçekleştirilen derinlemesine görüşmeler, hastanenin otopark kapasitesinin yetersiz olduğu sonucunu ortaya koymaktadır.

Bu sorunun giderilmesi için gerekli ek otopark ihtiyacını birkaç şekilde hesaplamak mümkündür. Önceki bölümlerde söz edilen *yatak sayısına bağlı otopark alanı standardı* en üst değerden hesaplandığında (çünkü bu hastane uzmanlaşmış ve etki alanı çok geniş bir yataklı tedavi kurumudur) ortaya 520 adet otopark ihtiyacı çıkmaktadır. Diğer taraftan *personel ve yatak kapasitesi birlikte ele alınarak oluşturulan standartlar* temel alındığında toplam otopark alanı ihtiyacı 550 araçlıktır. Ancak en gerçekçi hesaplama, araç sayımları sonucunda elde edilen *gerçek otopark talebi* esas alınarak yapılabilir. Bu doğrultuda, cuma günü yapılan araç sayımlarına göre haftanın son iş günü hastaneye 07.30-17.00 saatleri arasında toplam 1523 araç giriş yapmaktadır. Bu sayı haftanın en yoğun günlerinden biri olan pazartesi günü için 1745'dir. Bu araçların %90'ı sivil araçlardır. Ticari taksiler bir günde hastaneye gelen araçların %8'ini oluşturmaktadır. Kalan %2'lik kısım ise ambulans ve kamyon/kamyonetler tarafından paylaşılmaktadır (Şekil 3.2).

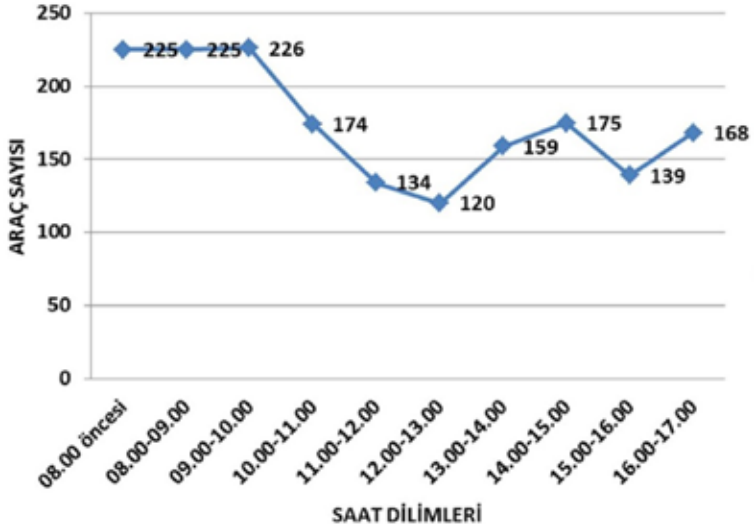
Şekil 3.2. Mehmet Akif Ersoy Hastanesi'ne giriş yapan araçların türlerine göre dağılımı (Nisan 2013)



Kaynak: Çalışma ekibi tarafından gerçekleştirilen araç sayımı sonuçları

Hastaneye gelen araçların sayısı gün içinde farklı saat dilimlerine göre değişkenlik göstermektedir. Pazartesi yapılan sayım esas alındığında hastaneye en fazla aracın sabah 07.30 ile 09.00 saatleri arasında giriş yaptığı (yaklaşık 500 araç), bu sayının gün içerisinde giderek azaldığı ve öğlen saatlerinde (12.00-13.00) minimum düzeye (120) indiği görülmektedir. Bu saatten sonra, 13.30-14.00 arası gerçekleştirilen ziyaret saatlerine bağlı olarak, araç sayısı bir miktar aratarak mesai bitimine kadar dalgalı bir seyir göstermektedir (Şekil 3.3).

Şekil 3.3. Mehmet Akif Ersoy Hastanesi'ne giriş yapan araçların saatlere göre dağılımı (Nisan 2013)



Kaynak: Çalışma ekibi tarafından gerçekleştirilen araç sayımı sonuçları

Bu saptamalar ışığında, gerçek otopark talebini yaratan araçların sivil araçlar olduğu (taksi ve yük araçları bekleme yapmadan hastane alanından ayrılmaktadır) ve giriş yapan sivil araçların en az 3 saat süre ile hastanede kaldığı kabullerinden hareketle hastanede sadece sabah 07.00-10.00 saatleri arasında 620 araçlık otopark alanına ihtiyaç olduğu sonucunu çıkartmak mümkündür (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Mehmet Akif Ersoy Hastanesi'ne giriş yapan araçların saatlere göre dağılımı (Nisan 2013)

	Sivil araç	Ticari taksi	Ambulans	Ağır vasıta	TOPLAM
08.00 öncesi	**225**	0	0	0	225
08.00-09.00	**205**	19	1	0	225
09.00-10.00	**197**	23	3	3	226
10.00-11.00	161	9	3	1	174
11.00-12.00	120	11	2	1	134
12.00-13.00	103	11	4	2	120
13.00-14.00	140	14	4	1	159
14.00-15.00	147	20	4	4	175
15.00-16.00	121	14	3	1	139
16.00-17.00	148	15	4	1	168
TOPLAM	**1567**	**136**	**28**	**14**	**1745**

Kaynak: Çalışma ekibi tarafından gerçekleştirilen araç sayımı sonuçları

Özetlemek gerekirse, hastane taşınmazı içinde otopark standartlarına uygunluk açısından bakıldığında yaklaşık 300 adet, fiili durum açısından değerlendirildiğinde ise en az 400 adet ek otopark ihtiyacı bulunmaktadır. Giriş yapan sivil araçların kalış süresinin 3 saatten fazla olması durumunda bu sayının çok daha fazla olacağını söylemek mümkündür. Özürlü otoparkı konusunda bir değerlendirme yapıldığında ise, hastane içinde sadece 3 araçlık bir otopark alanının ayrıldığı görülmektedir. Oysa bu konudaki standartlar çerçevesinde ayrılması gereken özürlü otopark alanı 62 araçtır.

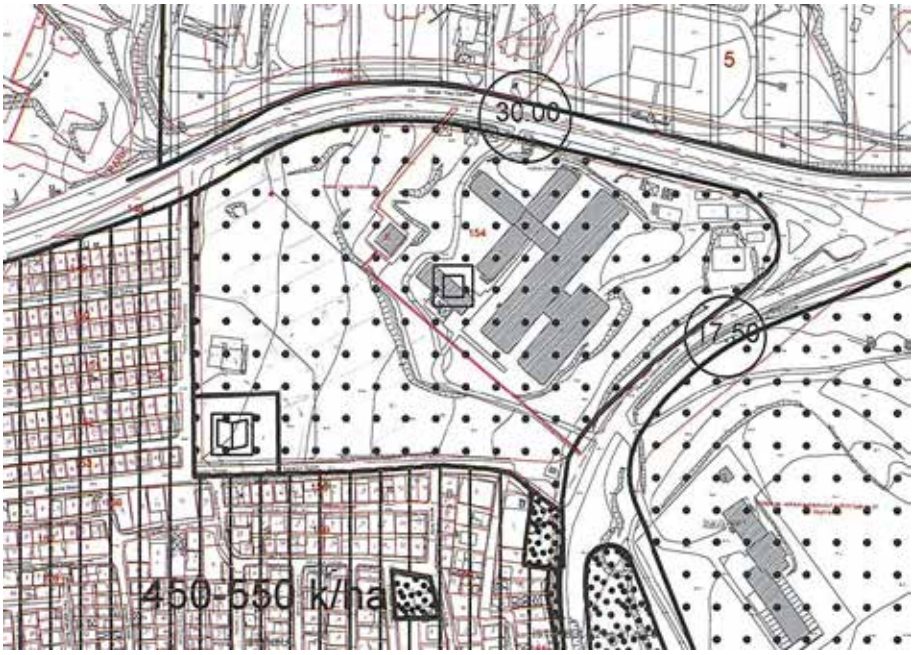
3.3. Nazım ve uygulama imar planları ve mülkiyet deseni

Hastane ve yakın çevresini içeren 1/5.000 ölçekli nazım imar planı incelendiğinde, gerçekte sağlık tesisi olarak planlanan alanın, mevcut hastane alanından yaklaşık bir buçuk kat daha büyük olduğu görülmektedir (Şekil 3.4).

Hastane bahçesini de kapsayan bu taşınmazın büyüklüğü 65.121 m²dir ve tapu kütüklerinde Maliye Hazinesi'ne kayıtlıdır.

Bu saptamalardan mevcut hastane tesisinin genişletilmesinin önünde en azından plan ve mülkiyet açısından bir engelin olmadığı sonucu çıkartılabilir. Çünkü fiili durumda hastanenin yatak kapasitesiyle kullanım alanı arasında belirgin bir dengesizlik söz konusudur; hastane planlama ve tasarım ilkelerine ilişkin standartlar göz önüne alındığında bu nitelikteki bir tesis için yatak başına yaklaşık minimum 200 m² olarak ayrılması gereken alan Mehmet Akif Ersoy Hastanesi'nde 178 m² dir. Kuşkusuz bu durum hastanenin yaşadığı otopark sorunun en önemli nedenini oluşturmaktadır. Bu noktada hastanenin güneyinde fiilen boş arsa niteliğinde olan, mülkiyeti kamuya ait ve planda sağlık tesisi olarak ayrılmış 18.621 m²lik alanın mevcut hastane alanına eklenmesi durumunda tesisin söz konusu standart değeri yükselecek ve otopark sorunu kalıcı olarak çözülebilecektir.

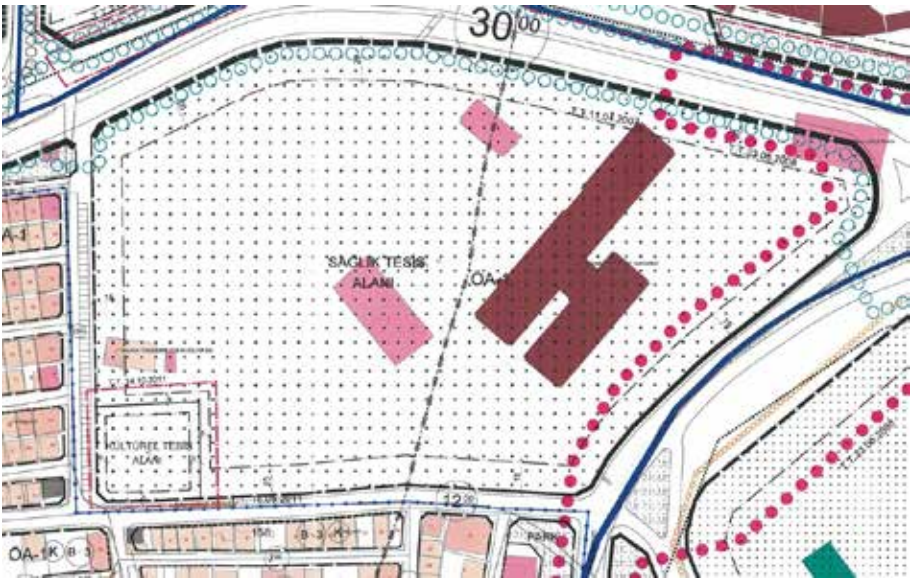
Şekil 3.4. Mehmet Akif Ersoy Hastanesi ve yakın çevresi için 1/5.000 ölçekli nazım imar planı



Kaynak: Küçükçekmece Belediyesi İmar Müdürlüğü

Hastanenin 1/1.000 ölçekli uygulama imar planına bakıldığında ise hastanenin batısında cadde üzerinde yaklaşık 50 araçlık bir otopark alanının planlanmış olduğu ancak hastane dışında ayrılan söz konusu otopark alanının fiilen mevcut olmadığı görülmektedir (Şekil 3.5).

Şekil 3.5. Mehmet Akif Ersoy Hastanesi ve yakın çevresi için 1/1.000 ölçekli uygulama imar planı



Kaynak: Küçükçekmece Belediyesi İmar Müdürlüğü

4. SONUÇ

Mehmet Akif Ersoy Hastanesi örneğinden yola çıkılarak elde edilen bulgular, İstanbul'da göğüs kalp ve damar cerrahisi alanında öncü konumda bulunan ve tip mimari proje uygulanarak inşa edilen bir kamu hastanesinin erişilebilirlik açısından karşı karşıya kaldığı sorunların niteliği ve önem derecesi hakkında çarpıcı bir fikir vermektedir. Bu bağlamda üç sorun kümesinden söz edilebilir.

Bunlardan ilki, yetersiz otopark alanıdır. Hastanedeki otopark arzı, hastanenin nitelik ve niceliksel özellikleriyle etki alanına bağlı oluşan otopark talebini karşılayamamaktadır. Bu durum hastane bahçesi içinde boş bırakılması gereken araç ve yaya yolları üzerinde baskı yaratmakta, park yeri bulamayan

araçlar hastane içinde ring yapmakta, ambulans ve servis araçlarının hastaneye erişimini engellemekte ve özellikle giriş ve çıkışların yoğun olduğu sabah saatlerinde gözle görülür bir yoğunluk oluşturmaktadır.

İkinci sorun, araç girişlerinin birbirine karışmasıdır. Hastanenin tek bir ana girişi bulunmaktadır. Dolayısıyla ziyaretçi, rutin hasta geliş gidişi ve sağlık tesisi çalışanlarının taşıt giriş çıkışlarıyla servis girişleri ve acil girişleri birbirlerine karışmakta ve karmaşa yaratmaktadır. Ticari taksiler tarafından bu giriş üzerinde yapılan kısa duraklamalar trafik akışını engellemektedir. Ek olarak, giriş kapısına çok yakın bir mesafede ve hastane acil servisi karşısında bulunan kantine mal getiren kamyonetlerin mesai saatlerinde gerçekleştirdikleri manevralar ve kısa süreli park ihtiyacı hastanenin bu noktasındaki karmaşayı artırmaktadır. Bu durum, bu özellikteki bir hastane için kabul edilemez. Kaldı ki, olası bir deprem veya yangın halinde mevcut sistemin çok daha büyük sorunlar yaratacağı açıktır.

Üçüncü sorun kümesi ise, hastaneye erişim veren güzergâhlar üzerindeki eksikliklerdir. Ana arterlerin kesiştiği kavşakla hastane girişi arasındaki mesafe güvenli bir trafik akışını sağlamak için yeterli değildir. Buraya çok yakın bir mesafede bulunan otobüs durağı, herhangi bir ceple desteklenerek oluşturulmadığı için trafik üzerinde olumsuz etki yapmaktadır. Durağa yanaşan araçlar diğer sürücülerin görüş alanını kısıtlamakta ve hastane girişini kaçırmalarına neden olabilmektedir. Diğer taraftan, tesise hizmet veren taşıt yolunda herhangi bir "acil durum şeridi" ayrılmamıştır.

Tüm bu sorunlar karşısında, alınacak tedbirlerin geniş bir perspektiften, bütüncül bir anlayışla üretilmesi gerekmektedir. Genellikle bu gibi durumlarda özellikle kamu hastanelerinde benimsenen yaklaşım, ucuz ve geçici önlemler alınarak çözümün sadece hastane taşınmazı içinde aranmasıdır. Oysa bazı durumlarda en rasyonel ve kalıcı çözümler sorun alanının dışında saklı olabilir. Dahası, yataklı tedavi kurumlarının otopark kapasitelerine ilişkin standartların yeniden gözden geçirilmesi gerekebilir. Örneğin Mehmet Akif Ersoy Hastanesi'nin otopark sorununa getirilebilecek en akılcı çözüm, mevcut hastane bahçesinin dışında kalan ve mülkiyeti hazineye ait yapılaşmamış alanın yakın çevredeki mevcut diğer kullanımları engellemeyecek şekilde, hastane otoparkı olarak düzenlenmesidir. Araç giriş-çıkışlarının birbirine karışmasını

önlemek için ise A kapısı sadece yaya ve ambulans giriş çıkışları için ayrılmalı, dışarıdaki durak mevcut konumundan 20 m. geride bir cep oluşturularak yeniden düzenlenmeli, servis ve diğer girişler için yeni otopark alanı içinden iki ayrı giriş daha yapılmadır. Üçüncü sorun kümesine ilişkin yapılacak işlerin başında ilk olarak dışarıdaki yeni otopark alanına mahreç verecek yolun oluşturulması gelmektedir. Bu yol üzerinde sivil ve ticari araçlar için gerekli yönlendirme işaretleri oluşturulmalı ve otopark bilgisi verilmelidir. Bununla birlikte A kapısına erişen yolda acil durum şeridi oluşturulmalı ve bu şerit üzerinde park yasağı uygulanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Çetiner, A. (1972). Şehircilik çalışmalarında donatım ilkeleri. İstanbul: İTÜ.
- Ergenoğlu, A.S. (2013). Tasarımda özürlü etmeni. İstanbul: YTÜ Mimarlık Fakültesi, yayınlanmamış ders notları.
- Ersoy, M. (2012). Sağlık kurumları için planlama standartları. İçinde: Ersoy M. editor. Kentsel Planlama: Ansiklopedik Sözlük. İstanbul: Ninova Yayıncılık, ss. 374-375.
- Evren, Y., Yorgancı, M., Turan, N. ve Doğan, Y. (2010). İstanbul›da Sağlık ile İlgili Hizmetler Sektörünün Yerseçim Eğilimleri. İçinde: 13. Ulusal Bölge Bilimi/ Bölge Planlama" Kongresi Bildiri Kitapçığı. İstanbul: YTÜ, ss. 59.
- Evren, Y. ve Ökten, A. (2011). Family Solidarity and Place as Components of Hospital Provision in Istanbul: The Dependence of Public Healthcare on Culture and the Local Economy. International Planning Studies, 16(1), ss. 97-108.
- Fortney, J., Rost, K. ve Warren, J. (2000). Comparing Alternative Methods of Measuring Geographic Access to Health Services. Health Services and Outcomes Research Methodology, 1(2), ss. 173-184.
- Guagliardo, M.F., Ronzio, C.R., Cheung, I., Chacko, E. ve Joseph, J.G. (2004). Physician Accessibility: An Urban Case Study of Pediatric Primary Care. Health and Place, 10, ss. 273-283.
- Haldenbilen, S., Murat, Y.Ş., Baykan, N. ve Meriç, N. (1999). Kentlerde Otopark Sorunu: Denizli Örneği. Mühendislik Bilimleri Dergisi, 5(2-3), ss. 1099-1108.
- Luo, W. ve Wang, F. (2003). Measures of Spatial Accessibility to Healthcare in a GIS Environment: Synthesis and a Case Study in Chicago Region. Environment and Planning B, 30(6), ss. 865-884.

- Ökten, A. ve Evren, Y. (2006). Sağlık Hizmeti Sunumunda Görünmeyen İki Aktör: Hasta Yakını ve Kent Mekanı. İçinde: Kent ve Sağlık Sempozyumu Bildiri Kitapçığı, Bursa: ss. 262-263.
- Sağlık Bakanlığı. (2010). Türkiye sağlık yapıları asgari tasarım standartları 2010 yılı kılavuzu. Ankara: Sağlık Bakanlığı, İnşaat Onarım Dairesi Başkanlığı.

Online doküman

- 2012 Sağlık Bakanlığı Tıbbi Hizmetler Sunum Rehberi, Türkiye Kamu Hastaneleri. http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/1104,tibbi-hizmetler-sunum-rehberi.pdf?0.html. Adresinden 23 Nisan 2013 tarihinde edinilmiştir.

Sağlık Çalışanlarında İş Gerilimi ve İş Stres Düzeyinin Değerlendirilmesi

Ahmet ATASOY[1]
Songül YORGUN[2]

ÖZET

Günümüzde yaşanan hızlı değişim, çalışanların iş ve yaşama ortamlarının gelecekteki durumuyla ilgili belirsizliği artırmakta ve onları strese sokmaktadır.

Bu çalışma Mayıs 2010- Eylül 2010 tarihleri arasında Afyon- Sandıklı ve Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanelerinde çalışan 332 sağlık personeli üzerinde işe bağlı gerginliği ve bunu etkileyen faktörleri saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Demiral ve arkadaşlarının Türkçeye uyarladığı İsveç İş yükü-İş kontrolü-Sosyal Destek anketi kullanılmıştır. Veriler bilgisayar ortamında SPSS 11.5 versiyonu kullanılarak değerlendirildi. İstatistik analizlerde ortalama, standart sapma, ANOVA testleri kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda katılımcıların % 69,6'sı hemşire, % 64,8'inin ön lisans düzeyinde eğitim aldığı tespit edilmiştir. Sağlık çalışanların İsveç İş yükü-İş kontrolü-Sosyal destek ölçeğinden aldıkları iş stresi puan ortalamaları 0,83 ±0,20 idi. Çalışmada sağlık çalışanların yaşları ile çalışma yılı arttıkça iş yükü puanlarının arttığı ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu, eğitim durumu, çalışma süresi iş stres puanlarını etkilediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: İş stresi, İş yükü-İş kontrolü-Sosyal destek anketi, Psikososyal etkenler, Sağlık çalışanları

1 Sandıklı Devlet Hastanesi, aatasoy52@hotmail.com

2 Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi , syorgun58@hotmail.com

Evaluatıon of Health Workers Job Stress and Job Stress Level

ABSTRACT

Today, rapid changes increase the uncertainty of future for employees in their business and personal lives, and thus put them in a stress.

This study was made from May 2010 to September 2010 at Afyon-Sandıklı and Bolu İzzet Baysal State Hospitals. The study was carried out descriptively with the aim of work related strain in health worker and determination of the factors affecting this. Study developed by Demiral used to measure Turkish version of Swedish Demand Control Support Questionnaire .The study group consisted of 332 health workers. Data were evaluated by SPSS 11.5 version computer program. In statistical analysis: mean, standard deviation, ANOVA tests were used.

Participant were 69,6 % nurse, 64,8 % prelicence. In the result of the research, score means-health worker took from work-related strain inventory was 0,83±0,20. In the study, as the age and working years of the health worker increased, it was seen that the scores of the Job demand also increased, and the difference between them was significant, and education level, did affect Job Stress.

Key Words: Job Stress, Demand control, Support questionnaire, Psychosocial factors, Health Workers

1. GİRİŞ

Dünya bugün, hızlı sosyal ve kültürel dönüşümlerin yaşandığı değişim ve rekabet duygularının yoğun bir biçimde algılandığı, toplumsal ve örgütsel yaşamın bireyi içinden çıkılması pek kolay olmayan bunalımlara sürüklediği bir görünüm taşımaktadır (Türk, 2008: 3). İnsanlar, hangi sosyal ortamda olurlarsa olsunlar ve hangi işi yaparlarsa yapsınlar yaşamlarının büyük bir bölümünü kendi sınırlarını zorlayarak sürdürmek zorundadır. Dolayısıyla tüm insanlar stresli bir ortamda yaşamak zorunda kalmaktadır. Bu nedenle de stres kavramı günlük yaşantımızda ve iş hayatımızda çok sık karşılaştığımız bir kavram haline gelmiştir (Aydın, 2004: 49).

Genelde olumsuz bir durum olarak algılanan stres, araştırmacı ve bilim adamlarına göre "bireyin, tehdit edici çevre özelliklerine karşı gösterdiği bir tepki" olarak tanımlanmaktadır (Aytaç, 2009: 12).

Çalışma hayatına giren birey, iş üretiminin yanı sıra örgüt içinde diğer insanlarla ilişki kurmakta, örgütün değer ve normlarına uyum sağlamaya çalışmakta ve örgüt içindeki çeşitli guruplara dahil olmaktadır. Bu süreçler de işgörenin güçlü ve yoğun bir uyum çabası içine girmesine neden olmaktadır. Kısacası, iş ortamında belirli rol ve görevleri yerine getiren bireyler örgüt ortamından kaynaklanan "örgütsel stres" ile karşı karşıya kalmaktadır (Aydın, 2004: 55). İş stresi olarak da nitelendirilen örgütsel stres, bireylerin normal işlevlerinden farklılaşmaya zorlayan değişmeler tarafından belirlenen ve onların işleriyle ve diğer insanlarla etkileşiminden kaynaklanan durumdur (Pehlivan, 1995: 12). Bu duruma neden olan faktörleri fiziksel ve yönetsel kaynaklar olarak ikiye ayırmamız mümkündür. Fiziksel kaynaklar; işyerinin yapılan işle uyumlu olmaması, gürültülü ve havasız bir ortam, araç gereç eksikliği şeklinde; yönetsel kaynaklar ise, örgütsel kararlara katılamama, yetkisizlik, rol belirsizliği, aşırı iş yükü, ücret yetersizliği ve sosyal destek eksikliği olarak sıralanabilir (Şahin, 2005: 54).

Özellikle sağlık alanı; strese neden olan birçok faktörü bünyesinde barındırmaktadır. Bununla birlikte yoğun stresler yaşayan hasta bireylere hizmet vermenin güçlüğü yanı sıra, bu alanda görev yapanların günlük çalışmalarında sık sık stres yaratıcı olaylarla karşı karşıya kalmaları nedeniyle diğer

iş ortamlarından farklılık göstermektedir. Ayrıca sağlık alanında çalışanlarda, yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma gibi nedenlerin yanı sıra sağlık hizmetindeki yetersizlikler ve hizmetin, personelin dengesiz dağılımı gibi nedenler de çalışanlarda düş kırıklığı ve gerginlik yaratmaktadır (Ergün, 2008: 59) (Tel, 2003: 13).

İşe bağlı gerginlik ve tükenme kişide depresyon, anksiyete, çaresizlik duyguları gibi ruhsal, baş ağrısı, kaslarda gerginlik, uykusuzluk gibi fizyolojik etkilere yol açmaktadır. Bunun yanı sıra işle ilgili gerginliğin işte verimi ve üretimi düşürme, iş doyumunu azaltma, işe gecikme, özür uydurarak hiç gelmeme ya da işi tamamen bırakma, sonuçta deneyimli personelin elde tutulamaması gibi kurumsal sonuçlara neden olmaktadır (Sunter, 2006: 10).

Bununla birlikte uluslararası raporlarda iş stresi ile ilgili maliyetlerin yükseldiği belirtilmektedir. Birleşik Devletlerde, iş stresi ile bağlantılı ekonomik kayıpların yıllık 150 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir (Okutan ve Tengilimoğlu, 2002: 23).

İş stresinin açıklanmasında farklı modeller kullanılmaktadır. Bunlardan Karasek ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan iş yükü kontrolü modeli sık kullanılan modellerdendir. Bu modele göre psikososyal iş yükü ve iş kontrolünün etkileşimi, işin stres düzeyini belirlemektedir (Demiral, 2007: 12).

İş yükü, çalışma hızını da içeren işin yoğunluğunu ve güç gerektirme durumunu tanımlamaktadır. İş kontrolü, çalışanın beceri düzeyi ve bu becerileri kullanma olanaklarını ve aynı zamanda işini yapmasında karar verme süreçlerine katılımını göstermektedir. Yüksek iş yükü ve düşük iş kontrolü olan işlerde stres düzeylerinin yüksek olacağı gösterilmiştir. İş kontrolünün yüksek olduğu durumlarda yüksek motivasyon, ustalık duygusu oluşmakta ve yüksek iş yükünün stres yaratan etkisi gözlenmemektedir. İş yükünün düşük, bununla birlikte iş kontrolünün de düşük olduğu durumlar ise pasif işler olarak tanımlanmaktadır. Bu durum öğrenme gereksiniminin zaman içinde azalmasına neden olmakta ve kazanılmış umutsuzlukla sonuçlanabilmektedir. İş yükünün düşük ve iş kontrolünün yüksek olduğu işler ise düşük stresli

işler olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca işyerindeki sosyal çevrenin stres oluşumunda bağımsız bir değişken olduğu ve yüksek iş yükü-kontrol yokluğu ile birlikte sosyal desteğin bulunmaması halinde en kötü durumun oluştuğu bildirilmiştir. Böylece modelin iki boyutlu yapısına sosyal destek de eklenmiştir (Demiral 2007: 12).

Karasek' in psikososyal iş yükü- iş kontrolü (karar serbestliği) modeline göre, iş yükü ile iş kontrolü karşılıklı etkileşimle farklı durumlara neden olmaktadır. Eğer iki boyutlu sistemde iş yükü ve iş kontrolü incelenirse, sonuç olarak ortaya dört ayrı kombinasyon çıkmaktadır. Yüksek iş yükü – düşük karar serbestliği "iş gerilimi" (yüksek gerilim) ile sonuçlanmaktadır. Yüksek iş yükü- yüksek karar serbestliği durumu aktif iş; düşük iş yükü – düşük karar serbestliği durumu ise pasif iş olarak tanımlanmaktadır. İdeal durum ise düşük iş yükü- yüksek karar serbestliği ile ortaya çıkmakta ve bu işler "düşük gerilimli işler" olarak adlandırılmaktadır. Aktif iş durumunda sürekli öğrenme ile birlikte edinilen ustalık duygusu psikososyal iş yükü ile başa çıkmada başarıyı artırmaktır. İlerleyen yıllarda sosyal destek ve iş stresi ile ilgili araştırmalar yapılmış ve sosyal destek, iş stresine etki eden değişkenlerden biri olarak tanımlanmıştır. Karasek ve arkadaşlarının geliştirdiği modele, sosyal destek üçüncü boyut olarak eklenmiştir. Bu üç bileşenli yapıya göre, çalışan sağlığı için psikososyal etmenler açısından en olumsuz durum (iso-strain) yüksek iş yükü –düşük iş kontrolü – düşük sosyal destek koşullarında ortaya çıkmaktadır (Engindeniz, 2010: 12).

Stres modelleri, aşırı işyükü ve az çalışmanın iş görende ne gibi durumlar yarattığını ortaya koyma açısından önemlidir. Bu modellere göre, çalışanların yetki ve görevlerini işin gereklerine göre yaptıkları noktada optimal stres söz konusudur. Başka bir ifadeyle, optimal stres; işin yeniden düzenlenmesi, kalitesinin artırılması, aşırı iş yükü ve az çalışmanın minimum kılındığı ve bu ikisi arasında minimum dengenin kurulduğu yerdedir (Erkek, 2008: 27).

Aşırı iş yükü, bireylere belli bir zamanda yapabileceğinden daha fazla sorumluluğun yüklenmesidir. Aşırı iş yükü çalışma ortamında çalışana uygun olmayacak şekilde sorumluluk yükleme ve çalışandan talepte bulunmadır (Şimşek, 2005: 261). Aşırı iş yükü, genel olarak iki grupta toplanabilir. Bi-

rincisi niceliksel (kantitatif) iş yükü değeri ise niteliksel (kalitatif) iş yüküdür. Niceliksel iş yükü, bir kişinin yapacağı belirli bir iş için zamanın yetersizliği, belirli bir zamanda yapılacak çok farklı işlerin olması ile yapılacak işlerin fiziki olarak ağır ve yorucu olması şeklinde açıklanabilir. Buna göre, bir kısım işlerin önceden belirlenen bir tarihte veya vakitte yapılmış olmasını gerektiren çalışma düzeni, gerilim yaratan bir aşırı yüklenme türüdür. Niteliksel iş yükü ise yapılacak işin gerektirdiği nitelikler ile işi yapacak olan kişinin sahip olduğu nitelikler arasında, mevcut eleman aleyhinde bir uyumsuzluğun olması durumudur (Soysal, 2009: 20).

Aşırı iş yükü, işle ilgili stres kaynakları arasında en önemli ve en çok karşılaşılan etkenlerdendir. Bir işin başarımı için ayrılan zamandan daha çok zamana ve güce gerek duyulması, işin gereklerinin bireyin yeteneğini ve beceri düzeyini aşması bireyde strese yol açar (Gümüştekin, 2005: 274)

İşin hacminin düşüklüğü, bireyin beceri ve yeteneklerinin çok altında olması, işi sıkıcı hale getirebilir (Aytaç, 2009: 12). Özellikle kriz dönemlerinde zamanının çoğunu oturarak geçirmek durumunda kalan veya zeka ve yeteneğinin altında rutin işleri yapmak zorunda kalan personelin sıkıntı nedeniyle strese girdiği görülmektedir (Soysal, 2009: 20).

Az çalışma, çalışanların yeteneklerini ve yetkilerini kullanmaları gerektiğinde bu yetki ve yeteneklerin çok az miktarını kullandıkları zaman meydana gelir. Az çalışmanın en belirgin özelliği monotonluktur. Bu durumda çalışanlar aynı rutinlikte performans gösterirler. Çoğu araştırmalarda az çalışma ile ilgili olarak düşük hayat güvenliği, hayal kırıklığı ve yüksek sinirlilik gibi belirtiler elde edilmiştir. Aşırı iş yükü ve az çalışma psikolojik ve fizyolojik olarak bireyin çalışmasına etki etmektedir (Şimşek, 2005: 261).

İş kontrolü, yapılacak işin türü ve miktar konusunda çalışanın karar verme olanaklarını ifade eder. Bireyin yetenekleri (eğitim ve beceri düzeyi) karar verme mekanizmalarına katılımda etkili olur. İş gerilimi, çalışandan beklenen fiziksel ve psikolojik iş yükü ve iş kontrolünün birbirleriyle etkileşimi olarak tanımlanmaktadır. Çalışanın yapması gereken görevler ve bu görevlerin ne zaman, nasıl ve hangi koşullarda yerine getirilmesi gerektiğini kontrol eden

sistem dinamik bir yapıdır. Bireylerin bu süreçle baş etme becerileri iş gerilimine yanıtın oluşmasında etkili olur (Demiral, 2006: 38).

İşin başarılmasındaki bilgi, beceri ve yetenek düzeyleri de, bireyin strese dayanıklılığını etkilemektedir. Beceri düzeyleri yüksek çalışanlar, beceri düzeyleri düşük çalışanlara kıyasla işlerini daha fazla stresli kabul ederler (Tınaz, 2005: 38).

Sosyal destek, genellikle stres verici bir durumda kişiye yakından bağlı insanlar tarafından sağlanan maddi veya manevi yardım olarak tanımlanır (Akyıl, 2008: 2).Sosyal destek, stresle başa çıkmada çok etkili bir faktördür. Sosyal destek, diğer insanlarla yakın bağların olmasını ifade etmektedir. Sosyal destek işyerindeki çalışanların maruz kaldıkları stresin etkilerini azaltmaya yönelik çeşitli yardımcı çalışmaları içermektedir (Ekinci, 2003: 110).

İşyerinde veya bulunulan herhangi bir çevrede, özveri temelinde kurulan arkadaşlıklar, geliştirilen insani ilişkiler ve bu amaçla yöneticilerce sunulacak hizmetler bireye önemli ölçüde sosyal destek sağlayacaktır. Sosyal destek, bireyin ihtiyaçlar hiyerarşisinde var olan ait olma, sevgi, takdir ve kendini gerçekleştirme gibi temel ihtiyaçlarının başka bireylerle (arkadaşları, ailesi, üstleri veya profesyonel danışmanlar vb.) kurduğu etkileşim sonucunda tatmin edilmesi anlamına gelmektedir. Yüksek düzeyde sosyal desteğe sahip olan çalışanların stres kaynaklarından biri olan güvensizlik hissine sahip olmamaları nedeniyle, aynı ortamda olmalarına rağmen sosyal desteğe sahip olmayan bireylere oranla daha az stres yaşadıkları araştırmalarla ortaya konulmuştur (Tutar, 2000: 289).

Sosyal destek bir taraftan katılımlı yönetimi kolaylaştırırken, diğer taraftan kişiler arası yakınlık ve psikolojik destek sağlamaktadır. Böylece sosyal destek hem bireyler arasındaki ilişkileri, hem de bireyle örgüt arasındaki ilişkileri geliştirmektedir. Duygusal ve sosyal destek, stres ve sağlık arasında tampon vazifesi görmektedir. Birçok araştırma sosyal desteğin stres etmeni ve gerilim arasında da pozitif ilişkiyi azaltmada tampon etkisi yaptığı ve yatıştırıcı fonksiyon gördüğünü göstermektedir (Tutar, 2000: 290).

Üyeleri birbirine bağlı bir çalışma grubunun yarattığı veya üstle kurulan iyi bir ilişkiden kaynaklanan sosyal destek de, stresin olumsuz etkilerini azaltabilir. Sosyal desteğin eksikliği halinde kalp hastalığı riski artabilir. Sosyal destek düzeyi ne kadar azsa, sağlık riskinin de o oranda arttığı araştırma bulgularıyla saptanmıştır (Tınaz, 2005: 38).

Sağlık çalışanlarında iş gerilimi hastanelerde çalışanlarda önemli risk etkenlerinden birisidir. Çok sayıda ampirik çalışma sağlık çalışanlarında bu risklerin artacağını göstermektedir. Finlandiya'da yapısal değişim programının uygulandığı dönemi kapsayan ileriye yönelik çalışmada, sağlık çalışanlarının iş yüklerinin arttığı, çelişkili görevlendirmelerde artış olduğu, işlerin yetiştirilmesi için gereken zamanın anlamlı düzeyde azaldığı, çalışanların karar verme etkinliklerine katılımlarının düştüğü saptanmıştır. Ayrıca artan iş yükünün anksiyete ve konsantrasyon bozuklukları sıklığında ve hastalığa bağlı işe devamsızlıklarda artışlara neden olduğu gösterilmiştir (Demiral, 2006: 38).

Stres geçmişten günümüze hemen hemen her ortamda ve herkes tarafından hissedilen bir olgu olarak ortaya çıkmaktadır. İnsanlar zamanlarının büyük bir kısmını iş ortamında geçirmekte ve dolayısıyla strese maruz kalmaktadırlar. Özellikle sağlık çalışanlarda iş stresi ve iş gerginliği, gerek sağlık hizmetin özellikleri gerekse sağlık hizmet alanların özelliklerinin farklı olması nedeniyle ayrı bir önem kazanmaktadır.

Bu çalışma, sağlık çalışanlarında iş gerilim, iş stres düzeyi ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. "Sağlık çalışanlarının iş gerilimi ve iş stres düzeyi nedir? İş gerilimi ve iş stres ile unvan, eğitim, cinsiyet, yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmakta mıdır?" soruları araştırmanın problem cümlelerini oluşturmaktadır.

Araştırmanın hipotezleri;

- Unvanlara göre iş stres durumu farklılık gösterir.
- Yaşlara göre iş stres durumu farklılık gösterir.
- Eğitim durumlarına göre iş stres durumu farklılık gösterir.
- Çalışma süresine göre iş stres durumu farklılık gösterir.

2. YÖNTEM

Bu çalışma Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi ve Sandıklı Devlet Hastanesinde işe bağlı stres düzeyinin belirlenmesi amacıyla 01 Mayıs-30 Eylül 2010 tarihleri arasında çalışan 332 sağlık personeli üzerinde yapılmıştır.

Veriler anket ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmaya ilişkin veriler 24 adet soru ve ifadeden oluşan iki bölümlü bir soru formu aracılığı ile toplanmıştır. Birinci bölümde demografik bilgiler olup, katılımcıların unvanı, cinsiyet, öğrenim durumu ve yaşa yönelik sorular, İkinci bölümde Demiral ve arkadaşlarının Türkçeye uyarladığı İsveç İş yükü-İş kontrolü-Sosyal destek anketindeki ifadeler yer almaktadır.

İsveç İş Yükü Kontrol-Destek Anketi 17 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin üç ana alt bölümü vardır. İş yükü için 5, iş kontrolü için 6 ve sosyal destek için 6 soru içermektedir. İş kontrolünün ölçümünde kullanılan sorunun dördü beceri kullanımı, ikisi karar serbestliği alt başlıklarından oluşmaktadır (Demiral, 2007: 13).

İş yükü, beceri kullanımı ve karar serbestliği alt bölümleri için yanıt seçenekleri "sıklıkla", "bazen", "nadiren" ve "hiç bir zaman" yanıtlarından oluşmaktadır. Sosyal destek için ise "tamamen katılıyorum", "kısmen katılıyorum", "kısmen katılmıyorum" ve "tamamen katılmıyorum" seçenekleri vardır. Ölçeğin değerlendirilmesinde yanıt seçenekleri arasında kodlanarak, her bir alt bölümün puanlarının toplanması ile ilgili alt bölümün toplam skoru elde edilmektedir. Beceri kullanımı ve karar serbestliği için elde edilen puanların toplanması ile iş kontrolü toplam skoru elde edilmektedir. Yüksek puanlar yüksek iş yükü, yüksek iş kontrolü ve yüksek sosyal desteği göstermektedir. İş stresi, iş yükünün iş kontrolüne oranı olarak değerlendirilmiştir (Demiral, 2007: 13).

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11.5 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken aritmetik ortalama, standart sapma, ındependent samples t testi, one way anova analizleri uygulanmıştır. Tüm analizlerde güven aralığı % 95 ve anlamlılık $p< 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3. BULGULAR

3.1. Sosyo-Demografik Bulgular

Araştırmaya katılanların %69,6'ı hemşire-ebelerden oluşmakta idi. Katılımcıların %64,8'sinin ön lisans düzeyinde eğitim aldığı, %59,6'sının yaşının 30-39 yaş grubunda olduğu tespit edildi (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Ünvan	**N= 332**	**%**
Hekim	47	14,2
Hemşire- Ebe	231	69,6
Sağlık Memuru	54	16,3
Cinsiyet		
Erkek	71	21,4
Kadın	261	78,6
Eğitim Durumu		
Lise	41	12,3
Ön Lisans	215	64,8
Lisans	41	12,3
Yüksek Lisans	35	10,5
Yaş		
20-29	58	17,5
30-39	198	59,6
40-49	76	22,9
Hizmet Yılı		
0- 5 Yıl	194	58,4
6-10 Yıl	51	15,4
11-15 Yıl	62	18,7
16-20 Yıl	17	5,1
21 yıl ve üzeri	8	2,4
Çalışma Pozisyonu		
Servis Çalışanı	279	84,0
Servis Sorumlusu	53	16,0

Hemşireler, hekim ve sağlık memurlarına göre anlamlı (p=,000) düzeyde yüksek iş yükü düzeyine sahiptiler. Hekimler ise, hemşire ve sağlık memurlarına

göre anlamlı (p=,000) düzeyde yüksek iş kontrol düzeyine sahiptiler. Sağlık Memurları, hekim ve hemşirelere göre anlamlı (p= ,000) düzeyde yüksek stres değerlerine sahip oldukları saptandı.

Tablo 2. Unvanlara Göre İş Stres Durumu

Bölümler	Hekim Ortalama ±ss	Hemşire Ortalama ±ss	Sağlık memuru Ortalama ±ss	p
İş yükü	14,40±2,81	16,13 ±2,27	15,96 ± 2,74	,000
Kontrol	20,76±1,98	19,64±2,67	18,09±3,49	,000
Beceri Kullanımı	13,59±1,40	13,72±1,79	12,44±2,15	,000
Karar serbestliği	7,17±1,02	5,92±1,54	5,64±1,95	,000
Sosyal destek	21,38±2,55	18,73±3,60	18,11±4,57	,000
İş stresi	0,70±0,18	0,84±0,18	0,91±0,23	,000

30-39 yaş grubunda bulunanlar, diğer yaş gruplarına göre anlamlı (p=,000) düzeyde yüksek iş yüküne sahiptiler. 30-39 yaş grubunda bulunanlar, diğer yaş gruplarına göre yüksek stres değerlerine sahip olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=,350). Sosyal destek açısından 40-49 yaş grubunun elde ettiği puanlar diğer yaş gruplarına göre yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı idi (p=,009).

Tablo 3. Yaş Gruplarına Göre İş Stres Durumu

Bölümler	20 -29 Yaş grubu Ortalama ±ss	30- 39 yaş grubu Ortalama ±ss	40-49 yaş grubu Ortalama ±ss	p
İş yükü	15,87±2,34	16,26±2,29	14,81±2,83	,000
Kontrol	19,48±2,87	19,66±2,63	19,30±3,29	,752
Beceri Kullanımı	13,46±1,86	13,55±1,78	13,36±2,07	,709
Karar serbestliği	6,01±1,69	6,11±1,50	5,93±1,85	,625
Sosyal destek	18,32±3,98	18,77±3,51	20,13±4,09	,009
İş stresi	0,83±0,18	0,84±0,17	0,80±0,26	,350

Kadınlar erkeklere oranla anlamlı düzeyde (p= ,002) yüksek beceri kullanım düzeyine sahiplerdi. Erkekler, kadınlara göre yüksek stres değerlerine sahip olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=,683).

Tablo 4. Cinsiyete Göre İş Stres Durumu

Bölümler	Erkek Ortalama ±ss	Kadın Ortalama ±ss	p
İş yükü	15,69±2,94	15,91±2,37	,508
Kontrol	19,19±3,05	19,64±2,77	,236
Beceri Kullanımı	12,90±1,88	13,65±1,82	,002
Karar serbestliği	6,29±1,67	5,98±1,60	,157
Sosyal destek	19,32±4,11	18,91±3,68	,425
İş stresi	0,84±0,23	0,83±0,19	,683

Ön lisans düzeyinde eğitim alanlar, diğer eğitim gruplarına göre anlamlı (p=,000) düzeyde yüksek iş yüküne sahiptiler. Lisans düzeyinde eğitim alanlar ise, diğer eğitim gruplarına göre anlamlı (p=,026) düzeyde yüksek beceri kullanma değerine sahiplerdi. Ön lisans düzeyinde eğitim alanlar, diğer eğitim gruplarına göre anlamlı (p=,000) düzeyde yüksek stres düzeyine sahip iken, yüksek lisans düzeyinde eğitim alanlar ise, diğer eğitim gruplarına göre anlamlı (p=,000) düzeyde yüksek sosyal destek puanına sahiptiler.

Tablo 5. Eğitim Durumuna Göre İş Stres Durumu

Bölümler	Lise Ortalama ±ss	Ön Lisans Ortalama ±ss	Lisans Ortalama ±ss	Yüksek Lisans Ortalama ±ss	p
İş yükü	15,39±2,72	16,28±2,21	16,19±2,70	13,45±2,26	,000
İş Kontrol	19,19±2,90	19,33±2,95	19,97±2,50	20,77±2,03	,026
Beceri Kullanımı	13,63±1,78	13,46±1,96	13,43±1,64	13,62±1,55	,915
Karar Serbestliği	5,56±1,76	5,87±1,62	6,53±1,45	7,14±0,91	,000
Sosyal destek	18,29±3,90	18,81±3,90	18,60±2,18	21,48±3,46	,000
İş stresi	0,81±0,19	0,86±0,19	0,82±0,18	0,66±0,17	,000

Çalışma süresi 6-10 yıl olanlarda, diğer çalışma sürelerine göre anlamlı düzeyde yüksek iş yükü ve stres düzeyine sahiptiler.

Tablo 6. Çalışma süresine Göre İş Stres Durumu

Bölümler	0-5 yıl Ortalama ±ss	6 -10 yıl Ortalama ±ss	11-15 yıl Ortalama ±ss	16-20 yıl Ortalama ±ss	p
İş yükü	15,62± 2,57	16,52±2,19	16,27±2,27	15,32±2,76	,042
İş Kontrol	19,71±2,52	19,21±2,72	19,22±3,40	19,80±3,74	,507
Beceri Kullanımı	13,59±1,66	13,31±1,82	13,27±2,06	13,68±2,73	,547
Karar Serbestliği	6,11±1,52	5,90±1,68	5,95±1,85	6,12±1,66	,792
Sosyal destek	19,19±3,79	19,66±3,20	18,00±3,92	19,00±3,75	,087
İş stresi	0,80±0,18	0,88±0,19	0,87±0,21	0,81±0,24	,023

4. TARTIŞMA

Az ya da çok her meslek belli ölçüde strese neden olmaktadır. Bununla birlikte, bazı meslekler diğerlerine göre daha fazla streslidirler. Mesleklerle ilgili olarak yapılan çalışmalarda gardiyanlık, polis memurluğu, öğretmenlik, ambulans şoförlüğü, hemşirelik, doktorluk, itfaiyecilik, diş hekimliği, askerlik gibi mesleklerin en stresli meslekler olduğu ileri sürülmektedir (Çınar, 2010: 107).

Yüksek iş yükü–düşük karar serbestliği "iş gerilimi" (yüksek gerilim) ile sonuçlanmaktadır. Çalışan sağlığı için psikososyal etmenler açısından en olumsuz durum yüksek iş yükü–düşük iş kontrolü–düşük sosyal destek koşullarında ortaya çıkmaktadır (Engindeniz, 2010: 12).

Eğitim ve sağlık çalışanlarında iş stresi değerlendirme çalışmasında sağlık çalışanlarında iş stresi düzeyi 31.99 olarak bulunmuştur. Bu değer, kritik değer olan 30'u aştığından sağlık çalışanlarının iş stresi düzeyinin tehlikeli bir boyutta olduğu söylenebilir. Sağlık çalışanlarının %41'inde fiziksel ve ruhsal iş stresi belirtileri mevcut iken %59'unda iş stresi düzeyi tehlikeli bir boyuttadır (Çınar, 2010: 115).

"Ambulans Servisinde Çalışan Personelinde İş Stres Düzeyinin Belirlenmesi" çalışmasında iş stresi en yüksek sağlık memurlarında (%35.3) ve hemşirelerde (%30.3), gözlenmiştir (Engindeniz,2010:32).

Çalışmamızda en yüksek iş yükü düzeyi hemşirelerde (16,13±2,27), en düşük karar serbestlik düzeyi sağlık memurlarında (5,64 ±1,95), en düşük sosyal destek düzeyi sağlık memurlarında (18,11 ±4,57) en yüksek iş stresi düzeyi sağlık memurlarında (0,91±0,23) bulunmuştur. Sağlık memurlarındaki yüksek iş stres düzeyi Engindeniz'in çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

İşletmede strese etki eden önemli bireysel faktörler yaş ve cinsiyet olarak sıralanabilir. Bunlardan yaş değişkeni, bireylerde stres unsuru olarak görülebilmektedir. Çalışanlar açısından strese neden olan yaşla ilgili sorunların genellikle yaşın ilerlediği orta yaşlılık ve yaşlılık dönemlerinde yoğunlaştığı görülmektedir (Soysal, 2009: 27). Genel olarak konuya yaklaşıldığında genç yaştaki bireylerin yaşı ilerlemiş yaştaki bireylere göre daha dinamik oldukları

ve değişime daha çabuk adaptasyon sağladıkları da görülebilmektedir (Ergün, 2008: 53).

Arıkan'ın (2004) yapmış olduğu Çalışmada hemşirelerin yaşları arttıkça İBG puanları da artmış ve yaş ile İBG puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak 34 yaş ve üzerinde olan hemşirelerin İBG ölçek puan ortalamaları diğer gruplara göre daha düşük (37.00±5.10) düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu sonuç ileri yaş grubundaki hemşirelerin mesleki deneyimlerinin ve olgunluklarının ya da emeklilik yaşına yaklaşmış olmalarının verdiği güvencenin yarattığı bir rahatlamanın göstergesi olabilir (Arıkan, 2004:10).

Sunter ve arkadaşları (2006) hekimler üzerinde yaptıkları çalışmada işe bağlı gerginlik puanları en düşük 25-29 yaş grubunda, en yüksek puanı ise 35 yaş üzerinde olduğunu saptamışlardır (Sunter,2006:12).

Aslan ve arkadaşlarının hemşireler (1996) ve Sağlık çalışanlarında (1998) yapmış olduğu her iki çalışmada ise yaş ile İBG ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, yaş artıkça İBG ölçek puanlarının azaldığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda en yüksek iş yükü düzeyi 30-39 yaş grubunda (16,26±2,29), en düşük karar serbestlik düzeyi 40-49 yaş grubunda (5,93 ±1,85), en düşük sosyal destek düzeyi 20-29 yaş grubunda (18,32±3,98) en yüksek iş stresi düzeyi 30-39 yaş grubunda (0,84±1,17) bulunmuştur.30-39 yaş grubundaki yüksek iş stres düzeyi Sunter'in çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin çalıştıkları örgütte yükselme olanakları da artmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek bireylerin yıpranma düzeyleri daha üst boyutta gerçekleşmektedir. Ancak, eğitim düzeyi yüksek bireyler yönetimde üst basamaklara çıkma olanağına sahip oldukları için görev sorumlulukları ve almış oldukları riskler arttığı için stres düzeyleri de artmaktadır (Ergün, 2008: 54).

Öğrenim düzeyleri yükseldikçe sosyal desteğin, çalışanların karşılaştıkları stresin çözümünde etkili olacağına daha fazla inanmaktadırlar. Çünkü yöneticilerin öğrenim düzeyleri yükseldikçe bilgi düzeyleri de artmakta ve yönetim olgusuna çok yönlü bakma niteliği kazanabilmektedirler. Böylece, modern

yönetimin çalışma alanına giren sosyal destek gibi konular hakkında daha fazla bilgi sahibi olabilirler (Ekinci, 2003: 120).

Çalışmamızda en yüksek iş yükü düzeyi Ön lisans düzeyinde eğitim alanlarda (16,28±2,21), en düşük karar serbestlik düzeyi lise düzeyinde eğitim alanlarda (5,56 ±1,76), en düşük sosyal destek düzeyi lise düzeyinde eğitim alanlarda (18,29±3,90) en yüksek iş stresi düzeyi ön lisans eğitim alanlarda (0,86±0,19) bulunmuştur.

Arıkan'ın (2004) yapmış olduğu çalışmada çalışma yılı arttıkça hemşirelerin İBG puan ortalamaları artmış olmasına rağmen, hemşirelerin çalışma yılının İBG puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$). Bu sonuç ilk yıllarda çalışmaya başlayan hemşirelerin stresinin az olduğu ancak ağır ve stresli iş koşulları gibi nedenlerle yıllar geçtikçe streslerinin arttığı, 16 yıl ve üzerinde çalışanların ise emekliliklerinin yaklaşmış olması, tecrübelerinin artması çalışma yaşamına uyum göstermiş olmalarına bağlı olarak işe bağlı gerginlik puan ortalamalarının azalmış olduğu düşünülebilir (Arıkan,2004:10).

Sunter ve arkadaşlarının 85 hekim üzerinde yaptıkları çalışmada çalışma süresine göre gruplar arasında işe bağlı gerginlik puanı 10 yıl ve daha fazla süredir çalışanlarda 5 yıldan daha az çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Sunter,2006:12).

Çalışmamızda en yüksek iş yükü düzeyi hizmet süresi 6-10 yıl olanlarda (16,52±2,19), en düşük karar serbestlik düzeyi hizmet süresi 6-10 yıl olanlarda (5,90 ±1,68), en düşük sosyal destek düzeyi hizmet süresi 11-15 yıl olanlarda (18,00±3,92) en yüksek iş stresi düzeyi hizmet süresi 6-10 yıl olanlarda (0,88±0,19) bulunmuştur. 6-10 yıl hizmet süresi olanlarda yüksek iş stres düzeyi Sunter'in çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre sağlık çalışanların iş stres puan ortalamalarının 0,83±0,20 olduğu, unvan, eğitim durumu ve çalışma süresi gibi değişkenler iş stres puanlarını etkilediği bulunmuştur.

Bu bulgular doğrultusunda;

- Yöneticilerin stres nedenlerini saptamaya yönelik detaylı çalışma planlaması,
- Kurumlardaki iş yükü dikkate alınarak, personel yetersizliklerinin giderilmesine yönelik planlamaların yapılması,
- Streste etkili baş etme yöntemlerini geliştirebilmeleri için sık sık toplantılar, sosyal organizasyonlar düzenlenmesi,
- Hastane ortamındaki stresi ortadan kaldırmak ya da kontrol altına alabilmek için çalışanların iş stresi konusunda eğitilmesi,
- Çalışanların ruh sağlıklarını korumak ve sürdürmek için psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinin verilmesi,
- Sağlık çalışanlarının başarıları paylaşılarak ödüllendirilmesi,
- Çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik risk analizlerinde iş stresi, iş gerilimi konularının daha ayrıntılı irdelenmesi,
- Yoğun stresli bölümlerde çalışanlara yönelik sağlık tarama programların uygulanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- AKYIL, Ş., ve diğerleri (2008). "Tam Protez Hastalarında Aileden Algılanan Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Stratejilerinin Protez Memnuniyetine Etkisini İncelenmesi" Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg. Cilt:18, Sayı: 1, sayfa: 1-7.
- ARIKAN, D., ve ark (2004). "Hemşirelerde İşe Bağlı Gerginlik ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:7, Sayı: 1.
- ASLAN, S H., ve ark. (1996). İşe bağlı gerginlik ölçeğinin bir hemşire örnekleminde geçerlik ve güvenirliği. 3 P Derg., 4 (4), 276-284.
- ASLAN S H., ve ark. (1998). İşe bağlı gerginlik ölçeğinin sağlık alanında çalışanlarda geçerlik ve güvenirliği. Düşünen Adam. 11(2), 4-8.
- AYDIN, Ş., (2004). " Örgütsel Stres Yönetimi" Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt 6, Sayı:3.
- AYTAÇ, S., (2009). İş stresi Yönetimi El Kitabı, www.turkis.org.tr/source.cms.docs/turkis.org.tr.ce/.../ec109.pdf

- ÇINAR, O., (2011). " Eğitim ve Sağlık Alanı Çalışanlarının İş Stresi Düzeyleri" Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi Yaz-2010 Cilt:9 Sayı:33, 101-121.
- DEMİRAL, Y., (2006). Sağlık Çalışanlarında iş Gerilimi iş Doyumu ve Mesleksel Riskler; Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 28 (Ekim-Kasım-Aralık), 35-40.
- DEMİRAL, Y., ve diğerleri (2007). İş Stresi Ölçeğinin İzmir Konak Belediyesi'nde Çalışan Erkek İşçilerde
- Geçerlik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi, Toplum Hekimliği Bülteni, Cilt,26 Sayı:1, Ocak-Nisan
- EKİNCİ, H., & Ekici S., (2004). "İşletmelerde Örgütsel Stres Yönetim Stratejisi Olarak Sosyal Desteğin Rolüne İlişkin Görgül Bir Araştırma" C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi Mayıs, Cilt: 27 No:1, 109-120.
- ENGİNDENİZ, F., (2010). "İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Acil Hizmetler Şubesi ve 112 Ambulans Servisinde Çalışan Personelin İş Stresinin Belirlenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- ERGÜN, G., (2008). Sağlık İşletmelerinde Örgütsel Stresin İşgücü Performansıyla Etkileşiminin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı.
- ERKEK, Z., (2008). " Kamu Kurumlarında Stres Yönetimi ve Kontrolü Araştırması" Yüksek Lisans Tezi, T.C.Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim dalı.
- GÜMÜŞTEKİN G., & ÖZTEMİZ A., (2005). "Örgütlerde Stresin Verimlilik ve Performansla Etkileşimi" C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 14, No:1, 109-120.
- OKUTAN, M., TENGİLİMOĞLU M., (2002). "İş Ortamında Stres ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri: Bir Alan Uygulaması", G.Ü. İ.İ.B.F. Dergisi, Sayı: 3, 15-42
- PEHLİVAN, İ., (1995). Yönetimde Stres Kaynakları, Ankara, Pegem Yayınları, Personel Geliştirme Merkezi, No:16.
- ŞAHİN, H., (2005) Örgütsel Stres, Maden Mühendisleri Odası Dergisi, 54-56.
- ŞİMŞEK, M.Ş., ve diğerleri, (2005). Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış, 5.b., Adım Matbaacılık, Konya, 434.
- SOYSAL, A., (2009). "İş yaşamında Stres" Çimento İşveren Dergisi, Mayıs.

- SUNTER, T., ve diğerleri (2006). "Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumu düzeyleri "Genel Tıp Dergisi, 16 (1).
- TEL, H., ve diğerleri (2003). "Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları İle Baş etme Durumlarının Belirlenmesi" Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2.
- TINAZ, P., (2005). Çalışma Yaşamından Örnek Olaylar, İstanbul.
- TÜRK, K. ve diğerleri (2008). "T.C. Devlet Hastanelerindeki çalışma koşullarının stres üzerine etkilerini ölçmeye yönelik bir araştırma: Geyve Devlet Hastanesi Örneği" Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi Erişim: http://www.insanbilimleri.com
- TUTAR, H., (2000). Kriz ve Stres Ortamında Yönetim, Hayat Yayıncılık, İstanbul.

Çalışan Hemşireler Tarafından Yönetici Hemşirelerden Beklenen ve Algılanan Liderlik Davranışlarının Karşılaştırılması
(Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)

Nurdan ÇAMLIBEL[1]
Gülnur GÜL[2]
Pınar BOL[3]
Ahmet Emin ERBAYCU[4]

ÖZET

Sanayi toplumundan bilgi toplumuna geçtiğimiz bu yüzyılda küreselleşme süreci ile birlikte sosyal nitelikli liderlik ve yönetim olgusunun öneminin arttığı açıkça görülmektedir. Sundukları hizmetin niteliği, hukuksal yapıları ve büyüklükleri nedeniyle yönetimi zor ve karmaşık olan sağlık kurumlarında önemli bir paya sahip hemşirelik hizmetlerinin yönetiminin de aynı derecede zor olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda hemşirelik hizmetlerinin yönetilmesinde yönetici hemşirenin sahip olduğu liderlik davranışları önemlidir.

Çalışmada, yönetici hemşirelerin liderlik davranışlarının belirlenmesi ve çalışan hemşirelerin liderlik davranışı beklentileri ile algıladıkları ve gerçekleşen liderlik davranışı arasındaki farkların ortaya konulması amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda yönetici hemşirelerden beklenen liderlik davranışı ile yönetici hemşirelerin sergilediği liderlik davranışlarının algılanmasının hemşirelerin çeşitli demografik özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı araştırılmaktadır.

Araştırma sonuçlarına göre, hemşireler tarafından beklenen ile algılanan liderlik davranışları arasında fark olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre beklenen liderlik davranışında, eğitim düzeyine göre algılanan liderlik davranışında, yaşa göre ise beklenen ve algılanan liderlik davranışlarının her ikisinde fark olduğu görülmektedir. Meslekte ve kurumda çalışma süresine göre değerlendirildiğinde, beklenen liderlik davranışında fark olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır.

Anahtar sözcükler: Hemşire, liderlik, liderlik davranışı, yönetici hemşire.

1 İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Hemşiresi
2 İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü
3 İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalite Birim Sorumlusu
4 Doç. Dr., İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticisi

Leadership Behaviors of Executive Nurses and Comparison for the Leadership Behaviors That Employee Nurses Expects from Executive Nurses (An Education and Research Hospital Example)

ABSTRACT

In the rapidly changing world passing from industry society to information society in this century, by the process of globalization the need for social qualified leadership and management increasing is clearly seen. Due to the quality of the service they offer, legal structures and their size, management of nursing service is known to be equally difficult where it has an important share in health care institutions those are difficult and complicated to manage. In this sense the leadership attitutedes that nurse managers have for the managing nursing services are important .

In study the determination leadership attitudes of nurse managers and the differences between the perceptions of laboured nurses from the leadership attitude expectation and the materialized leadership attitudes are aimed to put forward. Accordingly the perception of expected leadership attitudes from the nurse managers and the leadership attitudes those nurse managers show is surveyed whether it changes according to the various demographic characteristics of nurses or not.

According to the survey results, difference between the expectations of nurses and the perceived leadership attitudes is seen. The expected attitudes according to gender leadership, the expected attitudes according to education level leadership, according to the age difference is seen that both the expected and perceived leadership behaviors. According to the evaluation of the working time in the profession and the institution, the difference for the expected leadership attitudes comes out.

Key Words: Nurse, Leadership, Leadership Attitudes, Nurse Manager

GİRİŞ

Liderlik

Lider, "grup üyeleri tarafından hissedilen ancak açıklığa kavuşmamış olan ortak düşünce ve arzuları, benimsenir bir amaç biçiminde ortaya koyan ve grup üyelerinin potansiyel güçlerini bu amaç etrafında faaliyete geçiren kimsedir." (Eren, 2011) Lider "izleyicileri üzerinde dürüstlük ve güven oluşturan kimsedir." (Doğan, 2007) Lider ''örgüt çalışanlarının benimsediği fikirler, düşünceler ve ilkeler etrafında birleştiği ve bütünleştiği; bir amaca doğru insanları peşinden sürükleyen ya da başkalarını belirli amaçlar doğrultusunda davranışa sevk eden kişidir." (Avcı, Topaloğlu, 2009)

Liderin sahip olması gereken özellikler fiziksel özellikler, zihinsel özellikler ve kişilik gibi başlıklar altında toplanabilir (Bass, 1990). Lider, iyi kararlar almaya ve diğerlerini gelecek amaçlar için harekete geçirmeye elverişli karizmaya, iletişime ve diğerlerini etkileme kabiliyetine sahip olmalıdır. (Çelik, 2000) Lider, sürekli olarak yeni bilgilerle donanarak bilgileri kullanmada yetenekli olmalı, elde ettiği farklı bilgileri yönetebilmelidir (Akdemir, http://tuncaycalhan.org/mak/16.pdf). Özgüven içinde hareket ederek esneklik özelliğini kullanabilmelidir (Kaya, 2002). Adil ve profesyonel ahlak sahibi olmalıdır (Budak, Budak, 2010). Fiziksel olarak güçlü ve çekiciliğe sahip olmalıdır (Çorakoğlu, 2013).

Liderlik sürecini başlatan, yönlendiren, yöneten, gereğinde değiştiren kişi liderdir. Başka bir anlatım ile lider, liderlik sürecinin uygulayıcısıdır. Liderlik soyut, lider ise somut bir kavramdır. Süreç açısından "Liderlik, belli şartlar altında kişisel veya grup amaçlarını gerçekleştirmek üzere bir kimsenin başkalarının faaliyetlerini etkilemesi ve yönlendirmesi sürecidir" (Koçel,2011). Etkileme ve yönlendirme açısından, ''izleyicilerin düşünce ve eylemlerini etkileme doğrultusunda güç kullanmadır" (Zaleznik, 1977). Bütünleştirme ve harekete geçirme boyutu ele alındığında liderlik "liderin bir grup insanı belli amaçlar etrafında toplayabilme ve bu amaçları gerçekleştirebilmek için onları harekete geçirme bilgi ve yetenekleri toplamıdır" (Eren, 2010).

Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Liderliğin Önemi

Sağlık kurumlarının yönetimi en zor yönetim alanlarından biridir. Sorumluluk ve görevleri gereği, hemşirelerin doğru hedeflere, etkili biçimde yönlendirilmeleri, hemşirelik hizmetlerinin en üst düzeyde yerine getirilmesi, mesleki etik ve kurallar çerçevesinde mesleki uygulamaların gerçekleştirilmesi etkin ve doğru yönetilen hemşirelik hizmetleri ile mümkün olacağı düşünülmektedir. Hemşirelik hizmetlerinin bu şekilde yönetilmesinde yönetici hemşirenin sahip olduğu liderlik davranışlarının önemi ortaya çıkmaktadır.

Hemşirelikte liderliğin var olması gerekliliğinin en önemli nedeni, kurum için ve hemşirelik mesleği için uygun amaç ve hedeflerin belirlenmesidir. Bu amaç ve hedefler doğrultusunda hemşirelere yön veren, örgütleyerek bir plan çerçevesinde harekete geçiren yönetici hemşire, tüm hemşirelerin ve onlarla çalışan diğer sağlık çalışanlarının fikirlerini, isteklerini, ihtiyaçlarını ortak bir noktada buluşturmalı, bu ortak karar ve fikirleri açıklamalıdır. Ancak bu şekilde etkili, doğru kaliteli ve verimli hemşirelik hizmetlerinden söz edilebilir.

Çalışanları motive edici davranışlar sergileyen, karar ve uygulamalarında çalışanların beklentilerini ön planda tutan liderler, çalışan odaklı liderlik davranışını benimseyen liderler olarak değerlendirilirler (Taşkıran, 2006). Bu davranışı sergileyen yönetici hemşire, çalışan hemşirelerine güvenerek hareket eder ve onları anlamaya çalışır. Hemşirelik hizmetlerinin yönetilmesinde çalışanlarına duyulan güven önemlidir.

Yönetici hemşirelerin iyi ilişkiler kurması, çalışanları ile duygusal bağ kurması sadakat duygusu ile yönetmesi beklenir. Yönetici hemşirenin, bu tarz liderlik davranışı sergilemesi ilişki odaklı liderlik davranışını benimsediğini göstermektedir (Avcı, Topaloğlu, 2009).

Kurumun ve çalışan tüm hemşirelerin bütüncül bir anlayışa sahip olması ve bu anlayışın başarıya ulaşması büyük ölçüde etkili bir lider yönetici hemşirenin olmasına bağlıdır. Liderlik özelliklerini taşıyan yönetici hemşireler ile hem kurum hem hemşirelik mesleği en üst düzeyde başarıya ulaşabilir.

Özel bir alanda hizmet sunumu gerçekleştiren hemşirelik hizmetlerinin yönetiminin, mesleki profesyonellik olarak bakıldığında ayrıca mesleğin ge-

lişiminin sağlanmasında yönetim sürecinin önemli olması nedeni ile belirli ölçütlere sahip olması gerektiği görülmektedir. Bununla birlikte günümüzde değişen sağlık politikaları ve uygulamalarında hemşirelik mesleği ve hemşirelik hizmetlerine ait bir somut açıklamaların olmaması hemşirelik mesleği adına düşündürücü olmaktadır. Hemşirelik hizmetlerinin sunumu ve yönetilmesine ilişkin belirsizliklerin var olması hemşirelik hizmetleri yönetimini daha önemli kılmaktadır.

Çalışmada, yönetici hemşirelerin liderlik davranışlarının belirlenmesi ve çalışan hemşirelerin liderlik davranışı beklentileri ile algıladıkları ve gerçekleşen liderlik davranışı arasındaki farkların ortaya konulması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Örneklem ve Anket Seçimi

Araştırmanın evrenini Izmir ilinde görev yapmakta olan hemşireler oluşturmaktadır. Uygulama, olasılığa dayalı örnekleme yöntemlerinden olan küme örneklemesi kapsamında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklem çerçevesini İzmir Doktor Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi oluşturmaktadır. Hastanede 246 hemşire, 1 başhemşire, 4 başhemşire yardımcısı, 17 servis sorumlu hemşiresi görev yapmaktadır. Hemşirelerden 35 tanesi veri toplama dönemi içerisinde izinli veya görevlendirme nedeniyle hastanede olmadığı için, başhemşire ve başhemşire yardımcıları araştırma amacı nedeni ile örneklem çerçevesi içinden çıkarılmış ve toplam 207 hemşire araştırmanın örneklemi olarak ele alınmıştır. Küme örneklemesi çerçevesinde örneklemde yer alan tüm hemşirelere ulaşılarak veriler toplanmıştır. Çalışmada kullanılan ölçek ilk olarak Hart ve Quinn tarafından dört boyutlu olarak kullanılmıştır (Hart, Quinn, 1993). Ardından Tsui ve diğerleri tarafından geliştirilmiştir (Tsui ve diğ., 2006). Bu çalışmada 21 maddeli bu ölçek kullanılmıştır. İlk iki bölümdeki son soru ise kontrol sorusu olarak ölçeğe eklenmiş ve çalışmaya katılanların verdikleri cevapların güvenilirliğini test etmek amacıyla kullanılmıştır. Anket formu hazırlandıktan sonra 32 hemşireye pilot (öntest) uygulama yapılarak ankette yer alan ifadelerin anlaşılabilirliği ölçülmüştür. Ankete katılanların görüşleri doğrultusunda iki ifadede bazı küçük değişiklikler yapılmış ve anket formunun son şekli oluşturulmuştur.

Anket Uygulaması

Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde yönetici hemşirelerin sergilediği liderlik davranışlarını belirlemeye yönelik 22 soru, ikinci bölümde ise yönetici hemşireden beklenen liderlik davranışlarının neler olduğunun belirlenmesine yönelik 22 soru yer almaktadır. Bu iki bölümdeki sorular 5'li likert ölçeğe uygun şekilde hazırlanan ifadelerden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan ifadeler 1- kesinlikle katılmıyorum, 5-tamamen katılıyorum aralığında ölçülmüştür. Anket formunun üçüncü bölümünde ise katılımcıların demografik özelliklerinin belirlenmesi ve bu özelliklere göre yönetici hemşireden beklenen ve algılanan liderlik davranışlarının karşılaştırılması amacıyla anket formuna eklenen beş soru yer almaktadır. Ölçeğin güvenilirliği Cronbach Alpha katsayısı ile ölçülmüş ve ölçeğin güvenilirliği beklenen liderlik davranışı için α=0,956, algılanan liderlik davranışı için α=0,992 olarak bulunmuştur.

İstatistik

Hipotezlerin test edilmesinde parametrik ya da parametrik olmayan testlerden hangilerinin kullanılacağının belirlenmesi için öncelikli olarak Kolmogorov Simirnov Testi uygulanmış, tüm değişkenler için $p<0.05$ olduğundan, araştırma verilerinin normal dağılıma uygun olmadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle çalışmada, araştırma hipotezlerinin test edilmesi için parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Yönetici hemşirelerin sergilediği ve onlardan beklenen liderlik davranışları arasındaki farkların incelenmesi için parametrik olmayan hipotez testlerinden Wilcoxon İlişkili İki Örneklem Testi yapılmıştır. Yönetici hemşirelerden beklenen ve algılanan liderlik davranışlarının demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığının test edilmesi için Mann –Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H Testleri uygulanmıştır.

"Çalışan Hemşireler Tarafından Yönetici Hemşirelerden Beklenen Ve Algılanan Liderlik Davranışlarının Karşılaştırılması (Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği)" isimli projenin uygulanması konusunda Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Girişimsel (invaziv) Olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan uygulama izni alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşireler ile ilgili demografik özellikler Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Özellik		N	%	Özellik		N	%
Cinsiyet	Kadın	113	80,1	**Yaş**	20 yaş ve altı	10	7,1
	Erkek	28	19,9		21-30	36	25,6
Meslekte Çalışma Yılı	1-5	27	19,1		31-40	77	54,6
	6-10	36	25,6		41-50	16	11,3
	11-15	31	22,0		51 ve üstü	2	1,4
	16-20	24	17,0	**Kurumdaki Hizmet Yılı**	1-5	43	30,5
	21 ve üstü	23	16,3		6-10	49	34,7
Eğitim Durumu	Lise	25	17,7		11-15	23	16,3
	Ön lisans	42	29,8		16-20	18	12,8
	Lisans	66	46,8		21 ve üstü	8	5,7
	Lisansüstü	8	5,7				

Hemşirelerin yönetici hemşireden bekledikleri liderlik davranışlarının neler olduğunun belirlenmesine yönelik olarak sorulan 21 ifadeye katılımcıların verdikleri cevaplara ilişkin frekans analizlerinin sonuçları Tablo 2'de gösterilmektedir. Hemşirelerin yönetici hemşireden beklentilerinin en yüksek olduğu liderlik davranışı "gelecekle ilgili kararları belli bir plan-program dahilinde sistematik olarak almalıdır" olarak, beklentinin en düşük olduğu liderlik davranışı ise, "iş dışında da çalışma arkadaşları ile görüşmeye çalışmalıdır" olarak belirlenmiştir. İkinci en az beklentinin "çalışanların özel sorunlarına duyarlılık göstermelidir" ifadesi olması bu durumu desteklemektedir. Hemşirelerin yönetici hemşireden liderlik davranışları beklentileri oldukça yüksektir. Bu durum yönetici hemşirelerin sadece yönetici olarak değil aynı zamanda birer lider olarak görüldüğünü ortaya koymaktadır. Yönetici hemşirelerin sergilediği ya da hemşireler tarafından algılanan liderlik davranışlarına ilişkin bulgular Tablo 3'te sunulmaktadır. Hemşirelerin yönetici hemşirenin liderlik davranışları içinden en yüksek düzeyde algıladıkları liderlik davranışının "çalışanların iş ve uygulamalarla ilgili yenilikçi önerilerini dikkate alır" olduğu ortaya çık-

mıştır. Bu davranışı, "yeni yaklaşımlara ve görüşlere açıktır" izlemektedir. En düşük düzeyde algılanan liderlik davranışı ise "iş dışında da çalışma arkadaşları ile görüşmeye çalışır" davranışıdır. Tüm değişkenlerde beklenen liderlik davranışı algılanan liderlik davranışından yüksektir.

Tablo 2. Yönetici Hemşirelerden Beklenen Liderlik Davranışlarına İlişkin Frekans Analizi

Değişken	1 (%)	2 (%)	3(%)	4 (%)	5 (%)	$\bar{x}$
Çalışanların işe istekle sarılmaları için elinden geleni yapmalıdır.	0,7	1,4	5,7	31,2	61,0	4,50
Çalışanların motivasyonunu artırıcı faaliyetlere önem vermelidir.	1,4	0,7	5,0	23,4	69,5	4,59
İş dışında da çalışma arkadaşları ile görüşmeye çalışmalıdır.	1,4	12,8	20,6	33,3	31,9	3,82
Çalışanların işini severek yapmalarını sağlayacak ortam yaratmaya çalışmalıdır.	1,4	0,7	4,3	32,6	61,0	4,51
Çalışanlar için yol gösterici ilkeler belirleyerek, onların çalışmalarını kolaylaştırmalıdır.	0,7	0,7	0,7	27,0	70,9	4,67
Çalışanların isteklerini ve beklentilerini anlamak için çaba harcamalıdır.	0,7	0,7	2,1	30,5	66,0	4,60
Gelecekle ilgili öngörülerde bulunarak, buna göre planlama yapmalıdır	0,7	2,1	2,1	29,9	65,2	4,57
Sorunlara çözüm üretirken uzun vadeli düşünmelidir.	0,7	1,4	3,5	24,9	69,5	4,61
Gelecekle ilgili kararları belli bir plan-program dahilinde, sistematik olarak almalıdır.	0,7	0,7	2,8	20,6	75,2	4,69
Karar ve uygulamalarının gelecekteki sonuçlarını göz önünde bulundurmalıdır.	0,7	0,7	2,1	27,7	68,8	4,63
Çalışanlarla ilgili görüş ve düşüncelerini onlarla paylaşmalıdır.	0,7	1,4	7,8	29,9	60,2	4,48
Çalışanlarla arasında tam ve sürekli bilgi akışını korumalıdır.	0,7	1,4	2,8	28,4	66,7	4,59
Çalışanlar hakkındaki olumlu-olumsuz düşüncelerini kendileri ile paylaşmalıdır.	1,4	4,3	8,6	29,9	56,0	4,35
Çalışanların özel sorunlarına duyarlılık göstermelidir.	3,5	4,3	12,8	27,7	51,7	4,20
Yeni yaklaşımlara ve görüşlere açık olmalıdır.	0,7	0,7	4,3	23,4	70,9	4,63

Değişken	1 (%)	2 (%)	3(%)	4 (%)	5 (%)	$\bar{x}$
Yeni proje ve fikirleri desteklemelidir.	0,7	1,4	6,5	26,2	65,2	4,54
Çalışanların iş ve uygulamalarla ilgili yenilikçi önerilerini dikkate almalıdır.	0,7	0,7	4,3	31,2	63,1	4,55
İşlerle ilgili bir takım standartlar belirlemelidir.	0,7	2,1	2,8	34,8	59,6	4,50
İşin gereği gibi ve zamanında yapılmasını sağlamak için iş sürecini takip etmelidir.	0,7	0,7	3,5	32,6	62,5	4,55
Faaliyet alanında ne olup bittiğini sürekli olarak kontrol etmelidir.	0,7	2,1	7,8	28,4	61,0	4,47
Gerektiğinde çalışanlara yetki vermelidir.	0,7	1,4	5,0	34,8	58,1	4,48

Tablo 3. Yönetici Hemşirelerin Algılanan Liderlik Davranışlarına İlişkin Frekans Analizi

Değişken	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	$\bar{x}$
Yeni yaklaşımlara ve görüşlere açıktır.	8,5	13,5	18,5	25,5	34,0	3,63
Yeni proje ve fikirleri destekler.	8,5	14,9	17,0	27,0	32,6	3,60
Çalışanların iş ve uygulamalarla ilgili yenilikçi önerilerini dikkate alır.	7,1	13,5	19,8	27,7	31,9	3,64
Gelecekle ilgili öngörülerde bulunur ve buna göre planlama yapar.	9,2	14,9	14,9	28,4	32,6	3,60
Sorunlara çözüm üretirken uzun vadeli düşünür.	10,6	14,9	17,7	27,7	29,1	3,50
Gelecekle ilgili kararları belli bir plan-program dahilinde, sistematik olarak alır.	7,8	14,9	22,7	22,7	31,9	3,56
Karar ve uygulamalarının gelecekteki sonuçlarını göz önünde bulundurur.	9,2	14,2	19,8	27,0	29,8	3,54
Çalışanların işe istekle sarılmaları için elinden geleni yapar.	10,6	12,8	22,7	24,8	29,1	3,49
Çalışanların motivasyonunu artırıcı faaliyetlere önem verir	11,3	12,8	22,7	24,8	28,4	3,46
İş dışında da çalışma arkadaşları ile görüşmeye çalışır.	10,6	18,5	22,0	26,2	22,7	3,32
Çalışanların işini severek yapmalarını sağlayacak ortam yaratmaya çalışır.	10,6	11,3	24,2	24,8	29,1	3,50
Çalışanlar için yol gösterici ilkeler belirleyerek, onların çalışmalarını kolaylaştırır.	9,9	12,1	19,8	28,4	29,8	3,56

Değişken	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	$\bar{x}$
Çalışanların isteklerini ve beklentilerini anlamak için çaba harcar.	9,2	15,6	15,6	32,6	27,0	3,52
İşlerle ilgili bir takım standartlar belirler	9,2	12,1	21,2	29,8	27,7	3,55
İşin gereği gibi ve zamanında yapılmasını sağlamak için iş sürecini takip eder.	8,5	13,5	19,2	33,3	25,5	3,54
Faaliyet alanında ne olup bittiğini sürekli olarak kontrol eder	7,8	13,5	19,2	29,1	30,4	3,61
Gerektiğinde çalışanlara yetki verir.	9,9	9,2	19,2	31,9	29,8	3,62
Çalışanlarla ilgili görüş ve düşüncelerini onlarla paylaşır.	10,6	12,8	24,8	22,7	29,1	3,47
Çalışanlarla arasında tam ve sürekli bilgi akışını korur.	12,1	12,8	17,6	27,7	29,8	3,50
Çalışanlar hakkındaki olumlu-olumsuz düşüncelerini kendileri ile paylaşır.	10,6	14,9	22,0	25,5	27,0	3,43
Çalışanların özel sorunlarına duyarlılık gösterir.	12,1	14,2	15,6	27,7	30,4	3,50

Tablo 4. Beklenen ve Algılanan Liderlik Davranışlarının Karşılaştırılması

Değişken	B>A	A>B
Çalışanların işe istekle sarılmaları için elinden geleni yapmalıdır/yapar	49,95	22,44
Çalışanların motivasyonunu artırıcı faaliyetlere önem vermelidir/verir	48,33	20,00
İş dışında da çalışma arkadaşları ile görüşmeye çalışmalıdır/çalışır	47,97	37,07
Çalışanların işini severek yapmalarını sağlayacak ortam yaratmaya çalışmalıdır/çalışır	47,14	26,05
Çalışanlar için yol gösterici ilkeler belirleyerek, onların çalışmalarını kolaylaştırmalıdır/kolaylaştırır	46,57	20,50
Çalışanların isteklerini ve beklentilerini anlamak için çaba harcamalıdır/harcar	44,56	18,00
Gelecekle ilgili öngörülerde bulunarak, buna göre planlama yapmalıdır/yapar	43,77	15,50
Sorunlara çözüm üretirken uzun vadeli düşünmelidir/düşünür	48,36	23,42
Gelecekle ilgili kararları belli bir plan-program dahilinde, sistematik olarak almalıdır/alır	42,61	14,50
Karar ve uygulamalarının gelecekteki sonuçlarını göz önünde bulundurmalıdır/bulundurur	38,66	17,25
Çalışanlarla ilgili görüş ve düşüncelerini onlarla paylaşmalıdır/ paylaşır	49,65	22,96
Çalışanlarla arasında tam ve sürekli bilgi akışını korumalıdır/korur	44,46	17,50

Değişken	B>A	A>B
Çalışanlar hakkındaki olumlu-olumsuz düşüncelerini kendileri ile paylaşmalıdır/paylaşır	43,36	25,95
Çalışanların özel sorunlarına duyarlılık göstermelidir/gösterir	43,93	28,40
Yeni yaklaşımlara ve görüşlere açık olmalıdır/açıktır	45,41	21,83
Yeni proje ve fikirleri desteklemelidir/destekler	45,77	26,14
Çalışanların iş ve uygulamalarla ilgili yenilikçi önerilerini dikkate almalıdır/alır	43,71	21,15
İşlerle ilgili bir takım standartlar belirlemelidir/belirler	42,81	19,36
İşin gereği gibi ve zamanında yapılmasını sağlamak için iş sürecini takip etmelidir/eder	42,59	17,00
Faaliyet alanında ne olup bittiğini sürekli olarak kontrol etmelidir/eder	48,20	25,75
Gerektiğinde çalışanlara yetki vermelidir/verir	45,08	28,03
B>A= Beklenen Davranış > Algılanan Davranış; A>B= Algılanan Davranış>Beklenen Davranış		

Yönetici hemşireden beklenen liderlik davranışlarının hemşirelerin cinsiyetlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığının test edilmesi için yapılan analiz Tablo 5'de gösterilmektedir. İki değişkende yönetici hemşireden beklenen liderlik davranışı düzeyinin cinsiyete göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Bunlardan ilki yönetici hemşirenin yeni proje ve fikirleri desteklemesi gerektiği düşüncesidir. Bu görüşe katılım düzeyi kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir (U=1150, p=0,008, z=-2,661, r=-0,22). İkinci değişken çalışanların iş ve uygulamalarla ilgili yenilikçi önerilerini dikkate almalıdır düşüncesidir (U=1233, p=0,033, z= -2,128, r=-0,18). Bu düşünceye de katılım düzeyi kadın hemşirelerde erkeklere göre daha yüksektir.

Tablo 5. Cinsiyet ve Beklenen Liderlik Davranışına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Değişken	Cinsiyet	S.O.	U	Z	p
Yeni proje ve fikirleri desteklemelidir.	Kadın	74,82	1150,0	-2,661	,008
	Erkek	55,57			
Çalışanların iş ve uygulamalarla ilgili yenilikçi önerilerini dikkate almalıdır.	Kadın	74,09	1233,0	-2,128	,033
	Erkek	58,54			

Yönetici hemşireden beklenen liderlik davranışının hemşirelerin yaşları, meslekteki çalışma süreleri, kurumdaki çalışma süreleri ve eğitim durumla-

rına göre farklılaşıp farklılaşmadığının tespiti Tablo 6'da gösterilmektedir. Beklenen liderlik davranışının yaşa göre değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan analiz sonucuna göre yönetici hemşireden beklenen liderlik davranışlarından yalnızca "yönetici hemşirenin yeni yaklaşımlara ve fikirlere açık olması " ifadesine hemşirelerin yaşlarına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (H=10,422, SD=2, p=0,034). Bu farkın yalnızca 41-50 yaş aralığında olanlar ile 51 ve üstü yaşa sahip olanların beklentisi arasında fark olduğu tespit edilmiştir (U=0,5, p=0,001<0,01, r=-,79). 41-50 yaş aralığında olan hemşirelerin litaratürde risk alma davranışı olarak tanımlanan ya da yenilikçilik olarak adlandırılabilecek boyutta yönetici hemşireden beklentileri 51 yaş ve üzerindekilere göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 6. Yaş ve Beklenen Liderlik Davranışına İlişkin Kruskal-Wallis H testleri ve Mann-Whitney U Testi

Yaş ve Beklenen Liderlik Davranışına İlişkin Kruskal-Wallis H Testi Sonucu					
Değişken	**Yaş**				
	H			**P**	
Yeni yaklaşımlara ve görüşlere açık olmalıdır.	10,422			0,034	
Yeni Yaklaşım ve Görüşlere Açık Olma Değişkenine İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonucu					
Değişken	**Yaş**	**S.O.**	**U**	**Z**	**p**
Yeni yaklaşımlara ve görüşlere açık olmalıdır.	41-50	10,47	0,5	-3,356	,001
	≥51	1,75			

Hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre yönetici hemşireden beklenen liderlik davranışlarının farklılaşıp farklılaşmadığının tespit edilmesi için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucu Tablo 7'dedir. Yönetici hemşireden beklenen liderlik davranışlarından yalnızca bir tanesinde hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (H=109,700, SD=4, p=0,046). Buna göre yönetici hemşirenin iş dışında da çalışma arkadaşlarıyla görüşmeye çalışması yönündeki beklenti hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre farklılaşmaktadır. Bu farkın yalnızca 11-15 yıldır çalışan hemşireler ile 21 ve üstü yıldır çalışan hemşirelerin beklentisi arasında fark olduğu tespit edilmiştir (U=217,5, p=0,008<0,01, r= -,36).

Tablo 7. Meslekte Çalışma Süresi ve Beklenen Liderlik Davranışına İlişkin Kruskal-Wallis H Testi ve ve Mann-Whitney U Testi

Meslekte Çalışma Süresi ve Beklenen Liderlik Davranışına İlişkin Kruskal-Wallis H Testi Sonucu					
Değişken	**Yaş**				
	H			**P**	
İş dışında da çalışma arkadaşları ile görüşmeye çalışmalıdır.	9,7			0,046	
İş Dışında da Çalışma Arkadaşlarıyla Görüşmeye Çalışma Değişkenine İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları					
Değişken	**Meslekte Çalışma Süresi**	**S.O.**	**U**	**Z**	**p**
İş dışında da çalışma arkadaşları ile görüşmeye çalışmalıdır.	11-15	31,98	217,5	-2,637	,008
	≥21	21,46			

Kurumda çalışma süresine göre beklenen liderlik davranışının değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan test sonucuna göre yönetici hemşireden beklenen liderlik davranışlarından altı tanesinde hemşirelerin kurumda çalışma süresine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 8). Kurumda çalışma süresine göre beklenen davranışlarda ortaya çıkan farklar incelendiğinde 11-15 yıldır kurumda çalışan hemşirelerin tüm değişkenlerde diğer gruplardan farklılaştığı tespit edilmiştir.

Tablo 8. Kurumda Çalışma Süresi ve Beklenen Liderlik Davranışına İlişkin Kruskal-Wallis H Testi ve Mann-Whitney U Testi Sonucu

Kurumda Çalışma Süresi ve Beklenen Liderlik Davranışına İlişkin Kruskal-Wallis H Testi Sonucu		
Değişken	**Yaş**	
	H	**P**
Çalışanların işe istekle sarılmaları için elinden geleni yapmalıdır.	11,73	0,019
İş dışında da çalışma arkadaşları ile görüşmeye çalışmalıdır.	13,442	0,009
Çalışanlar için yol gösterici ilkeler belirleyerek, onların çalışmalarını kolaylaştırmalıdır.	11,383	0,023
Çalışanların isteklerini ve beklentilerini anlamak için çaba harcamalıdır.	10,02	0,04
Gelecekle ilgili öngörülerde bulunarak, buna göre planlama yapmalıdır.	15,012	0,005
Karar ve uygulamalarının gelecekteki sonuçlarını göz önünde bulundurmalıdır.	9,894	0,042

Beklenen Liderlik Davranışının Kurumda Çalışma Süresine Göre Farklılaşmasına Yönelik Çeşitli Değişkenlere İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları					
Değişken	**Meslekte Çalışma Süresi**	**S.O.**	**U**	**Z**	**p**
Çalışanların işe istekle sarılmaları için elinden geleni yapmalıdır.	6-10	32,64	374,5	-2,604	,009
	11-15	44,72			
İş dışında da çalışma arkadaşları ile görüşmeye çalışmalıdır.	1-5	28,27	269,5	-3,171	,002
	11-15	43,28			
İş dışında da çalışma arkadaşları ile görüşmeye çalışmalıdır.	11-15	25,52	103	-2,956	,003
	16-20	15,22			
Çalışanlar için yol gösterici ilkeler belirleyerek, onların çalışmalarını kolaylaştırmalıdır.	6-10	32,06	346	-3,282	,001
	11-15	45,96			
Çalışanların isteklerini ve beklentilerini anlamak için çaba harcamalıdır.	6-10	32,08	347	-3,159	,002
	11-15	45,91			
Gelecekle ilgili öngörülerde bulunarak, buna göre planlama yapmalıdır.	1-5	28,34	272,5	-3,613	,000
	11-15	43,15			
Gelecekle ilgili öngörülerde bulunarak, buna göre planlama yapmalıdır.	6-10	32,29	357	-3,151	,002
	11-15	45,48			
Karar ve uygulamalarının gelecekteki sonuçlarını göz önünde bulundurmalıdır.	1-5	29,64	328,5	-2,79	,005
	11-15	40,72			

Algılanan liderlik davranışının yaşa göre değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre (Tablo 9) yönetici hemşirenin işlerle ilgili bir takım standartlar belirlediğine (H=10,319, SD=4, p=0,035), çalışanlarla arasında tam ve sürekli bilgi akışını koruduğuna (H=10,247, SD=4, p=0,036) ve çalışanların özel sorunlarına duyarlılık gösterdiğine (H=9,908, SD=4, p=0,042) ilişkin algılanan liderlik davranışı hemşirelerin yaşlarına göre farklılaşmaktadır. Yaşa göre farklılaşan üç algılanan liderlik davranışında da 20 yaş ve altındaki hemşirelerin diğer hemşirelerden farklılaştığı görülmektedir.

Tablo 9. Yaş ve Algılanan Liderlik Davranışına İlişkin Kruskal-Wallis H Testi ve Mann-Whitney U Testi

Yaş ve Algılanan Liderlik Davranışına İlişkin Kruskal-Wallis H Testi Sonucu					
Değişken	**Yaş**				
	H		**P**		
İşlerle ilgili bir takım standartlar belirler.	10,319		0,035		
İş dışında da çalışma arkadaşları ile görüşmeye çalışmalıdır.	10,247		0,009		
Çalışanlar için yol gösterici ilkeler belirleyerek, onların çalışmalarını kolaylaştırmalıdır.	9,908		0,042		
Algılanan Liderlik Davranışının Yaşa Göre Farklılaşmasına Yönelik Çeşitli Değişkenlere İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları					
Değişken	**Meslekte Çalışma Süresi**	**S.O.**	**U**	**Z**	**P**
İşlerle ilgili bir takım standartlar belirler	≤20	34,3	72	-2,974	0,003
	21-30	20,5			
İşlerle ilgili bir takım standartlar belirler	≤20	64,2	183	-2,786	0,005
	31-40	41,38			
Çalışanlarla arasında tam ve sürekli bilgi akışını korur.	≤20	62,15	203,5	-2,504	0,009
	31-40	41,64			
Çalışanların özel sorunlarına duyarlılık gösterir	≤20	62,45	200,5	-2,534	0,006
	31-40	41,6			

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre algılanan liderlik davranışlarının farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde algılanan liderlik davranışlarından 11 tanesinde farklılık olduğu tespit edilmiştir (Tablo 10). Eğitim durumuna göre farklılaşan tüm algılanan liderlik davranışlarında farklılığı yaratan grubun lise mezunları olduğu görülmektedir. Lise mezunlarının eğitim durumuna göre algılanan liderlik davranışının farklılaştığı tüm değişkenlerde diğer eğitim durumlarına sahip hemşirelerden daha yüksek düzeyde liderlik davranışı algısına sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Özellikle lise mezunları ve lisansüstü mezunları arasında algılanan liderlik davranışı düzeyleri arasında büyük farklar olduğu görülmektedir.

Tablo 10. Eğitim Durumu ve Algılanan Liderlik Davranışına İlişkin Kruskal-Wallis H Testi ve Mann-Whitney U Testi Sonucu

Eğitim Durumu ve Algılanan Liderlik Davranışına İlişkin Kruskal-Wallis H Testi Sonucu		
Değişken	**Yaş**	
	H	**P**
Yeni yaklaşımlara ve görüşlere açıktır.	9,259	0,026
Yeni proje ve fikirleri destekler	7,832	0,05
Gelecekle ilgili kararları belli bir plan-program dahilinde, sistematik olarak alır.	8,096	0,044
Karar ve uygulamalarının gelecekteki sonuçlarını göz önünde bulundurur.	11,547	0,009
Çalışanların işe istekle sarılmaları için elinden geleni yapar.	10,812	0,013
Çalışanların işini severek yapmalarını sağlayacak ortam yaratmaya çalışır.	8,452	0,038
Çalışanlar için yol gösterici ilkeler belirleyerek, onların çalışmalarını kolaylaştırır	9,231	0,026
İşlerle ilgili bir takım standartlar belirler	15,711	0,001
İşin gereği gibi ve zamanında yapılmasını sağlamak için iş sürecini takip eder.	8,658	0,034
Çalışanlarla arasında tam ve sürekli bilgi akışını korur.	9,882	0,02
Çalışanların özel sorunlarına duyarlılık gösterir.	12,067	0,007

Algılanan Liderlik Davranışının Eğitime Göre Farklılaşmasına Yönelik Çeşitli Değişkenlere İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Değişken	Meslekte Çalışma Süresi	S.O.	U	Z	p
Yeni yaklaşımlara ve görüşlere açıktır.	Lise	19,72	32	-3,001	0,003
	Lisansüstü	8,5			
Yeni proje ve fikirleri destekler.	Lise	19,48	38	-2,721	0,007
	Lisansüstü	9,25			
Karar ve uygulamalarının gelecekteki sonuçlarını göz önünde bulundurur.	Lise	19,9	27,5	-3,19	0,001
	Lisansüstü	7,94			
Çalışanların işe istekle sarılmaları için elinden geleni yapar.	Lise	42,46	313,5	-2,835	0,005
	Önlisans	28,96			
Çalışanların işe istekle sarılmaları için elinden geleni yapar.	Lise	19,38	40,5	-2,617	0,009
	Lisansüstü	9,56			
Çalışanların işini severek yapmalarını sağlayacak ortam yaratmaya çalışır.	Lise	19,3	42,5	-2,545	0,011
	Lisansüstü	9,81			
Çalışanlar için yol gösterici ilkeler belirleyerek, onların çalışmalarını kolaylaştırır	Lise	42,1	322,5	-2,731	0,006
	Önlisans	29,18			
İşlerle ilgili bir takım standartlar belirler	Lise	44,04	274	-3,396	0,001
	Önlisans	28,02			
İşlerle ilgili bir takım standartlar belirler	Lise	59,94	476,5	-3,213	0,001
	Lisans	40,72			
İşlerle ilgili bir takım standartlar belirler	Lise	19,98	25,5	-3,378	0,001
	Lisansüstü	7,69			
İşin gereği gibi ve zamanında yapılmasını sağlamak için iş sürecini takip eder.	Lise	19,42	39,5	-2,688	0,007
	Lisansüstü	9,44			
Çalışanlarla arasında tam ve sürekli bilgi akışını korur.	Lise	41,68	333	-2,592	0,01
	Önlisans	29,43			
Çalışanlarla arasında tam ve sürekli bilgi akışını korur.	Lise	19,58	35,5	-2,854	0,004
	Lisansüstü	8,94			
Çalışanların özel sorunlarına duyarlılık gösterir.	Lise	43,36	291	-3,133	0,002
	Önlisans	28,43			
Çalışanların özel sorunlarına duyarlılık gösterir.	Lise	19,24	44	-2,5	0,012
	Lisansüstü	10			

TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinin sunumunda hemşirelik mesleğinin rolü yadsınamaz bir gerçek olarak değerlendirilmektedir. Hemşirelik mesleğinin yerine getirilmesinde ve başarıya ulaşmasında yönetiminin de etkinliği büyük önem taşımaktadır. Çalışmada hemşireler tarafından yönetici hemşireler için beklenen liderlik davranışları ve algılanan liderlik davranışları demografik değişkenler boyutu ile değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda çalışma, beklenen liderlik davranışları ile algılanan liderlik davranışları arasında ki farkları ortaya koyarak, hemşirelik mesleğinin yönetiminde ve başarısında beklentilerin karşılanmasına yönelik ışık tutmaktadır.

Beklenen ve algılanan liderlik davranışları arasındaki farkın tüm değişkenlerde anlamlı düzeyde olmasının ayrıca tüm değişkenlerde beklenenin algılanandan yüksek olmasının nedeni, hemşirelik mesleğini yerine getirenlerin eğitim düzeyinin yükselmesi, değişen sağlık politika ve uygulamaları karşısında mesleki profesyonelleşme isteğinin artması olarak gösterilebilir. Bunun sonucu olarak da hemşireler bunu gerçekleştirecek lider yönetici hemşire ile birlikte çalışma isteği duymaktadırlar şeklinde yorumlanabilir.

Hemşirelerin yönetici hemşireden beklentilerinin en yüksek olduğu liderlik davranışı "gelecekle ilgili kararları belli bir plan-program dahilinde sistematik olarak almalıdır" olarak belirlenmiştir. Bu durum yönetici hemşirelerden vizyoner liderlik davranışı beklentisinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Tengilimoğlu ve Yiğit tarafından yapılan "Hastanelerde Liderlik Davranışlarının Personel İş Doyumuna Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Çalışması" nda gelecekle ilgili planlar yapan, yeni fikirleri teşvik eden, yeni projeler üreten "destekleyici ve başarı yönelimli" liderlerin kişilerin iş doyumunu ve işlerini başarma güçlerini olumlu yönde etkilediği görülmektedir (Tengilimoğlu, Yiğit, 2005). Yönetici hemşirenin vizyon sahibi olmasının, hem kurumun amaçlarının yerine getirilmesinde hem de çalışan hemşireler tarafından daha kaliteli ve verimli hizmet sunumunun sağlanmasında önemli etken olan iş doyumunun sağlanmasında gerekli olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin yönetici hemşireden beklentilerinin en düşük olduğu liderlik davranışı ise, "iş dışında da çalışma arkadaşları ile görüşmeye çalışmalıdır" olarak belirlenmiş-

tir. Bu sonuç, iş-arkadaşlık ilişkisinde sınırların daha keskin olarak belirlenmesinin arzu edildiğini düşündürmektedir. Bu durumda çalışan hemşirelerin yönetici hemşireden beklentisinin çalışan odaklı liderlik davranışı olduğu görülmektedir. Ancak bu beklentinin daha çok iş ortamındaki liderlik davranışına yönelik olduğu ortadadır. Bununla birlikte en düşük ikinci ortalamaya sahip olan "çalışanların özel sorunlarına duyarlılık göstermelidir" ifadesi de bu durumu desteklemektedir. Bu ifadelerden çalışan hemşirelerin özel ilişkiden çok profesyonel çalışan odaklı liderlik davranışı beklentisi içerisinde olduğu sonucu çıkmaktadır. **"**liderlik davranışları" ile ilgili klinik sorumlu hemşirelerle çalışan hemşirelerin verdikleri yanıtların karşılaştırıldığı bir çalışmada yöneticiler astlarının kişisel sorunlarıyla ilgilenmediklerini ifade etmişlerdir (Yiğit, 2000).

Hemşirelerin yönetici hemşirenin liderlik davranışları içinden en yüksek düzeyde algıladıkları liderlik davranışının "risk alma davranışı" olarak tanımlanan liderlik davranışı olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Yönetici hemşirelerde liderlik ve liderlik özelliklerine ilişkin Serinkan ve İpekçi tarafından yapılan bir çalışmada liderlik özelliği olarak "risk alma" davranışını yönetici hemşirelerin %60'ı "evet" yanıtını vermiştir (Serinkan, İpekçi, 2005). Aynı zamanda yönetici hemşirenin yenilikçi yönü algılanan liderlik davranışı içinde ön plana çıkmaktadır. Buna karşın en düşük düzeyde algılanan liderlik davranışı ise "iş dışında da çalışma arkadaşları ile görüşmeye çalışır" davranışıdır.

Yönetici hemşirelerden beklenen liderlik davranışı ve algılanan liderlik davranışı olarak "iş dışında da çalışma arkadaşları ile görüşmeye çalışır" davranışı en düşük düzeye sahiptir. İki sonuç birlikte değerlendirildiğinde yönetici hemşirelerden düşük düzeyde beklenen bu davranışın aynı zamanda düşük düzeyde sergilendiği sonucu ortaya çıkmaktadır.

Yönetici hemşireden beklenen liderlik davranışı düzeyi cinsiyete göre farklılaşmaktadır. Bu fark iki değişken için tespit edilmiştir. Bunlardan ilki "yönetici hemşirenin yeni proje ve fikirleri desteklemesi gerektiği" ifadesi ikinci değişken "çalışanların iş ve uygulamalarla ilgili yenilikçi önerilerini dikkate almalıdır" ifadesidir Bu iki sonuca katılım düzeyi kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir. Her iki sonuç bir arada değerlendirildiğinde cinsiyete göre farklılaşan iki beklentinin de litaratürde risk alma davranışı olarak tanımlanan

ya da yenilikçilik olarak adlandırılabilecek boyutta olduğu görülmektedir. Bu nedenle risk alma ya da yenilikçilik açısından kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre yönetici hemşireden beklentilerinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. Bunun nedeni olarak sahada çalışan hemşirelerin çoğunluğunun ve yönetici pozisyonunda çalışan hemşirelerin kadın olmasının ve mesleğin ilk ortaya çıktığı zamandan itibaren kadın mesleği olmasının hala çalışan hemşireler üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte hemşirelerin mesleki gelişim açısından yönetici hemşirelerinden destekleyici liderlik davranışı sergilemesini beklemekte olduklarını göstermektedir. "Klinik sorumlu hemşirelerin liderlik davranışları" na yönelik yapılan bir çalışmada klinik sorumlu hemşirelerle çalışan hemşirelerin verdikleri yanıtlar karşılaştırılmış, yeni düşünce ve uygulamaların kolaylaştırılması ve direnç göstermeme ifadesine hem klinik sorumlu hemşirelerin hem de klinik hemşirelerin aynı fikirde oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Cinsiyete göre algılanan liderlik davranışı değerlendirildiğinde gruplar arasında fark yoktur sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu durum yönetici hemşireler tarafından sergilenen davranışlarda cinsiyet ayırımı yapılmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Demografik değişkenlerden yaşa göre değerlendirme yapıldığında hemşireler tarafından beklenen liderlik davranışı ve algılanan liderlik davranışı için fark olduğu sonucu çıkmıştır. Beklenen liderlik davranışlarında yönetici hemşirenin yeni yaklaşımlara ve fikirlere açık olması yönündeki beklenti hemşirelerin yaşlarına göre farklılaşmaktadır. Beklenen liderlik davranışlarında özellikle 41-50 yaş grubunun farka neden olduğu ve 51 yaş üstü grup ile değerlendirilmesinde anlamlı düzeyde fark oluştuğu ortadadır.

Algılanan liderlik davranışına göre değerlendirildiğinde, yönetici hemşirenin işlerle ilgili bir takım standartlar belirlediğine, çalışanlarla arasında tam ve sürekli bilgi akışını koruduğuna ve çalışanların özel sorunlarına duyarlılık gösterdiğine ilişkin algılanan liderlik davranışı hemşirelerin yaşlarına göre farklılaştığı sonucu çıkmıştır. Algılanan liderlik davranışında 20 yaş ve altındaki hemşirelerin diğer hemşirelerden farklılaştığı, belirtilen liderlik davranışlarına yönelik algılarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durumun nedeni olarak, genç yaştaki hemşirelerin mesleki hayatlarında daha az sayıda

yönetici hemşire ile bir arada çalışmaları, liderlik davranışını karşılaştırmalı olarak değerlendirme imkânı bulamamaları gösterilebilir. Yaşa göre algılanan liderlik davranışının anlamlı düzeyde farklılaşan üç liderlik davranışından ikisi litaratürde çalışan odaklı, diğeri ise kontrol odaklı olarak değerlendirilen liderlik davranışları olarak saptanmıştır.

Meslekte çalışma süresine göre değerlendirildiğinde beklenen liderlik davranışında fark olduğu, algılanan liderlik davranışında fark olmadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Yönetici hemşireden beklenen liderlik davranışlarından iş dışında da çalışma arkadaşlarıyla görüşmeye çalışması yönündeki beklenti hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre farklılaştığı, 11-15 yıl arasında mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin diğer tüm gruplara göre bu liderlik davranıştaki beklentilerinin daha yüksek olduğu, bu farkın en az 21 yıl mesleki deneyime sahip hemşirelerden anlamlı düzeyde farklılaştığı ortaya çıkmıştır.

Kurumda çalışma süresine göre değerlendirildiğinde hemşireler tarafından beklenen liderlik davranışında fark olduğu, algılanan liderlik davranışında fark olmadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Kurumda çalışma yılı ele alındığında, yönetici hemşireden beklenen liderlik davranışlarının tümünde 11-15 yıldır kurumda çalışan hemşirelerin beklentilerinin diğer hemşirelerden anlamlı derecede farklılaşacak ölçüde yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak kurumu tanınması, kurumun yönetim ve işleyişine dair bilgi sahibi olunması, kurum kültürü düşüncesinin benimsenmesi çalışan hemşirelerde beklentinin özellikle profesyonel anlamda çalışan odaklı liderlik davranışı beklentisinin artmasına yol açtığı söylenebilir.

Çalışan hemşirelerin beklenen liderlik davranışı düzeylerine eğitim değişkeni açısından bakıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur. Fakat algılanan liderlik davranışı düzeyi eğitim durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Lise mezunlarının, algılanan liderlik davranışının farklılaştığı tüm değişkenlerde diğer eğitim durumlarına sahip hemşirelerden daha yüksek düzeyde liderlik davranışı algısına sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Özellikle lise mezunları ve lisansüstü mezunları arasında algılanan liderlik davranışı düzeyleri arasında büyük farklar olduğu görülmektedir. Bu durum eğitim düzeyi arttıkça algılanan liderlik davranışı düzeyinin azaldığını ortaya koymak-

tadır. Eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelerin, eğitimleri nedeni ile liderlik ve liderlik davranışları ile ilgili bilgi sahibi olması ve farklı liderlik davranışları ile karşılaşmaları algıladıkları liderlik davranışı düzeylerinin düşmesi sonucunu ortaya çıkarmaktadır. Öztürk ve arkadaşları tarafından yapılan ‘‘yönetici hemşirelerin liderlik yaklaşımları’’ değerlendirilen bir çalışmada özel hastanede çalışan sağlık meslek lisesi mezunu hemşireler yöneticilerin “karizmatik özellik, ilham verme, ideal etkileme, bireysel ilgi ve entelektüel uyarı” ifadelerinden oluşan liderlik puanını yüksek olarak değerlendirmişlerdir (Öztürk, Bahçecik, Gürdoğan, 2012).

Çalışmada hemşirelerin yönetici hemşirelerde, litatürde risk alma davranışı olarak tanımlanan liderlik davranışını en yüksek düzeyde algıladıkları saptanmıştır. Aynı zamanda yenilikçi ve vizyoner odaklı liderlik davranışı olarak tanımlanan liderlik davranışlarında algılanan liderlik davranışı düzeyi yüksek çıkmıştır. Çalışmanın kısıtlılığı, sağlık alanında beklenen ile algılanan liderlik davranışlarının karşılaştırılmasına yönelik başka çalışmalar olmadığından karşılaştırma yapılamamasıdır.

SONUÇ

Hemşireler tarafından beklenen ile algılanan liderlik davranışları arasında fark vardır. Cinsiyete göre beklenen liderlik davranışında, eğitim düzeyine göre algılanan liderlik davranışında, yaşa göre beklenen ve algılanan liderlik davranışlarının her ikisinde fark olduğu görülmektedir. Meslekte ve kurumda çalışma süresine göre değerlendirildiğinde, beklenen liderlik davranışında fark vardır.

Kurumlarda yönetici ve çalışan hemşirelere yönelik liderlik ve liderlik davranışlarına ilişkin eğitimlerin düzenlenmesinin hemşirelik mesleği ve hemşirelik yönetimine meslekleşme, profesyonelleşme ve iyi yönetim adına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda değişen sağlık politika ve uygulamalarında hemşirelik mesleğinin yerini koruyabilmesi ve üst düzeye taşıyabilmesi için liderlik olgusunu hemşirelik meslek ve yönetimde içselleştirmesi gerektiği düşünülmektedir. Yönetici hemşirelerin liderlik davranışına ilişkin veriler ile hemşirelerin beklenti ve algılarının karşılaştırmaları olarak incelenmesi önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Akdemir, A., Entelektüel Liderlik, http://tuncaycalhan.org/mak/16.pdf Erişim Tarihi: 10.06.2012
- Avcı, U. , Topaloğlu, C. (2009). Hiyerarşik Kademelere Göre Liderlik Davranışlarını Algılama Farklılıkları: Otel Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 11(16). 1-21
- Bass, BM.(1990).Bass & Stogdill's Handbook of Leadership, Theory Research, and Applications(3.Baskı). New York: Free
- Budak, G., Budak, G.(2010).İşletme Yönetimi (6.Baskı). İzmir: Barış
- Çelik, V.(2000). Eğitimsel Liderlik (4. Baskı). Ankara: Öncü
- Çoroğlu, C.(2003).İş Dünyasında Geleceğin Yönetimi. İstanbul: Alfa
- Doğan, S.(2007).Vizyona Dayalı Liderlik (2. Baskı), İstanbul: Kare
- Eren, E.(2010).Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi (12. Baskı). İstanbul: Beta
- Eren, E.(2011).Yönetim ve Organizasyon: Çağdaş ve Küresel Yaklaşımlar (10. Baskı). İstanbul: Beta
- Hart, S. L., Quinn, R. E. (1993). "Roles executives play: CEOs, behavioral complexity, and firm performance", Human Relations, 46(5).543-574
- Kaya, Ç. (2002), Liderler: Liderliğe Giden Yollar, Beta Yayınları, İstanbul
- Koçel, T.(2011).İşletme Yöneticiliği (13. Baskı). İstanbul: Beta
- Öztürk H., Bahçecik, N., Gürdoğan E.P. (2012). Hastanelere Göre Yönetici Hemşirelerin Liderlik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi. 20 (1). 17-25
- Serinkan, C., İpekçi, İ.(2005).Yönetici Hemşirelerde Liderlik Davranışı ve Liderlik Özelliklerine İlişkin Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 10 (1). 281-294
- Taşkıran, E. (2006).Otel İşletmelerinde Çalışan Yöneticilerin Liderlik Yönelimleri: İstanbul'daki Beş Yıldızlı Otel İşletmelerinde Bir Araştırma. Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi. 17 (2). 169-183
- Tengilimoğlu, D., Yiğit, A. (2005). Hastanelerde Liderlik Davranışlarının Personel İş Doyumuna Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.8 (3). 375-400

- Tsui , A.S., Zhang, Z., Wang, H., Xin, K.R., Wu, J.B.(2006). Unpacking The Relationship Between Ceo Leadership Behavior And Organizational Culture. The Leadership Quarterly, 17. 113-137
- Yiğit, R. (2000). Klinik Sorumlu Hemşirelerin Liderlik Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.4 (1). 21-32
- Zaleznik, A. "Managers and Leaders:Are They Different?", Harvard Business Review, January, Boston, 2004, s.74-81.

Hastane İşletmeciliğinde Kalite Maliyet Hesaplaması: Konya Seydişehir Devlet Hastanesinde Bir Uygulama

Emrullah İNCESU[1]
Nesrin ÖĞÜT[2]

ÖZET

İşletmeler kalite maliyet hesaplamaları yapması, kalite hedeflerinin belirlenmesini, yönetimin geleceğe ilişkin alacağı kararlarda kılavuz görevi görmekte, insan kaynaklarının planlanması, müşterilerle olan ilişkilerin düzenlenmesi, bütçeleme konularında ve yatırım kararlarında oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Bu araştırmanın amacı, Konya Seydişehir Devlet hastanesinde, kalite maliyet hesaplama modellerinden biri olan PAF (Prevention-Apprasial-Failure) modeli ile kalite maliyet hesaplaması yapılarak sağlık yöneticilerine finansal planlama, performans denetimi, kalite geliştirme çalışmalarında katkı sağlamak ve kalite maliyet konusunun önemini vurgulamaktır. Araştırma kesitsel ve retrospektif olarak tıbbi, idari, mali ve teknik verilerin incelenmesi ve değerlendirilmesi yoluyla yapılmıştır. Çalışma sonucunda, sağlık işletmelerinde kolaylıkla PAF kalite maliyet hesaplama modeli ile kalite maliyet hesaplaması yapılabileceği ve hastane toplam maliyetlerinin en az %25'inin kalite maliyetlerine ilişkin harcamalardan oluştuğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kalite, Kalite Maliyetleri, Sağlık İşletmeleri, PAF Kalite Maliyet Hesaplama Modeli

1 Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü,İş Güvenliği Uzm.Biyolog, emrinc@hotmail.com

2 Konya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Uzman

Hospital Management Quality Costcalculation: An Applicationat Konya Seydişehir State Hospital

ABSTRACT

Makingqualitycost calculations by enterprises plays an important role on the determination of the quality objectives, management decisions for the future objectives, planning of human resources, regulation of the relations with customers, budgeting and investment decision making. The aim of this study is to allow the hospital managers to make financial planning, to check performance and to contribute to the quality development studies by calculation quality costs via one of the quality cost calculation methods PAF (Prevention-Appraisal-Failure) at Seydisehir State Hospital. Research has been done as cross-sectional and retrospective by analyzing and evaluating the medical, administrative, financial and technical. As a result of this study, it is detected that PAF is one of the easiest way to make quality cost calculations for health enterprises, and also detected that at least 25% of total cost of hospitals is expenses related to the quality costs.

Keywords: Quality, Quality Costs, Health Enterprises, PAF Model of Quality Cost Calculator

1. GİRİŞ

Son zamanlarda sağlık hizmetleri sektörüne özel sektörün de girebileceği şekilde yasal düzenlemeler yapılarak daha kaliteli sağlık hizmeti sunulması adına rekabet ortamı oluşturulmaya çalışılmıştır. Dolayısıyla hastalar sağlık hizmeti almak için pek çok hastane işletmesinden birini tercih etme şansına sahip olma durumuna gelmişlerdir. Hastane işletmeleri ise daha çok hastanın kendilerini tercih etmesini sağlama yarışına girmişlerdir. Hastalar açısından bakıldığında pek çok alternatif hastane işletmesinden birini tercihte en önemli unsur sunulan hizmetin kalitesidir. Hastane işletmeleri de hastalara daha kaliteli ve daha düşük maliyetli sağlık hizmetini nasıl sunabileceği çabası içindedir(Kısakürek, 2010).

Hastane işletmeleri tarafından sunulan hizmetlerin hastaneler tarafından ücretlerinin belirlenememesi hastane yöneticilerini maliyetleri kontrol altına almaya yönlendirmiştir. Hastane işletmelerinde on binlerle ifade edilen farklı kalem malzemenin kullanılıyor olması maliyetlerin kontrol edilmesinin ne kadar zor olduğunu ifade etmek açısından önemlidir. Bu durum hastane yöneticilerini tedarikçilerle daha sıkı pazarlık yapma hususunda oldukça zorlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin doğası gereği maliyetlerinin yüksek olmasının yanı sıra hastaya sunulan hizmetlerin, kullanılan ilaçların, tıbbi sarf-malzemelerin ve tetkiklerin bir kısmının da hastalara çıkarılan faturaların eksik düzenlenmesi ya da hatalı olmasından dolayı ilgili kurumlardan tahsil edilememesi hastane işletmelerinde gelir kaybına neden olmaktadır. Bu durum hastane işletmelerinin maliyetlerini kontrol altına almasının ne kadar hayati bir öneme sahip olduğunun bir diğer göstergesidir(Kısakürek, 2010). Yöneticiler, gelecekle ilgili yapacakları öngörülerde, işletmelerinin kalite ve maliyetle ilgili tüm unsurlarına göre çalışma programı ve bütçeler oluşturarak gelir ve gider planlaması yapmak durumundadırlar(Ocak vd., 2004).

Hastane işletmelerinde sunulan sağlık hizmetlerine ait maliyetlerin kontrol altına alınmasıyla hastane yöneticileri; maliyetlerin azaltılması, sunulan hizmet kalitesinin artırılması, kullanılan her türlü girdi ve çıktının etkin ve verimli kullanılması, çalışanların performanslarının belirlenmesi gibi konularda daha doğru kararlar alabilmektedir(Kısakürek, 2010).

Dr. W.Deming "bir kaliteyi iyileştirdiğiniz vakit verimliliği de iyileştirdiğinizi Japonlardan başka hiç kimse anlamamaktadır." diye ifade etmiştir. Deming'in vurgulamak istediği yönetimin ilgisinin kaliteye çekilmesinin kalite ve akreditasyon fonksiyonlarının başta gelen hedefi olduğunu belirtmektir. Bu ilgiyi elde etmenin en belirgin yolu kalite maliyetlerinden geçer. Kalite programlarının etkili bir şekilde kurulması ve yönetiminin, bu alanda yapılacak yatırımların geri dönüş hızını belirlediğine inanarak, kalite maliyetlerinin belirlenmesinin kalite yönetimi için gerekli olduğu bilinen bir gerçektir(www.qps-antalya.org,03.02.2013).

1.1.Kalite Kavramı, Kalite Maliyet İlişkisi Ve Önemi

1.1.1. Kalite, Sağlıkta Kalite ve Toplam Kalite Yönetimi (TKY)

Kalite "Bir ürün veya hizmetin, belirlenen veya olabilecek ihtiyaçlarını karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamıdır"(kalitekontrol.org.tr,27.12.2012). Sağlıkta kalite, kalite yönetimi anlayışı ile gerçekleştirilebilecek bir hedef olarak değerlendirilmektedir. Kalite yönetimi; organizasyonda liderlik, yönetim, insan, sistem ve ürün kalitesinin bir arada sürekli olarak geliştirilmesini; kalite geliştirme, kalite planlama ve kalite kontrol çalışmalarının yapılmasını ve aynı zamanda kalite güvence sistem standartlarının oluşturulmasını amaçlayan yönetim anlayışı olarak tanımlanabilir(Aktan, 1999).

A.B.D. Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine, IOM) kaliteyi şöyle tanımlar:"bireyler ve topluluklar için sağlık hizmetlerinin istenilen sağlık sonuçlarını artırdığı ve günümüzdeki profesyonel bilgiyle tutarlı olduğu seviyedir". Bunun sağlık sektöründeki karşılığı, özet olarak "hasta mutluluğu" biçiminde tarif edilebilir. Doğru teşhis, doğru tedavi, beklemeksizin ve güler yüzlü hizmet, temiz hastane, ferah bir ortam, uygun fiyat, vb. gibi hastanın mutluluğuna dönük faaliyetler bütünü, sağlıkta kalitenin unsurları olarak değerlendirilebilir (Morgil vd., 1995).

Kalite birçok kişinin sandığı gibi, lüks ile çağrışım yapan bir kavram değildir. Kalite, alıcıya bir ürün veya hizmet sonucu sunulan niteliklerin toplamıdır. Kalite, tatmin edici bir üretimin en düşük maliyetle ve tüketicilerin ihtiyaçları-

nı hemen giderebilme yeteneğidir (Gökmen, 2007). **Kısaca kalite, ürün veya hizmetin müşteri beklentilerini karşılayabilme kapasitesidir,** denilebilir.

Sağlık hizmeti kalitesinin tarihsel süreç içinde birçok tanımı yapılmış ve bu tanımlar, tanımı yapanın bakış açısı ve yaklaşımına göre farklı bir kavramı ele almıştır. Örneğin, sağlık hizmeti kalitesini yalnızca tıbbi faaliyetler açısından ele alan bir tanıma göre kalite; bir hastalık ya da durumun bir fonksiyonu olarak bireyin sağlık durumunda meydana gelebilecek bir gerilemeyi en azından durduracak ya da iyileşme sağlayacak bir biçimde belli faaliyetlerin yerine getirilmesidir(Caldwell,1998). Sağlık hizmeti kalitesinin daha zor açıklanabilen bir kavram olması, sağlık alanının özelliklerinden ileri gelmektedir. Hizmet kalitesinin çok sayıda değişkenden etkilenmesi ve bunların açık bir şekilde tanımlanmayışı, dahası sübjektif faktörlerin etkilerine açık oluşu, doğrudan doğruya nesnel ölçütler kullanılarak ölçülmesi ve tanımlanmasını güçleştirmekte ve sağlık hizmeti kalitesinin sezgisel olarak algılanmasını gündeme getirmektedir (Şahin, 2007).

Sağlık hizmetlerinin konusu doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve yapılacak hataların tamir edilemeyecek olması nedeniyle, sağlık sektöründe kalite kavramı ile diğer hizmet sektörlerindeki kalite kavramı aynı paralellikte düşünülmemesi gereken bir kavramdır. Sağlık hizmetinin ana konusu insan yaşamı oluşu nedeniyle sağlık hizmetlerinde kalite kaçınılmazdır. Sağlıkta **'PARDON'** kelimesi hiç kullanılamayacak bir kelimedir. **'HATA'** kelimesi bu sektörde telaffuz bile edilmez (Küçükaksu vd.,2004).

Toplam kalite Yönetimi ise; Müşterinin ihtiyaç ve beklentilerini sağlamak amacıyla sunulan hizmetin, her kademesindeki sorumluların sürece dahil edilmesiyle kalitenin artırıldığı bir yönetim kavramıdır.

Toplam kalite Yönetimi anlayışında sık sık sözü edilen müşteri beklentilerini karşılamanın koşulları aşağıdaki gibi sıralanabilir.

- Ürün/Hizmet ihtiyaç duyulduğunda hazır ve ulaşılabilir olmalıdır.
- Ürün/Hizmet müşteriye uygun yer ve zamanda müşteriye ulaştırılmalıdır.
- Ürün/Hizmet güvenilir olmalıdır.

- Ürün/Hizmet müşteriye mümkün olan en düşük maliyet yani fiyattan sunulmalıdır.
- Ürün/Hizmetin performansı üretim amaçlarıyla ve müşteri beklentileri ile uyumlu olmalıdır.

1.1.2. Maliyet Ve Kalite –Maliyet İlişkisi

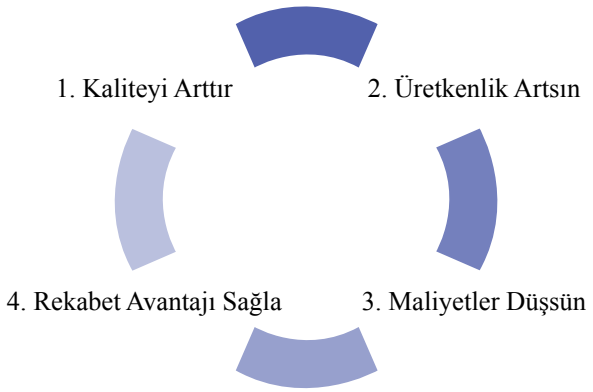
Sağlık hizmetleri arzının pahalılığı, talebin tüketici tarafından belirlenmesi ve tesadüfiliği, talep esnekliğinin katı olması, ikamesinin olmaması ve sosyal amaçlı olması gibi özelliklerinden dolayı; hastane işletmesi yöneticilerinin politikalarını belirlerken kalite, etkililik, verimlilik, maliyet gibi genel ekonomik kavramlara ağırlık vermelerine neden olmuştur (Bulut ve İşman, 2004: 279; Tutar ve Kılınç, 2007:34).

Sağlık hizmetlerinin maliyeti, hastanenin kendi faaliyet konusunu oluşturan sağlık hizmetini üretebilmesi için harcadığı üretim faktörlerinin para ile ölçülebilen değeri şeklinde tanımlanabilir (Yiğit ve diğerleri, 2003: 233). Bu tanımdan hareketle hastane işletmelerindeki maliyetleri etkileyen unsurları; kapasite ve kapasite kullanımı, kullanılan teknoloji, hasta sevk zincirinde yer alan kademe, hizmet sunulan nüfusun yoğunluğu, epidemiyolojik yapısı, sağlık hizmetinin kalitesi ve hastane imajı, başta hekim olmak üzere istihdam edilen sağlık çalışanı ve diğer çalışanlar, hastanenin makine-teçhizat durumu, altyapısıve para kaynağı şeklinde sıralamak mümkündür (Yiğit ve Ağırbaş, 2004: 142).

Maliyet en geniş tanımıyla, bir amaca ulaşmak, bir nesneyi edinebilmek için katlanılan fedakarlıkların tümüdür (Yörükçü,1999).

Kalite maliyetleri kalitenin ölçüsüdür. Toplam kalite yönetiminin yerleşebilmesi, uygulanabilmesi ve sürekli kılınabilmesi için kalitedeki gelişmelerin ölçülmesi ve açık bir şekilde raporlanması gerekir. Verimli, etkin ve tüketicilerin ihtiyaçlarını karşılayabilme özelliklerine sahip mal ve hizmetlerin üretilmesini sağlamak veya kaliteyi üretmek amacıyla yapılan yatırımlar nedeniyle maruz kalınan giderler, kalite maliyetlerini oluşturmaktadır (Kırlıoğlu, 1998).

Dr. W. Deming'in kalite maliyeti ile ilgili ifade ettiği zincirleme tepkimesi aşağıda sunulmuştur.

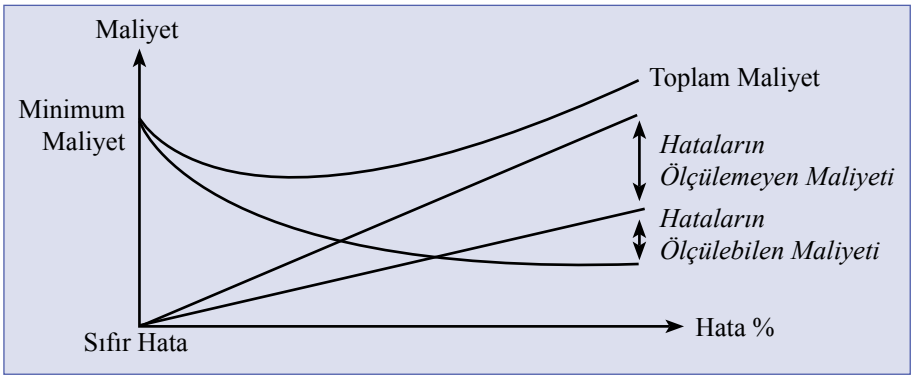


Şekil 1. Zincirleme Tepkime

Kalite hedeflerinin belirlenmesinde kalite-maliyet ilişkisini görebilmek ve uygun bir fiyat tespit edebilmek için, maliyet hedeflerinin tespiti ve kalite maliyetlerinin hesaplanması gerekmektedir.

Kalite yönetimiyle;

- İsrafın önlenmesi,
- Kalitenin arttırılması,
- İşlem zamanının kısaltılması,
- Maliyetlerin düşürülmesi,
- Moral ve verimliliğinin arttırılması,
- Sürekli iyileşme ve gelişmenin sağlanması amaçlanmaktadır. (Alkan, 2002)



Kaynak: Kavrakoğlu,1992

Şekil 2. Kalite Maliyet İlişkisi

1.1.3. Kalite Maliyetlerinin Önemi ve Yararı

Kalite problemleri, bir yandan toplam maliyetleri arttırarak, diğer yandan da müşteri memnuniyetsizliğine yol açarak hem işletme gelirlerini hem de rekabet gücünü azaltmaktadır. Bu nedenle, maliyetlerin en aza indirilmesi için kalite maliyetlerine ihtiyaç duyulmaktadır (Kırlıoğlu, 1998).

Kalite maliyetleri iki nedenden dolayı önem kazanmaktadır:

- Kalite maliyetleri işletmelerde yüksek oranlara sahiptir ancak ölçülmemektedirler. Örneğin, yapılan bir araştırmada araştırmaya katılan firmaların sadece %3'ü kalite maliyetlerini kalite ölçümü için topladıklarını belirtmişlerdir.
- Kalite maliyetleri israfın olduğu alanları belirlemeye ve bu israfın kaynaklarını yöneticilere göstererek önlemeye yardımcı olmaktadırlar.

Kalite maliyetleri bilgisi bir yöneticinin kalite iyileştirme konusuna yapılan yatırımların gerekçesini haklı göstermesine ve yapılan çalışmaların etkinliğinin izlenmesine yardımcı olur. Kalite maliyetleme bir organizasyonun kalite performansının "para" dilinde açıklanmasını sağlar (Bozkurt, 2003).

Kalite maliyetlerini ölçmek, kaliteyle ilgili faaliyetlerin firma performansı üzerindeki etkisini göstermek üzere bir araçtır. Bu da, özellikle üretim, pazarlama, malzeme alımı ve müşteri tatmini alanlarında söz konusudur. Kalite maliyetlerini ölçme; çalışanları, TKY ve sürekli kalite geliştirme uygulamaları yönünde olumlu etkilemelidir (James, 1996:278).

Kalite maliyeti ölçümü, önleme, değerlendirme ve hata faaliyetleri üzerine yoğunlaşacak, bu da maliyetleri azaltma fırsatı yaratacaktır. Kaliteyle ilgili faaliyetlerin performansı ölçülmeli çünkü bu ölçümler, bölümler, süreçler ve ürünler-hizmetler arasında kalite maliyetleri karşılaştırmaları yapmada bir temel oluşturacaktır. Kalite maliyetlerinin ölçümü, kalite kontrol, kalite geliştirme-iyileştirme ve TKY'de büyük önem taşımaktadır (James, 1996).

Kalite maliyet bilgileri, kalitenin geliştirilmesi için gerekli faaliyetlere ihtiyaç duyulan alanların belirlenmesi amacıyla, üretim hatları veya sürecine göre bir düzenlemenin sağlanmasında yardımcı olabilmektedir (Ponemon, 1990). Kalite maliyetleri performans raporlamada, planlama ve bütçelemede veya stratejik amaçları değerlendirmede bir ölçüm aracı olarak kullanılabilmektedir

(Evans ve Lindsay, 1989). Kalite maliyetleri verilerinin en önemli uygulama alanı, kalite problemlerini belirlemek ve sonuçları kullanarak değişim ihtiyacını yönetime göstermektir.

1.2.Kalite Maliyetleri Hesaplaya Modelleri

Kalitenin mükemmel olduğu ve kusurlu ürünün mevcut olmadığı kuramsal bir dünyada, uygunsuzluğun maliyetlerinin varlığından söz edilmeyecektir. Ancak gerçekte var olan bu maliyetleri hesaplamak, analiz etmek ve yorumlamak gerekmektedir ki, bu da kalite maliyet sisteminin varlığını zorunlu kılmaktadır (Ömürgönülşen, 2008).

İngiliz Standartları Enstitüsü tarafından yayınlanan 'BS 6143 Guide totheeconomics of quality' adlı kitapta kalite maliyet verileri toplamanın ve kalite maliyet modelleri kurmanın iki yönteminin olduğunu ifade etmektedir (Ömürgönülşen, 2008). Fakat kalite maliyetlerinin ölçülebilmesi amacıyla kalitenin günümüze kadar ki tarihi boyunca birçok kalite maliyet modelleri geliştirilmiştir. Bu modeller ve maliyet kategorileri Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Genel Kalite Maliyet Modelleri ve Maliyet Kategorileri

Kalite Maliyet Modeli	Faaliyet / Maliyet Kategorisi
Paf Modeli	Önleme+Ölçme - Değerlendirme+Başarısızlık
Crosby'nin Modeli	Uygunluk+Uygunsuzluk
Fırsat ve Maddi Olmayan Maliyet Modeli	Önleme+Ölçme - Değerlendirme+Başarısızlık
	Uygunluk+Uygunsuzluk+Fırsat
	Maddi+Maddi Olmayan
Süreç Maliyet Modeli	Uygunluk+Uygunsuzluk
FDMS Modeli	Değer Ekleyen+Değer Eklemeyen

Kaynak: Schiffauerova ve Thomson, 2006:2

1.2.1. PAF (Prevention-Apprasial-Failure) Modeli

Bu model adını, önleme (prevention), değerlendirme (appraisal), vebaşarısızlık (failure) maliyetlerinin (PAF) baş harflerinin kısaltılmasından almaktadır. Bu model günümüzde en çok kabul gören ve kullanılan kalite maliyet mo-

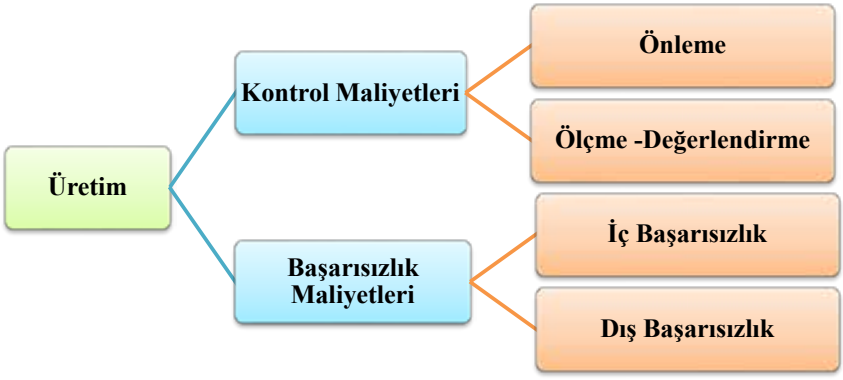
delidir. Modelin özelliği, kalite maliyetlerinin ana ve alt unsurlarını tek tek tanımlamış olmasıdır.

PAF Modeli ve Süreç Maliyet Modeli arasındaki ilişkiyi şu şekilde anlatmak mümkündür. Süreç Modeli'nde ki uygunluk maliyetleri, PAF Modeli'nde önleme ve değerlendirme maliyetleri olarak adlandırılırken, yine aynı modeldeki uygunsuzluk maliyetleri, PAF Modeli'ndeki içsel ve dışsal başarısızlık maliyetleri olarak tanımlanmaktadır (Ömürgönülşen, 2008).

Bu modelde yer alan kalite maliyetleri dört grubu ayrılmıştır (Feigenbaum, 1956).

- Önleme Maliyetleri
- Ölçme Değerlendirme Maliyetleri
- İç Başarısızlık Maliyetleri
- Dış Başarısızlık Maliyetleri

PAF Modeli'nde kalite maliyetlerinin dağılımı Şekil 3.'de gösterilmiştir.



Kaynak: GiakatisandRooney, 2000:157.

Şekil 3.PAF Modelinde Kalite Maliyetlerinin Dağılımı

1.3.Literatür Taraması

Hastane işletmelerinde maliyet analizi pek çok çalışmaya konuolmuştur. Bu çalışmalarda maliyet analizinin farklı yönleri ele alınarak incelenmiştir. Erkol ve diğerleri (2011) faaliyet tabanlı maliyetleme yöntemini kullanılarak, gerçeğe daha yakın klinik işlem maliyet rakamlarına ulaşılabileceğini,Yiğit ve

diğerleri (2003) yatan hastaların birim maliyetini hesaplamaya çalışmışlardır (Hacıevliyagil ve diğerleri, 2006). Karasioğlu ve Çam (2008) sadece bir bölümdeki muayene maliyetini hesaplamışlardır. Benzer araştırmalarda klinik servis maliyetleri bulunmaya çalışılmıştır (Carpenter ve diğerleri 1994; Minh ve diğerleri 2009; Eroğlu, 2002). Yiğit ve Ağırbaş (2004) hastane işletmelerinde kapasite kullanım oranının maliyetler üzerindeki etkisini; Top ve Yıldırım (2000) performans maliyet arasındaki ilişkiyi; Aktaş ve Kaptanoğlu (2002) ise sadece bir ameliyatın maliyetini araştırmışlardır.

2009 Ocak Ayı Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastane 'sinin bölüm maliyetleri sabit ve değişken maliyetler göz önünde bulundurularak hesaplayan araştırmada, maliyetlerin %52'si personel; %18'i işletme maliyetleri; %4'ü ayniyat; %14'ü ilaç; %12'si tıbbi sarf malzemeden oluşmaktadır(Kısakürek,2010:254). Bu çalışmamızda çıkan bulgular Kısakürek'in çalışması ile paralellik göstermektedir.

Yapılan araştırmalarda hastane işletmelerinde maliyetleri artırıcı ve verimliliği düşürücü faktörler olarak; daha az maliyetle dışarıda yaptırılacak işlerin hastanede yaptırılması, hastanede gereksiz cerrahi girişimler, bazı gelişmiş olanakların az kullanılması ve emek yoğun teknolojiye bağlılık, bölgesel talep dikkate alınmaksızın hastane büyüklüklerinin tespiti, hekimlerin daha fazla laboratuvar testi yaptırma eğilimleri sıralanmıştır (Yiğit ve Ağırbaş, 2004:143).

2. METODOLOJİ

2.1.Araştırmanın Amacı

Seydişehir Devlet hastanesinde, kalite maliyet hesaplama modellerinden biri olan PAF (Prevention-Apprasial-Failure) modeli ile kalite maliyet hesaplaması yapılarak sağlık yöneticilerine finansal planlama, performans denetimi, kalite geliştirme çalışmalarında katkı sağlamak ve kalite maliyet konusunun önemini vurgulamaktır.

2.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel ve retrospektif olarak tıbbi, idari, mali ve teknik verilerin incelenmesi ve değerlendirilmesi yoluyla yürütülmüştür.

2.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Çalışmada kullanılacak olan Kalite Maliyet kalemleri, hastanenin hizmet sektörü içinde yer almasından dolayı diğer üretim sektörü firmalarına göre farklılık göstermektedir. Bu farklılık hastanelerde işleyen çok sayıda birbiri ile bağlantılı süreçlerin karşılanmasında kullanılan gerek insan kaynakları gerekse malzeme çeşitliliği nedeniyle olmaktadır.

Kalite Maliyet kalemleri belirlenirken PAF Modeli Kalite Maliyet dağılımı unsurları baz alınarak, ilgili unsurların hastanede ver olan maliyet kalemleri ilgili birim sorumluları ile beyin fırtınası tekniği ile tet tek tespit edildi.

Veriler, hastanenin tıbbi, idari, mali ve teknik kayıtlarından yararlanılarak toplanmıştır. Belirlenen maliyet değerleri, yüzdesel olarak grafik ve tablolar yardımı ile değerlendirilmiştir.

2.4. Hastane Kalite Maliyet Kalemleri

2.4.1. Önleyici Faaliyet Kalemleri

Önleyici faaliyet kalemleri, kalite maliyetlerinin hesaplanmasında kullanılan ve alt çeşitliliği olan bir maliyet kalemidir. Bu nedenle diğer maliyet kalemlerine göre fazla sayıda çeşitlilik göstermektedir. Buna göre Seydişehir Devlet Hastanesi önleyici kalite maliyetlerini şu şekilde sıralayabiliriz;

- Hasta Güvenliğini Sağlama Maliyeti
- Çalışan Güvenliğini Sağlama Maliyeti
- Enfeksiyon Kontrolünü Sağlama Maliyeti
- Sterilizasyon Maliyeti
- Hasta Dosyası Ve Arşivleme
- Genel Hastane Tanıtımı Maliyeti
- Kalite Eğitimleri Maliyeti
- Hastane Hizmet İçi Eğitimleri Maliyeti
- Öz Değerlendirme Maliyeti
- Haşerelerle Mücadele Maliyeti

- Tıbbi Makine Ve Ekipman Maliyeti
- Atık Toplama Maliyeti
- Tıbbi Atık Bertaraftı Maliyeti
- Taşeron Firma Maliyeti
- Makine Teçhizat Bakım Onarım Maliyeti

2.4.1.1. Hasta Güvenliğini Sağlama Maliyeti

Hasta güvenliğini sağlamada, kimlik tanımlayıcılar olarak kullanılan kol bantları, radyasyon güvenliğini sağlama için kurşun koruyucular, hastane içi acil yardım (MAVİ KOD) ve çocuk kaçırmalarında (PEMBE KOD) bildirim sistemi kurulması maliyetleri olarak belirlenmiştir. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane kalite ve servis satın alma biriminden alınmıştır.

Hasta Güvenliğini Sağlama Maliyeti=Kol Bantları+Kurşun Koruyucular+Acil Yardım Bildirim Sistemi

Hasta Güvenliğini Sağlama Maliyeti=360+5.103+12.254=17.717 TL

2.4.1.2. Çalışan Güvenliğini Sağlama Maliyeti

Çalışan Güvenliğini Sağlamada, hastanede çalışanların sorunlarını dile getirebileceği, her hangi bir olumsuz durumda kanuni sürecin başlatılması ve sürecin takibi açısında kurulan çalışan güvenliği birim teşekkül ettirilmiştir. Bu birimde tam zamanlı çalışan bir personel mevcuttur. Ayrıca çalışanlara karşı her hangi bir sözlü yada fiziki saldırılarda önlemek ve önlem almak amacıyla güvenlik birimlerinin olaya kısa zamanda müdahale etmelerini sağlayacak bir bildirim sistemi (BEYAZ KOD) kurulması sağlanmıştır. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane kalite birimi, mutemetlik, teknik servis ve Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisinden alınmıştır.

Çalışan Güvenliğini Sağlama Maliyeti=(Birim Çalışanın Aylı Brüt Ücreti +Birim Çalışanın Aylık Döner Sermaye Ek Ödeme Sabit Ücreti)X Ay +Beyaz Kod Pager Cihazı Ücreti X Adet

Çalışan Güvenliğini Sağlama Maliyeti=(2.455+710)12+480x3=39.420 TL

2.4.1.3. Enfeksiyon Kontrolünü Sağlama Maliyeti

Enfeksiyon Kontrolünü Sağlamada tam zamanlı olarak bir enfeksiyon hemşiresi çalışmaktadır. Alkol bazlı el antiseptiği, N95 maske, çeşitli tipte ve özellikte eldivenler, yüzey temizleme dezenfektanları ve ameliyathane kullanılan çeşitli malzemelerin dezenfeksiyonunda kullanılan dezenfektan solüsyonları kalite maliyet kalemlerini oluşturmaktadır. Harcama kalemlerindeki tutarlar 12 aylık toplam maliyeti göstermektedir. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane enfeksiyon hemşiresi, mutemetlik ve satın alma biriminden alınmıştır.

Enfeksiyon Kontrolünü Sağlama Maliyeti = (Birim Çalışanın Aylı Brüt Ücreti + Birim Çalışanın Aylık Döner Sermaye Ek Ödeme Sabit Ücreti) X Ay + Alkol Bazlı El Antiseptiği+N95 Maske + Eldivenler + Yüzey Temizleme Dezenfektanları+ Ameliyathane Dezenfektan Solüsyonları

Enfeksiyon Kont. Sağ. Mal.=(2.160+680)12+613+102.6+471.3+369.8+615= 36.251 TL

2.4.1.4. Sterilizasyon Maliyeti

Sterilizasyon ünitesinde tam zamanlı çalışan bir kişi mevcuttur. Otoklav makinası 2002 yılında 19.826 TL ye alınmış olup, 2012 yılı amortisman tutarı 0.01 olduğu için maliyete katılmamıştır. Sterile edilecek malzemelerin kaplanması için plastik rulo ve indikatörler diğer kalite maliyetlerini oluşturmaktadır. Otoklav ortalama ayda 60 kez çalıştırılmaktadır. Her bir çalışma 2 saat sürmekte. 2012 yılında ortalama 720 kere otoklav çalıştırılmıştır. Maliyet ile ilgili bilgiler sterilizasyon sorumlusu, teknik servis ve Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisinden alınmıştır.

Sterilizasyon Maliyeti = 1 Saat için harcanan kw/saat X Birim Fiyat X günlük ortalama cihaz çalışama saati X otoklav çalışama sayısı + rulo ücreti + indikatör ücreti

Sterilizasyon Maliyeti=45x0.307x4x720+692+948=41.427 TL

2.4.1.5. Hasta Dosyası Ve Arşivleme Maliyeti

Hasta Dosyası ve Arşivleme işlemlerini yerine getirmek için 1 arşiv memuru çalışmakta. Çalışanın brüt ücreti 2.160 TL ve Aylık Döner Sermaye Ek Ödeme Sabit Ücreti 680 TL olarak belirlenmiştir. Arşivi hırsızlıklara karşı korumak

için 920 TL'ye alarm sistemi taktırılmıştır. Maliyet ile ilgili bilgiler, mutemetlik ve Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisinden alınmıştır.

Sterilizasyon Maliyeti=(Birim Çalışanın Aylı Brüt Ücreti + Birim Çalışanın Aylık Döner Sermaye Ek Ödeme Sabit Ücreti) X Ay + Alarm sistemi ücreti

Sterilizasyon Maliyeti=(2.160+680)12+920=35.000 TL

2.4.1.6. Genel Hastane Tanıtımı Maliyeti

Bu maliyet kalemlerinin hastanenin verdiği hizmetler tanıtım faaliyetleri için yapılan her türlü görsel broşür ve basılı matbu dokümanları kapsamaktadır. 2012 yılı içinde **3.688 TL** olarak gerçekleşmiştir. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane kalite birimi ve muhasebe servisinden alınmıştır.

Genel Hastane Tanıtımı Maliyeti=Görsel Broşür ve Basılı Matbu Dokümanları Ücreti

Genel Hastane Tanıtımı Maliyeti=3.688 TL

2.4.1.7. Kalite Eğitimleri

2006 yılından beri İSO 9001:2000 ve sağlık bakanlığı kalite uygulamalarına uyum sağlanması için kalite birimi çalışanları çeşitli kongre ve eğitimlere gönderilmiş ve eğitim gideri olarak **2.680 TL** ödenmiştir. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane kalite birimi ve muhasebe servisinden alınmıştır.

2.4.1.8. Hastane Hizmet İçi Eğitimleri Maliyeti

Hizmet içi eğitimler: Hastane Eğitim Komitesi tarafından 3 ayda bir planlanan eğitimleri kapsamaktadır. Bu eğitimlerin çoğunu hizmet içi eğitim hemşiresi, eğitim odasında vermektedir. Bazı eğitimler uzmanlık alanı gerektirdiğinden eğitim konusuna göre hastane içinden uzman kişiler tarafından bu eğitimler verilmektedir. Bu eğitimleri veren kişilere ayrıca bir ücret ödenmemektedir. Eğitim odasında 2005'de 245 TL'ye alınan bir adet projeksiyon cihazı ve 2007'de 2.797 TL'ye alınan diz üstü bilgisayar kullanılmakta olup, 2012 yılı amortisman tutarları 0.01 olduğu için maliyete katılmamıştır. Toplam 146 saat eğitim verilmiştir. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane eğitim hemşiresi, mutemetlik, teknik servis ve Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisinden alınmıştır.

Hizmet İçi Eğitim Maliyeti = Birim Çalışanının Aylık Brüt Ücreti + Birim Çalışanın Aylık Döner Sermaye Ek Ödeme Sabit Ücreti X Ay + 1 Saat İçin Harcanan Kw/Saat X Birim Fiyat X Eğitim Süresi (Saat) X Eğitim Sayısı + Amortismanlar Toplamı

Hizmet İçi Eğitim Maliyeti=(2.5862+710)x12+2x0.233x1x146=33.612 TL

2.4.1.9. Öz Değerlendirme Maliyeti

Planlı olarak yılda 2 kez öz değerlendirme yapılmaktadır. Bu değerlendirmede değerlendirici olarak görevlendirilen çalışanlar mesai saatleri içerisinde bu işi yaptıklarından dolayı hastane için ilaveten herhangi bir maliyet oluşturmamaktadırlar. Ancak yılda iki defa yapılan öz değerlendirme yıl içindeki toplam maliyeti soru listeleri, değerlendirme raporları, açılan düzeltici ve önleyici faaliyetler, değerlendirme duyuru formları, uyarı yazıları vs. için harcanan kâğıt ve toner masrafları söz konusudur. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane kalite birimi ve Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisinden alınmıştır.

Öz Değerlendirme Maliyeti = Kullanılan Kâğıt Miktarı x Birim Fiyat + Toner Tutarı

Öz Değerlendirme Maliyeti= 500 adet x 0.01+12=17 TL

2.4.1.10. Haşerelerle Mücadele

Hastane haşerelerle mücadele yapmak için bir ilaçlama firması ile yıllık olarak anlaşma yaparak gerçekleştirmektedir. 2012 yılı için **5.947 TL** ilgili firmaya ödeme yapılmıştır. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane muhasebe servisinden alınmıştır.

2.4.1.11. Tıbbi Makine ve Ekipmanı

Hizmet kalitesinin aratılmasında önemli rol onayan en önemli unsurlardan biri de teknolojik gelişmelere ayak uydurarak hizmet vermektir. 2012 yılında **335.307 TL** tıbbi makine ve ekipman alımı için harcama yapılmıştır. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane muhasebe servisinden alınmıştır.

2.4.1.12. Tıbbi Atık Toplama Maliyeti

Tıbbi atık toplama işini yerine getirmek için 1 temizlik personeli görevlendirilmiştir. Bu iş için oluşan kalite maliyeti çalışanın brüt ücreti olan **987 TL**'dir. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane muhasebe servisinden alınmıştır.

Tıbbi Atık Toplama Maliyeti = Çalışanın Brüt Ücreti x Ay

Tıbbi Atık Toplama Maliyeti = 987x12=11.844 TL

2.4.1.13. Tıbbi Atık Bertaraftı Maliyeti

Toplanan tıbbi atıkların bertaraftı, kilogram baz fiyatlı olarak anlaşıma yapılan firmaya aylık ödemeler şeklinde yapılarak sağlanır. 2012 yılında ilgili firmaya **78.447 TL** ödeme yapılmıştır. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane muhasebe servisinden alınmıştır.

2.4.1.14. Taşeron Firma Maliyeti

Hastane bünyesinde güvenlik, veri giriş, görüntüleme, diyaliz hastalarını taşıma, temizlik ve otomasyon işleri için taşeron firma maliyeti yıllık **3.002.395TL**'dir. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane muhasebe servisinden alınmıştır.

2.4.1.15. Makine Teçhizat Bakım Onarım Maliyeti

Hastanede kullanılan Makine Teçhizat Bakım Onarım için 2012 yılında toplam **121.667 TL** harcama yapılmıştır. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane muhasebe servisinden alınmıştır.

2.4.2. Ölçme-Değerlendirme Maliyetleri

Hastanenin değerleme maliyet kalemleri;

- Tıbbi kayıtların kontrolü,
- Kalibrasyonlar,
- Satın alınan cihaz ve tıbbi malzemenin kontrolü,
- Anketler,
- İnternet ve telefon,
- Stok ve depo hizmetlerinden oluşmaktadır.

2.4.2.1. Kalibrasyon Maliyeti

Hastane hizmetlerinde kullanılan toplam 576 adet cihazın kalibrasyonu kalibrasyon firmasına yaptırılmaktadır. Cihazların kalibrasyonu için 2012 yılında firmaya ödenen tutar **3.646 TL**'dir. Maliyet bilgileri satın alma biriminden alınmıştır.

2.4.2.2. Anketler Maliyeti

Her Ay Yatan hasta, poliklinik hastası ve acil hastasına ve yılda 2 kere de çalışanlara memnuniyet anketi uygulaması yapılmaktadır. Bu dört anket için toplam 1000 adet A4 kâğıdı kullanılmaktadır. Anketler yüz yüze yöntemi ile yapılmaktadır. Anketörlüğü Klinik kodlama görevinde bulunan tıbbi sekreter yapmaktadır. Anketör maliyeti hasta dosyası ve arşivleme maliyetlerinde kullanıldığı için göz ardı edilmiştir. Anket uygulamalarının yapılabilmesi için kullanılan kâğıt ve toner kalite maliyet kalemlerini oluşturmaktadır. Kalite maliyet ile ilgili bilgiler: kalite birimi, Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi ve satın alma biriminden alınmıştır.

Anketler Maliyeti = Kullanılan Kağıt Miktarı x Birim Fiyat + Toner Tutarı

Anketler Maliyeti=1000x0.01+12=22 TL

2.4.2.3. Tıbbi Kayıtların Kontrolü Maliyeti

Tıbbi Kayıtların Kontrolü maliyetlerini, kayıtların kontrolünü sağlayan kat sekreterleri (3 kişi), arşiv memuru, dosya kontrolü ve ICD-10 AM klinik kodlama yapan personel ve faturalama biriminde çalışanların (2 kişi) aldıkları maaş ve ek ödeme ücretleri belirlemiştir. Kat sekreterlerinin maliyete etkililikleri, taşeron firma maliyetlerinde kullanıldığı için maliyete etkileri göz ardı edilmiştir. Yine arşiv memurunun maliyete etkililiği, hasta dosyası ve arşivleme maliyetlerinde kullanıldığı için göz ardı edilmiştir. Maliyet bilgileri, hastane arşiv memuru ve mutemetlikten alınmıştır.

Tıbbi Kayıtların Kontrol Maliyeti = Faturalama Biriminde Çalışanların Maliyeti + Klinik Kodlama Çalışanlarının Maliyeti

Klinik Kodlama Çalışanların Maliyeti = (Birim Çalışanın Aylık Brüt Ücreti + Birim Çalışanın Aylık Döner Sermaye Ek Ödeme Sabit Ücreti)X Ay

Klinik Kodlama Çalışanlarının Maliyeti = 2547x12=30.534 TL

Faturalama Biriminde Çalışanların Maliyeti = (Birim Çalışanın Aylık Brüt Ücreti + Birim Çalışanın Aylık Döner Sermaye Ek Ödeme Sabit Ücreti) X Ay

Faturalama Biriminde Çalışanların Maliyeti=5928x12=71.136 TL

Tıbbi Kayıtların Kontrol Maliyeti = 30.534+71.136=101.700 TL

2.4.2.4. Satın Alınan Cihaz ve Tıbbi Malzemenin Kontrolü

Bu kalite maliyet kalemi alınan cihaz ve tıbbi malzemelerin muayeneleri yani sağlamlığı, şartnameye uygunluğu tespiti gibi kontrollerin yapılması için katlanılan maliyeti kapsar. Hastane satın alma biriminin kayıtlarına göre 2012 yılında toplam 327 muayene kabul komisyonu kurularak malzeme alımı yapılmıştır. Bu bölümde çalışan kişilerin maliyetleri, stoklar ve depo hizmetleri kalite maliyet kaleminde hesaplanmıştır. Bu kalite maliyet kalemi için herhangi bir gider hesaplanmamaktadır.

2.4.2.5. Stoklar ve Depo Hizmeti Maliyeti

Hastane bünyesinde beş adet depo bulunmaktadır. Bu depolar, tıbbi malzeme deposu ve laboratuvar sarf malzeme deposu, kırtasiye deposu, ilaç deposu, teknik servis deposu ve diğer sarf malzeme deposudur. Bu depolarda 6 kadrolu personel çalışmaktadır. Maliyet bilgileri, hastane Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi ve mutemetlikten alınmıştır.

Stoklar ve Depo Hizmetinin Maliyeti = (Kadrolu Personelin Brüt Ücret Ortalaması + Aylık Döner Sermaye Ek Ödeme Sabit Ücreti) X Personel Sayısı x Ay

Stoklar ve Depo Hizmetinin Maliyeti =(2.558+710)6x12=235.296 TL

2.4.2.6. İnternet ve Telefon

2012 yılı içinde hastane Türk Telekom'a toplam **55.060 TL** internet sağlayıcılığı ve iletişimi ücreti ödemiştir. Ayrıca hastane ayda ortala 1.100 TL telefon görüşme bedeli ödemektedir. Bu maliyet kalemi bilgileri muhasebe biriminden alınmıştır.

İnternet ve Telefon Maliyeti =İnternet maliyeti yıllık + ortalama aylık telefon görüşme bedeli X 12

İnternet ve Telefon Maliyeti =55.060 + 1.100 x 12=13.200=68.260 TL

2.4.3. İç Başarısızlık Maliyetleri

İç başarısızlık maliyet kalemlerini;

- Hasta dosyası kontrolü ve takibi
- Hastaneye ait diğer merkezlerden hasta nakilleri
- Başarısızlık analizi
- Film ve laboratuvar testlerinin yenilenmesi oluşturmaktadır.

2.4.3.1. Dosya Kontrolü ve Eksikliklerinin Giderilmesi

Dosya kontrolü ve eksikliklerinin giderilmesi ile ilgili yapılacak uygulamalar tıbbi kayıtların kontrolü maliyeti hesaplamalarında yapılan maliyet kalemleri içerik ve sayısı ile aynı olduğundan maliyet hesaplamasında değerlendirilmeye alınmamıştır.

2.4.3.2. Hastaneye Ait Diğer Merkezlerden Hasta Nakilleri

2005 yılında SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devrinden sonra var olan iki hastane tek çatı altında birleştirildi. Biri şehir merkezinde diğeri şehir dışında A ve B blok olarak hizmet vermeye devam etmektedir. Gerek hasta transferi gerekse diğer durumlar için bir araç tahsis edilerek iki blok arasında ulaşım sağlanmaktadır. Tahsis edilen araç 2005 yılında 7.474 TL'ye alınmış olup, 2012 amortisman tutarı 2.990 TL'dir. İki blok arası mesafe iki kilometredir.

Aracın tamir ve bakım ücretleri için 2012 yılı içinde **6.934 TL** ödenmiş olduğu tespit edilmiştir. Bu maliyet kalemi bilgileri, hasta nakil ve muhasebe birimlerinden alınmıştır.

Hastaneye Ait Merkezlerden Hasta Nakillerinin Maliyeti = Aylık Motorin Tüketimi X Motorin Litre Fiyatı X Ay + Tamir ve Bakım Ücretleri Amortismanı

Hastaneye Ait Merkezlerden Hastan Nakillerinin Maliyeti = 85x4.18+6.934+2.990= 8.279 TL

2.4.3.3. Film ve Laboratuvar Testlerinin Yenilenmesi

Hastanede görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerinin tekrarları hastaneye fazladan fatura edilmediği için bu kalite maliyet kaleminin herhangi bir gideri bulunmamaktadır.

2.4.3.4. Başarısızlık Analizi

Bu maliyet ürün başarısızlıklarının sebeplerini belirlemektedir (Montgomery, 2005). Üründe ya da kalite sisteminde ortaya çıkan uygunsuzlukların tespit edilmesi ve ortadan kaldırılmasına yönelik faaliyetlerin oluşturduğu maliyetlerdir. Hastanede kalite yönetim şartlarına göre hizmet kalite standartlarını olumsuz yönde etkileyen unsurların tespiti ve çözüm yollarının aranması için 29 adet DÖF (düzeltici ve önleyici faaliyet) gerçekleştirilmiştir. Bu DÖF'lerin yerine getirilebilmesi için hastane 2012 yılında **2.034 TL** harcama yapmıştır. Bu maliyet kalemi ile ilgili bilgiler hastane kalite yönetimi, muhasebe ve satın alma birimlerinden alınmıştır.

2.4.4. Dış Başarısızlık Maliyet Kalemleri

Dış başarısızlık maliyet kalemleri; hasta şikâyetlerinin incelenmesi, şikâyet ve memnuniyetlere geri bildirimde bulunulması ve hasta kayıplarından oluşmaktadır.

2.4.4.1. Hasta Şikâyet ve Memnuniyetlerini İncelenmesi ve Geribildirim Maliyetleri

Hasta şikâyetlerinin incelenmesi, şikâyet ve memnuniyetlere geri bildirimde bulunulması ve hastaların işleyişle ilgili sıkıntılarını gidermek için Hasta Hakları Birimi oluşturulmuş olup, burada tam zamanlı olarak bir memur görevlendirilmiştir. 2012 yılında toplam Hasta Hakları Birimine 170 şikâyet başvurusu olmuştur. Bunlardan 123'ü yerinde çözümlenmiş, 47'si ise görüşülmek üzere Hasta Hakları Kuruluna sevk edilmiştir. Dilek ve temenni kutularından çıkan toplam 246 belgenin 92'si değerlendirmeye alınmıştır. Tüm bu şikâyet ve bildirimlerin 11'ine elektronik posta ile 3'üne posta yolu ile 25'ine ise resmi yazışma ile tebliğ edilerek geri bildirim yapılmıştır. Geribildirimler için kullanılan telefon ve internet harcamaları internet ve telefon maliyetler kalemin-

de kullanıldığından bu maliyetlerle ilgili her hangi bir ücret değerlendirmeye alınmamıştır. Geribildirimde kullanılan 3 adet posta ücreti olarak **330 Kuruş** ödenmiştir. Bu maliyet kalemi ile ilgili bilgiler hastane muhasebe biriminden alınmıştır.

Hasta Şikâyet ve Memnuniyetlerini İncelenmesi ve Geribildirim Maliyetleri =Kadrolu Personelin Brüt Ücreti X Ay + Posta Ücreti

Hasta Şikâyet ve Memnuniyetlerini İncelenmesi ve Geribildirim Maliyetleri =2.562 x 12 + 0.33=30.744 TL

2.4.4.2. Hasta Kayıpları Maliyetleri

Hastanede, hasta kayıpları olarak Birinci Basamak Yoğun Bakıma 48 saat içinde tekrar yatışları olan hastalara yapılan harcamalar hasta kayıplarının neden olduğu maliyetler olarak ele alınmıştır. Yoğun bakım servis sorumlu hemşiresi ve faturalama birim sorumlularının verdiği bilgilere göre bu şekilde yatış yapılan hastalara ortalama **700 TL** tutarında fatura kesildiği belirlenmiştir. 2012 yılında toplam 4 hasta tekrar yatış yaptırmıştır.

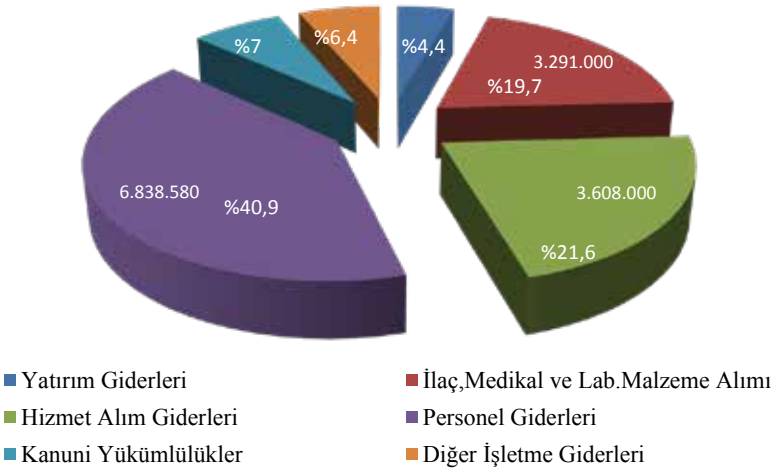
Hasta Kayıpları Maliyetleri =Yoğun Bakıma 48 Saat İçinde Tekrar Yatışları Yapılan Hasta Sayısı X Ortalama harcama

Hasta Kayıpları Maliyetleri = 4 x 700=2.800 TL

3. TARTIŞMA VE BULGULAR

2012 yılı için Seydişehir Devlet Hastanesi'nde hesaplanan kalite maliyetleri analiz edildiğinde aşağıdaki unsurlar göze çarpmaktadır. Hastanenin 2012 yılı toplam maliyeti 16.718.182 TL olarak belirlenmiştir. Bu maliyet dağılımında ilk sırayı %40,9 ile Personel Giderleri yer almaktadır. 2012 yılı Maliyet Dağılımı şekil 4'de verilmiştir.

Şekil 4. 2012 Yılı Maliyet Dağılımı



Tablo 2'de görüleceği üzere, kalite maliyet verilerine göre toplam kalite maliyetleri tutarı 4.207.343 TL olarak belirlenmiştir. Kalite maliyet toplam tutarı 2012 toplam harcamaların %25,1'ini oluşturmaktadır. Bu da 2012 hastanedeki toplam harcamaların dörtte birinin kalite maliyetleri için harcandığını göstermektedir.

Şekil 5'de Toplam Kalite Maliyet Kalemlerine bakıldığında, %89,2 ile önleyici maliyetler, %9.2 ile Ölçme –Değerlendirme maliyetleri, %0.2 ile İç Başarısızlık Maliyetleri ve %0.8 ile Dış Başarısızlık Maliyetlerinin olduğu tespit edilmiştir. Kalite Maliyet Kalemlerine ait veriler Tablo 2'de belirtilmiştir. Önleyici Maliyet Kalemleri içinde 3.002.395 TL ile Taşeron Firma Maliyeti dikkat çekici olarak değerlendirilmektedir. Bu değer toplam kalite maliyetlerinin %71.3'ünü, toplam maliyetin %17.9'unu ve önleyici maliyet kalemi içinde de %79.9'unu ilk sırada oluşturması dikkat çekmektedir. Bu kalem harcamaları günümüzde sağlık işletmelerinde sıkça kullanılan hizmet alımı ile yürütülen hizmetler karşılığında doğmaktadır. Bu kalite maliyet kaleminin harcama değeri hastanelerde hizmet kalitesinin belirlenmesinde pozitif etki sağlasa da, özellikle teknolojik yeniliklerin hastanede kullanılması olanağını sağlarken Kalite Maliyetlerin artmasına neden olmaktadır. Ölçme ve Değerleme Maliyetleri toplam kalite maliyetlerinin %9.7'sini ve toplam maliyetin %2.5'ini oluşturmaktadır.

Ölçme ve Değerleme Maliyetleri içerisinde stoklar ve depo kontrolleri maliyeti kendi ana maliyet kaleminin %57.5'ini oluşturması ile en büyük paya

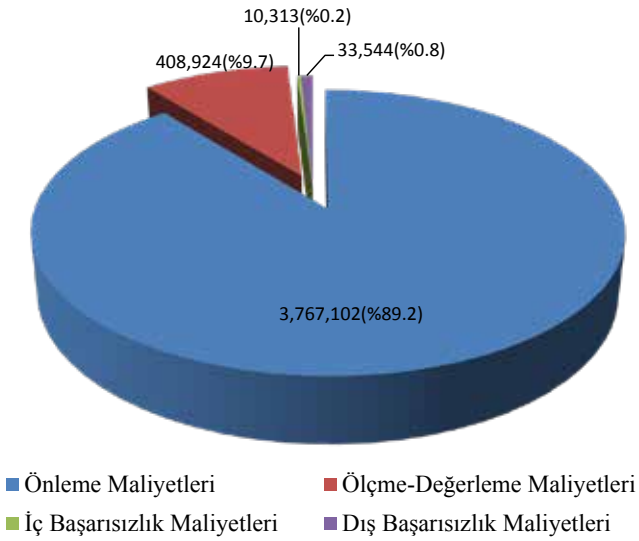
sahip olduğu anlaşılmaktadır. Tıbbi kayıtların kontrolü maliyeti değerleme maliyetleri içerisinde % 24.9 ile ikinci büyük maliyettir.

Tablo 2'deki veriler ışığında, iç ve dış başarısızlık maliyetlerinin toplam kalite maliyetinin %1'ini oluşturmaktadır. İç başarısızlık maliyet kalemlerinden hastaneye ait diğer merkezlerden hasta nakilleri kalemi maliyeti kendi ana maliyet kaleminin %80,3'ünü oluşturması dikkat çekici olarak değerlendirilmiştir. Hastanenin iki farlı yerde hizmet vermesinden kaynaklandığı ve bu durum hastane işleyişinde çeşitli sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Dış başarısızlık maliyet kalemlerinden Hasta Şikâyet ve Memnuniyetlerinin incelenmesi ve Geribildirim Maliyetleri kendi ana maliyet kaleminin %91.6'sını oluşturmaktadır. Bu oranın yüksek çıkmasını etkileyen unsurun, hasta şikayet ve önerileri değerlendiren personel giderlerinden kaynaklandığı tespit edilmiştir.

PAF modelinin temel varsayımı önleme ve ölçme-değerlendirme maliyetlerine yapılan yatırımın başarısızlık maliyetlerini azaltacağı ve bu noktadan sonra önleme maliyetlerine daha fazla yatırım yapılarak ölçme-değerlendirme maliyetlerinin de azalacağıdır. Hastaneler istenen kaliteli hizmeti uygun maliyetle vermek istediklerinden kalite ve kalite maliyetleri arasında bir denge kurmaları gerekmektedir.

Şekil 5. 2012 Yılı Kalite Maliyet Dağılımı



Tablo 2. Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Maliyet Raporu

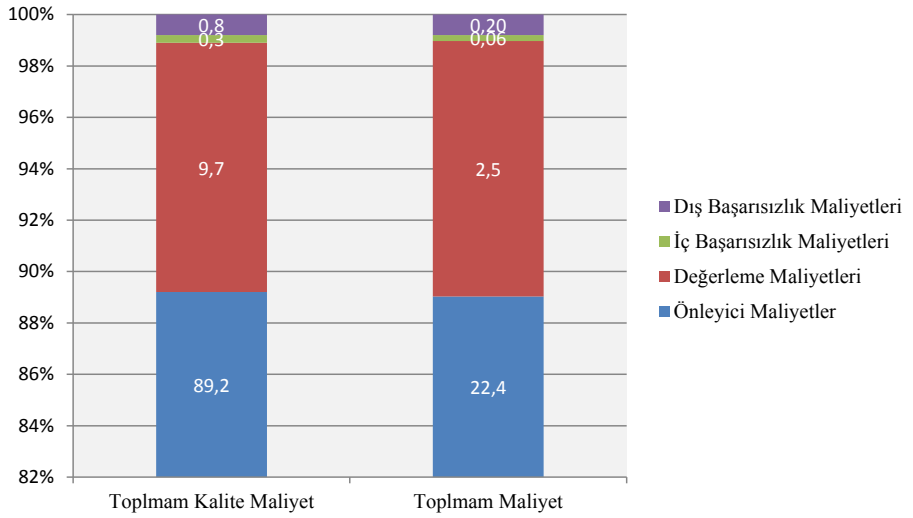
Kalite Maliyet Kalemleri	Kalite Maliyetleri(TL)	*A	**B	***C
Önleyici Maliyetler				
Hasta Güvenliğini Sağlama Maliyeti	17.717	0.47	0.42	0.11
Çalışan Güvenliğini Sağlama Maliyeti	39.420	1.05	0.94	0.24
Enfeksiyon Kontrolünü Sağlama Maliyeti	36.251	0.97	0.86	0.22
Sterilizasyon Maliyeti	41.427	1.10	0.98	0.25
Hasta Dosyası Ve Arşivleme	35.000	0.93	0.83	0.21
Genel Hastane Tanıtımı Maliyeti	3.688	0.10	0.09	0.02
Kalite Eğitimleri Maliyeti	2.680	0.07	0.06	0.02
Hastane Hizmet İçi Eğitimleri Maliyeti	33.612	0.90	0.80	0.20
Öz Değerlendirme Maliyeti	17	0.00	0.00	0.0001
Haşerelerle Mücadele Maliyeti	5.947	0.16	0.14	0.04
Tıbbi Makine Ve Ekipman Maliyeti	333.307	8.93	7.97	2.01
Atık Toplama Maliyeti	11.844	0.03	0.02	0.01
Tıbbi Atık Bertaraftı Maliyeti	78.447	2.09	1.86	0.47
Taşeron Firma Maliyeti	**3.002.395**	**79.97**	**71.36**	**17.96**
Makine Teçhizat Bakım Onarım Maliyeti	121.667	3.24	2.89	0.73
TOPLAM	**3.767.102**	**-**	**89.24**	**22.46**
Ölçme-Değerlendirme Maliyetleri				
Satın Alınan Cihaz ve Tıbbi MalzemeninKontrolü	-			
Kalibrasyon Maliyeti	3.646	0.89	0.09	0.02
Anketler Maliyeti	22	0.01	0.00	0.00
Tıbbi Kayıtların Kontrolü Maliyeti	101.700	24.87	2.42	0.61
Stoklar ve Depo Hizmeti Maliyeti	**235.296**	**57.54**	**5.59**	**1.41**
İnternet ve Telefon	68.260	16.69	1.62	0.41
TOPLAM	**408.924**	**-**	**9.72**	**2.45**
İç Başarısızlık Maliyetleri				
Dosya Kontrolü Ve Eksikliklerinin Giderilmesi	-	0.00	0.00	0.00
Hastaneye Ait Diğer Merkezlerden Hasta Nakilleri	**8.279**	**80.28**	**0.20**	**0.05**
Film Ve Laboratuvar Testlerinin Yenilenmesi	-	0.00	0.00	0.00
Başarısızlık Analizi	2.034	19.72	0.05	0.01
TOPLAM	**10.313**		**0.25**	**0.06**
Dış Başarısızlık Maliyet Kalemleri				
Hasta Şikâyet Ve Memnuniyetlerini İncelenmesi Ve Geribildirim Maliyetleri	**30.744**	**91.65**	**0.73**	**0.18**
Hasta Kayıpları Maliyetleri	2.800	8.35	0.07	0.02
TOPLAM	**33544**	**-**	**0.80**	**0.20**
TOPLAM KALİTE MALİYETLERİ	**4207343**			

*A İlgili kalite maliyet kaleminin bağlı olduğu ana kalite maliyet toplamına yüzdesel oranı

**B İlgili kalite maliyet kaleminin toplam kalite maliyetlerine yüzdesel oranı

***C İlgili kalite maliyetlerinin, toplam maliyete yüzdesel oranı

Şekil 6. 2012 Yılı Kalite Maliyet Dağılımının Toplam Kalite Maliyeti ve Toplam Maliyet İçerisindeki Oranları



4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kalite maliyetleri ile ilgili verilerin işlenerek bilgi haline dönüştürülmesi, ölçülmesi, analiz edilmesi ve raporlanıp yöneticilere sunulması, yöneticilerin alacakları kararlara ışık tutmakta, zamanında ve rasyonel kararlar almalarını sağlamaktadır. Kalite maliyetlerinin ölçümü, analizi ve raporlanması, üst yönetime kalite sisteminin işleyişi, etkinliği hakkında bilgi vermekte olup, yöneticilerin gelecekteki belirsizlikleri azaltmak için tahmin, planlama ve bütçeleme yapmasını sağlamaktadır. Bu raporlar, belirlenen kalite hedeflerine ulaşılıp ulaşılmadığı, hangi bölümlerde kalite geliştirme çalışmalarına ağırlık verilmesi gerektiğini ve önleyici faaliyetlerin nerelerde ve ne zaman gerekli olduğunu belirleme konusunda yönetime yardımcı olmaktadır.

Çalışmada Toplam maliyetlerin %22,4'ü önleyici maliyetler, %2,5'i değerlendirme maliyetler, %0,6'sı iç başarısızlık maliyetleri ve %0,2'sini dış başarısızlık maliyetleri oluşturmaktadır. Toplam kalite maliyetlerinin %89,2'si önleyici maliyetler, %9,7'si değerlendirme maliyetleri, %0,3'ü iç başarısızlık maliyetleri ve %0,8'i dış başarısızlık maliyetlerinden oluşmaktadır.

Görüldüğü gibi önleyici maliyetler diğer maliyetlerden açık ara daha fazladır. Bunun nedeni ise personele yapılan sabit ödemelerden kaynaklanmaktadır.

Kaliteyi yükseltirken maliyetler düşürülebilir mi? Kaliteyi yükseltirken maliyetler düşürülebilir. Bunu sağlayabilmek için aşağıda sıralanan faaliyetlerin ya da önlemlerin alınması önemli olduğu düşünülmektedir.

- Yöneticiler kalite iyileştirmeye yönelik tutumlarını çalışanlarına anlatmalı, çalışanları bilinçlendirmeli, fikirlerini almalı ve yüksek performans gösteren fikirleri ödüllendirmelidir.
- İş yerinde çalışma barışı kurulmalı,
- Kurum /kuruluşta bir tasarruf kültürünün oluşturulması,
- Maliyet analizlerini yapılması,
- Etkin ve etkili insan kaynakları yönetimi,
- Etkili bir yatırım maliyeti hesaplaması (popülist yaklaşımdan uzak, reel ve proaktif planlama),
- Lüzum halinde yemek, güvenlik ve temizlik gibi destek hizmetleri içinde değerlendirilen hizmetleri ihale yoluyla özelleştirilerek dışarıdan temin etmek,
- Özellikle sağlık sektörü hizmet maliyetlerini artıran ilaç, tıbbi ve tıbbi olmayan sarf malzeme ve demirbaşları hizmet verilen hasta portföyüne göre planlayarak temin etmek ve kesintisiz akışı sağlamak için gereken miktardan fazla stok yapmamak,
- İsrafı önlemek (zaman - malzeme yönetimi),
- Yeterli otomasyon sistemi.

Her hastane kendine özgü çalışma standartları doğrultusunda, çalışma şekline uygun kalite maliyetlerini takip edeceği bir sistem oluşturmalı, bu sistemi uygulamalı ve kontrol etmelidir. Kalite maliyet verilerinin, kalite yönetim birim ve muhasebe birimi ile yürüteceği çalışmalar sonucu önleme, değerlendirme ve başarısızlık maliyetleri olarak sınıflandırılması, muhasebeleştirilmesi, raporlanması ve analizi, işletme üst yönetiminin alacağı stratejik kararlarda yardımcı olacaktır. Ayrıca, hastanenin daha verimli, etkin ve rekabetçi bir yapıya sahip olmasını sağlayabilecektir.

Çalışmada gerçekleştirilen literatür taraması ve yapılan uygulamadan elde edilen bulgulardan anlaşıldığı üzere, sağlık işletmelerinde kolaylıkla PAF Ka-

lite Maliyet Hesaplama Modeli ile Kalite Maliyet hesaplaması yapılabileceği ve hastane toplam maliyetlerinin yaklaşık %25'inin kalite maliyetlerine ilişkin harcamalardan oluştuğu tespit edilmiştir.

KAYNAKÇA

- Aktan, Coşkun Can, Yeni Yönetim Tekniklerinin Kamu Yönetiminde Uygulanması, Türk İdare Dergisi, Yıl 71, Sayı 425, Aralık 1999
- Aktaş, Ezgi (2002); Kaptanoğlu, Melih; "Bir Akciğer Ameliyatının Maliyet İncelemesi" C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 24 (4): 191 –197,
- Alkan, H., "Kalitesizliğin Önemli Bir Boyutu: Maliyet Artışı", Süleyman Demirel Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi, Seri: A, Sayı:2, 2002.
- Bozkurt, R.,Kalite Maliyetleri , Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, No:641,Ankara, 2003.
- Bulut, Dilek(2004); İşman, Çagla; "Muğla İli Sağlık Yöneticilerinde Kişisel Değer Analizi",Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:3, 278-293.
- Caldwell C. (1998). Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim, Çevirmen: Osman AKINHAY. Sistem yayıncılık No:184 İstanbul
- Carpenter, Caryl E; Weitzel, Linda C; Johnson, Nelda E; Nash, David B. (1994); "Cost Accounting SupportsClinicalEvaluations" Healthcare Financial Management; Apr. Vol. 48, 4; ABI/INFORM Global
- Erkol,Ümit; Ağırbaş, İsmail(2011); "Hastanelerde Maliyet Analizi Ve Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemine Dayalı Bir Uygulama"Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,64 (2):87
- Eroğlu, Ahmet(2002); "Yoğun Bakım Hastasının Maliyeti ve Maliyete Enfeksiyonun Katkısı" Yoğun Bakım Dergisi; sayı: 2(Ek 1), s.139-142
- Evans, James R. ve William M. Lindsay, (1989), The Management and Control of Quality, Professional ReviewCopy, West Publishing Company, U.S.A.
- Feıgenbaum, A.,TotalQuality Control Harvard Business Review, 1956.
- Gökmen,C, http://www.sabem.saglik.gov.tr/rapor_proje/linkdetail.aspx?id=5048 (10.12.2007)
- Hacıevliyagil, Süleyman, Savaş; Mutlu, Levent, Cem; Gülbaş, Gazi; Yetkin, Özkan; Günen, Hakan (2006); "Göğüs Hastaliklari Servisine Yatan Hastaların Hastane Yatış Maliyetlerinin Karşılaştırılması" Toraks Dergisi; 7(1), s. 11-16
- James, Paul T. J., (1996), Total Quality Management: An IntroductoryText, PrenticeHallInc., London.

- Karasioğlu, Fehmi; Çam, Alper, Veli (2008); "Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi: Karaman Devlet Hastanesinde Birim Muayene Maliyetlerinin Hesaplanması" Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi, Haziran, Cilt:1, Sayı: 1, s.15-24.
- Kavrakoğlu, İbrahim, Toplam Kalite Yönetimi, KALDER Yayınları, No:1, İstanbul, 1992.
- Kırlıoğlu, H.,Kalite Maliyetleri Muhasebesi, Değişim Yayınları, Adapazarı,1998.
- Kısakürek, M., "Hastane İşletmelerinde Bölüm Maliyet Analizi:Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Bir Uygulama",Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 24, Sayı: 3, 2010:254
- Küçükaksu C. Ünlü, S., Yarıcı, T., Mahmutoğlu, L. (2004). "Sağlık HizmetlerindeKalite Deneyimi" Hastane Yaşam Dergisi Cilt 1/ Sayı 1.
- Minh, Hoang Van; Giang, Kim Bao; Huong, DaoLan; Le ThiHuong; Nguyen, ThuyHuong; Pham, NganGiang; Luu, NgocHoatandPamela, Wright (2009); "Costing of Clinical Services in RuralDistrictHospitals in Northern Vietnam" International Journal of Health Planning and Management Int J HealthPlannMgmtPublishedonline in Wiley Inter Science.
- Morgil, Orhan, Mehmet Küçükçirkin, "TOBB'in Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı", 1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Ed.: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1995
- Ömürgönülşen, M.,Kalite Maliyetlerinin Ölçümü: Gıda Sektöründe BirAraştırma, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, No: 703, Ankara, 2008.
- Pekdemir, R. (1993), "Kalite Maliyetleri ve Yönetim Muhasebesi", Yönetim Dergisi, Yıl:4, Sayı:16, ss.25.
- Ponemon, Lawrence A., (1990), "Accounting forQualityCosts", Journal of Cost Management, Vol.4, Issue 1.
- Saffet OCAK, Ömer GİDER, Mehmet TOP, Çetin AKAR," Muğla Devlet Hastanesi Tomografi Ünitesi Maliyet-Hacim-Kâr Analizi", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:1 (2004),ss:4
- Schıffauerova, A.,Thomson, V., "A Review Of Research On CostOfQualityModelsAnd Best Practices". International Journal Of QualityandRelaiability Management, Vol:23, No:4, ss:1-23, 2006.
- Ş Şahin, B., Yılmaz, F. (2007). "Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Bir Göstergesi Olarak Hasta Tatmini: Bir Eğitim Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi", MPM Verimlilik Dergisi.

- Top, Mehmet; Yıldırım, Hasan, Hüseyin (Mayıs 2000); "TCDD Ankara Hastanesi'nde Maliyet-Performans Analizi: 1996 Yılı Verilerine Dayalı Bir Uygulama", I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi 2000'li Yıllarda Sağlık Hizmetleri Ve Kurumları Yönetimi, H.Ü. Sağlık İdaresi Yüksekokulu 20-21, Ankara.
- Tutar, Filiz; Kılınç, Nurcan (2007); "Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi" Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi C.IX, Sayı:1, s.31-54.
- Yiğit, Çetin; Peker, Suat; Cankul, İbrahim; Kostik, Zafer; Alkan, Mahin; Özer Mustafa; Demir, Cesim; Aktan, Tansu; Akdeniz, Ali (2003); "GATA Eğitim Hastanesinde Yatan Hasta Maliyetinin Belirlenmesi"; Gülhane Tıp Dergisi 45 (3) : 233 - 243.
- Yiğit, Vahit; Ağırbaş, İsmail(2004); "Hastane İşletmelerinde Kapasite Kullanım Oranının Maliyetlere Etkisi: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:2, s.141-162.
- Yükçü, S., YönetimAçısındanMaliyetMuhasebesi, DokuzEylülÜniversitesi İ.İ.B.F., İzmir, (Maliyet), 1999.
- http://www.kalitekontrol.org/forum/kalite-tanimi-ve-kavramlari-t410.0.html;msg842#(27.12. 2012)
- http://www.qps-antalya.org/?goback=%2Egde_4569038_member_199786757(03.02.2013)

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE DERGİSİ

www.kalite.saglik.gov.tr

ISSN: 1309-1972

T.C. Sağlık Bakanlığı