

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE

Hakemli Bilimsel Dergi

DERGİSİ

**SAYI: 13
2017**

Yayın Sahibi

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Adına
Daire Başkanı **Dr. Abdullah ÖZTÜRK**

Yönetim Yeri

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

Yayın Türü

Sürekli Yayın

Yayın Periyodu

Dergi Ocak ve Haziran aylarında olmak üzere iki 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
Üniversiteler Mah. Dumlupınar Cad. Bilkent Yerleşkesi No:9 Çankaya/ANKARA

web: www.kalite.saglik.gov.tr

e-mail: spkdergisi@saglik.gov.tr

Tel: (0312) 458 50 02 • **Fax:** (0312) 435 16 79

ISSN: 1309-1972



TC. Sağlık Bakanlığı

Basım - 2017

Tasarım - Baskı

Pozitif Matbaa, Ankara

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

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

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE

Hakemli Bilimsel Dergi

DERGİSİ

Genel Yayın Yönetmeni

Prof. Dr. Alper CİHAN

Genel Yayın Yönetmen Yardımcısı

Uzm. Dr. Alaattin DİLSİZ

İmtiyaz Sahibi

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Editörler

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

Hukuk Danışmanı

Av. Sevil SERİN

BU SAYININ HAKEM KURULU

Prof. Dr. Hacer ÖZGEN NARCI	İstinye Üniversitesi İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü
Prof. Dr. Yurdağül ERDEM	Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç. Dr. Ayşegül ÇOPUR ÇİÇEK	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
Prof. Dr. M. Ramazan ŞEKEROĞLU	Sakarya Üniversitesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü
Prof. Dr. Gül Bahar ERDEM	Dışkapı Yıldırım Beyazıt E. A. H, Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı
Prof. Dr. Demet ÜNALAN	Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ	Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN	On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç. Dr. Ömer R. ÖNDER	Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç. Dr. Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yrd. Doç. Dr. Fatoş Korkmaz	Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

İÇİNDEKİLER

1
17

BİRGÜL BURUNKAYA - KENAN TOPAL - GİZEM ERDOĞDU - ÇİĞDEM GEREKLİOĞLU

Sağlık Çalışanlarının Çalışan Güvenliği Uygulamalarından Memnuniyetleri ve İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Hakkındaki Bilgi Düzeyleri
Health Care Workers' Satisfaction From Occupational Safety Practices And Their Knowledge Level About Occupational Health And Safety Legislation

19
35

VİLDAN KESGİN - İDRİS KURTULUŞ - YASEMİN DİNÇ

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Ekip Çalışması Üzerindeki Etkisi ve Kullanım Engelleri
Barriers to the Use of Safe Surgery Checklist and Its Impact on Teamwork

37
66

HASAN KÜÇÜKKENDİRCİ - SERAP BATI TALAT GÖK - YUSUF RAMAZAN GÜLER

Sağlık Çalışanlarında İş Doyumu Düzeyinin Belirlenmesi
Determining of Job Satisfaction Level at Health Personnel

67
98

SONGÜL ÇINAROĞLU

Sağlık Teknolojisi Değerlendirmede Farklı Sağlık Teknolojisi Türlerinin Ayırt Edici Özellikleri
Distinguishing Features of Different Types of Health Technologies In Health Technology Assessment

99
126

DENİZ TUGAY ARSLAN - İSMAİL AĞIRBAŞ

Sağlık Çıktılarının Ölçülmesi: QALY ve DALY
Measurement of Health Outcomes: QALY and DALY

127
149

SELMA HEVES YILMAZ - HAVVA ÇALIŞKAN

Hemşirelerde Kültürel Yetkinlik Algısının İş Performansına Etkisi
Nurses Perception of Cultural Competence Impact

ÖNSÖZ

Değerli Okurlarımız,

Ülkemizde sağlıkta kalite ve performans kapsamında gerçekleştirilen çalışmaların bilimsel ortamlarda ele alınması ve teşvik edilmesi amacıyla hazırladığımız Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'nin 13. sayısına hoş geldiniz. Kalkınmanın ve gelişmişliğin en önemli araç ve göstergelerinden birisi toplumun sağlık düzeyidir. Küreselleşmenin oluşturduğu etkiler, toplumu ve toplumsal yapıları kökünden değiştirdiği gibi, sağlık alanında da sürekli gelişimi bir zorunluluk haline getirmiştir. Ülkemizde sağlık alanında gerçekleştirilen büyük yatırımlar, hedeflere yönelik uygulamaya konulan adımlar ve sağlıkta kalite kültürünün oluşturulması amacıyla istikrarlı bir şekilde yürütülen faaliyetler neticesinde küresel anlamda adından söz edilen bir sağlık sistemi yapısına ulaşılmıştır. Ancak ülke olarak gelişimin takipçisi değil öncüsü olmayı amaçlamalı ve sürekli daha iyiyi hedeflemek durumundayız. Bunun için de artık, sağlık sistemimizin izlenebilir, kıyaslanabilir ve hesap verebilir olması yolundaki çalışmalara ağırlık vermekteyiz. Küresel, ulusal ve kurumsal düzeyde ölçme ve değerlendirme kültürünü geliştirmeye yönelik önemli programlar yürütmekteyiz.

Bu kapsamda dergimizin 13. sayısında; "Sağlık Çalışanlarının Çalışan Güvenliği Uygulamalarından Memnuniyetleri ve İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Hakkındaki Bilgi Düzeyleri", "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Ekip Çalışması Üzerindeki Etkisi ve Kullanım Engelleri", "Sağlık Çalışanlarında İş Doyumu Düzeyinin Belirlenmesi", "Sağlık Teknolojisi Değerlendirmede Farklı Sağlık Teknolojisi Türlerinin Ayırt Edici Özellikleri", "Sağlık Çıktılarının Ölçülmesi: QALY ve DALY" ve "Hemşirelerde Kültürel Yetkinlik Algısının İş Performansına Etkisi" konularında oluşan 6 adet özgün çalışmayı sizlerle paylaşıyoruz.

Değerli çalışmaları ile sağlık hizmetlerinin gelişimine hız kazandıran ve yayınlanmak üzere dergimize gönderen tüm araştırmacılara, dergimizin yayınlanması sürecinde rol alan arkadaşlarımıza ve değerli hakemlerimize teşekkür eder, bu sayının sağlık hizmet sunucularının başarılarına katkı sağlaması dileğiyle hepinize saygılar sunarım.

Prof. Dr. Alper CİHAN
Genel Yayın Yönetmen

Sağlık Çalışanlarının Çalışan Güvenliği Uygulamalarından Memnuniyetleri ve İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Hakkındaki Bilgi Düzeyleri

Gönderim Tarihi: 28.07.2017

Kabul Tarihi : 22.09.2017

Birgül Burunkaya¹

Kenan Topal²

Gizem Erdoğan³

Çiğdem Gereklioğlu⁴

ÖZ

Giriş ve Amaç: Bu çalışma ile Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ANEAH) sağlık çalışanlarının çalışan güvenliği ile ilgili mevcut uygulamalardan memnuniyet durumlarının ve 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu hakkında bilgi düzeylerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Bu kesitsel çalışma ANEAH'nin 521 sağlık çalışanı üzerinde 1 Mayıs 2015 ile 30 Haziran 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Veri toplama formu katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, çalışan güvenliği ile ilgili mevcut uygulamalardan memnuniyet durumlarını sorgulayan 21 madde ve İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu hakkında bilgi düzeylerini araştıran 9 maddeden oluşturulmuştur. Ayrıca katılımcılara 45 maddelik Hastanelerde Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği (HİGÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan 521 sağlık çalışanının ortalama yaşı 35.2±8.2 yıl ve %58.7'si kadın (n=306) idi. Katılımcıların %20.1'i asistan doktor (n=105), %29.2'si uzman doktor (n=152) ve %50.7'si sağlık memuru ve hemşire (n=264) idi. Katılımcıların %55.9'u güvenlik personeli davranışlarından, %56.8'i çalışma

1 GOP Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Biyokimya, İstanbul, Türkiye

2 Doç. Dr., Adana SBÜ ANEAH Aile Hekimliği Kliniği. ktopal9@yahoo.com

3 Uzm. Dr., drgizem@mynet.com

4 Uzm. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Ankara. gereklioglugizdem@hotmail.com

ortamındaki kişiler arası ilişkilerden memnun olduklarını belirtirken %56.2'si iş kazası/meslek hastalığı durumunda kurumun sorumluluk alması ve desteğinden memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılara uygulanan HİGÖ ortalama puanı (51.20) düşük bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu bilgi düzeylerini sorgulayan maddelerin ortalama skorlarının düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan karşılaştırmalar sonucunda meslek durumuna göre İş Güvenliği Ölçek puanları mesleki hastalıklar ve şikayetler konusunda uzman doktorların ortalama skoru (2.31±0.9) asistan doktor (1.92±1.6) ve hemşirelerin (2.0±0.9) ortalama skoruna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (F=8.587, p=0.000). Çalışan güvenliği uygulamalarından memnuniyet oranlarının lisans ve yüksek lisans eğitimi alanlarda meslek lisesi ve ön lisans eğitimi alanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. (F= 3.737, p= 0.011).

Sonuç: Katılımcıların HİGÖ ortalama puanlarının ve İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu hakkındaki bilgilerinin düşük olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda eğitim düzeyinin artmasıyla çalışan güvenliği uygulamalarından memnuniyetlerinin arttığı gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: İş Sağlığı Hizmetleri, Çalışan Sağlığı, İş Güvenliği

Health Care Workers' Satisfaction From Occupational Safety Practices and Their Knowledge Level About Occupational Health And Safety Legislation

ABSTRACT

Background and Objective: This study aims investigating satisfaction from occupational safety and practices, and also knowledge level about Occupational Health and Occupational Safety Legislation (number 6331) among the health care workers at Adana Numune Research and Training Hospital

Material and Method: This cross-sectional study was conducted with 521 health care workers at Adana Numune Research and Training Hospital between May first and June 30th 2015. Data collection form was composed of 21 items inquiring socio-demographic characteristics of the participants, their satisfaction from the current occupational safety practices and 9 items inquiring their knowledge level about Occupational Health and Safety Legislation. The participants were also applied Occupational Safety Scale (OHSS) for Health care workers at the hospitals.

Results: Mean age of 521 health care workers was 35.2 ± 8.2 years and 58.7% (n=306) were female. Of the participants, 20.1% (n=105) were residents, 29.2% (n=152) were specialists and 50.7% (n=264) were health officers and nurses. Of them, 55.9% were satisfied from the behaviors of the security staff, 56.8% were satisfied from inter-personal relationships at the workplace and 56.2% were not satisfied from their institution's support and taking responsibility in case of a work accident/occupational disease. Mean score of OHSS was found low (51.20). Mean scores of knowledge level about Occupational Health and Safety Legislation (number 6331) were also found low. Mean scores of OHSS about occupational diseases and complaints were found higher among the specialists (2.31 ± 0.9) when compared to the residents (1.92 ± 1.6) and the nurses (2.0 ± 0.9) ($F=8.587$, $p=0.000$). Satisfaction from occupational safety practices was seen to be higher among the undergraduates and the graduates compared to the graduates from vocational high school and associate degree ($F= 3.737$, $p= 0.011$).

Conclusion: The participants were found to have a low mean score of OHSS and low knowledge level about Occupational Health and Safety Law. Satisfaction from occupational safety was seen to elevate with increasing educational level.

Key Words: Occupational Health Services, Occupational Health, Occupational Safety.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisinde iş sağlığı ve güvenliği kavramı "iş yerlerinde işin yürütülmesi sırasında çeşitli nedenlerden kaynaklanan sağlığa zarar verebilecek koşullardan ve güvenliği tehlikeye düşürecek durum ve davranışlardan korunmak, üretimin devamlılığını sağlamak ve verimliliği arttırmak amacıyla yürütülen sistemli ve bilimsel çalışmalardır" şeklinde tanımlanmaktadır (Keleş R., 2004). Küreselleşmenin yaşandığı günümüz koşullarında sürekli gelişen teknoloji ve sanayileşme ile birlikte işyerlerindeki olumsuz çalışma koşulları çalışanların sağlık ve güvenliklerini tehdit etmektedir. Bunu önleyebilmek amacıyla, uzun yıllardan beri iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çeşitli uygulamaların gerçekleştirildiğini, bu uygulamaların ülkelere ve sektörlere göre farklılık gösterdiğini söylemek mümkündür (Tüzüner V.L., 2011). Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak, günümüzde her çalışanın sahip olması gereken bir insanlık hakkı olup, işletmelerin bu konuda belirlenmiş yasalara uyması gerekmektedir (Sadullah Ö., 2010). İş sağlığı ve güvenliği konularını içeren koruma işlevi; işletmelerde güvenli bir çalışma ortamının yaratılması için gerekli insan davranışının sağlanmasını, iş kazaları ve meslek hastalıklarını doğuran nedenlerin saptanarak ortadan kaldırılmasını ve bunların sebep olduğu kayıp zamanın azaltılarak verimliliğin yükseltilmesini amaçlar. Son yirmi yıldır iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının giderek önem kazandığı sağlık sektöründe; iş kazalarını, meslek hastalıklarını, işe bağlı sağlık sorunlarını ve istenmeyen durumları ortadan kaldırmak amacıyla çeşitli çözümler geliştirildiği görülmektedir (Tüzüner V.L., 2011).

İşyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve mevcut sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için işveren ve çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve yükümlülüklerini düzenlemek amacıyla Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından hazırlanan 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu 30/6/2012 tarih ve 28339 sayı ile Resmi Gazetede yayımlanarak kamu ve özel sektöre ait bütün işleri ve işyerlerini ve tüm çalışanları kapsamı altına almıştır. Adana İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerinde iş sağlığı ve güvenliği kurulu, risk analizi, acil durum eylem planı, çalışanların iş sağlığı ve güvenliği eğitimi çalışmalarına 15.07.2013 tarihinde başlanmıştır. Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarına 2013 yılında İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi kurulmasıyla başlanmıştır.

Bu araştırma ile Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği ile ilgili mevcut uygulamalardan memnuniyet durumları ve 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında planlanan çalışmalarla ilgili bilgi düzeyleri araştırılmış olup elde edilen verilerin iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin geliştirilmesine yardımcı olması amaçlanmıştır.

2.MATERYAL VE METOD

Kesitsel tipte yapılan bu araştırma 1 Mayıs30 Haziran 2015 tarihleri arasında Eğitim ve Araştırma Hastanesinde akademisyen, uzman ve asistan doktor,-sağlık memuru, hemşire ve ebe olarak görev yapan sağlık personeli üzerinde yapılmıştır. Toplam 1451 çalışandan rastgele örnekleme seçilen 521 kişi araştırmaya alınmıştır.

Araştırma verilerininin toplanmasında demografik verileri de içeren yapılandırılmış dört bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Birinci bölümde 8 sorudan oluşan demografik veriler yer almakta idi. İkinci bölümde çalışma saatleri/nöbetler, görev dağılımı ve iş yükü gibi çalışan güvenliği ile ilgili uygulamalardan memnuniyet durumlarını ölçen ve memnunum ya da memnun değilim şeklinde yanıtlanan 21 madde bulunmaktaydı.

Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği ise anketin üçüncü bölümünde uygulandı. Toplam 45 sorudan oluşan ölçek 1 ile 6 arasında puanladı (1. Katılmıyorum, 6. Tamamen katılıyorum), toplam puan aralığı 45 ile 270 arasında idi.Ölçekten 270'e yakın puan alınması hastanelerde iş güvenliğinin sağlandığını, 45'e yakın puan alınması iş güvenliğinin sağlanmadığını göstermekte idi. (Öztürk H., 2012). Dördüncü bölümde ise 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu farkındalık bilgi düzeyini ölçmek üzere hazırlanan ve katılımcıların (1. Hiç bilmiyorum, 2. Az biliyorum, 3. Biraz biliyorum, 4. Çok biliyorum, 5. Tamamen biliyorum) şeklinde cevapladığı 9 madde bulunmaktaydı. Araştırma için Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulunun izni alındı.

İstatistiksel Analizler

Hastanenin insan kaynakları birimlerinden çalışan kayıtları alınarak 1451 sağlık personelinin güncellenmiş listelerine ulaşılmış ve rastgele örnekleme tablosu kullanılarak 521 katılımcı belirlenmiştir. Yapılandırılmış anket formu

katılımcıların bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalamasının ardından araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme ile uygulanmıştır. Elde edilen verilerin tanımlayıcı analizleri yapıldıktan sonra karşılaştırmalar için Student-t Testi ve OneWay Anova varyans analizleri kullanılmıştır. Analizlerde $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

Araştırmaya katılan çalışanların ortalama yaşı 35.2 ± 8.2 yıl meslekte deneyim süresi 12.1 ± 8.9 yıl ve kurumda çalışma süresi 69.1 ± 78.0 ay olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların demografik verileri ve meslek grupları ile çalıştıkları üniteler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Verileri

Demografik verileri (n=521)		n	%
Cinsiyet	Kadın	306	58.7
	Erkek	215	41.3
Medeni Durum	Evli	372	71.4
	Bekar	134	25.7
	Boşanmış	12	2.3
	Eşi Ölmüş	3	0.6
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	38	7.3
	Yüksekokul	98	18.8
	Lisans	125	24.0
	Lisansüstü	260	49.9
Meslek Grubu	Uzman Doktor	152	29.2
	Asistan Doktor	105	20.1
	Sağlık Memuru, Hemşire, Ebe	264	50.7
Çalışılan Ünite	Servis	239	45.9
	Yoğun bakım	58	11.2
	Acil servis	38	7.3
	Ameliyathane	47	9.0
	Poliklinik	44	8.4
	Diğer (Laboratuvar, eczane vb)	95	18.2

Katılımcıların sağlık güvenliği önlemleri, çalışma saatleri, çalışma ortamının donanımı, çalışma ortamındaki kişiler arası ilişkiler vb. konulardaki memnu-

niyetlerinin sorgulandığı maddelere verdikleri yanıtların oranları Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Çalışan Güvenliği İle İlgili Uygulamalardan Memnuniyet Oranları

Çalışan güvenliği ile ilgili uygulamalar	Memnunum		Memnun Değilim	
	n	%	n	%
Sağlık güvenliği önlemleri (aşı, koruyucu malzeme, araç-gereç vb.)	247	47.4	274	52.6
İş kazası/ meslek hastalığı durumunda kurumun sorumluluk alması/desteği	224	43.0	293	56.2
Çalışma saatleri/ nöbetler	228	43.8	293	56.2
Kişisel koruyucu malzemenin kalitesi	200	38.4	321	61.6
Çalışan sağlık ve güvenlik politikaları	192	36.9	329	63.1
Çalışma ortamının donanımı ve dizaynı	162	31.1	359	68.9
İş Hızı	159	30.5	361	69.3
Kullanılan temizlik malzemelerin kalitesi	150	28.8	371	71.2
İş Yüğü	146	28.2	374	71.8
Güvenlik personeli davranışları	291	56.2	228	43.8
Çalışma ortamındaki kişiler arası ilişkiler	296	56.8	224	43.2
Çalışılan birim/servis/ünitede çalışmaktan	311	59.7	209	40.3

Katılımcıların Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeğine ait sorulara verdiği cevaplar sonucunda ölçek puanı 51.20 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların İş Güvenliği Ölçeği alt kriterleri ortalama skorları Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 3. Sağlık Çalışanı İş Güvenliği Ölçeği Alt Kriterleri Ortalama Skorları

	Ort. Skor*	SD
Mesleki Hastalıklar ve Şikâyetler	2.1	0.9
Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemi	3.5	1.4
Kazalar ve Kayıt Sistemi	3.0	1.3
Yönetsel Destek ve Yaklaşımlar	2.3	1.0
Malzeme Araç ve Gereç Denetimi	2.9	1.3
Koruyucu Önlemler ve Kurallar	3.1	1.2
Fiziksel Ortam Uygunluğu	3.2	1.4
Toplam	2.9	1.2

*1. Katılmıyorum, 6. Tamamen katılıyorum.

Katılımcıların 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile ilgili bilgi düzeylerini araştıran sorulara verilen cevapların ortalama skorları ile yapılan

analizlerin sonuçları Tablo 4’te verilmiştir. Buna göre katılımcıların ‘Tüm işyerlerinin 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamına alındığı, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinde iş güvenliği uzmanı, işyeri hekimi ile diğer sağlık personelinin görev yapacağı ve işverenlerin, risk değerlendirmesi yaptırması gerektiği konularını bilip bilmedikleri’ ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların ortalama skorlarının test değeri 3’e göre anlamlı olarak farklı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4).

Katılımcıların İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile bütün işyerlerinde sağlıklı ve güvenli çalışma ortamları oluşturulacağı fikrine katılıp katılmadıkları, işyerlerinde, çalışan temsilcilerinin görev yapması gerektiğini, iş sağlığı ve güvenliği kapsamında çalışanların görüş bildirme, aktif katılım ve eğitim alma gibi haklarının olduğunu ve yangın ve tahliye tatbikatının ne oranda yapıldığını bilip bilmediklerine dair maddelerin ortalama skorunun test değeri 3’e göre anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu hakkında bilgi düzeylerinin ortalama skorları.

6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu hakkındaki bazı bilgiler	Ort. Skor*	SD	t**	p
Tüm işyerlerinin 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamına alındığından haberdar mısınız?	2.9	1.2	-1.381	0.168
İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile bütün işyerlerinde sağlıklı ve güvenli çalışma ortamları oluşturulacağı fikrine katılıyor musunuz?	2.7	1.2	-4.469	0.000
Çalışanların sayısına ve işyeri türüne bakılmaksızın her işyerinde iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinde iş güvenliği uzmanı, işyeri hekimi ile diğer sağlık personelinin görev yapacağını biliyor musunuz?	3.0	1.2	1.185	0.237
İşverenlerin, işyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek tehlikelerin belirlenmesi ve bertaraf edilmesi için risk değerlendirmesi yaptırması gerektiğini biliyor musunuz?	2.9	1.7	-0.100	0.920
İşyerlerinde; iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili konularda çalışanlarla işveren arasındaki iletişimi sağlayacak çalışan temsilcilerinin görev yapması gerektiğini biliyor musunuz?	2.7	1.2	-4.538	0.000
6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu uyarınca çalışan olarak işyerlerindeki iş sağlığı ve güvenliği kapsamında görüş bildirme, aktif katılım ve eğitim alma gibi haklarınız olduğunu biliyor musunuz?	2.7	1.3	-4.514	0.000

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu uyarınca çalışan olarak kendinizin ve çalışma arkadaşlarınızın sağlık ve güvenliğini tehlikeye düşürmeme ve işyerindeki araç ve donanımları doğru kullanma gibi yükümlülükleriniz olduğunu biliyor musunuz?	3.1	1.3	2.495	0.013
İşyerinizde yangınla mücadele ve tahliye tatbikatı yapılıyor mu?	2.1	1.3	-14.01	0.000

*1.Hiç bilmiyorum, 2.Az biliyorum, 3.Biraz biliyorum, 4.Çok biliyorum, 5.Tamamen biliyorum, **Tek örneklemlili t testi, test değeri 3 olarak alınmıştır.

Eğitim durumuna göre çalışan güvenliği uygulamalarından memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 5'te verilmiştir. Yapılan analizler sonucunda iş yükü, iş hızı, çalışma ortamının donanımı ve dizaynı, çalışma ortamındaki kişilerarası ilişkiler, kullanılan temizlik malzemelerinin kalitesi, kişisel koruyucu malzemenin kalitesi, sağlık güvenliği önlemleri, çalışan sağlığı ve güvenliği politikaları ve iş kazası ya da meslek hastalığı durumunda kurumun sorumluluk alma ve desteği ile ilgili memnuniyet düzeyleri çalışanların eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ve eğitim durumunun artmasıyla memnuniyetin arttığı bulundu. Diğer yandan çalışanların eğitim durumu ile çalışma saati ve nöbetler, çalışılan birimde çalışma ve güvenlik personelinin davranışları ile ilgili memnuniyet düzeyleri ile çalışanların eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 5).

Tablo 5. Çalışanların Eğitim Durumuna Göre Çalışan Güvenliği İle İlgili Bazı Uygulamalardan Memnuniyet Durumlarının Karşılaştırılması

Çalışan güvenliği ile uygulamalar	Eğitim Durumu (N=521)				F	p
	Sağlık Meslek Lisesi (n=38.%7.3) Ort±SD	Meslek Yüksekökol (n=98.%18.8) Ort±SD	Lisans (n=125.%24) Ort±SD	Lisansüstü (n=260.%49.9) Ort±SD		
Çalışma saatleri ve nöbetler	1.50±0.5	1.52±0.5	1.58±0.5	1.58±0.5	0.585	0.625
İş Yükü	1.58±0.5	1.66±0.5	1.82±0.5	1.71±0.5	3.737	0.011 ^{††}
İş Hızı	1.45±0.5	1.62±0.5	1.81±0.4	1.70±0.5	7.254	0.000 ^{†††}
Çalışma ortamının donanım ve dizaynı	1.53±0.5	1.58±0.5	1.64±0.5	1.78±0.4	7.148	0.000 ^{†††}
Çalışma ortamındaki kişilerarası ilişkiler	1.24±0.4	1.41±0.5	1.42±0.5	1.47±0.5	2.756	0.042 [†]
Kullanılan temizlik maddelerinin kalitesi	1.45±0.5	1.78±0.4	1.72±0.5	1.72±0.4	5.145	0.002 ^{††}

Kişisel koruyucu malzemenin kalitesi	1.45±0.5	1.52±0.5	1.62±0.5	1.67±0.5	4.052	0.007**
Çalışılan birim/servis/ ünite de çalışmaktan	1.26±0.4	1.35±0.5	1.44±0.5	1.42±0.5	1.891	0.130
Sağlık güvenliği önlemleri (aşı, koruyucu malzeme, araç-gereç)	1.26±0.4	1.45±0.5	1.51±0.5	1.60±0.5	6.405	0.000***
Çalışan sağlık ve güvenlik politikaları	1.39±0.5	1.56±0.5	1.61±0.5	1.70±0.5	5.946	0.001***
Güvenlik personeli davranışları	1.29±0.5	1.46±0.5	1.49±0.5	1.43±0.5	1.662	0.174
İş kazası /meslek hastalığı durumunda kurumun sorumluluk alması/desteği	1.32±0.5	1.50±0.5	1.57±0.6	1.67±0.6	5.497	0.001***

†p<0.05, ††p<0.01, †††p<0.001, OneWayAnova Testi kullanılmıştır.

Çalışanların eğitim durumuna göre iş güvenliği ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 6’da verilmiştir. Yapılan analizler sonucunda çalışanların eğitim durumu ile mesleki hastalıklar ve şikâyetler, sağlık taraması ve kayıt sistemi, yönetsel destek ve yaklaşımlar, malzeme araç gereç denetimi, koruyucu önlemler ve kurallar ile fiziksel ortam uygunluğu boyutlarında İş Güvenliği Ölçek Puan Ortalamalarının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ve eğitim durumunun artmasıyla iş güvenliği ölçek puan ortalamasının azaldığı bulundu. Öte yandan çalışanların kazalar ve kayıt sistemi ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 6).

Tablo 6. Çalışanların Eğitim Durumuna Göre İş Güvenliği Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

İş Güvenliği Ölçek Puan Ortalamaları	Eğitim Durumu				F	P
	Sağlık Meslek Lisesi (n=38,%7.3) Ort±SD	Meslek Yüksekokul (n=98,%18.8) Ort±SD	Lisans (n=125,%24) Ort±SD	Lisansüstü (n=260,%49.9) Ort±SD		
F1.Mesleki Hastalıklar ve Şikâyetler	2.29±1.0	2.014±0.9	1.95±0.8	2.14±0.8	8,587	0.000†
F2.Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemi	4.20±1.2	3.93±1.5	4.18±1.3	2.90±1.2	59.189	0.000†

F3.Kazalar ve Kayıt Sistemi	3.28±1.4	2.97±1.3	3.06±1.2	2.94±1.3	0.701	0.497
F4.Yönetmelik Destek ve Yaklaşımlar	2.74±1.2	2.42±1.2	2.40±1.0	2.13±1.0	9.439	0.000 [†]
F5.Malzeme Araç ve Gereç Denetimi	3.66±1.3	3.23±1.5	3.32±1.3	2.44±1.1	33.853	0.000 [†]
F6.Koruyucu Önlemler ve Kurallar	3.75±1.2	3.25±1.4	3.39±1.2	2.84±1.03	17.788	0.000 [†]
F7.Fiziksel Ortam Uygunluğu	3.78±1.5	3.25±1.6	3.50±1.3	2.92±1.3	7.217	0.001 [†]

†p<0.001, One Way Anova Testi kullanılmıştır.

Meslek Durumuna Göre Çalışan Güvenliği Uygulamalarından Memnuniyet Oranlarının karşılaştırılması Tablo 7'de verilmiştir. Yapılan analizler sonucunda çalışma saati ve nöbetler, iş yükü, çalışma ortamının donanımı ve dizaynı, kişisel koruyucu malzemenin kalitesi, sağlık güvenliği önlemleri, çalışan sağlığı ve güvenliği politikaları ve iş kazası ya da meslek hastalığı durumunda kurumun sorumluluk alma ve desteği ile ilgili memnuniyet düzeyleri çalışanların meslek durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ve asistan doktorlarda ortalama memnuniyet skorunun daha yüksek olduğu görüldü. Çalışanların meslek durumu ile iş hızı, çalışma ortamındaki kişilerarası ilişkiler, kullanılan temizlik malzemelerinin kalitesi, çalışılan birimde çalışma ve güvenlik personelinin davranışları ile ilgili memnuniyet düzeyleri ile çalışanların meslek durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 7).

Tablo 7. Çalışanların Meslek Durumuna Göre Çalışan Güvenliği İle İlgili Bazı Uygulamalardan Memnuniyet Durumlarının Karşılaştırılması

Çalışan güvenliği ile uygulamalar	Meslek Durumu (N=521)			F	p
	Uzman Doktor (n=152,%29.2) Ort±SD	Asistan Doktor (n=105,%20.1) Ort±SD	Hemşire (n=264,%50.7) Ort±SD		
Çalışma saatleri ve nöbetler	1,43±0.5	1.77±0.4	1.55±0.5	15.202	0.000 ^{†††}
İş Yükü	1,62±0.5	1.83±0.4	1.72±0.4	6.597	0.001 ^{†††}
İş Hızı	1,65±0.5	1.78±0.4	1.69±0.5	2.579	0.077
Çalışma ortamının donanım ve dizaynı	1,75±0.4	1.79±0.4	1.61±0.5	7.512	0.001 [†]

Çalışma ortamındaki kişilerarası ilişkiler	1,49±0.5	1.45±0.5	1.39±0.5	2.036	0.132
Kullanılan temizlik maddelerinin kalitesi	1,70±0.5	1.75±0.4	1.70±0.5	0.531	0.589
Kişisel koruyucu malzemenin kalitesi	1,66±0.5	1.69±0.5	1.56±0.5	0.839	0.029†
Çalışılan birim/ servis/ünitede çalışmaktan	1.41±0.5	1.42±0.5	1.39±0.5	0.221	0.802
Sağlık güvenliği önlemleri (aşı, koruyucu malzeme, araç-gereç)	1.59±0.5	1.60±0.5	1.46±0.5	4.975	0.007††
Çalışan sağlık ve güvenlik politikaları	1.74±0.4	1.68±0.5	1.55±0.5	7.749	0.000†††
Güvenlik personeli davranışları	1.41±0.5	1.45±0.5	1.45±0.5	0.295	0.745
İş kazası / meslek hastalığı durumunda kurumun sorumluluk alması/ desteği	1.65±0.6	1.66±0.5	1.53±0.6	3.103	0.046†

†p<0.05, ††p<0.01, †††p<0.001, OneWayAnova Testi kullanılmıştır.

Meslek Durumuna Göre İş Güvenliği Ölçek Puan Ortalamalarının karşılaştırılması tablo 8’de verilmiştir. Yapılan analizler sonucunda çalışanların meslek durumu ile sağlık taraması ve kayıt sistemi, yönetsel destek ve yaklaşımlar, malzeme araç gereç denetimi, koruyucu önlemler ve kurallar ile fiziksel ortam uygunluğu boyutlarında İş Güvenliği Ölçek puan ortalamalarının meslek durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ve hemşirelerde iş güvenliği ölçek puan ortalamasının yüksek olduğu bulundu. Yapılan analizler sonucunda iş güvenliği ölçek puan ortalaması karşılaştırıldığında mesleki hastalıklar ve şikâyetler, çalışanların kazalar ve kayıt sistemi ile ilgili meslek durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 8).

Tablo 8. Çalışanların Meslek Durumuna Göre İş Güvenliği Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

İş Güvenliği Ölçek Puan Ortalamaları	Meslek Durumu (N=521)				F	P
	Uzman Doktor (n=152,%29.2) Ort±SD	Asistan Doktor (n=105,%20.1) Ort±SD	Hemşire (n=264,%50.7) Ort±SD			
Mesleki Hastalıklar ve Şikayetler	2.31±1.0	1.919±0.6	2.00±0.9	2.305	0.076	
Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemi	2.98±1.3	2.74±1.0	4.95±1.3	37.549	0.000†	
Kazalar ve Kayıt Sistemi	2.99±1.3	2.88±1.2	3.05±1.3	0.912	0.435	
Yönetmelik Destek ve Yaklaşımlar	2.28±1.1	1.93±0.8	2.45±1.1	5.470	0.001†	
Malzeme Araç ve Gereç Denetimi	2.48±1.3	2.37±0.9	3.33±1.4	23.368	0.000†	
Koruyucu Önlemler ve Kurallar	3.01±1.2	2.61±0.8	3.12±1.2	11.398	0.000†	
Fiziksel Ortam Uygunluğu	2.97±1.4	2.91±1.2	3.42±1.5	7.546	0.000†	

†p<0.001, OneWayAnova Testi kullanılmıştır.

4. TARTIŞMA

Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak, günümüzde her çalışanın sahip olması gereken bir insanlık hakkı olup, işletmelerin bu konuda belirlenmiş yasalara uyması gerekmektedir. İş sağlığı ve güvenliği kapsamında güvenli bir çalışma ortamının yaratılması için gerekli insan davranışının sağlanması, iş kazaları ve meslek hastalıklarını doğuran nedenlerin saptanarak ortadan kaldırılması gereklidir (Ömer, 2010). İş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının giderek önem kazandığı sağlık sektöründe; iş kazalarını, meslek hastalıklarını, işe bağlı sağlık sorunlarını ve istenmeyen durumları ortadan kaldırmaya yönelik çabalar artmıştır (Tüzüner V. L., 2011).

Bu araştırma ile bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarının çalışan güvenliği ile ilgili mevcut uygulamalardan memnuniyet durumları ve 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında planlanan çalışmalarla ilgili bilgi düzeyleri araştırılmış olup elde edilen verilerin iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin geliştirilmesine yardımcı olması amaçlanmıştır.

Yapılan bir çalışmada ‘katılımcıların iş kazası/meslek hastalığı durumunda kurumun sorumluluk alması ve desteğinden (%74.5) ve hastanedeki çalışma saatleri ve nöbetlerden (%72.3) yüksek oranda memnun oldukları; düşen iş yükünden ise memnuniyetlerinin düşük (%47.4) olduğu bulunmuştur (Karaer G, 2016). Bizim çalışmamızda katılımcıların çalışan güvenliği ile ilgili uygulamalardan memnuniyet oranları genel olarak düşük bulunmuştur, özellikle katılımcıların iş kazası/meslek hastalığı durumunda kurumun sorumluluk alması ve desteği, hastanedeki çalışma saatleri ve nöbetlerden ve iş yükünden memnuniyetleri düşük bulunmuştur. Diğer taraftan katılımcıların güvenlik personeli davranışlarından, çalışma ortamındaki kişiler arası ilişkilerden ve çalışılan birimde çalışmaktan memnuniyetlerinin yüksek olduğu görülmüştür. Bundan başka katılımcıların 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu bilgi düzeyleri hakkındaki maddelere verdikleri cevapların ortalama skorların genel olarak düşük olduğu bulunmuştur. Çalışan olarak kendilerinin ve çalışma arkadaşlarının sağlık ve güvenliğini tehlikeye düşürmeme ve işyerindeki araç ve donanımları doğru kullanma gibi yükümlülüklerini bilme ile ilgili ortalama skor ise anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Yapılan bir İş Sağlığı ve Güvenliği Farkındalık Değerlendirmesi çalışmasında sağlık çalışanlarının neredeyse 3/4’ünün (%74,3) İSGK hakkında herhangi bir bilgiye sahip olmadığı, araştırmaya katılan çalışanların % 82,4’ünün İSGK ile getirilen yenilikler hakkında bilgilerinin zayıf olduğu bulunmuştur (Ütük Bayılmış O., 2013). Bizim çalışmamızda elde edilen skorlara göre katılımcıların İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu hakkındaki bilgilerinin orta düzeyde olduğu görülmüştür.

Öztürk ve ark.’nın yaptıkları araştırmada uygulanan Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği toplam puanına göre tüm sağlık personeli iş güvenliğinin sağlandığını belirtmiş ancak meslek hastalığı ve şikâyetler, yönetsel destek ve yaklaşımlar boyutunda iş güvenliğini yetersiz bulmuşlardır. Bunlara ek olarak hekimler, sağlık taraması ve kayıt sistemlerini de yetersiz görmüştür. Ölçek puanları karşılaştırıldığında, toplamda, sağlık taraması ve kayıt sistemi, kazalar ve zehirlenmeler, malzeme, araç ve gereç denetimi, koruyucu önlemler ve kurallar, fiziksel ortam uygunluğu boyutlarında hekimler, meslek hastalıkları ve şikâyetler boyutunda hemşireler, yönetsel destek

ve yaklaşımlar boyutunda diğer sağlık personeli iş güvenliğini daha yetersiz değerlendirmiştir (Öztürk H., 2012). Karaer ve Özmen tarafından yapılan çalışmada Hastanede Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeğinden elde edilen toplam puanlara göre hastanede sağlık taraması ve kayıt sistemleri, kazalar ve zehirlenmeler, malzeme, araç-gereç denetimi, koruyucu önlemler ve kurallar ve fiziksel ortam uygunluğu alt boyutlarında iş güvenliğinin yeterli düzeyde sağlandığı; meslek hastalıkları ve şikâyetler, yönetsel destek ve yaklaşımlar alt boyutlarında ise iş güvenliğinin yeterli düzeyde sağlanmadığı saptanmıştır (Karaer G, 2016). Araştırmamızda Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği toplam puanına göre tüm katılımcılar hastanede iş güvenliğinin tam sağlanmadığını ve sağlık taraması ve kayıt sistemi, koruyucu önlemler ve kurallar ile fiziksel ortam uygunluğu boyutunda kısmen sağlandığını belirtmişlerdir.

Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi ile iş doyumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. En yüksek iş doyumu ilk öğretim düzeyindeki sağlık personelinde, sonrasında lise mezunu, ve doktora takip etmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça ilköğretimden lisansa kadar iş doyumu düşmekte fakat yüksek lisans ve doktora tekrar yükselmektedir.

Bu araştırmada katılımcıların çalışan güvenliği ile ilgili olarak uygulamalardan güvenlik personeli davranışlarından, çalışma ortamındaki kişiler arası ilişkilerden ve çalışılan birim/servis/ünitede çalışmaktan memnun oldukları; sağlık güvenliği önlemlerinden, iş kazası/meslek hastalığı durumunda kurumun sorumluluk alması/desteği ile çalışma saatleri/nöbetlerden, kişisel koruyucu malzemenin kalitesinden, çalışan sağlık ve güvenlik politikalarından, çalışma ortamının donanımı ve düzenlenmesinden, iş hızından ve iş yükünden ise memnun olmadıkları bulunmuştur. Yıldırım ve ark.'nın yaptığı bir çalışmaya göre eğitim düzeyi arttıkça iş doyumunun azaldığı bulunmuştur. Bu durumu 'Kişilerin meslekle ilgili bir üst öğrenim gördükçe, beklentileri (ücret, çalışma koşulları, bağımsızlık v.b. gibi) artabilir. Bu beklentilerin karşılığında, aldıkları eğitimin sonucu olarak bir üst seviyeye çıkmak isteyebilirler, bu istekleri karşılanınca da doyum düzeyleri azabilir.' şeklinde açıklamışlardır. (Yıldırım Z., 2015). Ancak bizim çalışmamızda ise eğitim düzeyinin artmasıyla çalışan güvenliği uygulamalarından memnuniyetin arttığı gözlenmiştir.

5. SONUÇ

ANEAH çalışanları üzerinde yapılan bu araştırmada katılımcıların İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu hakkındaki bilgilerinin orta düzeyde ve Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği ortalama puanlarının ise düşük olduğu bulunmuştur. İş kazası/meslek hastalığı durumunda yönetimin sorumluluk alması önemlidir, bu konuda çalışanlara destek vermelidir. Tüm çalışma ortamları ve dinlenme alanları gözden geçirilmeli, ihtiyaçlar tespit edilerek gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır. Hastanedeki çalışma saatleri yönetim tarafından gözden geçirilmeli ve yeniden düzenlenmelidir. İSG eğitimlerinin belirli aralıklarla düzenlenerek eğitimlere katılımın hastane yönetimi ve birim sorumluları tarafından teşvik edilmesi, yapılacak bu eğitimlerle bilgi, bilinç düzeyinin artırılması gereklidir. Sağlık çalışanlarının hastanedeki iş güvenliği uygulamalarından memnun olmaları kendi sağlık ve güvenlikleri için önemlidir.

KAYNAKLAR

- Keleş, R. 2004. İş Sağlığı ve Güvenliği Kavramı ve Kavramla İlgili Yeni Perspektifler. İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi; 22 (4): 16- 21.
- Tüzüner, VL., Özasan, BÖ. 2011. Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi; 40 (2): 138-154.
- Sadullah, Ö. 2010. İnsan Kaynakları Yönetiminde Koruma İşlevi (İş Güvenliği ve İş gören Sağlığı), (Bölüm 9), 'İnsan Kaynakları Yönetimi' içerisinde, Uyargil C ve ark. Edt, 5. Baskı, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, s: 452-494.
- Öztürk, H., Babacan, E. 2012. Hastanede Çalışan Sağlık Personeli için İş Güvenliği Ölçeği, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi; 9 (1):36-42.
- Ütük, Bayılmış, O. 2013. İş Sağlığı ve Güvenliği Farkındalık Değerlendirmesi, Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri AD, İnsan Kaynakları ve Çalışma İlişkileri Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Öztürk, H., Babacan, E., Anahar, EÖ. 2012. Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği, Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi; 1 (4): 252-268.
- Karaer, G., Özmen, D. 2016. Sağlık Çalışanlarının İş Güvenliği: Devlet Hastanesi Örneği, Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi; 8 (4):306-316.
- Yıldırım, Z. 2015. Tekirdağ İli Kamu Hastanelerindeki Sağlık Çalışanlarının İş Doyum Düzeylerinin Değerlendirilmesi, IAAOJScientificScience 3 (1):8-18.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Ekip Çalışması Üzerindeki Etkisi ve Kullanım Engelleri

Gönderim Tarihi: 08.02.2017

Kabul Tarihi : 23.11.2017

Vildan Kesgin¹

İdris Kurtuluş²

Yasemin Dinç³

ÖZ

Bu araştırmanın amacı Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulayıcılarının, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kullanımındaki ekip çalışması ve hasta güvenliği üzerine algı düzeylerinin belirlenerek liste kullanımı önündeki engellerin tespit edilmesidir. Araştırmaya İstanbul'da dört Eğitim ve Araştırma ve iki Devlet Hastanesi ameliyathanesinde görevli cerrah, anestezi uzmanı, asistan doktor, hemşire, anestezi teknisyeni ve diğer sağlık çalışanları olmak üzere 208 sağlık personeli dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda hazırlanan ve dört bölümden oluşan bilgi formu kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hakkında bilgi sahibi olma oranı %76,4 ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulandığında ortaya çıkabilecek tıbbi hatalarda insan faktörü olasılığını azalttığına inananların oranı ise %75,9 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın gerçekleştirildiği hastanelerde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kullanımı önündeki engeller; çalışma ortamının çok yoğun olması, imzaların zorunlu olması, formun kim tarafından doldurulacağı ve kimin sorumluluğu altında olmasının kesin olarak belirlenmemesi olarak sıralanmaktadır. Liste kullanımının ameliyathanedeki ekip çalışmasını geliştirdiğine inananların oranı %61,1 olarak bulunmuştur. Hastanelerimizde uygulanan Güvenli Cerrahi Kontrol Listelerinin asta güvenliği ve ekip çalışması üzerindeki öneminin uygulayıcılar tarafından kavranmış olduğu ancak kullanım konusunda engellerle karşılaştıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Ekip, Kontrol Listesi

1 Hemşire, TKHK İstanbul İli Fatih Genel Sekreterliği Sağlık Bakım Hizmetleri Birimi, vkesgin@gmail.com

2 Dr,Tıp Doktoru TKHK İstanbul İli Fatih Genel Sekreterliği Tıbbi Hizmetler Başkanı, idriskurtulus@gmail.com

3 Hemşire, TKHK İstanbul İli Fatih Genel Sekreterliği Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Birimi, syasemindinc@yahoo.com

Barriers to the Use of Safe Surgery Checklist and Its Impact on Teamwork

ABSTRACT

The aim of the Safe Surgery Checklist practitioners , Safe Surgery Checklist for determining the level of perception on teamwork and patient safety in the use of the identification of obstacles to the use of the list. Four and two State Research Education And Research Hospital Operation Surgeon on duty in Istanbul , anesthesiologist , physician Assistant ,nurse, anesthesia technicians and other health workers were included , including 208 medical staff . prepared in accordance with literature was used to collect data and information form consists of four parts . Of participating health personnel Research , Safe Surgery Checklist claimed to have knowledge about 76.4 % and the Safe Surgery Checklist in medicine that can occur when administered error while the percentage of those believing that reduces the possibility of human factor was determined as 75.9 % . Safe Surgery at the hospital where the study carried out obstacles to use Checklist ; Is too busy working environment , it is compulsory signatures , forms will be filled by whom and who is listed as not to be under the responsibility of determining exactly . The proportion of the study team believes that develop in the operating room of the list use was found to be 61.1%. The implementation of the Safe Surgery Checklist is gripped by practitioners in our hospitals on patient safety and the importance of teamwork , but it was understood that they face barriers to use.

Keywords: Patient Safety , Team, Checklist

1.GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin amacı kişi, aile ve toplumların sağlığının korunması, geliştirilmesi, hasta olanların tedavi edilmesi ve tedavi edilenlerin geri kalan yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürmelerinin sağlanmasıdır (Özlü,2016;xx). Sağlık hizmetleri tüm ülkelerin öncelikli konusu olmakla birlikte, hizmetin sunumu sırasında yaşanan tıbbi hatalar hem sağlık çalışanlarını hem de hastaları olumsuz şekilde etkilemektedir (WHO,2006). Sağlık bilimlerinin temel taşlarından biri olan “Zarar vermeme ilkesi” doğrultusunda, sağlık hizmeti sunumu öncelikle hastaların ve sağlık çalışanlarının güvenliğine odaklanmakta ve aynı zamanda sağlık hizmetlerinin her aşamasında hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır (Tunçel,2013).

Hasta güvenliği son dönemde hem ulusal hem de uluslararası platformda üzerinde önemle durulan bir konu haline gelmiştir. Institute of Medicine tarafından 2000 yılında yayınlanan “To Err Is Human” Raporu (IOM,2000) bir kırılma noktası oluşturmuştur. Hasta güvenliği tanı, tedavi, ameliyat sonrası bakım ve birçok hastalığın taburculuk sonrası takibi gibi pek çok potansiyel durumu kapsayan geniş bir kavramdır. Bunların içerisinde; yanlış taraf cerrahisi, sıra beklemeğe bağlı ölümler, transfüzyon hataları, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası komplikasyonlar, ölümcül düşmeler, görünüşü /okunuşu benzer ilaçlar ve ilaç hataları, kesici delici alet yaralanmaları, ventilatörle ilişkili problemler, tedavide gecikme, hastane enfeksiyonları, ameliyatlarda yabancı cisim unutulması, kontamine ilaç veya kan kullanımı, hava embolisi ve basınç ülserleri yer almaktadır (Acaroğlu, 2005:32-230).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Ekim 2007’de Cenevre’de Avrupa Komisyonunun desteklediği uluslararası konferansta her yıl dünya ’da yaklaşık olarak 10 milyon insanın önlenemez tıbbi uygulamalar nedeni ile sakatlandığını veya öldüğünü vurgulayarak hasta güvenliği konusunda daha fazla araştırma yapılması çağrısında bulunmuş, 2009 yılında hasta güvenliği konusuna dikkat çekmek için “Temiz bakım güvenli bakım”, 2010 yılında ise “Güvenli cerrahi hayat kurtarır” sloganlarıyla dünya genelinde çalışmalarda bulunduğunu bildirmiştir (WHO, 2007, 2010).

DSÖ inisiyatifi ile oluşan Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır Araştırma Grubu 2007-2008 yılları arasında dünyanın farklı bölgelerinde yaklaşık 4000 hasta üzerinde bir araştırma yürütmüş ve Cerrahi Kontrol Listesi kullanımının ölüm oranlarını ve komplikasyon risklerini etkilediğini ortaya koymuştur. Bu kapsamda Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) kullanma öncesi ve sonrası dönemler arasında ölüm oranları, cerrahi alan enfeksiyonları, yeniden ameliyata alınma oranları bazında istatistiki olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (Haynes,2009:162-176).

DSÖ'nün GCKL'si, son yıllarda dünyanın birçok hastanesinde rutin olarak uygulanmaya başlamıştır. Ülkemizde ise, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Sağlık Hizmetleri Bakım Standartları içinde yer alan ameliyathane hizmetleri bölümüne, GCKL kullanımı dahil etmiştir (<http://www.kalite.saglik.gov.tr>). Böylece ülkemizde, GCKL ameliyat öncesi dönemi de kapsayacak şekilde düzenlenmiş ve 2009 yılından itibaren “Güvenli Cerrahi Kontrol ListesiTR” adı ile birçok hastanede kullanılmaya başlanmıştır.

Cerrahi bakım, kritik zaman diliminde, karmaşık bir ortamda farklı disiplinlerin bir arada koordinasyon içinde çalışmasını gerektirir. GCKL’de, bu koordinasyonu sağlamada önemli bir araçtır. Fakat bu kontrol listesinin başarılı bir şekilde uygulamaya geçmesi cerrahi ekibin hasta güvenliği konusunun farkında olmaları ve kontrol listesi kullanımının cerrahideki önemini anlamaları ile mümkündür.

Yetersiz anesteziye ait güvenlik uygulamaları, önlenabilir cerrahi enfeksiyonlar, çalışma ekibi arasındaki yetersiz iletişim de dâhil olmak üzere, bir çok sorun Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır oluşumunun amaçları arasında yer almaktadır. Bu sorunların bütün ülkelerde ve ortamlarda ortak olduğu, ölümcül ve önlenabilir sorunlar olduğu saptanmıştır (GCKL^{TR} Uygulama Kılavuzu).

Bu araştırma “Ameliyathanede çalışan hekim, hemşire ve anestezi teknisyenlerinin Hastanelerde uygulanan Güvenli Cerrahi Kontrol Listelerinin Hasta güvenliği ve ekip çalışması üzerindeki etki düzeyi ile kullanımı önündeki engelleri belirlemek” amacıyla yapılmıştır.

2. GEREÇ YÖNTEM

Bu araştırma ameliyathanede çalışan hekim, hemşire ve anestezi teknisyenlerinin hastanelerde uygulanan GCKL'nin Hasta güvenliği ve ekip çalışması üzerindeki etki düzeyi ile kullanımı önündeki engelleri belirlemek” amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini İstanbul Avrupa yakasında faaliyet gösteren dört Eğitim - Araştırma ve iki devlet hastanesinin ameliyathanesinde görevli Cerrah, Anestezi Uzmanı, Asistan Doktor, Hemşire, Anestezi Teknisyeni ve diğer sağlık çalışanları olmak üzere 208 kişi oluşturmaktadır. Araştırma verilerinin toplanmasında dört bölüm ve 69 sorudan oluşan bir anket kullanılmıştır.

Birinci bölüm: Demografik bilgileri içermektedir.

İkinci bölüm: O,Coorner P (Corner,2013:7-14) tarafından oluşturulan ve 2013 yılında yayınlanan araştırmanın Türkçeye çevrilen ve ülkemizdeki genel uygulamalara uyarlanan anket soruları oluşturmuştur. Bu bölümde liste kullanımı konusundaki hastane kuralları, ekip çalışmasının güvenlik üzerine etkisi, liste kullanımına verilen destek, liste kullanımına ön ayak olmak, liste kullanımındaki olası engeller değerlendirilmiştir.

Üçüncü bölüm: “GCKL TR de yer alan bölümlerden oluşmuştur. Dördüncü bölüm: Hasta güvenliği ve Güvenli Cerrahi uygulamaları konusundaki hastane yönetiminin tutumu ve uygulamalarına yönelik soruların yanı sıra sağlık çalışanlarının GCKL TR hakkında nereden bilgi edindikleri ve kodlama yöntemini içermektedir. Bu bölümde aynı zamanda kendi hastanelerinde kullanılmakta olan GCKLTR formları sorulmuş olup kendi formlarını işaretlemeleri istenmiştir.

Soruların Cevapları KK (-): Kesinlikle katılmıyorum K (-) Katılmıyorum K:Kararsızım K (+):Katılıyorum TK: Tamamen katılıyorum B:Bilmiyorum NK (+-) Ne Katılıyorum ne katılmam olarak değerlendirilmiştir. Anketlerin maliyeti araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Çalışmaya başlanmadan önce İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 11.04.2014 tarihinde onay alınmıştır. Verilere öncelikle geçerlilik analizi uygulanmış, ardından güvenilirlik testi yapılmıştır. Test sonucunda, genel **Cronbach alpha değeri α (0,73) bulunmuştur.** Çalışmadan elde edilen bulguların analizi için SPSS 17.0 (Statistical Packagefor Social Sciences) programı kul-

lanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken frekans analizi ve tanımlayıcı istatistiksel metotlar kullanılmıştır.

3. BULGULAR

Araştırma kapsamında elde edilen; sağlık personeline ait sosyo-demografik bilgilere baktığımızda, sağlık personelinin %74,4'ü kadın, %25,6'si erkek olduğu, %47,6'sı 31-40 yaş arasında, %28,4'ü 21-30 yaş arasında, %24'ü 40 yaş üzerindedir. Mesleklerine baktığımızda %39,6's Hemşire, %20,9'u Cerrah, %24,6'sı Anestezi Teknisyeni, %8,7 si asistan doktor %4,3'ü Anestezi Uzmanı ve %1,9'u diğer sağlık çalışanından oluşmaktadır.

Araştırmaya katılanların meslekteki çalışma süreleri "Tablo 1." de verilmiştir. Ankete katılanların %69,7'sinin haftada 40-49 saat çalıştıklarını, %24'ü haftada 50 saatten fazla çalıştığı tespit edilmiştir.

Tablo 1. Meslekteki Çalışma Süresi

Meslekteki Çalışma Süresi	Görev Yapılan Hastanede Çalışma Süresi		Görev yapılan Birimde Çalışma Süresi	
	n	%	n	%
1-5 Yıl	72	34,6	102	49,0
6-10 Yıl	48	23,1	55	26,4
11-15 Yıl	22	10,6	15	7,2
16-20 Yıl	35	16,8	18	8,7
21-25 Yıl	14	6,7	11	5,3
25 Yıl ve Üzeri	17	8,2	7	3,4
Toplam	208	100	208	100

Görev yapılan birimdeki çalışma süresi incelendiğinde; %57,2'sinin 1-5 yıl, %22,6'sinin ise 6-10 yıl arasında olduğu görülmüştür. "Tablo 1."

Tablo 2. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanımındaki Hastane Kuralları

	KK (-)		K (-)		K		K (+)		TK		B	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 1	36	17,3	32	15,4	31	14,9	56	26,9	30	14,4	20	9,6
Soru 2	17	8,2	22	10,6	29	13,9	99	47,6	29	13,9	9	4,3
Soru 3	7	3,4	9	4,3	4	1,9	108	51,9	71	34,1	6	2,9
Soru 4	10	4,8	10	4,8	11	5,3	94	45,2	71	34,1	9	4,3
Soru 5	9	4,3	14	6,7	28	13,5	90	43,3	56	26,9	8	3,8
Soru 6	8	3,8	10	4,8	14	6,7	94	45,2	59	28,4	18	8,7

KK (-):Kesinlikle katılmıyorum K (-) Katılmıyorum K:Kararsızım K (+):Katılıyorum TK:Tamamen katılıyorum B:Bilmiyorum
 Soru 1: Sağlık Bakanlığının yayınladığı Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ile hastanemde uygulanan Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi arasında fark vardır
 Soru 2: Hastanemde yapılan her ameliyat ve girişimsel işlemlerde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulanır
 Soru 3: Katılmış olduğum tüm ameliyat ve girişimsel işlemlerde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulanır
 Soru 4: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulanırken ameliyathanedeki herkes yaptığı işi bırakarak işlem tamamlanana kadar dinler
 Soru 5: Bazen Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin her bölümü tamamlanmaz.
 Soru 6: Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesini imzalayan kişi ilgili bölümün tamamlandığını kişisel olarak garanti eder

Liste Kullanımı Konusundaki Hastane Kurallarına ait bulgular “Tablo 2” de ayrıntılı olarak sunulmaktadır. Bu na göre ankete katılanların %41,3 ü Sağlık Bakanlığının yayınladığı GCKL ile hastanelerinde uygulanan GCKL arasında fark olduğunu, %32,7 si ise fark olmadığını belirtmiştir (α ,874) Fark olmadığını belirtenler için anlamlılık değeri $p=0,01 < 0,05$ bulunmuştur.

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin hastanelerinde %61,5 oranında yapılan her ameliyat ve girişimsel işlemlerde GCKL’nin uygulandığı sonucuna ulaşılmıştır. (α ,854) GCKL’nin uygulandığını belirtenlerin anlamlılık değeri $p=0,01 < 0,05$ bulunmuş olup her ameliyat ve girişimsel işlemde GCKL’nin uygulandığı anlamlı olarak bulunmuştur.

Tablo 3. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanımının Ekip Çalışması ve Güvenlik Üzerine Etkisi

	KK (-)		K (-)		K		K (+)		TK		B	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 1	13	6,3	78	37,5	37	17,8	51	24,5	16	7,7	11	5,3
Soru 2	8	3,8	21	10,1	15	7,2	87	41,8	71	34,1	3	1,4
Soru 3	5	2,4	13	6,3	11	5,3	99	47,6	76	36,5	2	1,0
Soru 4	12	5,8	25	12,0	37	17,8	69	33,2	58	27,9	6	2,9
Soru 5	7	3,4	18	8,7	33	15,9	37	17,8	25	12,0	88	42,3
Soru 6	11	5,3	9	4,3	23	11,1	82	39,4	79	38,0	3	1,4

KK (-):Kesinlikle katılmıyorum K (-) Katılmıyorum K:Kararsızım K (+):Katılıyorum
TK:Tamamen katılıyorum B:Bilmiyorum
Soru 1: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulamasının bilindiğini ancak kullanımının eksik olduğuna inanıyorum
Soru 2: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulandığında ortaya çıkabilecek tıbbi hatalarda insan faktörü olasılığını azalttığına inanıyorum
Soru 3: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin hasta güvenliğini artırdığına inanıyorum.
Soru 4: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulamasının ameliyathanedeki ekip çalışmasını geliştirdiğine inanıyorum
Soru 5: Hastanemde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulanmaya başladıktan sonra mortalite ve morbidite oranlarında düşüş yaşanmıştır.
Soru 6: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulaması tüm vakalarda zorunlu olmalıdır.

GCKL Kullanımının Ekip Çalışması ve Güvenlik Üzerine Etkisi “Tablo 3.”te verilmiştir. Sonuçlara bakıldığında “GCKL uygulamasının bilindiğini ancak kullanımının eksik olduğuna inanmayanların oranı %43,8 inananların oranı ise %32.2 olarak bulunmuştur. Sonuçlara baktığımızda “GCKL uygulamasının çalışanlar tarafından bilindiği, ancak kullanımı konusunda eksiklikler olduğu konusunda kararsız olanların sayısı %24,5 olarak tespit edilmiştir. “GCKL uygulandığında ortaya çıkabilecek tıbbi hatalarda insan faktörü olasılığını azalttığına inananların oranı %75,9 olarak bulunmuştur.

GCKL uygulamasının ameliyathanedeki ekip çalışmasını geliştirdiğine inananların oranı %61,1 olarak bulunmuştur (α ,853).

Tablo 4. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesine Verilen Destek

	KK (-)		K (-)		K		K (+)		TK		B	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 1	36	17,3	32	15,4	31	14,9	56	26,9	30	14,4	20	9,6
Soru 2	17	8,2	22	10,6	29	13,9	99	47,6	29	13,9	9	4,3
Soru 3	7	3,4	9	4,3	4	1,9	108	51,9	71	34,1	6	2,9
Soru 4	10	4,8	10	4,8	11	5,3	94	45,2	71	34,1	9	4,3
Soru 5	9	4,3	14	6,7	28	13,5	90	43,3	56	26,9	8	3,8
Soru 6	8	3,8	10	4,8	14	6,7	94	45,2	59	28,4	18	8,7

KK (-):Kesinlikle katılmıyorum K (-) Katılmıyorum K:Kararsızım K (+):Katılıyorum
TK:Tamamen katılıyorum B:Bilmiyorum
Soru 1: Hastanemde Hekimler Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulamasını destekler.
Soru 2: Anestezi ekibi Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulamasını destekler
Soru 3: Ameliyathane Hemşiresi Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulamasını destekler.
Soru 4:Ameliyathane sorumlusu Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanmasına destek olur.
Soru 5: Kıdemli kıdemsiz tüm ameliyathane çalışanları Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanmasını destekler.
Soru 6: Hastanemde yöneticiler Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanmasını destekler

GCKL uygulamasına verilen destek bölümüne baktığımızda hekimlerin %41,3 oranında, anestezi ekibinin %61,5 oranında destek verdiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca %86 oranında Ameliyathane Hemşiresinin, %79.3 oranında da Ameliyathane sorumlusunun GCKL uygulamasını destekledikleri sonucuna ulaşılmıştır. “Tablo 4”de görüldüğü gibi araştırma kapsamındaki çalışanların % 72,6 sının “GCKL uygulamasının kullanımına yardımcı oldukları %82,2 sinin ise “Bundan sonraki meslek hayatlarında GCKL’nin uygulanmasını destekleyecekleri sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 5. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımındaki Olası Engeller

	KK (-)		K (-)		K		K (+)		TK		B	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 1	24	11,5	63	30,3	21	10,1	45	21,6	26	12,5	12	5,8
Soru 2	31	14,9	90	43,3	29	13,9	17	8,2	6	2,9	14	6,7
Soru 3	16	7,7	23	11,1	10	4,8	70	33,7	81	38,9	3	1,4
Soru 4	21	10,1	71	34,1	27	13,0	44	21,2	16	7,7	10	4,8
Soru 5	23	11,1	69	33,2	20	9,6	47	22,6	21	10,1	9	4,3

KK (-):Kesinlikle katılıyorum K (-) Katılmıyorum K:Kararsızım K (+):Katılıyorum
TK:Tamamen katılıyorum B:Bilmiyorum
Soru 1: İmzaların zorunluluğu
Soru 2: Çalışanların kendilerine güvenmemeleri
Soru 3: Çalışma ortamının çok yoğun olması
Soru 4: Deneyim eksikliği
Soru 5: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hakkında bilgi sahibi olmama

GCKL'nin Kullanımındaki Olası Engeller bölümüne ait bulgular “Tablo 5.” de detaylı olarak yer almaktadır. Araştırma grubuna dahil olan çalışanların %72,6 sı “Çalışma ortamının çok yoğun olmasından”, %34,1 “imzaların zorunlu olması” %32,7 si ise “GCKL hakkında bilgi sahibi olmama”nın Liste kullanımı konusundaki engeller olabileceği cevabını vermiştir. Ankete katılanlar tarafından “Sizce yukarıda belirtilmeyen başka GCKL uygulaması için olası engelleri var mıdır?” sorusuna cevap verenlerin %50’si “Formun kim tarafından doldurulacağı ve kimin sorumluluğu altında olacağının kesin olarak belirlenememesi”, cevabını vermiştir. Sizce “GCKL'nin uygulanabilmesi için ne kadar süreye ihtiyaç vardır?” sorusunu ise ankete katılanların %40,9’u 3-6 dakika, %34,1’i 0-3 dakika ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir.

Tablo 6. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Klinikten Ayrılmadan Önceki Bölüm

	KK (-)		K (-)		NK (+-)		K (+)		KK (+)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 1	29	13,9	65	31,3	35	16,8	58	27,9	8	3,8
Soru 2	17	8,2	78	37,5	22	10,6	68	32,7	14	6,7
Soru 3	9	4,3	16	7,7	24	11,5	105	50,5	43	20,7
Soru 4	29	13,9	38	18,3	25	12,0	87	41,8	23	11,1

KK (-)Kesinlikle katılmıyorum K (-) Katılmıyorum NK (+-) Ne Katılıyorum ne katılmam K (+)Katılıyorum KK (+)Kesinlikle katılıyorum
 Soru 1: Hastanemde hasta onam formu hasta yatış yapıldığında alınır. Bir daha alınmaz
 Soru 2: Hastanın ameliyatı öncesinde gerekli özel işlem varsa (varis çorabı, özel tedavi protokolü vb) ameliyathanede değerlendirilir
 Soru 3: Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan ve kan ürünleri hasta klinikte iken hazırlanır
 Soru 4: Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri hasta masaya alındığında kontrol edilir

“Tablo 6.” ya göre araştırma grubuna katılan çalışanların %45,2’si “Hastanelerinde hasta onam formunun hasta yatış yapıldığında alındığını bir daha alınmadığını”, %37,5’i katılmıyorum ve %8,2’si kesinlikle katılmıyorum ile “Hastanın ameliyatı öncesinde gerekli özel işlem varsa (varis çorabı, özel tedavi protokolü vb) ameliyathanede **değerlendirilmediğini**,” %32,7’si katılmıyorum ve %6,7’si kesinlikle katılıyorum cevapları ile ameliyathanede değerlendirildiğini belirtmiştir. (α , 776)

Tablo 7. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Anestezi Verilmeden Önceki Bölüm

	KK (-)		K (-)		NK (+-)		K (+)		KK (+)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 1	11	5,3	15	7,2	10	4,8	98	47,1	67	32,2
Soru 2	81	38,9	87	41,8	17	8,2	12	5,8	3	1,4
Soru 3	17	8,2	63	30,3	24	11,5	81	38,9	13	6,3

KK (-)Kesinlikle katılmıyorum K (-) Katılmıyorum NK (+-) Ne Katılım ne katılmam K (+)Katılıyorum KK (+)Kesinlikle katılıyorum
 Soru 1: Hastaya anestezi verilmeden klinik bilgileri, ameliyat bölgesi ve ameliyat ile ilgili rızası kontrol edilir
 Soru 2: Hasta masaya alındığında hangi taraf ameliyatı yapılacağı sadece ameliyat listesinden kontrol edilir
 Soru 3: Görüntüleme cihazı ihtiyacı olursa ameliyat sırasında temin edilir

“Tablo 7.” e göre “Hastaya anestezi verilmeden kimlik bilgileri, ameliyat bölgesi ve ameliyat ile ilgili rızasının kontrol edildiğini” belirtenlerin oranı %84,3 “Hasta masaya alındığında hangi bölge/taf ameliyatı yapılacağını sadece ameliyat listesinden kontrol edilmediğini” belirtenlerin oranı ise %80,7 olarak bulunmuştur.

Tablo 8. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Ameliyat Kesinden Önceki Bölüm

	KK (-)		K (-)		NK (+-)		K (+)		KK (+)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 1	34	16,3	55	26,4	16	7,7	70	33,7	25	12,0
Soru 2	21	10,1	72	34,6	29	13,9	61	29,3	17	8,2
Soru 3	62	29,8	64	30,8	13	6,3	44	21,2	19	9,1
Soru 4	37	17,8	52	25,0	32	15,4	59	28,4	12	5,8

KK (-)Kesinlikle katılmıyorum K (-) Katılmıyorum NK (+-) Ne Katılım ne katılmam K (+)Katılıyorum KK (+)Kesinlikle katılıyorum
 Soru 1: Ameliyata başlandıktan sonra ameliyat ekibinden bir kişi hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı ve bölgeyi teyit eder
 Soru 2: Ameliyathaneye alınan her hastaya ameliyat sırasında profilaktik antibiyotik yapılır.
 Soru 3: Ameliyata başlandıktan sonra kullanılacak malzemelerin sterilizasyon kontrolü yapılır.
 Soru 4: Hastanın diyabeti yoksa kan şekeri kontrolü yapılmaz

Araştırma grubuna katılan çalışanların %42,7 si “Ameliyata başlandıktan sonra ameliyat ekibinden bir kişinin hastanın kimliğinin, yapılan ameliyatın ve bölgenin teyit edilmediğini”, %45,7’si ise ameliyat bölgesinin teyit edildiğini belirtmiştir. Hasta kimlik bilgileri ve ameliyat bölgesinin teyit edilmediğini belirtenlerin oranı çok düşük bulunmuştur. Detaylı bilgi “Tablo 8.” de bulunmaktadır.

Tablo 9. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Ameliyattan Çıkmadan Önceki Bölüm

	KK (-)		K (-)		NK (+-)		K (+)		KK (+)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 1	75	36,1	36	17,3	7	3,4	50	24,0	26	12,5
Soru 2	48	23,1	38	18,3	9	4,3	68	32,7	32	15,4
Soru 3	38	18,3	80	38,5	27	13,0	38	18,3	11	5,3

KK (-)Kesinlikle katılmıyorum K (-) Katılmıyorum NK (+-) Ne Katılımım ne katılmam K (+)Katılıyorum
 KK (+)Kesinlikle katılıyorum
 Soru 1 Ameliyat bitip hasta kapatıldıktan sonra alet, spanç ve kompres sayımı yapılır.
 Soru 2: Hastadan numune alınmışsa tüm vakalar bitince etiketlenir ve hastanın ameliyat bölgesi yazılır
 Soru 3: Hasta ameliyat sonrası direk kliniğe gönderilir

GCKL'nin Ameliyattan Çıkmadan Önceki Bölüm ile ilgili bulgulara baktığımızda araştırmaya katılanların %53,4'ünün Ameliyat bitip hasta kapatıldıktan sonra alet, spanç ve kompres sayımı yapılmadığını, %36,5'i Ameliyat bitip hasta kapatıldıktan sonra alet, spanç ve kompres sayımı yapıldığı belirtmiştir (α , 763). "Hastadan numune alınmışsa tüm vakalar bitince etiketlenerek hastanın ameliyat bölgesinin yazıldığı" belirtenlerin oranı %48,1 olarak bulunmuştur. Detaylı bilgi "Tablo 9." da bulunmaktadır.

Tablo 10. Hastane Kuralları

	KK (-)		K (-)		NK (+-)		K (+)		KK (+)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 1	12	5,8	23	11,1	42	20,2	103	49,5	19	9,1
Soru 2	24	11,5	75	36,1	52	25,0	39	18,8	8	3,8
Soru 3	9	4,3	26	12,5	67	32,2	37	32,2	21	10,1
Soru 4	7	3,4	28	13,5	69	33,2	76	36,5	16	7,7
Soru 5	18	8,7	60	28,8	59	28,4	51	24,5	7	3,4
Soru 6	9	4,3	71	34,1	41	19,7	52	25,0	18	8,7
Soru 7	11	5,3	21	10,1	54	26,0	91	43,8	18	8,7
Soru 8	8	3,8	22	10,6	73	35,1	58	27,9	25	12,0
Soru 9	10	4,8	20	9,6	82	39,4	63	30,3	11	5,3
Soru 10	30	14,4	76	36,5	47	22,6	33	15,9	10	4,8
Soru 11	38	18,3	73	35,1	41	19,7	39	18,8	4	1,9

Soru 1: Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.
 Soru 2: Hastanemde birimler birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.
 Soru 3: Güvenli Cerrahi konusunda hastane yönetimi hekimleri bilgilendirir
 Soru 4: Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır.
 Soru 5: Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.
 Soru 6: Yönetim, sadece Güvenli cerrahi formunun dolu olup olmadığına bakar
 Soru 7: Hastane Yönetiminin faaliyetleri, güvenli cerrahi formuna verdiği önemle hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor
 Soru 8: Hastanemde İşe başlayan hekimlere güvenli cerrahi konusunda eğitim verilir
 Soru 9: DSÖ tarafından Güvenli Cerrahi konusunda yapılan değişiklikler hakkında hastane yönetimi hekimleri bilgilendirir
 Soru 10: Güvenli cerrahi kontrol listesi hasta taburcu olmadan dosyasına yerleştirilmek için doldurulur.
 Soru 11: Herkes kendi deneyimine göre güvenli cerrahi kontrol listesini doldurur

Araştırma bulgularına göre %58,6 oranında “Hastane yönetiminin hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağladığı”, %42,3 “Güvenli Cerrahi konusunda hastane yönetiminin hekimleri bilgilendirdiği”, %44,2 oranında ise “Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği olduğu” sonucuna ulaşılmıştır “Tablo 10.”

“Tablo 10” a göre araştırma grubuna katılan çalışanların hastanelerinde **%52,5 oranında “Hastane yönetiminin faaliyetlerinin, güvenli cerrahi formuna verdiği önemle hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösterdiği”** sonucuna ulaşılmıştır $p=0,001<0,05$ den olup sonuç anlamlı olarak kabul edilmiştir. Çalışanların %39,9’u, “Hastanelerinde işe başlayan hekimlere güvenli cerrahi konusunda eğitim verildiğini” belirtirken %35,1’i ne katılım ne katılmam cevabını vermiştir (α , 426). “Güvenli Cerrahi konusunda yapılan değişiklikler hakkında hastane yönetiminin hekimleri bilgilendirdiğini” belirtenlerin oranı %35,8 olarak bulunurken %39,4’ü ne katılım ne katılmam cevabını vermiştir. Hastanelerinde taraf işaretlemesi yapıldığını belirtenlerin oranı %83, “GCKL hakkında bilgi sahibi” olduğunu belirtenlerin oranı ise %90,9’olarak bulunmuştur. “GCKL hakkında bilgisi olduğunu belirtenlerin %76,4’ünün “hastanede verilen eğitimlerden bilgi edindikleri” sonucuna ulaşılmıştır. Anketin ekinde bulunan “hangi form hastanenizde kullanılmaktadır” sorusuna ise %86 oranında doğru cevap verilmiştir. Sizde GCKL Kullanılmalı mı? sorusuna %88,5’i oranında kullanılmalı cevabı verilmiştir.

4. TARTIŞMA

Ameliyathaneler, karmaşık içyapısı, stresli çalışma ortamı ve kullanılan tıbbi cihazların çeşitliliği ile birlikte işleyişindeki karmaşa açısından özel bilgi, beceri donanım ve dikkat gerektiren özel yerlerdir (Göçmen,2004:12). Çalışmamızda ankete katılanların %69,7’si haftada 40-49 saat çalıştıkları, %24’ün haftada 50 saatten fazla çalıştığı ve % 36 sının meslekte 1-5 yıllık deneyime sahip olduğu görülmektedir. Sağlık alanında çalışanlarda yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, iş yerinde ilişki ve görev paylaşımı sorunlarının yaşanması, uyku düzeninin bozulması, nöbetler, hasta yakınları ile uğraşı ve ekonomik sorunlar işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır

(Kaçmaz,2005:29-32). Bu durum hasta güvenliği açısından üzerinde birçok riski barındırmaktadır.

Hasta güvenliğine sadece cerrahi prosedür olarak baktığımızda, yetersiz anesteziye ait güvenlik uygulamaları, önlenebilir cerrahi enfeksiyonlar ve çalışma ekibi arasındaki yetersiz iletişim de dâhil olmak üzere önemli güvenlik sorunlarını barındırmaktadır. GCKL, ameliyatların güvenliğini artırmaya ve gereksiz cerrahi ölümleri ve komplikasyonları azaltmaya ilgi duyan klinisyenlerin kullanmaları için bir araç olmuştur (Blendon,2002:347). Ancak araştırmamızda “Hastanemde Hekimler GCKL uygulamasını destekler” sorusuna ankete katılanların %48’i hekimlerin destek olmadığını belirten cevaplar vermiştir. Hemşirelerin ise hasta güvenliğine en önemli katkısı; tanı, tedavi ve bakım hizmetlerindeki kalitenin birleştirilmesi ve koordine edilmesi olarak literatürde yer almaktadır (Tourangeau,2006:4-8). Çalışmamıza göre ameliyathane hemşirelerinin %84 oranında uygulamaya olan destekleri bu bağlamda önemlidir.

Çalışmamızın ikinci bölümünde **çalışanların güvenli cerrahi uygulamaları konusundaki genel bilgilerinin değerlendirilmesi amaçlanmış olup ortalama %67,5** oranında çalışanların hastanelerindeki güvenlik uygulamaları konusunda bilgi sahibi olduğu görülmektedir. Araştırma sonuçlarının **Ekip Çalışması ve Güvenlik üzerine etkisine baktığımızda ortalama %66,14** oranında çalışanlar tarafından **Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin öneminin kavranmış olması sevindiricidir**. Ayrıca araştırmaya katılanların öncesinde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanmasında katkı sağladıkları ve uygulamayı destekledikleri de görülmüştür. Ancak ameliyathane de güvenli bakım sağlamak için tıbbi hatalı ve yanlış taraf cerrahisinin temel nedenleri arasında yer alan iletişime öncelik verilerek ekip içinde etkin bir iletişimin sağlanması, hastaların yaşam bulguları ve tıbbi bilgilerinin doğru yeterli bir şekilde ameliyathane ekibine iletilmesi, kurumda hasta güvenliği kültürünün yer alması ve kalıcı olabilmesi için tüm ameliyathane ekibinin ortak bir dille bu konuyu sahiplenmesi gerekmektedir (Önler,2009:249-250).

1950 li yıllarda yönetimin belli başlı unsurları; iş bölümü, hiyerarşik kademelenme, belirli kural ve yöntemlerin yönetimde uygulanması olarak belirlenmiştir (Dangaç,). Bilgi toplumuna geçişin yaşandığı günümüz dünyasında,

liderliğin işlevsel özellikleri giderek artmıştır (Ekici,2009:43).Günümüzde yönetimden daha ziyade yönetim konuğulmaktadır. Araştırma sonucunda hastane yönetiminin ve ameliyathane çalışanlarının %68,65 oranında GCKL'nin uygulanmasında birbirlerini desteklediklerinin görölmesi önemlidir. Ancak hala **araştırmaya katılanların %50 sine göre “formun kim tarafından doldurulacağı ve kimin sorumluluğ altında olacağı kesin olarak belirlenemediğı” dikkat çekicidir.**

GCKL'nin kullanımındaki engellerin neler olabileceğı sorulduğunda birinci sırada %77.76 oranında çalışma ortamının çok yoğun olması, ikinci sırada%34,1 ile “imzaların zorunluluğ” ve %32,7 ile çalışanların GCKL hakkında bilgi sahibi olmaması sonucuna ulaşılmıştır. Bu engellerin yönetim anlayışı içerisinde irdelenerek çözüm getirilmeye ihtiyacı bulunmaktadır. Zira Sağlık personelinin eylemlerinin çoğunluğ insanlara doğrudan hizmet sunmaya yönelik olduğundan, yapılacak olan en ufak bir hata düzeltilmesi mümkün olmayan sonuçlara yol açabilmektedir (Parlar,2008:547-554). Aynı zamanda araştırmamızda “GCKL hakkında bilgimiz var” diyenlerin, %76,4'ü “hastanede verilen eğitimlerden bilgi edindiklerini” belirtmiştir. Engellemelelerin azaltılması konusunda herhangi bir meslek sahibinin, mesleğ başlağı ilk günden mesleğ bıraktığı güne kadar kendini mesleğ için yetiştirme veya yetiştirilmesi süreci olarak tanımlanan (Pehlivan,1997:131). hizmet içi eğitimlerde bu konuya ağırlık verilmesi akılcı bir çözüm gibi durmaktadır.

Hasta bakımının temel ilkesi olan “önce zarar verme” (primum non nocere) söyleminin en önemli konu başlıklarından biri güvenli cerrahinin sağlanmasıdır. Güvenli cerrahi uygulamaları, bu bağlamda dünya üzerinde yılda yapılan yaklaşık 234 milyon ameliyatı güvence altına almayı hedeflemektedir.

Ekip Çalışması ve Güvenlik üzerine etkisine baktığımızda ortalama %66,14 oranında çalışanlar tarafından GCKL'nin önemini kavranmış olması sevindiricidir.Ancak hastaların yaşam bulguları ve tıbbi bilgilerinin doğru yeterli bir şekilde ameliyathane ekibine iletilmesi, kurumda hasta güvenliğı kültürünün yer alması ve kalıcı olabilmesi için tüm ameliyathane ekibinin ortak bir dille bu konuyu sahiplenmesi gerekmektedir.

5. SONUÇ

Yapmış olduğumuz araştırma sonucunda, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Hasta güvenliği ve ekip çalışması üzerindeki öneminin uygulayıcılar tarafından kavranmış olduğu, “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi TR” de bulunan Klinikten ayrılmadan önceki bölüm hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığı ve liste kullanımı konusunda engellerle karşılaştıkları anlaşılmıştır.

Ülkemizde uygulanmakta olan “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi^{TR}” nin yapılacak olan mevzuatlar doğrultusunda Liste sorumlusunun kurumlara bırakılması yerine, Sağlık Bakanlığı tarafından tanımlanmasının ve hastane yönetimlerinde hizmet içi eğitimlerin artırılarak göreve yeni başlayan tüm Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulayıcılarına eğitimlerin verilerek çalışanların desteklenmesi yapılacak olan hataları önlemeye yardımcı olacaktır.

KAYNAKÇA

- Acaroglu, R., Sendir, M. (2005) Pressure Ulcer Prevention and Management Strategies in Turkey. J Wound Ostomy Continence Nurs ; 32 (4) : 230-7.
- Blendon, R.J., vd; (2002). Views of practicing physicians and the public on medical errors. N Engl J Med;347(24):1933-40.
- Dalton, G.D., Samaropoulos, X.F., Dalton, A.C. (2008). Improvements in the Safety of Patient Care can Help End the Medical Malpractice Crisis in the United States. Health policy;86(2-3):153-62.
- Dangaç, G. Liderlik ve Yöneticilik, BİYMED.
- Ekici, M. K. (2009) Günümüz İş dünyasında En Çok Karıştırılan İki Temel Kavram: Liderlik ve Yöneticilik, Polis Eğitim Dergisi; 43.
- Göçmen, Z. (2004). Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathane Hemşireliği Oryantasyon Programı İçeriğine İlişkin Görüşleri C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 8(1):12.
- Haynes, D. (2009). On the role of positive and negative affectivity in job performance: A meta-analytic investigation. Journal of Applied Psychology, 94 (1): 162–176.
- IOM. (2000). Institute of Medicine: To Err is Human: Building A Safer Health System.
- Kachalia, A., Gandhi, T.K., Poupolo, A.L., Yoon, C., Thomas, E.J., Griffey, R. et al. (2007). Missed and Delayed Diagnoses in the Emergency Department: A Study of Closed Malpractice Claims from 4 Liability Insurers. Ann Emerg Med;49 2):196-205.

- Kaçmaz, N. (2005). “Tükenmişlik Sendromu”, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 68:29-32.
- Naessens, JM., Campbell, CR., Huddleston, JM., Berg, BP., Lefante, JJ., Williams, AR., Culbertson, RA. (2009). A Comparison of Hospital Adverse Events Identified by Three Widely Used Detection Methods, International Journal of Health Care, vol.21, no.4, s.301-307.
- O’Connor, P. (2013). Patient Safety in Surgery, Patient Saf Surg. 2013 May 14;7(1):14. doi: 10.1186/1754-9493-7-14.
- Önler, E., Akyolcu, A. (2009). Ameliyathanede Hasta Güvenliği.6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı.; s:249-250.
- Özlü, T. Erişim Adresi: (www.haksay.org/files/tevfik02_rt) Erişim Tarihi:04.04.2016.
- Parlar, S. (2008). “Sağlık Çalışmalarında Göz Ardı Edilen Bir Durum. Sağlıklı Çalışma Ortamı”, TAF Preventive Medicine Bulletin; 7(6):547-554.
- Pehlivan, İ. (1997). “Türk Kamu Kesiminde Hizmet İçi Eğitim Sorunları Araştırması,” Verimlilik Dergisi, Sayı:;3, s. 131.
- Tourangeau, AE., Cranley, L., Jeffs, L. (2006). Impact of Nursing on Hospital Patient Mortality: A Focused Review and Related Policy Implications. BMJ QualSaf;15(1):4-8.
- Tunçel, K. (2013). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi ve Hasta Güvenliği Uygulamaları. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- WHO. (2007). Call For More Researche On Patient Safety. Erişim Adresi: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/>.
- WHO. (2006). World Alliance for Patient Safety. ForwardProgramme 2006-2007. Geneva, Switzerland, WHO Press.
- WHO. (2010). World Health Organization (WHO) A Brief Synopsis of Patient Safety. data/assets/pdf_file, /0015/111507/E93833.pdf.
- Yavuz, M. (2012). Hasta Güvenliği. Cerrahi ve Ameliyat Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar; Bıçakçılar; s. 48-65.

Sağlık Çalışanlarında İş Doyumu Düzeyinin Belirlenmesi

Gönderim Tarihi: 25.08.2017

Hasan Küçükkendirci¹

Kabul Tarihi : 22.09.2017

Serap Batı²

Talat Gök³

Yusuf Ramazan Güler⁴

ÖZ

İş doyumunu, bireyin iş yaşamını değerlendirme sonucu elde ettiği haz duygusudur. Bireylerin iş doyumunun sağlanması işle daha ilgili hale gelmelerini ve kuruma olan bağlılıklarının artmasını sağlar. Çalışmamız Konya İl Sağlık Müdürlüğü çalışanlarının iş doyum düzeyinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Bunun için Paul E. Spector'un (1994) geliştirmiş olduğu Job Satisfaction Scale / İş Doyumu Ölçeği ve kişinin demografik bilgilerini içeren anket formu kullanılmıştır. Veriler SPSS 16.0 programına girilerek değerlendirilmiştir. Çalışmaya toplam 778 kişi katılmıştır. Bu kişilerin %72,72'si Acil Sağlık Hizmetlerinde görev yapmaktadır. Çalışanların toplam 24 puan üzerinden aldıkları ortalama iş doyum puanı 14,52 olarak bulunmuştur. En düşük puan 10,61 ile terfi, en yüksek puan ise 18,12 ile işin kendisinden kaynaklanan memnuniyettir. Çalışanların iş doyum düzeylerinde cinsiyet değişkeni açısından $p<0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. İlçe Sağlık Müdürlüklerinde çalışanların iş doyum puanı İl Sağlık Müdürlüğünde çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Genel iş doyum puanında çalışma süresine göre anlamlı olarak farklılık yoktur. Ortaokul mezunlarının iş doyum puanları lise, ön lisans, lisansüstü eğitim mezunlarına göre daha yüksektir. Sağlık Hizmetleri grubu personeli iş doyum puanının, Yardımcı Hizmetler grubu personeline göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: İş Doyumu, Sağlık Çalışanı, Sağlık Hizmetleri

1 Konya İl Sağlık Müdürlüğü, kendirci68@hotmail.com

2 Konya İl Sağlık Müdürlüğü, serapilgun82@hotmail.com

3 Konya İl Sağlık Müdürlüğü, drtalatgok42@hotmail.com

4 Konya İl Sağlık Müdürlüğü, yusufrguler@hotmail.com

Determining of Job Satisfaction Level at Health Personnel

ABSTARCT

Job satisfaction is feeling pleasure that is obtained by the person at the end of evaluation of his/her professional life. Providing job satisfaction of the individuals causes to increase their interest to work and to increase their dependency to the institution.

Our study has been done as identifier to determine job satisfaction level of KonyaProvincial Health Directorate personnel. We used a questionnaire form including Job Satisfaction Scale that was developed by Paul E. Spector (1994) and demographic information of the concerns. The data has been assessed as entering into program SPSS 16.0. Totally 778 people attended to the study. 72.72% of those people are employed at Emergency Health Services. The Average Job Satisfaction Point of the personnel was found as 14.52 inmaximum 24 point. The lowest point, 10.61 arising from promotion, the highest point, 18,12 is satisfaction arising from job itself. The job satisfaction of the personnel regarding to gender function had no statically meaningful difference with $p<0,05$ level. The job satisfaction point of the personnel employing at District Health Directorates was meaningfully higher than the personnel employing at Provincial Health directorate. There was no any meaningful difference at general job satisfaction subject to working period. The job satisfaction points of personnel graduated from secondary school was higher than personnel's job satisfaction point graduated from High school, college, undergraduate, master degree. It was determined that job satisfaction point of Health Services Group was lower than job satisfaction point of Assisted Services Group Personnel.

Key Words: Job Satisfaction, Health Personnel, Health Services

1. GİRİŞ

İş, yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır. Çalışanlar yaklaşık 30 yıllık bir süre boyunca, günlerinin önemli bir kısmını iş yerinde geçirmektedir. İş kişi için sadece geçim kaynağı veya zaman geçirmek için yapılan bir etkinlik de değildir. İşin kişi için önemli olma nedenlerinden biri, ona kendi yeteneklerini ve bilgilerini kullanma fırsatı vererek kişinin kendisini geliştirmesine imkân sağlamasıdır. Bu nedenle kişilerin işinden doyum sağlaması psikolojik ve fizyolojik sağlığı açısından son derece önemlidir. (Telman ve Ünsal, 2004, s.12).

İş doyumunu kavramı, ilk kez 1920’lerde ortaya çıkmış ve çalışanların algılarına, duygularına, davranışlarına ilişkin çok boyutlu iş tutumlarının bir ölçüsü olarak görülmüştür. İş doyumunu, bireyin iş yaşamını değerlendirmesi sonucu elde ettiği haz duygusu, iş doyumsuzluğu ise; bireyin çalıştığı işten elde ettiği hazzın düşüklüğü ve bunun bireyde oluşturduğu rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır (Saygun, Çakmak ve Köse, 2004, s.219).

Örgütte çalışanların iş doyumunun sağlanması; işe bağlılığının artmasını, devamsızlığın azalmasını, çalışan devir hızının düşmesini, işgücü verimliliğinin artışı, mutlu ve sağlıklı çalışanları, çalışanların yetenek ve yaratıcılıklarını ortaya koymalarını ve örgüt amaçlarına daha kolay güdülenmelerini sağlar. İş doyumsuzluğu ise çalışanlarda işe ve örgüte karşı ilgisizlik, işe sık devamsızlık yapma, iş şikâyetlerinde artış, iş gören devir hızının artması, iş gücü verimliliği ve örgütsel amaçlarda güdülenme eksikliğini beraberinde getirmektedir. Sağlık hizmetleri gibi, verilen hizmetin kişisel olduğu ve yoğun çabayı gerektirdiği hizmet örgütlerinde etkililiğin sağlanabilmesi için çalışanlar arasında yüksek bir doyum düzeyi gerekli görülmektedir.

İş doyumunu yüksek olan kişiler ile düşük olan kişiler arasında davranış farklılıkları olduğu saptanmıştır. İş doyumunu yüksek olan kişilerin işe güdülenmesi ve verdikleri hizmetin kalitesi yükselmektedir. Sağlık görevlileri çalışma ortamı içindeki durumlarından hoşnut olduklarında enerjilerini hasta bakım kalitesini artırma yönünde yoğunlaştırmaktadırlar (Saygılı ve Çelik 2011, s.30)

İş doyumunu; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, kıdem gibi bireysel faktörler ve çalışma ortamı, ücret, işin niteliği, terfi olanağı gibi örgütsel fak-

törlerden etkilenmektedir. Belirtilen faktörler ve iş doyumunu arasındaki ilişki aşağıdaki gibi açıklanabilir;

• **Yaş:** Yaş ve iş doyumunu arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Bireylerin yaşlandıkça, işlerinden aldıkları doyumda artar. Bunun nedeninin, deneyimlerinin güçlenmesinden kaynaklanan uyum artışı olduğu söylenebilir. Genç çalışanların, işten beklentilerinin yüksek olması, onların doyumsuzluğa kapılma olasılıklarını artırmaktadır.

• **Cinsiyet:** Cinsiyet faktörü açısından iş doyumunu araştırmaları incelendiğinde iş doyumunu puanlarının cinsiyet değişkeni yönünden anlamlı bir farklılık arz etmediğini belirlemiştir (Özcan, 2013, s.22). Cinsiyet faktörüne ilişkin farklılaşmanın yapılan işin niteliği ve meslek grubu gibi etkenlere bağlı olabileceği düşünülmektedir.

• **Medeni Durum:** İş doyumunu pozitif yönlü etkileyen bir değişken olduğu kabul edilmektedir. Evliliğin kişilere daha düzenli bir yaşam sağladığı, bu açıdan iş doyumunu arttırdığı düşünülmektedir (Saygılı ve Çelik, 2011, s.42).

• **Öğrenim Düzeyi:** Öğrenim düzeyi ile iş doyumunu arasında ters yönlü bir ilişkiden bahsedilir. Öğrenim düzeyi bireyin işinin gerektirdiğinden çok yüksekse bu durum iş doyumsuzluğu yaratmakta; öğrenim düzeyinin işin gerektirdiğinden orta derecede yüksekse bu iki değişken arasındaki etkileşimin çok az olduğu görülmektedir. Bireylerin en son mezun olduğu eğitim basamağı açısından değerlendirilecek olursa; kişinin kendinden daha alt basamaktan mezun olmuş kişiler ile aynı ücreti alması durumunda doyumsuzluğunun arttığı görülmektedir.

• **Kıdem:** Kıdem, bireylerin o mesleği icra ettikleri süre olarak tanımlanabilir. Bir birey işiyle ilgili tecrübe kazandıkça, çalışma hayatında karşılaşılabileceği problemleri, sorunları ve çözüm yolları konusunda bir bakıma deneyim kazanır (Özcan, 2013, s.44).

• **İletişim:** İletişim, kişilerin birbirlerine bilgi ve talimat aktarması, sistemli raporlar çıkarması ve çalışanlar arasında bilgi ve duygu birliğinin sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Yapılan araştırmalar iletişimsizliğin doyumsuzluk

yarattığını ancak iyi iletişimin her zaman iş doyumunu arttırmaya yetmediğini ortaya koymuştur.

Çalışanların istek ve gereksinimlerini üst kademelere iletmeleri, yöneticilerin de gerekli emir ve talimatları çalışanlara iletmeleri iyi bir iletişim sisteminin kurulmasıyla sağlanabilir. Çalışanlar kendi istek ve gereksinimlerini, iş ile ilgili görüş ve önerilerini üst kademelere iletemediklerinde ya da gereksinim duydukları konulardaki bilgiler kendilerine aktarılmadığında huzursuzluk duyar ve moral bozukluğu içine düşerler. Bu durum çalışan üzerinde de doyum-suzluğa neden olur.

• **Çalışma Ortamı:** Çalışanlar, çalışma ortamlarının iyileştirilmesini ve çalışma yaşamına ilişkin ekonomik, psikolojik ve toplumsal gereksinimlerinin karşılanmasını beklemektedirler. Fiziksel çalışma koşulları iş doyumunu etkileyen önemli etmenlerdendir. Aşırı gürültü, yüksek ya da düşük ısı, aşırı beden gücü kullanımı, tehlikeli çalışma koşulları en fazla doyum-suzluk yaratan fiziksel çalışma koşulları arasında yer almaktadır.

• **Ücret:** Para sadece temel ihtiyaçlara ulaşmayı sağlamaz, aynı zamanda üst düzey ihtiyaçların karşılanmasında da yardımcıdır. Bu nedenle ücret iş doyumunda önemli bir faktördür. Çalışanlar ücreti, kendilerinin örgüte katkısına yönetimin nasıl baktığının bir yansıması olarak görürler. Çalışanların iş doyumunun sağlanmasında, iş görenin bireysel ve görev özellikleri ile elde ettiği ücret arasında bir dengenin olması ve bu dengenin iş görece algılanması önemli rol oynamaktadır.

• **Yükselme Olanığı:** İş doymu açısından terfi etmek ücretten daha etkili bir faktördür. Terfi etmek birey için maddi destek olmasının yanı sıra bireyin sosyal statüsünü de yükseltmektedir. Başarı değerlendirme sisteminin hatalı olması, yeterlinin yanında yetersizin de ödüllendirilmesi başarılı olduğuna inanan bireyin iş doyumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışanlar, çalıştıkları işlerinde, işleri iyice öğrenip tecrübe kazandıkça yükselmek isterler. Çünkü kişiler için iş tekdüzeleşecek iş yerindeki yetkilerini ve dolayısıyla sorumluluklarını yetersiz bulacaklardır.

• **İşin Niteliği:** Bir iş ne derece farklı türde beceriler gerektiriyorsa kişiye o derece doyum verecektir. Aynı türde, çok fazla uzmanlık gerektirmeyen,

kolay öğrenilebilen ve sürekli tekrarlanan becerilerin kullanıldığı işlerde çalışanlar genellikle işlerinden daha az doyum sağlamaktadırlar. Bir çalışan, işin ne kadar büyük bölümünden sorumluysa işinden alacağı doyum da o kadar fazla olacaktır. İşin yürütülmesi sırasında bilgi ve beceriler kazanma, var olan bilgi ve yetenekleri kullanma olanağı, işin çeşitliliği, otonomi, işi yapma ile duyulan başarı hissi, istenilen düzeyde iş yükü, işin saygınlığı gibi boyutlar iş doyumunu üzerinde etkili olan faktörlerdir. Diğer yandan çok fazla çeşitliliği olan işler de kişi üzerinde aşırı uyarılma etkisi yaparak, psikolojik yüklenmeye neden olmakta ve tükenmeye yol açabilmektedir.

• **Çalışma Arkadaşları:** Bireylerin iş yaşamında geçirdikleri süre göz önünde tutulduğunda, yaşantıların büyük bir kısmının iş ortamında geçtiği görülecektir. Atmış yaşında emekli olan bir bireyin ömrünün yaklaşık yedi yılını çalışma ortamında geçirdiği düşünülebilir. Bu durumda çalışma ortamının ve arkadaşlarının destekleyici, yardım etmeye istekli ve mutlu edici tavırları bireyin işinden mutlu olmasa da çalışma ortamından dolayı doyum düzeyine olumlu etki yapması beklenebilir (Özcan, 2013, s.24).

• **Ödül:** Çalışanlar ödüllendirildikçe doyumları yükselir. Bireylere daha nitelikli görevler verilmesi, yazılı ya da sözlü takdir edilmesi, teşekkür olarak verilen hediye gibi özel saygınlık işaretleri, kademe-derece artışı, dinlenme imkânları, yaşam standardını yükseltecek ücret artışları, iş güvencesi ve çalışma koşullarını iyileştiren ödüller iş doyumunu etkileyen önemli faktörlerdir.

İş doyumunun sonuçları, iş görenin fiziksel ve ruhsal sağlığını, örgütün çalışma ortamını ve verimliliğini, toplumun huzurunu, ekonomik gelişmesini, tasarruf ve sosyal israf anlayışını etkilemesi açısından göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir. İş doyumsuzluğu gizli biçimlerde işin yavaşlamasına, iş başarısının, iş verimliliğinin düşmesine, işe bağlılığın azalmasına, isteğe bağlı işgücü devir oranının, iş kazalarının ve iş şikâyetlerinin artmasına neden olmaktadır (Karakuş, 2011, s.51).

Çalışanların iş doyumunu düzeyini belirlemek amacıyla, çeşitli yöntemler uygulanmaktadır. Bu konuda en sık başvurulan yol, işin değişik yönleri ile ilgili sorulardan oluşan ölçeklerin kullanılmasıdır. İş doyumunun karmaşık yapısı nedeniyle, uygulamada birçok sorunla karşılaşmaktadır. Bazı araştırmacı-

lar, bireyin işinden genel olarak ne kadar doyum sağladığını sorgulamaktadır. Buna karşılık, çok yönlü yaklaşımı esas alan araştırmacılar, işin değişik boyutlarına ilişkin doyumunu ölçmeye çalışmaktadır.

Çalışmalarda iş doyumsuzluğu durumunda olumsuz sonuçlar oluşabileceği yönünde bulgular vardır. Bunlar aşağıdaki şekilde özetlenebilir;

- İş zamanını özel işlerde kullanma
- Çalışıyor gibi görünme
- İş aksatma
- Hakim güce karşı çıkma
- Çalışma arkadaşlarına karşı asabi hareketlerde bulunma
- Öc alma gibi davranışlar sergileme (Sun,2002).

Bu çalışmada Konya İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı olarak görev yapan personelin iş doyumunu düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. YÖNTEM

2.1. Araştırma Evreni

Araştırma Konya ilinde yapılmıştır. Evreni Konya İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı olarak görev yapan kişiler oluşturmuştur.

2.2. Araştırmanın Örnekleme

Örnekleme alınmamış, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm çalışanlar araştırmaya dahil edilmiştir.

2.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma betimsel tiptedir.

2.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenini demografik özellikler, bağımlı değişkenini ise personelin iş doyumunu oluşturmuştur.

2.5. Veri Toplama Formu

Veri toplama aracı olarak Paul E. Spector'un (1994) geliştirmiş olduğu Job Satisfaction Scale / İş Doyumu Ölçeği ve kişinin demografik bilgilerini içeren anket formu kullanılmıştır.

İş doyumu Ölçeği; ücret, terfi, yönetim, yan ödeme-ek gelir, ödül, çalışma şartları ve kurallar, çalışma arkadaşları, işin kendisi ve kurum içi iletişim olmak üzere dokuz ana madde ve her ana maddenin altında dört alt madde olmak üzere toplam 36 maddeden oluşmaktadır.

2.6. Araştırmanın İnsan Gücü

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından toplanmıştır.

2.7. Etik Konular

Araştırmanın amacı çalışanlara anlatılmış, araştırmaya katılımın gönüllü olduğu ve katılmak istemeyenlere herhangi bir yaptırım uygulanmayacağı belirtilmiştir.

Araştırma için gerekli izinler alınmıştır.

2.8. Verilerin Analizi

Ölçeğin güvenirlik katsayısı (Cronbach Alpha Coefficient) Spector (2007) tarafından üç bine yakın denek ile yapılan araştırma verileri doğrultusunda (n=2870) alfa katsayısı 0,91 olarak saptanmıştır. Ayrıca Türkçe'ye çevrildikten sonra Yelboğa (2009) tarafından üç yüz seksen (n=380) denek ile yapılan güvenirlik analizi sonucu alfa değeri 0,78 olarak hesaplanmıştır. Anketin değerlendirilmesinde olumsuz yargı içeren maddelerin (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 19, 21, 23, 24, 26, 29, 31, 32, 34) puanları ters çevrilerek hesaplanmıştır.

Verilerin analizi ve tabloların oluşturulmasında SPSS 22.0 (Statistical Package For Social Science) yazılımından faydalanılmıştır. Normallik analizi sonrası, betimleyici istatistikler yanında yüzdelik puanların tek yönlü karşılaştırılmasında ki-kare testi, 2 değişkenli grupların incelenmesinde t-teti uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren 2 den fazla değişkenli grupların değerlendirilmesinde Tek Yönlü Varyans analizi, gruplar arası farklılık bulunduğu farkın hangi gruplar arasında olduğunun tespitinde Tukey testi uygulanmıştır. Normal dağılım göstermeyen 2'den fazla

değişkenli grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis Testi ve gruplar arası farklılık bulunduğunda farkın hangi gruplar arasında olduğunun tespitinde Mann-Whitney-U testi uygulanmıştır. 0.05'ten küçük p değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

3.1. Betimsel Veriler

Çalışmaya toplamda 743 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılanların % 52,2'si (388) kadın, % 47,8'i (355) erkektir. Çalışanların cinsiyete göre dağılımlarının birbirine yakın olduğu görülmektedir.

Kişilerin % 75,4'ü (560) Sağlık Hizmetleri sınıfında ve % 73,1'i (543) Acil Sağlık Hizmetlerinde görev yapmaktadır.

Çalışmaya katılan kişilerin % 58,5'i (435) 0-9 yıldır, % 21,5'i (160) 10-19 yıldır çalışmakta olduğunu ve % 43,1'i (326) lise, % 23,1'i (172) önlisans, % 22,1'i (164) lisans mezunu olduğunu belirtmiştir. Lise mezunu oranının yüksek olması acil sağlık hizmetleri sınıfında görev yapan Acil Tıp Teknisyeni (ATT) sayısının yüksek olmasına bağlanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Çalışanların Sosyo-Demografik Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	388	52,2
	Erkek	355	47,8
Çalıştığı Kurum	İl Sağlık Müdürlüğü	130	17,5
	İlçe Sağlık Müdürlüğü	70	9,4
	Acil Sağlık Hizmetleri	543	73,1
Çalışma Süresi	0-9 Yıl	435	58,5
	10-19 Yıl	160	21,5
	20 Yıl ve Üzeri	148	20,0
Eğitim Durumu	İlkokul	21	2,8
	Ortaokul	30	4,0
	Lise	326	43,9
	Ön Lisans	172	23,1
	Lisans	164	22,1
	Lisans Üstü	30	4,0

Hizmet Sınıfı	Sağlık Hizmetleri	560	75,4
	Genel İdari Hizmetler	110	14,8
	Teknik Hizmetler	15	2,0
	Yardımcı Hizmetler	58	7,8
	TOPLAM	743	100,00

Tablo 2’de iş doyumunun alt boyutları ortalama puanlarına göre küçükten büyüğe doğru sıralanmıştır. Tabloda görüldüğü üzere çalışanların iş doyumlarını olumsuz etkileyen en önemli boyutun terfi olanakları ($\bar{X}= 10,65$) olduğu görülmektedir. Terfi olanaklarından sonra iş doyumunu olumsuz etkileyen boyutların sırası ile ücret ($\bar{X}= 12,51$), ödül ($\bar{X}= 12,94$) ve yan ödeme ($\bar{X}= 13,06$) olduğu görülmektedir. Çalışanların en çok doyum yaşadığı alt boyutun da işin kendisi ($\bar{X}= 18,14$) olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Kişilerin İş Doyumlarına Dair Alt Boyutlardan Hesaplanan Ortalama Ve Standart Sapma Puanları

Alt Boyut	n	Min	Max	X	ss
Terfi	743	4	24	10,65	4,00
Ücret	743	4	21	12,51	4,70
Ödül	743	4	24	12,94	3,78
Yan Ödeme	743	4	24	13,06	4,10
Çalışma Şartları	743	4	24	13,88	2,91
İletişim	743	5	24	15,07	4,00
Yönetim	743	4	24	16,08	4,63
Çalışma Arkadaşları	743	4	24	16,94	3,92
İşin Kendisi	743	4	24	18,14	3,90
Toplam	743	64	201	129,27	20,72

JSS iş doyumunu ölçeceği sorularına verilen yanıtların frekans dağılımları ve ortalama puanlarına bakıldığında; en yüksek ortalamaya sahip olan sorular “Yaptığım işten gurur duyuyorum”, “İşimden hoşlanıyorum” ve “ Birlikte çalıştığım insanları seviyorum” sorularıdır. En düşük ortalamaya sahip olan sorular ise “İşini iyi yapana adil bir Tablode yükselme şansı veriliyor” ve “Bu

iş yerindeki insanlar diğer işyerlerindeki kadar hızlı yükselmektedir” sorularıdır (Tablo 3).

Ücret ile ilgili iş doyumlarına bakıldığında katılımcıların verdikleri yanıtlara göre 19. madde olan “Bana verdikleri ücreti düşündüğümde takdir görmediğimi düşünüyorum.” maddesi $\bar{X}=3,47$ ortalama ile en yüksek puana sahip iken 10. madde olan “iş yerimde ücret artışı az oluyor.” maddesi $\bar{X}=2,66$ ortalama ile en düşük ortalamaya sahiptir (Tablo 3).

Terfi alt boyutu $\bar{X}=10,67$ ortalama ile en düşük ortalamaya sahiptir. Terfi alt boyut ile ilgili maddeler incelendiğinde; “İşini iyi yapana adil bir Tablode yükselme şansı veriliyor” maddesinin $\bar{X}=2,36$ ortalama ile hem terfi alt boyutu hem de tüm maddeler içerisinde en düşük ortalamaya sahip soru olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Yönetim alt boyutu $\bar{X}=16,08$ ortalama ile işin kendisi ve çalışma arkadaşları alt boyutlarından sonra üçüncü en yüksek ortalamaya sahiptir. İlgili maddeleri incelendiğinde “Yöneticimi seviyorum” maddesi en yüksek ortalamaya sahiptir ($\bar{X}=4,32$).

Yan ödeme alt boyutunda, “İşyerimde verilen hak ve ödenekler diğer pek çok işletmeden kadar iyidir.” maddesi $\bar{X}=3,39$ ortalama ile ve “İşyerinde aldığımız hak ve ödenekler adildir.” $\bar{X}=3,15$ ortalama ile en yüksek ortalamaya sahip olan maddelerdir (Tablo 3).

Ödül alt boyutu sorusu $\bar{X}=12,94$ ortalama ile terfi ve ücret alt boyutlarından sonra üçüncü en düşük ortalamaya sahiptir. Alt boyut kapsamındaki maddeler içerisinde “Bu işyerinde çalışanlar çok az ödüllendiriyorlar.” maddesi $\bar{X}=2,70$ ortalama ve “İşimi iyi yaptığım zaman takdir edilmekteyim.” maddesi $\bar{X}=2,87$ ortalama ile en düşük ortalamaya sahip maddelerdir (Tablo 3).

“İşyerinde yapmam gereken çok iş var.” maddesi $\bar{X}=3,31$ ve “Bu işyerinde çok fazla yazışma ve benzeri işlerle uğraşmak zorundayım.” maddesi $\bar{X}=3,30$ ortalama ile çalışma şartları alt boyutunun en düşük ortalamaya sahip maddeleridir (Tablo 3).

Çalışma arkadaşları alt boyutu $\bar{X}=18,14$ ortalama ile işin kendisinden sonra en yüksek ortalamaya sahip alt boyuttur.

İşin kendisi alt boyutu $\bar{X}=18,14$ ortalama ile en yüksek ortalamaya sahip alt boyuttur. “Yaptığım işten gurur duyuyorum.” maddesi $\bar{X}=4,78$ ortalama ile ve “İşimden hoşlanıyorum.” maddesi $\bar{X}=4,72$ ortalama ile en yüksek ortalamaya sahiptir.

“Çoğu zaman bu işyerinde neler olduğunu bilmediğimi hissediyorum.” maddesi $\bar{X}=3,44$ ortalama ile ve “Bu işyerinin hedefleri bana açık ve belirgin gelmiyor.” maddesi $\bar{X}=3,72$ ortalama ile iletişim alt boyutunun en düşük ortalamaya sahip sorularıdır (Tablo 3).

Tablo 3. Sorulara Verilen Yanıtların Frekans Dağılımları ve Ortalama Puanları

		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Ortalama	SS	Toplam
ÜCRET										
1	Yaptığım iş karşılığında adil bir ücret aldığımı düşünüyorum.	166	111	93	136	177	60	3,31	1,68	743
10	İşyerimde ücret artışları az oluyor.	193	223	138	63	84	42	2,66	1,51	743
19	Bana verdikleri ücreti düşündüğümde takdir görmediğimi hissediyorum.	100	130	154	113	174	72	3,47	1,57	743
28	Ücretimdeki artışlardan memnunum.	187	136	101	140	107	72	3,08	1,68	743
TERFİ										
2	İşimde yükselme şansım çok düşüktür.	204	202	122	67	98	50	2,73	1,59	743
11	İşini iyi yapana adil bir Tablode yükselme şansı veriliyor.	284	209	71	83	66	30	2,36	1,50	743
20	Bu işyerindeki insanlar diğer işyerlerindeki kadar hızlı yükselmektedirler.	242	191	112	91	75	32	2,55	1,51	743
33	Yükselmek için yeterli şansa sahip olduğumu düşünüyorum.	183	161	102	114	130	53	3,01	1,64	743

YÖNETİM										
3	Yöneticim yaptığı işte oldukça yeterlidir.	65	83	80	189	213	113	4,00	1,50	743
12	Yöneticim bana karşı adil değildir.	55	84	116	92	247	149	4,13	1,55	743
21	Yöneticim, çalışanlarının hislerine çok az ilgi gösterir.	92	116	148	109	178	100	3,63	1,61	743
30	Yöneticimi seviyorum.	56	49	51	185	246	156	4,32	1,44	743
YAN ÖDEME										
4	İşimin karşılığında bana sağlanan hak ve ödeneklerden memnun değilim.	123	180	162	103	125	50	3,10	1,52	743
13	İşyerimde verilen hak ve ödenekler diğer pek çok işletmeden kadar iyidir.	110	126	114	173	175	45	3,42	1,52	743
22	İşyerinde aldığımız hak ve ödenekler adildir.	123	133	107	151	168	61	3,39	1,59	743
29	İşyerinde almamız gerekip de almadığımız ek ödenekler ve haklar var.	151	145	159	88	132	68	3,15	1,63	743
ÖDÜL										
5	İşimi iyi yaptığım zaman takdir edilmekteyim.	184	184	94	141	102	38	2,87	1,56	743
14	Yaptığım işten hoşnut olmadığımı düşünüyorum.	45	62	108	79	235	214	4,40	1,53	743
23	Bu işyerinde çalışanlar çok az ödüllendiriyorlar.	199	222	124	61	76	61	2,70	1,59	743
32	Çabalarımın gerektiği kadar ödüllendirildiğini sanmıyorum.	138	182	187	81	109	46	2,97	1,50	743
ÇALIŞMA ŞARTLARI										
6	İşyerimdeki kurallar işi hakkıyla yapmamı zorlaştırmaktadır.	77	80	151	111	219	105	3,85	1,55	743
15	İyi bir iş yapmak için harcadığım çabalar nadiren formalite işler tarafından engellenir.	69	181	139	149	132	73	3,42	1,50	743

24	İşyerinde yapmam gereken çok iş var.	79	147	214	118	138	47	3,31	1,41	743
31	Bu işyerinde çok fazla yazışma ve benzeri işlerle uğraşmak zorundayım.	106	152	179	88	155	63	3,30	1,55	743
ÇALIŞMA ARKADAŞLARI										
7	Birlikte çalıştığım insanları seviyorum.	18	43	49	128	281	224	4,73	1,25	743
16	Birlikte çalıştığım insanların yetersiz olmasından dolayı işimde daha çok çalışmak zorundayım.	76	103	141	74	236	113	3,85	1,60	743
25	İş arkadaşlarımdan hoşlanıyorum.	29	43	58	176	292	145	4,47	1,27	743
34	İşyerimde çok fazla çekişme ve kavga var.	83	74	151	103	198	134	3,89	1,61	743
İŞİN KENDİSİ										
8	Bazen yaptığım işin çok anlamsız olduğunu hissediyorum	57	80	124	68	191	223	4,24	1,64	743
17	İşyerimde yaptığım işlerden hoşlanıyorum.	31	51	75	170	272	144	4,39	1,32	743
27	Yaptığım işten gurur duyuyorum.	30	39	43	117	237	277	4,78	1,35	743
35	İşimden hoşlanıyorum.	32	30	45	136	263	237	4,72	1,31	743
KURUM İÇİ İLETİŞİM										
9	İşyerimdeki iletişimin iyi olduğunu düşünüyorum.	61	71	88	174	240	109	4,06	1,47	743
18	Bu işyerinin hedefleri bana açık ve belirgin gelmiyor.	62	122	175	93	186	105	3,72	1,54	743
26	Çoğu zaman bu işyerinde neler olduğunu bilmediğimi hissediyorum.	102	137	171	79	170	84	3,44	1,61	743
36	Yapmam gereken işler yeterince açık ve net değildir	64	94	157	122	192	114	3,84	1,53	743

İş Doymu Boyutlarına Ait Puanlar ve Cinsiyet Değişkeni Karşılaştırması

Çalışanların iş doymu düzeylerinde cinsiyet değişkeni açısından $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p = 0,023$). Çalışanların cinsiyetleri iş doymu düzeylerinin bir belirleyicisidir.

Alt boyutlarda erkeklerin doyum düzeyinin yüksek olduğu değişken işin kendisi ($p = 0,010$), kadınların iş doymu puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu değişkenler ise terfi ($p = 0,001$) ve yönetim ($p = 0,005$) olarak bulunmuştur.

İş doymu puan ortalamaları dikkate alındığında erkek ve kadınların iş doymu düzeylerinin en yüksek olduğu alt boyut işin kendisi ($x = 4,48, 4,67$) en düşük olduğu alt boyut ise terfi ($x = 2,82, 2,67$) olarak görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Çalışanların Cinsiyetlerine İş Doymu Düzeylerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Cinsiyet	n	x	Z puanı	p
Ücret	Kadın	388	3,60	0,712	,476
	Erkek	355	3,53		
Terfi	Kadın	388	2,82	3,215	,001*
	Erkek	355	2,62		
Yönetim	Kadın	388	4,17	2,815	,005*
	Erkek	355	4,02		
Yan Ödeme	Kadın	388	3,51	1,287	,198
	Erkek	355	3,48		
Ödül	Kadın	388	3,38	0,741	,459
	Erkek	355	3,32		
Çalışma Şartları	Kadın	388	3,55	1,427	,154
	Erkek	355	3,51		
Çalışma Arkadaşları	Kadın	388	4,30	1,174	,240
	Erkek	355	4,23		
İşin Kendisi	Kadın	388	4,48	2,585	,010*
	Erkek	355	4,67		
İletişim	Kadın	388	3,84	1,850	,064
	Erkek	355	3,79		
Toplam	Kadın	388	3,58	2,267	,023*
	Erkek	355	3,49		

İş Doymu Boyutlarına Ait Puanlar ve Çalışma Süresi Karşılaştırması

Çalışanların genel iş doymu puanında çalışma süresine göre anlamlı olarak farklılık yoktur ($p=0,144$). Alt gruplara bakıldığında yönetim ($p=0,001$), ödül ($p=0,008$), çalışma şartları ($p=0,003$), çalışma arkadaşları ($p=0,002$) ve işin kendisi ($p=0,002$) grupları arası farklılıklar mevcuttur (Tablo 5).

Her bir alt boyut için ayrı olmak üzere; en yüksek iş doymuna sahip oldukları çalışma süreleri işin kendisi için 0-9 yıl, ücret ve iletişim için 10-19 yıl, diğer alt boyutlar olan terfi, yönetim, yan ödeme, ödül, çalışma şartları, çalışma arkadaşları için 20 yıl ve üzeridir (Tablo 5).

Tablo 5. Çalışma Süresine Göre İş Doymu Puanları

Alt Boyut	Çalışma Süresi	n	Mean Rank	SD	Ki kare	P
Ücret	0-9 Yıl	435	374,21	2	2,637	,267
	10-19 Yıl	160	387,53			
	20 Yıl ve Üz.	148	348,71			
Terfi	0-9 Yıl	435	359,06	2	3,925	,141
	10-19 Yıl	160	386,86			
	20 Yıl ve Üz.	148	393,98			
Yönetim	0-9 Yıl	435	347,22	2	14,056	,001*
	10-19 Yıl	160	406,68			
	20 Yıl ve Üz.	148	407,34			
Yan Ödeme	0-9 Yıl	435	365,88	2	,886	,642
	10-19 Yıl	160	378,74			
	20 Yıl ve Üz.	148	382,72			
Ödül	0-9 Yıl	435	357,26	2	9,621	,008*
	10-19 Yıl	160	367,57			
	20 Yıl ve Üz.	148	420,11			
Çalışma Şartları	0-9 Yıl	435	355,84	2	11,400	,003*
	10-19 Yıl	160	367,68			
	20 Yıl ve Üz.	148	424,17			
Çalışma Arkadaşları	0-9 Yıl	435	355,10	2	12,053	,002*
	10-19 Yıl	160	390,82			
	20 Yıl ve Üz.	148	416,01			
İşin Kendisi	0-9 Yıl	435	395,04	2	12,991	,002*
	10-19 Yıl	160	328,90			
	20 Yıl ve Üz.	148	350,88			

İletişim	0-9 Yıl	435	368,96	2	0,443	,801
	10-19 Yıl	160	381,93			
	20 Yıl ve Üz.	148	370,18			
Toplam	0-9 Yıl	435	360,47	2	3,874	,144
	10-19 Yıl	160	377,49			
	20 Yıl ve Üz.	148	399,96			

Tablo 6. Çalışma Süresi Değişkenine Göre Betimsel Veriler Tablosu

Alt Boyut	Değişken	n	x	s
Ücret	Çalışma Süresi	743	3,12	1,17
Terfi	Çalışma Süresi	743	2,66	1,00
Yönetim	Çalışma Süresi	743	4,01	1,15
Yan Ödeme	Çalışma Süresi	743	3,26	1,02
Ödül	Çalışma Süresi	743	3,23	0,94
Çalışma Şartları	Çalışma Süresi	743	3,46	0,72
Çalışma Arkadaşları	Çalışma Süresi	743	4,23	0,98
İşin Kendisi	Çalışma Süresi	743	4,53	0,97
İletişim	Çalışma Süresi	743	3,76	0,99
Toplam	Çalışma Süresi	743	5,59	0,57

İş Doymu Boyutlarına Ait Puanlar ve Eğitim Durumu Karşılaştırması

Çalışanların genel iş doymu puanında eğitim durumuna göre anlamlı olarak farklılık mevcuttur ($p=0,0211$). Ortaokul mezunlarının iş doymu puanları lise, ön lisans, lisansüstü eğitim mezunlarına göre daha yüksektir (Tablo 7).

Alt gruplara bakıldığında terfi ($p=0,001$), yönetim ($p=0,001$), çalışma arkadaşları ($p=0,0030$) ve işin kendisine ($p=0,001$) bağlı iş doymu puanlarında eğitim durumu etkili faktör olarak bulunmuştur. İlkokul ve ortaokul mezunlarının terfi ve yönetim iş doymu puanları diğer gruplara göre daha yüksektir. Lisans mezunlarının çalışma arkadaşları ile ilgili iş doymu puanı diğer gruplara göre daha yüksektir (Tablo 7).

Lisans ve lisansüstü eğitim mezunu kişilerin işin kendisinden kaynaklanan doym puanı diğer gruplara oranla daha düşüktür (Tablo 7).

Tablo 7. Eğitim Durumuna Göre İş Doyumu Puanları

Alt Boyut	Eğitim Durumu	n	Mean Rank	SD	Ki kare	p
Ücret	İlkokul	21	425,14	5	4,779	0,443
	Ortaokul	30	410,03			
	Lise	326	361,19			
	Ön Lisans	172	388,44			
	Lisans	164	368,23			
	Lisans Üstü	30	340,60			
Terfi	İlkokul	21	425,14	5	22,026	0,001*
	Ortaokul	30	410,03			
	Lise	326	361,19			
	Ön Lisans	172	388,44			
	Lisans	164	368,23			
	Lisans Üstü	30	340,60			
Yönetim	İlkokul	21	409,81	5	21,232	0,001*
	Ortaokul	30	421,65			
	Lise	326	339,08			
	Ön Lisans	172	363,82			
	Lisans	164	424,64			
	Lisans Üstü	30	412,80			
Yan ödeme	İlkokul	21	383,55	5	7,277	0,201
	Ortaokul	30	455,72			
	Lise	326	362,75			
	Ön Lisans	172	366,42			
	Lisans	164	386,94			
	Lisans Üstü	30	331,00			
Ödül	İlkokul	21	442,33	5	10,811	0,055
	Ortaokul	30	467,55			
	Lise	326	366,76			
	Ön Lisans	172	367,13			
	Lisans	164	371,80			
	Lisans Üstü	30	313,15			
Çalışma Şartları	İlkokul	21	448,36	5	4,807	0,440
	Ortaokul	30	416,35			
	Lise	326	370,31			
	Ön Lisans	172	359,64			
	Lisans	164	373,74			
	Lisans Üstü	30	353,92			

Çalışma Arkadaşları	İlkokul	21	400,24	5	12,377	0,030*
	Ortaokul	30	403,90			
	Lise	326	346,73			
	Ön Lisans	172	367,23			
	Lisans	164	414,68			
	Lisans Üstü	30	388,97			
İşin Kendisi	İlkokul	21	353,81	5	20,790	0,001*
	Ortaokul	30	402,53			
	Lise	326	396,28			
	Ön Lisans	172	387,88			
	Lisans	164	320,21			
	Lisans Üstü	30	282,45			
İletişim	İlkokul	21	435,93	5	7,131	0,211
	Ortaokul	30	453,07			
	Lise	326	364,10			
	Ön Lisans	172	373,48			
	Lisans	164	367,89			
	Lisans Üstü	30	346,03			
Toplam	İlkokul	21	445,29	5	13,270	0,021*
	Ortaokul	30	482,75			
	Lise	326	364,25			
	Ön Lisans	172	363,28			
	Lisans	164	377,12			
	Lisans Üstü	30	316,22			

Tablo 8. Çalışma Süresi Değişkenine Göre Betimsel Veriler Tablosu

Alt Boyut	Değişken	n	x	s
Ücret	Eğitim Durumu	743	3,12	1,17
Terfi	Eğitim Durumu	743	2,66	1,00
Yönetim	Eğitim Durumu	743	4,01	1,15
Yan Ödeme	Eğitim Durumu	743	3,26	1,02
Ödül	Eğitim Durumu	743	3,23	0,94
Çalışma Şartları	Eğitim Durumu	743	3,46	0,72
Çalışma Arkadaşları	Eğitim Durumu	743	4,23	0,97
İşin Kendisi	Eğitim Durumu	743	4,53	0,97
İletişim	Eğitim Durumu	743	3,76	0,99
Toplam	Eğitim Durumu	743	3,59	0,57

İş Doymu Boyutlarına Ait Puanlar ve Hizmet Sınıfı Karşılaştırması

Hizmet sınıfı iş doymu üzerinde etkili faktör olarak bulunmuştur ($p=0,039$). Teknik ve yardımcı hizmetlerde çalışanların iş doymu puanları, genel ve sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre daha yüksektir.

İş doymununun alt gruplarına bakıldığında teknik hizmetler grubunda görev yapanların ücret iş doymu puanı sağlık hizmetleri ve genel idari hizmetler grubunda görev yapanlara göre daha yüksektir ($p=0,033$). Sağlık hizmetlerinde çalışanların terfi iş doymu puanı yardımcı hizmetler grubunda çalışanlara göre daha düşüktür ($p=0,0025$). Genel idari hizmetler grubunun yönetim iş doymu puanı sağlık hizmetlerinde görev yapanlara göre daha yüksektir ($p=0,025$) (Tablo 9).

Sağlık hizmetleri ve yardımcı hizmetler grubunda çalışanlar genel idari hizmetler ve yardımcı hizmetler grubunda çalışanlara göre yaptığı işten daha memnundur ($p=0,025$). Genel idari hizmetler grubunda görev yapanların yardımcı hizmetler grubunda görev yapanlara göre kurum içi iletişim iş doymu puanları daha yüksektir ($p=0,027$) (Tablo 9).

Tablo 9. Hizmet Sınıfına Göre İş Doymu Puanları

Alt Boyut	Hizmet Sınıfı	n	Mean Rank	SD	Ki kare	p
Ücret	Sağlık Hizmetleri	560	372,04	3	8,711	0,033*
	Genel İdari Hizmetler	110	351,54			
	Teknik Hizmetler	15	525,50			
	Yardımcı Hizmetler	58	370,74			
Terfi	Sağlık Hizmetleri	560	357,31	3	16,423	0,001*
	Genel İdari Hizmetler	110	388,41			
	Teknik Hizmetler	15	415,97			
	Yardımcı Hizmetler	58	471,34			
Yönetim	Sağlık Hizmetleri	560	358,59	3	9,361	0,025*
	Genel İdari Hizmetler	110	416,58			
	Teknik Hizmetler	15	377,73			
	Yardımcı Hizmetler	58	415,42			
Yan Ödeme	Sağlık Hizmetleri	560	363,50	3	4,175	0,243
	Genel İdari Hizmetler	110	397,67			
	Teknik Hizmetler	15	436,27			
	Yardımcı Hizmetler	58	388,78			

Ödül	Sağlık Hizmetleri	560	363,50	3	8,928	0,030*
	Genel İdari Hizmetler	110	368,75			
	Teknik Hizmetler	15	421,40			
	Yardımcı Hizmetler	58	447,47			
Çalışma Şartları	Sağlık Hizmetleri	560	369,30	3	1,227	0,747
	Genel İdari Hizmetler	110	368,35			
	Teknik Hizmetler	15	395,60			
	Yardımcı Hizmetler	58	398,91			
Çalışma Arkadaşları	Sağlık Hizmetleri	560	359,81	3	7,555	0,056
	Genel İdari Hizmetler	110	413,83			
	Teknik Hizmetler	15	413,37			
	Yardımcı Hizmetler	58	399,70			
İşin Kendisi	Sağlık Hizmetleri	560	379,98	3	9,309	0,025*
	Genel İdari Hizmetler	110	318,19			
	Teknik Hizmetler	15	344,30			
	Yardımcı Hizmetler	58	404,16			
İletişim	Sağlık Hizmetleri	560	371,91	3	9,192	0,027*
	Genel İdari Hizmetler	110	333,94			
	Teknik Hizmetler	15	401,37			
	Yardımcı Hizmetler	58	437,50			
Toplam	Sağlık Hizmetleri	560	363,69	3	8,390	0,039*
	Genel İdari Hizmetler	110	368,60			
	Teknik Hizmetler	15	440,10			
	Yardımcı Hizmetler	58	441,09			

Tablo 10. Hizmet Sınıfı Değişkenine Göre Betimsel Veriler Tablosu

Alt Boyut	Değişken	n	x	s
Ücret	Hizmet Sınıfı	743	3,12	1,17
Terfi	Hizmet Sınıfı	743	2,66	1,00
Yönetim	Hizmet Sınıfı	743	4,01	1,15
Yan Ödeme	Hizmet Sınıfı	743	3,26	1,02
Ödül	Hizmet Sınıfı	743	3,23	0,94
Çalışma Şartları	Hizmet Sınıfı	743	3,46	0,72
Çalışma Arkadaşları	Hizmet Sınıfı	743	4,23	0,97
İşin Kendisi	Hizmet Sınıfı	743	4,53	0,97
İletişim	Hizmet Sınıfı	743	3,76	0,99
Toplam	Hizmet Sınıfı	743	3,59	0,57

İş Doymu Boyutlarına Ait Puanlar ve Çalışılan Kurum Karşılaştırması

Görev yapılan kurum iş doymu üzerinde etkili faktör değildir. İş doyumunun alt gruplarına bakıldığında kişinin çalıştığı kurum, yönetim ($p=0,000$), ödül ($p=0,007$), çalışma şartları ($p=0,035$) çalışma arkadaşları ($p=0,014$), işin kendisi ($p=0,000$) ve iletişim ($p=0,002$) iş doymu üzerinde etkili faktördür (Tablo 11).

İlçe Sağlık Müdürlüklerinde çalışanlar ASH ve İl Sağlık Müdürlüğünde çalışanlara göre yönetim, ödüllendirme, çalışma şartları ve çalışma arkadaşlarından daha yüksek puana sahiptir. Acil sağlık hizmetlerinde çalışanlar yaptıkları işten diğer gruptakilere göre daha memnundur (Tablo 11).

Tablo 11. Görev Yapılan Kurum Ve İş Doymu Puanları

Alt Boyut	Kurum	n	Mean Rank	SD	Ki kare	p
Ücret	İl Sağlık Müdürlüğü	130	361,06	2	2,256	0,324
	İlçe Sağlık Müdürlüğü	70	341,59			
	Acil Sağlık Hizmetleri	543	378,54			
Terfi	İl Sağlık Müdürlüğü	130	373,12	2	0,362	0,834
	İlçe Sağlık Müdürlüğü	70	386,16			
	Acil Sağlık Hizmetleri	543	369,91			
Yönetim	İl Sağlık Müdürlüğü	130	369,83	2	26,043	0,000*
	İlçe Sağlık Müdürlüğü	70	495,34			
	Acil Sağlık Hizmetleri	543	356,62			
Yan Ödeme	İl Sağlık Müdürlüğü	130	398,41	2	2,806	0,246
	İlçe Sağlık Müdürlüğü	70	351,05			
	Acil Sağlık Hizmetleri	543	368,38			
Ödül	İl Sağlık Müdürlüğü	130	355,84	2	9,829	0,007*
	İlçe Sağlık Müdürlüğü	70	447,34			
	Acil Sağlık Hizmetleri	543	366,16			
Çalışma Şartları	İl Sağlık Müdürlüğü	130	368,67	2	6,724	0,035*
	İlçe Sağlık Müdürlüğü	70	434,79			
	Acil Sağlık Hizmetleri	543	364,70			
Çalışma Arkadaşları	İl Sağlık Müdürlüğü	130	390,96	2	8,520	0,014*
	İlçe Sağlık Müdürlüğü	70	432,94			
	Acil Sağlık Hizmetleri	543	359,60			
İşin Kendisi	İl Sağlık Müdürlüğü	130	295,10	2	28,994	0,000*
	İlçe Sağlık Müdürlüğü	70	317,69			
	Acil Sağlık Hizmetleri	543	397,41			

İletişim	İl Sağlık Müdürlüğü	130	313,36	2	12,310	0,002*
	İlçe Sağlık Müdürlüğü	70	401,17			
	Acil Sağlık Hizmetleri	543	382,28			
Toplam	İl Sağlık Müdürlüğü	130	347,32	2	5,005	0,082
	İlçe Sağlık Müdürlüğü	70	418,49			
	Acil Sağlık Hizmetleri	543	371,92			

Tablo 12. Görev Yapılan Kuruma Göre Betimsel Veriler Tablosu

Alt Boyut	Değişken	n	x	s
Ücret	Kurum	743	3,12	1,17
Terfi	Kurum	743	2,66	1,00
Yönetim	Kurum	743	4,01	1,15
Yan Ödeme	Kurum	743	3,26	1,02
Ödül	Kurum	743	3,23	0,94
Çalışma Şartları	Kurum	743	3,46	0,72
Çalışma Arkadaşları	Kurum	743	4,23	0,97
İşin Kendisi	Kurum	743	4,53	0,97
İletişim	Kurum	743	3,76	0,99
Toplam	Kurum	743	3,59	0,57

4. TARTIŞMA

Çalışmada en düşük iş doyumuna sahip alt botun terfi olduğu görülmektedir. Umay (2015) da «Psikolojik Danışman ve Rehberlik Öğretmenlerinin İş Doymu ve Tükenmişlik Düzeylerinin İlişkisi» adlı çalışmasında en düşük iş doyumunun yükselme alt boyutunda olduğunu tespit etmiştir. Bu çalışmada terfi alt boyutu iş doyumunda cinsiyet etkili faktör olarak bulunurken, Yelboğa 2007 yılında finans sektöründeki çalışanlar üzerinde yaptığı çalışmasında, Şahin İ 2013 yılında öğretmenler üzerinde yaptığı çalışmasında kadın ve erkek iş doymu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulamamışlardır.

Terfiden sonra en düşük iş doymu ücret olarak bulunmuştur. Çelik (2003), "Fen Bilgisi ve Fizik-Kimya-Biyoloji Öğretmenlerinin İş Doymu" adlı araştırmasında öğretmenlerin tüm alt boyutlar içerisinde en az doymu ekonomik

şartlar boyutunda yaşadığını tespit etmiştir. Tunacan ve Çetin (2009)'e göre öğretmenler; mesleklerinin hiçbir döneminde ücretlerinden tatmin olmamakla birlikte doyumsuzluğun ilk yıllarda en üst düzeyde, ilk 15 yıl tamamlandıktan sonra doyum düzeyinde anlamlı bir artış olduğunu tespit etmişlerdir. Bu çalışmada ise ücret ile ilgili iş doyumunda çalışma süresi etkili faktör olarak bulunmamıştır.

Eğinli A.T'nin 2009 yılında kamu ve özel sektör çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada kadın ve erkeklerin işyerine karşı olumlu tavırlar sergilemesi arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu çalışmaya göre kadınlar genellikle birincil sorumluluk alanı olarak "evi" ifade ederken, erkekler birincil sorumluluk alanı olarak "iş" tanımlamaktadır. Bu da olumlu tutum beslemeyi etkileyebilmektedir.

Tatlı ve ark.'larının 2008 yılında hekimlerin iş doyumunu belirlemek için yaptıkları çalışmada araştırmaya katılan hekimlerin çalıştıkları hastanelere göre toplam ortalama iş doyum puanları arasında farklılık bulunmuştur. Kağan M.'nin 2010 yılında Ankara'daki okullarda görev yapan rehber öğretmenlerin iş doyumunu saptamaya yönelik çalışmada öğretmenlerin iş doyumunun çalıştığı kuruma göre farklılık gösterdiğini tespit etmiştir. Yiğit R. ve ark.'larının 2011 yılında Konya ili merkez ve ilçelerinde görev yapan emniyet personelinin iş ve yaşam doyumunu inceledikleri çalışmalarında İl merkezinde değişik şubelerde ve ilçelerde çalışan personelin yaşam doyumunun polis merkezlerinde çalışanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmalar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çınar İ. ve Kavlak O.'nun 2009 yılında İzmir ilinde görev yapan Ambulans ve Acil Tıp Teknisyenlerinin iş doyumunu etkileyen faktörler üzerine yaptığı araştırmada çalışma süresine göre iş doyum puanları arasında anlamlı farklılık bulmuşlardır. 0-5 yıl çalışanların iş doyumları 11-15 yıl arasında çalışanlara göre daha yüksek bulunmuş ve iş doyum puan ortalamaları aynı kurumda geçirilen yılların ilerlemesi ile birlikte düştüğü tespit edilmiştir. Tunacan S.ve Çetin C'nin 2009 yılında İstanbul'da lise öğretmenlerinin İş doyumunu etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında 5 yıl ve daha az süre görev yapan öğretmenlerin çalışma koşullarından duydukları doyum düzeylerinin 6-10 yıl arasında görev yapan daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Bizim

çalışmamızda genel iş doymu düzeyinde çalışma süresine göre farklılık görülmemiştir. 0-9 yıl çalışanların işin niteliği ile ilgili iş doymu puanı diğer gruplara göre yüksek, yönetim ve çalışma arkadaşları ile ilgili iş doymu puanı ise diğer gruplara göre düşük bulunmuştur. Bu konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalar başlangıçtaki görelî doymun azalmasını ve kıdem arttıkça yeniden yükselmeye başlamasını bireylerin zamanla beklentilerinde daha gerçekçi olmaya başlamaları şeklinde açıklamaktadır.

Gider Ö. ve ark. 2011 yılında Muğla ilinde hemşireler ve Tıbbî sekreterlerin iş doymu üzerine yaptığı çalışmasında eğitim durumuna göre iş doymu puanlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Derin N.'nin 2007 yılında Eskişehir Devlet Hastanesi ve Yunus Emre Devlet Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinin iş doymu düzeylerini ve iş doymu düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça iş doymu puanının da arttığı görülmektedir. En yüksek iş doymu puanı lisans üstü mezunlarında çıkarken, en düşük iş doymu puanı ise lise mezunlarında bulunmuştur. Alt boyutta iş doymu puanları incelenmesinde ücret, iş doymu puanları lise mezunlarına göre yüksek bulunmuştur. Yiğit R. ve ark. 'larının 2011 yılında Konya ili merkez ve ilçelerinde görev yapan emniyet personelinin iş ve yaşam doymunu inceledikleri çalışmalarında emniyet personelinin eğitim düzeyi değişkenine göre iş doymuları ve yaşam doymuları arasında anlamlı farklılık görmüşlerdir. Lisans ve lisansüstü eğitime sahip personelin iş ve yaşam doymu puan ortalamaları lise mezunu personelden anlamlı düzeyde yüksek bulmuşlardır. Canbulat 'ın kamu çalışanlarıyla yapmış olduğu çalışmada lisansüstü mezunu olan çalışanların genel iş doymu düzeylerinin, diğer grupların iş doymularından daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bizim çalışmamızda ise eğitim düzeyi arttıkça iş doymu azalmaktadır. Saygılı M. ve Çelik Y.'nin 2011 yılında Kırıkkale Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi çalışanlarının iş doymunu tespit etmek amacı ile yaptığı çalışmada lise mezunu çalışanların iş doymu puanı lisans ve lisansüstü mezunların iş doymu puanından yüksek bulunmuştur. Bu çalışma bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada "JSS-İş Doyum Ölçeği"nden elde edilen bulgular ışığında Konya İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı çalışanların iş doyum düzeyleri araştırılmıştır. "JSS- İş doyum Ölçeği" 36 sorudan oluşmakta ve katılımcıdan her bir soru için 1 ve 6 arasında puan vermesi istenmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 216 en düşük puan ise 36'dır. Çalışmamıza katılan kişilerin toplam iş doyum puanı $129,27 \pm 20,72$ olarak bulunmuştur.

İş doyumunun alt boyutları ortalama puanlarına bakıldığında, çalışanların iş doyumlarını olumsuz etkileyen en önemli boyutun terfi olanakları olduğu görülmektedir. Terfi olanaklarından sonra iş doyumunu olumsuz etkileyen boyutlar sırası ile ücret, ödül, yan ödeme, çalışma şartları, iletişim, yönetim, çalışma şartları olarak sıralanmaktadır. Çalışanların en çok doyum yaşadığı alt boyut da işin kendisidir.

Genel iş doyumunu etkileyen faktörler;

- Cinsiyet
- Eğitim durumu
- Hizmet sınıfı olarak bulunmuştur.

Kişilerin iş doyumlarına dair algılarında ücret, terfi, yönetim, yan ödeme, ödül, çalışma şartları, çalışma arkadaşları, işin niteliği, iletişim alt boyutları ile ilgili görüşleri ölçekte yer alan maddeler ışığında incelenmiş verilen cevapların ortalama puanları bağlamında bulgular yorumlanmıştır.

Ücret ile ilgili iş doyumunda maddelere ait bulgular incelendiğinde kişilerin aldığı ücreti ve ücret artışını yetersiz bulduğu görülmektedir. Hizmet sınıfı ücret alt boyutu üzerinde etkili olan faktör olarak bulunmuştur. Teknik hizmetler sınıfında çalışanlar diğer hizmet gruplarına göre aldıkları ücretten daha memnundurlar.

Terfi alt boyutu ile ilgili maddelerin değerlendirilmesinde "İşini iyi yapana adil bir Tablode yükselme şansı veriliyor" maddesinin hem terfi alt boyutu hem de tüm maddeler içerisinde en düşük ortalamaya sahip soru olduğu görülmektedir. Bu da terfi konusunda çalıştıkları kurumlarda adil ve adaletli bir uy-

gulamanın olmadığını düşündükleri şeklinde yorumlanabilir. Cinsiyet, eğitim durumu ve hizmet sınıfı terfi alt boyutu zerinde etkili faktörler olarak bulunmuştur. Erkekler kadınlara göre, lise mezunları ve sağlık hizmetleri sınıfında çalışanlar diğerlerine göre daha düşük puana sahiptir. Kurumda yükselme ve ödüllendirme için belirlenen kriterler herkes için eşit uygulanmalıdır. Kurum içinde yükselme yolu açık tutulmalıdır. Yöneticiler ve çalışanlar arasında açık kapı ve bilgi akışı sistemi uygulanmalıdır.

Yönetim alt boyutu işin kendisi ve çalışma arkadaşları alt boyutlarından sonra üçüncü en yüksek ortalamaya sahiptir. Cinsiyet, çalışma süresi, eğitim durumu, hizmet sınıfı ve görev yapılan kurum bu alt boyu üzerinde etkili faktörler olarak bulunmuştur. Alt boyut kapsamında içerisine “Yöneticimi seviyorum” maddesi en yüksek ortalamaya sahiptir.

Yan ödeme alt boyutunda, “İşyerimde verilen hak ve ödenekler diğer pek çok işletmeden kadar iyidir.” ve “İşyerinde aldığımız hak ve ödenekler adildir.” soruları en yüksek ortalamaya sahip olan sorulardır. Bu da kişilerin alması gerekip de alamadığı ek ödenek ve haklarının olduğunu düşünmedikleri şeklinde yorumlanır.

Ödül alt boyutu sorusu terfi ve ücret alt boyutlarından sonra üçüncü en düşük ortalamaya sahiptir. Alt boyut kapsamındaki maddeler içerisinde “Bu işyerinde çalışanlar çok az ödüllendiriyorlar.” ve “İşimi iyi yaptığım zaman takdir edilmekteyim.” maddeleri en düşük ortalamaya sahip maddelerdir. Bu da kişilerin yapılan ödüllendirmeleri yeterli bulmadıklarını göstermektedir. Çalışma süresi, hizmet sınıfı ve görev yapılan kurum ödül alt boyutu üzerinde etkili faktörlerdir. 0-9 yıl süresince, sağlık hizmetleri sınıfında, il sağlık müdürlüğünde çalışanlar diğerlerine göre ödüllendirmeden daha hoşnutsuzdurlar.

“İşyerinde yapmam gereken çok iş var.” “Bu işyerinde çok fazla yazışma ve benzeri işlerle uğraşmak zorundayım.” maddeleri çalışma şartları alt boyutunun en düşük ortalamaya sahip maddeleridir. Bu da kişilerin iş yüklerinin fazla olduğunu ve görev tanımlarının net olmadığını düşündüklerini göstermektedir. 0-9 yıl süredir ve acil sağlık hizmetleri sınıfında görev yapanlar daha düşük ortalamaya sahiptir. Kurumsal aidiyet açık bir Tablode ortaya konmalı, vizyon, misyon, stratejiler ve politikalar belirlenmelidir. Çünkü şeffaflık iş doyumunu artıran bir unsurdur.

Çalışma arkadaşları alt boyutu için kendisinden sonra en yüksek ortalamaya sahip alt boyuttur. Çalışma süresi, eğitim durumu ve çalışılan kurum bu alt boyut üzerinde etkili faktörlerdendir.

“Çoğu zaman bu işyerinde neler olduğunu bilmediğimi hissediyorum.” ve “Bu işyerinin hedefleri bana açık ve belirgin gelmiyor.” Maddeleri iletişim alt boyutunun en düşük ortalamaya sahip sorularıdır. Kişilerin kurumsal boyutta aralarındaki etkileşimin ve iletişim kanallarının kapalı olduğu, iyi bir iletişim kuramadıkları olarak yorumlanabilir.

İşin kendisi alt boyutu en yüksek ortalamaya sahip olan alt boyuttur. “Yaptığım işten gurur duyuyorum.” ve “İşimden hoşlanıyorum.” maddeleri en yüksek ortalamaya sahiptir. Bu da kişilerin yaptıkları işi sevdiklerini ve yararlı bulduklarını göstermektedir. Cinsiyet, çalışma süresi, eğitim durumu, hizmet sınıfı ve çalışılan kurum bu alt boyut üzerinde etkili faktörlerdir. Hizmet sınıfı ve görev yapılan kurum bu alt boyut üzerinde etkili faktörlerdir.

Çalışanlara yaptıkları işlerle ilgili olarak daima yetki ve sorumluluk verilmeli verilecek işlerde onların bilgi ve becerileri dikkate alınmalıdır.

Çalışanlara kişisel potansiyellerini kullanma imkânları sunulmalıdır. Bunun için çalışanların çalışma alanları belli aralıklarla kontrol edilerek verimlilik ve etkinlik araştırılarak çalışma körlüğü oluşmasına izin verilmemelidir.

Çalışanların eğitilmesi ve geliştirilmesi için gerekli eğitim olanakları sağlanmalıdır. Eğitim yanında sosyal faaliyetler örgüt içinde beşeri ilişkilerin gelişmesine, ekip ruhunun oluşmasına ve çalışanın kendini gerçekleştirmesine katkıda bulunarak iş doyumunu artırılabilir.

Çalışma süresine ilişkin bulgular bireylerin işe ilk başladıklarında işin yeniliğinden ve ilk beklentilerden kaynaklanan görece doyumun aynı işi 2 ile 5 yıl süreyle yaptıktan sonra azalmaya başladığına, aynı meslekte 6 yıl ve üzeri süreden sonra ise doyumun yeniden artmaya başlayacağına ilişkin bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalar, başlangıçtaki görece doyumun azalmasını ve kıdem arttıkça yeniden yükselmeye başlamasını bireylerin zamanla beklentilerinde daha gerçekçi olmaya başlamaları şeklinde açıklamaktadır.

KAYNAKÇA

- Canbulat, S. Duygusal Zekâ'nın Çalışanların İş Doymuları Üzerindeki Etkisinin Araştırılması, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İnsan Kaynakları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2007.
- Çınar, İ., Kavlak, O. (2009). İzmir İlinde Çalışan Ambulans ve Acil Bakım Teknikerlerinde İş Doymununun ve Buna Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. Akademik Acil Tıp Dergisi, 8 (3): 33-37.
- Derin, N. (2007). Devlet Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doym Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Eğinli, A.T. (2009). Çalışanlarda İş Doymu: Kamu Ve Özel Sektör Çalışanlarının İş Doymuna Yönelik Bir Araştırma. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 23 (3): 35-52.
- Güllü, E. (2009). Sınıf Öğretmenlerinin Algılarına Göre İlköğretim Okulu Yöneticilerinin Liderlik Stilleri İle Öğretmenlerin İş Doymu Düzeyleri Arasındaki İlişki. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- Kağan, M. (2010). Ankara İlindeki Devlet ve Özel İlköğretim Okulları İle Rehberlik ve Araştırma Merkezlerinde Çalışan Rehber Öğretmenlerin İş Doymularının İncelenmesi. Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi, 12 (1): 39-55.
- Karakuş, H. (2011). Hemşirelerin İş Tatmin Düzeyleri: Sivas İli Örneği. Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 3 (6): 46-57.
- Özcan, Z.E. (2013). İlköğretim Okullarında Görev Yapan Öğretmenlerin İş Doymu (Niğde İli Örneği). Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Eğitim Yönetimi Ve Denetimi Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- Saygılı, M., Çelik, Y. (2011). Hastane Çalışanlarının Çalışma Ortamlarına İlişkin Algıları ve İş Doym Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 14 (1): 39-71.
- Saygun, M., Çakmak, A., Köse, K. (2004). Kırıkkale İlinde Üç Farklı Hastanede Çalışan Hekimlerin Mesleki İş Doymu. T Klin J Med Sci. 24 (1): 219-229.
- Şahin, İ. (2013). Öğretmenlerin İş Doymu Düzeyleri. YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi (YYU Journal Of Education Faculty). 10 (1): 142-167.
- Tatlı, H., Kaya, H., Halisdemir, N. (2008). Bingöl İl Merkezinde Bulunan Hastanelerde Görev Yapan Hekimlerin İş Doymularının Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 15(3): 151-161.

- Telman, N., Ünsal, P. (2004). Çalışan Memnuniyeti, İstanbul: Epsilon Yayınları.
- Tunacan, S., Çetin, C. (2009). Lise Öğretmenlerinin İş Doyumunu Etkileyen Faktörlerin Tespitine İlişkin Bir Araştırma. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi. 29 (1): 155-172.
- Umay, G. (2015). Psikolojik Danışman ve Rehberlik Öğretmenlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yelboğa, A. (2007). Bireysel Demografik Değişkenlerin İş Doyumu İle İlişkisinin Finans Sektöründe İncelenmesi. Sosyal Bilimler Dergisi. 4 (2): 1-19.
- Yiğit, R., Dilmaç, B., Deniz, M.E. (2011). İş ve Yaşam Doyumu: Konya Emniyet Müdürlüğü Alan Araştırması. Polis Bilimleri Dergisi. 13 (3): 1-18.

Sağlık Teknolojisi Değerlendirmede Farklı Sağlık Teknolojisi Türlerinin Ayırt Edici Özellikleri

Gönderim Tarihi: 25.08.2017

Songül Çınaroğlu¹

Kabul Tarihi : 23.11.2017

ÖZ

Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi sağlıkta politika belirleyiciler için karar vermeye yardımcı bir araçtır. Bu değerlendirmeler sayesinde sağlıkta yeni teknolojilerin kalite, güvenlik, maliyet ve etkinlik bakımından karşılaştırılması mümkün olmaktadır. Sağlık teknolojisi değerlendirme türleri içerisinde ilaç, tıbbi teşhis ve tedavi, tıbbi cihaz ve tıbbi malzemeler ile cerrahi uygulamalar ön plana çıkmaktadır. Bu farklı tür sağlık teknolojilerinin ayırt edici özelliklerinin bilinmesi bu konularda yapılacak araştırma tasarımlarına güç katacaktır. Bu nedenle bu çalışmada farklı sağlık teknolojilerine yönelik araştırma tasarımlarında ön plana çıkan özelliklerden bahsedilmiştir. İlaç/tıbbi teşhis ve tedavi süreci ile ilgili araştırma tasarımlarında deney ve kontrol gruplarına yapılacak atamaların kalitesini artıracak olan eğilim yüzdeleri analizi ile maliyet ve zaman açısından fayda sağlayan yapay uç noktalarının kullanımının önemine vurgu yapılmıştır. Tıbbi cihazlar ile ilgili olarak advers etkilerin bildirimi, izleme ve önlenmesi için tıbbi cihaz vijilansı sistemlerinin gerekliliğine değinilmiştir. Son olarak cerrahi uygulamalar ile ilgili deneylerde sham grubunun oluşturulmasının etik açıdan tartışmalı olduğu durumlarda alternatif bir araştırma tasarımı olan pragmatik deneylerden bahsedilmiştir. Çalışma sonucunda elde edilen bilgilerin sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi konusunda politika belirleyici, uygulayıcı ve araştırmacıların farklı sağlık teknolojisi türlerine yönelik araştırmaların ayırt edici özellikleri konusundaki farkındalık düzeylerinin artırması ümit edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Teknolojisi Değerlendirme (STD), İlaç, Tıbbi Teşhis, Tıbbi Cihaz, Cerrahi.

1 Dr., Hacettepe Üniversitesi, İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü, cinaroglus@hacettepe.edu.tr

Distinguishing Features of Different Types of Health Technologies in Health Technology Assessment

ABSTRACT

Health technology assessment is a tool to help health policy makers in decision making. It is possible comparing new health technologies in health care in terms of quality, safety, cost and effectiveness with this assessments. Pharmaceuticals, medical diagnosis and treatment, medical devices and supplies and surgical operations are forefront of these technologies. Knowing distinguishing features of these technologies strengthen study designs. For this reason in this study we mention about distinguishing features of study designs of different health technologies. We emphasize the importance of using propensity score matching and surrogate endpoints which will improve quality of appointment to study and control groups in pharmaceutical/medical diagnosis and treatment studies. We point out the need for medical device vigilance system for notification, surveillance and prevention of advers events. Finally we mention about pragmatic study design which is an alternative design for surgical studies when it is controversy in terms of ethics to construct a sham group in assessment of surgical operations. It is hoped that information gained from this study will help policy makers, implementers and researchers about improving awareness of distinguishing features of studies of different types of health technologies in health technology assessment studies.

Key Words: Health Technology Assessment (HTA), Pharmaceutical, Medical Diagnosis, Medical Device, Surgery

1. GİRİŞ

Sağlık alanı teknolojik gelişmenin son derece hızlı yaşandığı buna paralel biçimde yeni bilgi, uygulama ve tekniklerin hızla geliştiği bir alandır. Bu nedenle sağlıkta inovasyon konusu her zaman güncelliğini koruyan bir konudur. Sağlık teknolojileri temel olarak ilaç, tıbbi teşhis ve tedavi süreçleri, cerrahi uygulamalar ile ilgili olabilmektedir. Literatürde bu farklı sağlık teknolojisi türleri içerisinde ilaçlar ile tıbbi teşhis ve tedavi süreçleri konusundaki araştırmaların tasarım ve uygulama süreçleri hakkında kılavuz ve standartlara erişmek mümkündür. Diğer teknoloji türleri arasında bulunan tıbbi cihazlar ile cerrahi uygulama ve süreçler hakkında ise standart araştırma tasarımlarının uygulanması çoğu zaman mümkün olmamaktadır.

Bu çalışmada sağlık teknolojisi türleri içerisinde ön plana çıkan ilaç, tıbbi teşhis ve tedavi ile cerrahi uygulamalar hakkındaki araştırma tasarımlarının ayırt edici ve ön plana çıkan özelliklerin açıklanması amaçlanmıştır. Çalışmada öncelikli olarak sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinin anlamı ve multidisipliner özelliğine değinilecektir. Daha sonra sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi konulu araştırmalarda en fazla ele alınan teknoloji türü olarak bilinen ilaç ve tıbbi teşhis/tedavi süreçlerine yönelik değerlendirmelerde eğilim skoru eşleştirme yöntemi ile yapay uç noktalarının kullanımının araştırma tasarımı ve sağlık sonuçlarının ölçümüne sağladığı katkılar açıklanacaktır. Bir sonraki aşamada ise başka bir sağlık teknolojisi türü olan tıbbi cihazlar ele alınacak ve tıbbi cihaz kullanımı sonucunda ortaya çıkan advers etkilerin izlenmesi, uyarı sistemlerinin oluşturulması, bildirim ve gerektiğinde düzeltici önlemlerin alınması konusunda tıbbi cihaz vijilans konulu çalışmaların önemi vurgulanacaktır. Son olarak diğer sağlık teknolojisi türleri içerisinde inovasyona en uygun alan olarak bilinen cerrahi süreçler ile ilgili olarak klasik açıklayıcı araştırma tasarımlarına alternatif nitelik taşıyan pragmatik araştırma tasarımları açıklanacaktır.

Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde farklı sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi konusunda politika belirleme ve değerlendirme konusuna duyulan ihtiyaç her geçen gün artmaktadır. Bu ihtiyaca cevap vermek üzere sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi konusunda daha güçlü araştırma tasarımlarına

gereksinim duyulmaktadır. Farklı sağlık teknolojisi türlerinin ayırt edici özelliklerini sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi perspektifinden ele alarak inceleyen bu araştırma sonuçlarının sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi konusu ile ilgilenen politika belirleyici, araştırmacı ve uygulayıcılar için faydalı bilgiler sağlaması hedeflenmektedir.

2. SAĞLIK TEKNOLOJİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNİN TANIMI VE ÖNEMİ

2007 yılında Cenevre’de 16.’sı düzenlenen Dünya Sağlık Asamble’sinde kabul edilen tanımı itibariyle sağlık teknolojisi sağlık ile ilgili problemlerin çözümü ve yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için ilaç, tıbbi araç-gereç, bağışıklama ve sağlık ile ilgili uygulama ve prosedürlerin organizasyonu anlamına gelmektedir (WHO 2007). Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi ise sağlıkta teknoloji kullanımı konusunda kısa-orta ve uzun vadede politika belirleyicilere yol gösterici bir politik araştırma yaklaşımıdır. Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde saygın bir uluslararası örgüt olan Health Technology Assessment International (HTAi) tarafından yapılan tanımı itibariyle sağlık teknolojisi değerlendirme politika belirleyiciler ve klinik karar vericilere sağlık teknolojilerini tanıtan ve bu teknolojilerin kullanımı konusunda bilgi sunan bir bilimsel araştırma alanıdır (HTAi 2015).

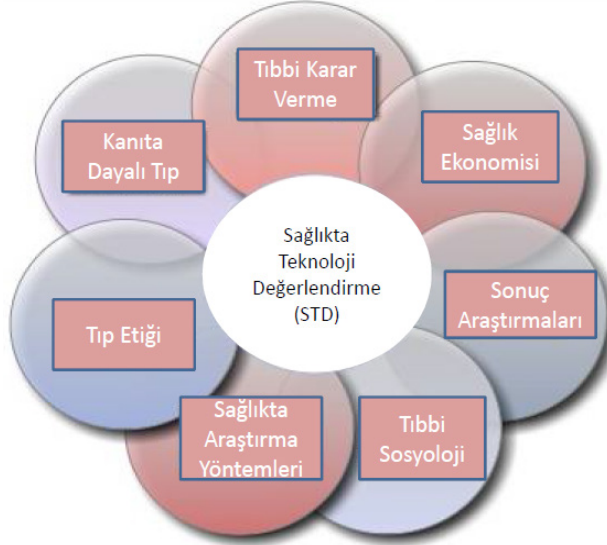
Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi süreci geleneksel olarak kanıta dayalı tıp uygulamaları ile birlikte gelişme göstermiştir. Kanıta dayalı tıp hastalıkların tedavisinde daha kaliteli ve etkili tıbbi tedaviler uygulanarak sağlık sonuçlarının iyileştirilmesini hedefleyen bir araştırma alanıdır. Kanıta dayalı tıp uygulamaları sistematik araştırmaların başarılı klinik uygulamalar ile entegre edildiği bir süreci gerektirmektedir. Bu entegrasyonda en yeni sağlık teknolojilerinin kullanımı önem arz etmektedir. Kanıta dayalı tıp uygulamalarının uzun bir geçmişi bulunmakla birlikte bu konuda İngiltere’de bulunan Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Health Institution)’nün öncü rol oynadığı söylenebilmektedir. Ulusal Sağlık Enstitüsü’ne bağlı olan Kanıta Dayalı Tıp Araştırma ve Geliştirme Merkezi (NHS Research and Development Center for EBM) temelleri 1995 yılında atılmış olan dünya genelinde saygın bir kanıta dayalı tıp araştırma ve uygulama merkezidir (Eddy 2009). Kanıta dayalı tıp

uygulamaları ile sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde ön plana çıkan teknoloji türlerinin daha etkili bir şekilde değerlendirilmesi ve yönetilmesi konusunda planlar yapılmakta ve politika belirlemeye yardımcı araştırmalar yürütülmektedir.

Sağlık teknolojileri denildiğinde bu teknolojiler içerisinde ön plana çıkanlar arasında; ilaç, tıbbi teşhis ve tedavi, tıbbi cihaz ve tıbbi malzemeler, cerrahi uygulamalar bulunmaktadır. Tıbbi teşhis ve tedavi süreçlerinin haricinde klinik, halk sağlığı ve örgütsel süreçler ile ilgili sağlık teknolojisi türleri de bulunmaktadır. Tıbbi teşhis ve tedavi süreçlerinden farklı olarak halk sağlığı ve örgütsel süreçler ile ilgili teknoloji değerlendirme uygulamalarının hedefinde toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi ile örgütsel süreçlerin daha etkin bir şekilde yönetimi vardır (Campillo-Artero 2015). Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi konusundaki yayın ve raporlamalarda ilk sıralarda ilaç ile ilgili değerlendirmelere yer verilmektedir. Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde ön plana çıkan ilaç konulu teknoloji değerlendirmelerinde ilaç üretiminde öncelikli olan biyolojik ve kimyasal maddelerin değerlendirilmesidir (Schubert 2002). Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde ilaçtan sonra ikinci sırada yer alan teknoloji türü tıbbi araç-gereç ve malzemelerdir. Tıbbi araç ve gereçler denildiğinde ilaç dışında tıbbi amaçlı kullanılan fiziki maddeler kastedilmektedir. Bu fiziki maddelerin doğru kullanımı sağlanarak bu konuda sertifikasyon başta olmak üzere belirli standartlar belirlendiğinde tıbbi teşhis ve tedavi süreçlerinden en yüksek faydanın elde edilmesi mümkün olabilecektir. Cerrahi uygulamalar ise sağlık teknolojisi türleri içerisinde inovasyona en uygun alanlardır. İlaç, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımı ile desteklenen cerrah uygulamaların diğer sağlık teknolojisi türlerinden en temel farkı uygulama sürecinin standardize edilmesi en zor olan, cerrahın deneyim ve tecrübesi doğrultusunda şekillenen bir alan olmasıdır. Diğer sağlık teknolojisi değerlendirme türleri içerisinde kişisel bakımın iyileştirilmesi ve kanıt dayalı tıp uygulamaları çerçevesinden farklı bir eksen de şekillenen örgütsel sistemler için ise temel amaç örgütsel sistemi iyileştirmektir. Bu çerçevede örgütsel sistemlerin iyileştirilmesi ile ilgili sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi denildiğinde örgütün daha etkin bir şekilde işleminin sağlamak amacıyla sistem tasarımında bulunmak akla gelmektedir (Rogowski 2007).

Örgütsel sistemler ile ilgili sağlık teknolojilerinin değerlendirmelerinin başarıya ulaşabilmesi için işletme ve yönetim fonksiyonları ile sağlık teknolojisi değerlendirme uygulamalarını bütünlüştürmeye ihtiyaç vardır. Bu noktada sağlık teknolojisi değerlendirme uygulamalarının multidisipliner niteliği ön plana çıkmaktadır. Başka bir deyişle Şekil 1’de görüldüğü üzere sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde sağlık ekonomisinden, sağlık yönetimine, kanıta dayalı tıp uygulamalarından, sağlıkta sonuç araştırmalarına kadar çok çeşitli disiplinlerin ortaklığında yürütülecek çabalara ihtiyaç vardır (Bridges ve Jones 2007).

Şekil 1. Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi Araştırmalarının Multidisipliner Özelliği



Kaynak: Bridges J.F.P. Jones C. (2007) “Patient-based health technology assessment: a vision of the future”, International Journal of Technology Assessment in Health Care, 23(1):30-35.

Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinin multidisipliner özelliği bu konuda yapılan çalışmalarda en fazla ön plana çıkan boyut olan klinik etkililik dışında diğer konuların yönetimine de önem verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Klinik etkililik dışında ön plana çıkarılması önerilen konu başlıkları arasında sağlık teknolojisi değerlendirmenin sosyal boyutu ile hastaların görüş ve değerlendirmeleri yer almaktadır. Bu temel boyutlar sosyal kabul edilebilirlik, örgütsel rekabet gibi unsurlar açısından desteklendiğinde sağlık teknolojilerini değerlendirilmesinde farklı paydaşların görüş ve beklentileri-

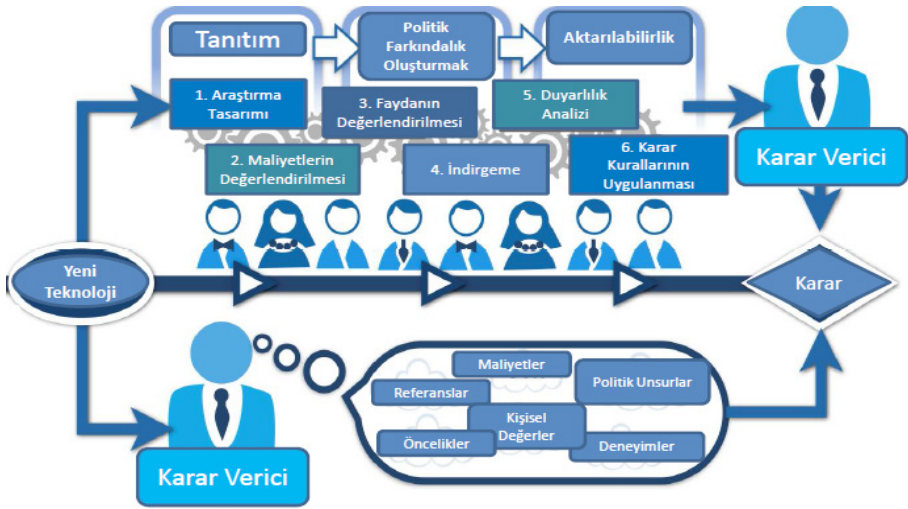
nin karşılanması mümkün olabilecektir. Yerel ve bölgesel dinamiklerin ülke genelinde sağlık sistemlerini şekillendirdiği ve sağlık teknolojisi değerlendirme uygulamalarına yön verdiği düşünülecek olursa bu konuda uluslararası örgütlenme ihtiyacının bir gereği olarak sağlık teknolojisi değerlendirme konusunda çok sayıda uluslararası örgüt kurulmuştur. Bu kuruluşlar sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi konusunda bilgi paylaşımında bulunarak, bu konuda gündem belirleyerek sağlıkta politika belirleyici ve karar vericilere faydalı bilgiler sunmaktadırlar. Bu kuruluşlar içerisinde önde gelenler arasında Health Technology Assessment International (HTAi), Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR), European Network for Health Technology Assessment (EUNETHTA) ile İngiltere’de National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) bulunmaktadır.

3. SAĞLIK TEKNOLOJİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ SÜRECİ VE DÖRDÜNCÜ BOŞLUK (FOURTH HURDLE)

Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi sürecinin öncesinde hedef kitlenin kimlerden oluştuğunun belirlenmesinde fayda vardır. Sağlık teknolojisi değerlendirme çalışmaları daha çok ilaç konulu olmak üzere ilaç şirketleri tarafından finanse edilmektedir. İlaç şirketleri dışında önemli bir finansman kaynağı ise devlettir. İlaç şirketleri ile devlet dışında sağlık teknolojisi değerlendirme çalışmalarında başka bir hedef kitlesi ise hastaneler ve sağlık kuruluşlarıdır. Farmakoekonomik amaçlı yapılan araştırmalarda temel hedef hekimlerin ilaç yazma davranışlarını etkilemek ve ilaç talebini arttırmaktır. Bu sayede, hastaneler, sağlık sigortası şirketleri ve hastalar tedavi maliyetlerine katılanmanın gerekliliğine inandırılmak istenmektedir (Schulenburg 1997). Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde farklı hedef kitlelerin önceliklerinin farklılaştığı bilinmekte olup ilaç şirketlerinin bakış açısına göre sağlık teknolojisi değerlendirmede hedef kitlelerin önem derecesi incelendiğinde ilaç şirketlerinin tıbbi araştırma departmanları için öncelikli hedef kitlesi hükümet ve kamu kuruluşları iken, üretim ve pazarlama departmanları için öncelikli hedef kitlesi hekimler ve hastane yöneticileridir. Bu birimlerin temel amacı hekimlerin ilaç yazma davranışlarını değiştirmektir (Schulenburg 1997).

Bir politik araştırma yaklaşımı olarak sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi ile ilgili politika belirleme sürecinde Şekil 2’de görüldüğü üzere karar vericilerin merkezi bir rol oynadıkları görülmektedir. Yeni bir sağlık teknolojisi söz konusu olduğunda bu yeni teknolojinin tanıtımı, bu teknolojinin yararlılığı konusunda bir politik farkındalık oluşturmak, bu yeni teknolojinin aktarılabilirliğinin sağlaması teknoloji değerlendirmenin temel sürecini oluşturmaktadır. Sağlık teknolojilerini değerlendiren profesyonel araştırmacılar tarafından araştırma tasarımı, maliyet değerlendirme, fayda değerlendirme, indirgeme ve kantitatif araştırma teknikler ile karar verme kurallarının uygulanması ile desteklenen bu süreç multidisipliner bir çabayı gerektirmektedir. Yeni bir sağlık teknolojisinin değerlendirilmesi sürecinde karar verici role sahip olan politika belirleyicilerin karar vermelerini etkileyen temel unsurlar arasında ise; maliyetler, referans kaynaklar, öncelikler, kişisel değerler, deneyimler ve politik atmosfer etkili olmaktadır (Garrido ve diğ. 2008).

Şekil 2. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Süreci



Kaynak: Garrido M.V. Zentner A. Busse R. Health systems, health policy and health technology assessment p.53-78. Eds: Garrido MV, Kristensen FB, Nielsen CP, Busse R. Health Technology Assessment and Health Policy Making in Europe: Current status, challenges and potential. WHO European Observatory on Health Systems and Policies. 2008. Observatory Studies Series No:14 UK, s.69.

Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde Şekil 1’de görülen değerlendirme sürecinde geleneksel olarak daha çok maliyetlerin değerlendirilmesinin hedeflendiği bilinmekte olup maliyetlerin ötesinde fayda değerlendirmesi

yapmak, duyarlılık analizi ve indirgeme yaklaşımlarını kullanarak çalışmaların güvenilirliğini artırmak tavsiye edilmektedir. Ancak uygulamada sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde daha çok klinik etkinlik ile ekonomik değer boyutlarının ön plana çıktığı görülmektedir.

Hutton ve diğ. (2006)'e göre sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde dört farklı politika seviyesi bulunmaktadır (Tablo 1). Bu seviyeler içerisinde ilk seviyede güvenlik, etkinlik ve kalite göstergelerine yer verilmektedir. İkinci seviyede ulusal ve bölgesel seviyelerde belirlenen politikalar vardır. Üçüncü seviyelerde ise bütçe ve finansman yönetimi ile ilgili son aşamada ise hasta odaklı politikalar ön plana çıkmaktadır. Tüm politika seviyeleri içerisinde en son seviyede toplumsal beklentiler ile sosyal perspektifin ön planda olduğu görülmektedir. Literatürde farklı politika seviyeleri içerisinde güvenlik, kalite ve etkinlik konularında yapılan çalışmaların çok sayıda olduğu bilinmekte olup sağlık ekonomistleri tarafından dördüncü boşluk (fourth hurdle) olarak isimlendirilen sağlık teknolojisi değerlendirme konulu çalışmaların ise daha az sayıda olduğu belirtilmektedir. Bütçeleme ile hastalar ve toplumsal boyutun ön plana çıktığı diğer boyutlar hakkında ise sınırlı sayıda çalışma bulunduğu belirtilmektedir.

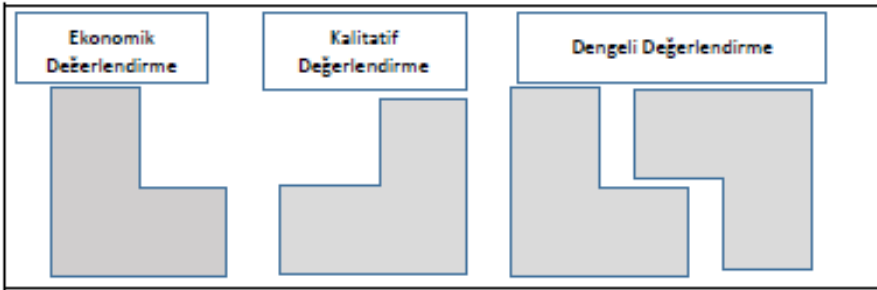
Tablo 1. Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesinde Politika Seviyeleri ve Dördüncü Boşluk

Politika Düzeyi				
A		B	C	D
Düzenleyici Seviyelerde Belirlenen Politikalar	1. Güvenlik	<u>4. Ulusal/Bölgesel Seviyelerde Belirlenen Politikalar</u>	<u>5. Bütçe Yönetimi Konusunda Belirlenen Politikalar</u>	<u>6. Hasta Odaklı / Fiyatlandırma Konusunda Belirlenen Politikalar</u>
	2. Etkinlik	Geri Ödeme Politikası Belirleme Sağlık Teknolojisi Değerlendirme/	Bütçeleme	Hastalar ile Maliyet Paylaşımında Bulunmak
	3. Kalite	Ekonomik Değerlendirme	Protokoller/ Sınırlamalar	Değer Temelli Fiyatlandırma

Kaynak: Hutton J. McGarth C. Fybourg J.M. Termbly M. Bramley-Harker E. Henshall C. (2006) "Framework for Describing and Classifying Decision-Making Systems Using Tehnology Assessment to Determine the Reimbursement Of Health Technologies (Fourth Hurdle Systems)", International Journal of Health Technology Assessment, 22(1):10-18.

Hutton ve diğ. (2006) tarafından belirtildiği üzere sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde geleneksel olarak güvenlik, etkinlik ve kalite konularına odaklanılıyor olması nedeniyle hem klinik hem de ekonomik seviyelerde yapılacak araştırmaların sayıca artmasına ve bütünleştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ihtiyacın bir sonucu olarak Danko ve Petrova (2014) tarafından önerilen modelde sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde kalitatif araştırmalar ile ekonomik değerlendirmeyi bütünleştiren dengeli araştırma tasarımları önerilmektedir (Şekil 3). Dengeli bir araştırma yaklaşımının hastaların değer ve beklentilerinin de teknoloji değerlendirme faaliyetlerine dahil edilmesi yolu ile daha geniş bir perspektif sağlaması hedeflenmektedir.

Şekil 3. Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesinde Dengeli Yaklaşım



Kaynak: Danko D. Petrova G. (2014) "Health Technology Assessment in the Balkans: Opportunities for a Balanced Drug Assessment System", *Biotechnology & Biotechnological Equipment*, 28(6), 1181-1189.

Şekil 4’de görülen bu dengeli yaklaşım sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde yerel ve bölgesel ihtiyaca cevap verecek şekilde tasarlanmalıdır. Her ülkede sağlık politikaları ile sağlık teknolojisi değerlendirme uygulamalarına yön veren Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere çok sayıda ulusal düzeyde karar verici otoriteler bulunmaktadır (Drummond ve diğ. 1992). Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde dengeli yaklaşım uygulanırken içinde bulunulan ülkenin yerel ve bölgesel koşullarına uygun politikalar belirlendiğinde daha doğru değerlendirmeler yapılabilecektir.

Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde ön plana çıkan bu uluslararası kuruluşların haricinde yerel koşulların da etkisi ile ABD ve İngiltere ekolü olarak bilinen iki farklı ekol ortaya çıkmıştır. Bu iki ekol genel olarak sağlık ekonomisi konusunda ve sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi konusun-

da iki farklı yaklaşım benimsemiştir (Backhouse ve diğ. 1992). Torbica ve diğ. (2015) tarafından Avrupa ve ABD ülkelerinin sağlık teknolojisi değerlendirme konusundaki uygulama ve bakış açısı farklılıklarını ortaya koymak üzere yapılan çalışmada Avrupa ülkeleri içerisinde Fransa, Almanya, İtalya, İspanya ve İngiltere’de sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi konusundaki çalışmalar incelenmiştir. Bu çalışma sonuçlarına göre sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde Beveridge modelinin benimsendiği Kuzey Avrupa ülkelerinde ağırlıklı olarak sosyal eşitliğe önem verildiği görülürken, Avrupa ülkelerinden farklı olarak özel sağlık sigortası sisteminin hakim olduğu ABD sisteminde hasta merkezli bir sisteminin esas alındığı görülmektedir. Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi konusundaki çalışmalar politika belirleyiciler arasındaki çıkar çatışmaları bakımından incelendiğinde Avrupa ekolünde değerlendiriciler arasındaki çıkar çatışmalarının ABD’ye göre daha fazla etkiyici bir güç olduğu belirtilmektedir (Torbica ve diğ. 2015).

Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinin multidisipliner özelliği, çok yönlü bir değerlendirme sürecini gerektirmesi ve klinik etkililik ile birlikte ekonomik ve hasta değerlendirmelerini de içermesi nedenleri ile farklı sağlık teknolojisi türlerinin ayırt edici özelliklerinin bilinerek bu konuda yapılacak araştırmalarda bu ayırt edici özelliklere odaklanılmasında fayda vardır.

4. FARKLI SAĞLIK TEKNOLOJİSİ TÜRLERİNE ÖZEL ARAŞTIRMALARININ AYIRT EDİCİ ÖZELLİKLERİ

Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi konusundaki çalışmaların 1990’lı yıllardan itibaren artış gösterdiği bilinmektedir (Ramsey ve diğ. 2000; Draborg ve Hansen-Gyrd 2005). Campillo-Artero (2015) tarafından belirtildiği üzere diğer sağlık teknolojisi türleri ile karşılaştırıldığında ilaç konusunda yapılan değerlendirmelerin araştırma ve uygulama prosedürlerinin oldukça belirgin olduğu belirtilmektedir. İlaçtan sonra en fazla ele alınan konular arasında tıbbi teşhis ve tedavi süreçleri vardır. Diğer bir sağlık teknolojisi türü olan tıbbi cihaz ve malzemeler konusundaki değerlendirmelerde yeterince yer verilmeyen konuların başında tıbbi cihaz ve malzeme kullanımı nedeniyle ortaya çıkan advers etkiler ile tıbbi cihaz ve malzemelerin pazarlama sürecinin sonrasında izleme ve denetiminin yeterli ölçüde yapılmıyor olması bulunmak-

tadır. Cerrahi uygulamalar ile ilgili temel sınırlılık ise bu alanın inovasyona en uygun ve cerrahın deneyimi ile şekillenen bir alan olması nedeniyle cerrahi uygulamalarda standardizasyonun son derece güç olmasıdır. Bu durum cerrahi uygulamalara özel araştırma tasarımları konusunda farkındalık oluşturmayı gerektirmektedir. Aşağıda farklı sağlık teknolojisi türlerinin ayırt edici özellikleri ile bu farklı tür sağlık teknolojilerine özel araştırma tasarımlarının ön plana çıkan niteliklerine değinilecektir.

4.1. İlaç / Tıbbi Teşhis ve Tedavide Eğilim Skoru Eşleştirme Yöntemi ve Yapay Uç Noktalarının Kullanımı

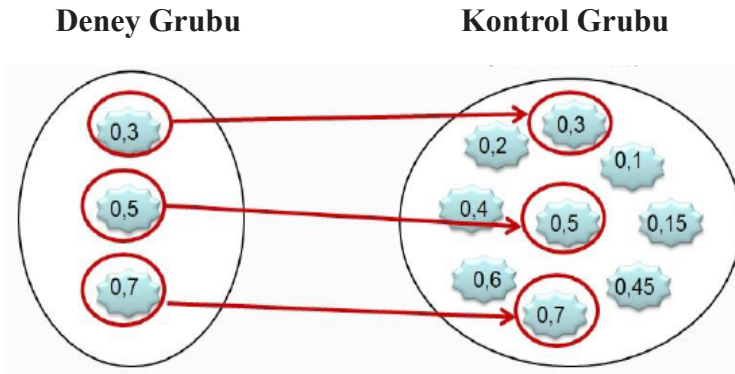
Sağlık teknolojisi değerlendirmelerinden en fazla ön plana çıkan konunun ilaç konusu olduğu bilinmektedir. İlaç dışında değerlendirme konusu olan diğer bir teknoloji türü ise tıbbi teşhis ve tedavi süreçleridir. İlaç ve tıbbi teşhis ve tedavi süreci ile ilgili değerlendirmelerde gerçek deneysel araştırma tasarımlarının randomize kontrollü deneyler olduğu bilinmektedir (Begg ve diğ. 1996). Plasebo etkisi ilaç araştırması tasarımlarında sıklıkla kullanılmaktadır. İlaçtan farklı olarak tıbbi teşhis ve tedaviler için plasebo etkisinin araştırma sonuçlarının ne ölçüde etkilediği konusu ile ilgili olarak Kaptchuk ve diğ. (2000) tarafından yapılan bir çalışmada sahte akupunktur tedavisinin sahte ilaç kullanımına göre plasebo etkisinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Randomize kontrollü deneyler gerçek deneysel araştırmalar olmakla birlikte CONSORT bildirgesinin kullanımı sayesinde araştırma tasarımlarının daha iyi yapılması ve deney/kontrol gruplarına yapılan atamaların daha doğru olması sağlanabilmektedir (Begg ve diğ. 1996).

Deneklerin deney ve kontrol gruplarına atanmasında randomizasyonun sağlandığı araştırmalarda deney ve kontrol gruplarına atanan bireyler arasındaki farklılıklar araştırma sonuçlarını olumsuz yönde etkileyecektir. Bu nedenle ilaç ile tıbbi teşhis ve tedavi konusunda yapılan araştırmalarda eğilim skorları analiz yöntemi (propensity score matching) olarak bilinen bir yöntem kullanılarak kişilerin gruplara eşleştirilerek atanması sağlanmaktadır (Austin 2008).

Eğilim skoru eşleştirmesi ile araştırmacı tek bir skaler değişken yardımı ile eşleştirme yaparak çok sayıda ortak değişken üzerinde kontrol sağlamaktadır. Eğilim skoru çok sayıda ortak değişken içerisinden eşleştirilmiş setlerin ve ta-

bakaların oluşturulması için bir düzeneştir, bu skor ortak değişken bilgilerinin özet bir ölçüsünü vermektedir. Çeşitli eşleştirme yöntemlerinin kullanıldığı bu teknikte (Baser 2006), gerçek eğilim skoru bilindiğinde eğilim skorunda eşleştirme veya tabakalara ayırma yapılarak tabakalar veya eşleştirilmiş kümeler elde edilmektedir. Bu kümeler gerçekte heterojen olsalar bile eğilim skorunda homojen olarak şekillenirler yani olgu ve kontrol gruplarındaki eşit eğilim skoruna sahip birimler, kendi geçmiş ortak değişkenlerine bağlı olarak aynı dağılıma sahip olma eğiliminde olacaktır (Kaspar ve diğ. 2010). Sonuçta Şekil 4’de görülen en yakın skor eşleştirme yöntemi kullanılarak yapılan bir eşleştirmede deney ve kontrol gruplarında birbirine en yakın skora sahip olanların eşleştirilmesi mümkün olmaktadır.

Şekil 4. En Yakın Skor Eşleştirme Yöntemi



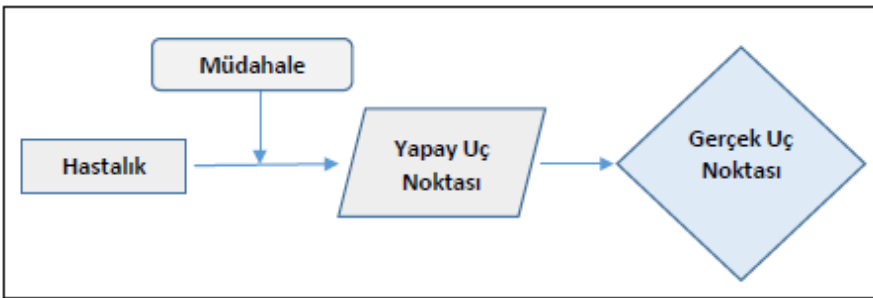
Kaynak: Heckman J.J. Ichimura H. Todd P. (1998) “Matching As An Econometric Evaluation Estimator”, Review of Economic Studies, 65, 261-294.

Eğilim skoru eşleştirme yöntemi kullanılarak yapılan araştırma tasarımlarına örnek olarak Kaspar ve diğ. (2010) tarafından yapılan bir çalışmada göğüs cerrahisi ameliyatı geçirmiş 478 hasta kullanılmıştır. Ameliyat sonrası delirium tanısı alan ve almayan hastalara ait, 24 risk faktörüne lojistik regresyon uygulanmış ve sonuçlar elde edilmiştir. Eğilim skoru lojistik regresyon ile hesaplanmıştır. Elde edilen bulgular eğilim skoru ile oluşturulmuş yeni örnekleme olgu ve kontrol gruplarının hemen hemen aynı karakteristiğe sahip olduğu ve yanlılığı azalttığını göstermektedir. Eğilim skoru öncesinde ve sonrasında örneklem için olgu ve kontrol gruplarına uygulanan lojistik regresyon sonucunda risk faktörlerinin anlamlılıklarında değişiklik gözlemlenmiştir. Ba-

ser (2006) tarafından yapılan başka bir araştırmada ise eğilim skoru eşleştirme yönteminin astım hastalığında maliyetlerin belirlenmesi konusundaki araştırma tasarımlarına katkı sağlayacağı belirtilmiştir.

İlaç ile teşhis ve tedavi konulu araştırma tasarımlarında temel başarı kriterinin klinik uygulama sonuçlarının başarısı olduğu bilinmektedir (Baser 2006). Bu araştırmalar çoğunlukla uzun süreli takip gerektiren araştırmalardır. Bazı hastalık türlerinde uygulama sonuçlarının gözlenmesi uzun zaman ve maliyet gerektirdiğinden dolayı bu araştırmalarda gerçek uç noktaları yerine yapay uç noktalarının kullanımı tavsiye edilmektedir. Örneğın akciğer kanserinin incelendiğı bir sağık teknolojisi değerlendirme çalışmasında gerçek uç noktası sağı kalım olmakta iken yapay uç noktası olarak tümör büyüklüğü esas alınabilmektedir. Başka bir örnek olarak kalp hastalığının incelendiğı bir çalışmada gerçek uç noktası yine sağı kalım süresi iken yapay uç noktası kolesterol düzeyinin belirli bir seviyenin üzerinde olması olabilmektedir (Gupta ve diğ. 2010). şekil 6'da gerçek uç noktaları ile birlikte yapay uç noktalarının da kullanıldığı bir araştırma tasarımı gösterilmiştir. Bu tasarımda hastalık ile ilgili müdahale sonrasında öncelikle yapay uç noktalara ait sonuçlar gözlemlenmekte, araştırmanın devamında ise gerçek uç noktası ile ilgili sonuçlar izlenmeye devam etmektedir.

şekil 6. Yapay Uç Noktaları İle Gerçek Uç Noktalarının Birlikte Kullanıldığı Bir Araştırma Modeli



Kaynak: Gupta et al. (2010) Surrogate Endpoints: How Reliable are they?, Journal of Clinical Research Best Practices 6(5):1-6.

Yapay uç noktaları ilaç geliştirme çalışmaları için oldukça faydalı bir yöntemdir. Bilindiği üzere bu çalışmalarda öncelikle tüpte daha sonra ise canlı sistemler üzerinde çalışılmaktadır. İlaç geliştirme çalışmaları pre-klinik safhada başlamaktadır. Eğer bu aşamalarda başarılı olunmuşsa canlı hastaların kullanıldığı klinik deneme safhasına geçilmektedir. Bu denemeler 4 ile 5 yıl kadar uzun bir zaman dilimi gerektirmektedir. Faz I olarak isimlendirilen klinik deneme aşaması birkaç ay sürmektedir. Bu aşamada ilacın uygulanma şekli ile en yüksek dozun saptanmasına çalışılmaktadır. Bu klinik denemelerde ilacın vücuttan ne kadar kısa sürede atıldığı belirlenmeye çalışılmakta ve yan etkileri belirlenmektedir. Faz I'de denenen ilaçların ancak 2/3'si Faz II'ye geçebilmektedir. Bu safha aynı zamanda ilacın etkinliğinin belirlenmesinin ilk aşamasıdır. Faz II denemelerinde büyük çoğunluğu gönüllülerden oluşan hastaların yarısına plasebo, diğer yarısına ise denenen ilaç verilmektedir. Bu aşamalar randomize kontrollü deneylerin tasarlandığı aşamalardır. Faz II'de kullanılan randomize kontrollü deney tasarımlarında tedavi ve kontrol gruplarında yer alan hastaların özellikleri ne kadar iyi bir şekilde kontrol altına alınabilirse o ölçüde daha başarılı araştırma sonuçları elde edilebilecektir. Bu noktada kontrol değişkenlerinin belirlenmesi, bu değişkenlerin uygun istatistiksel teknikler ile kontrol altına alınması önem arz etmektedir. Faz II aşamasında yapılan çalışmalarda ümit vaat eden çalışmalar ile Faz III klinik denemelerine geçilmektedir. Bu aşamada Faz II çalışmalarından çok daha fazla sayıda hasta üzerinde çalışılmakta aynı zamanda da kullanılan ilacın dozu, ne ölçüde faydalı olduğu, güvenilirlik ve etkinliği belirlenmektedir. Yapay uç noktaları bu üç aşama içerisinde özellikle Faz II aşamasında yeni bir müdahalenin biyolojik olarak aktif olup olmadığının tespit edilmesinde, Faz III'de ise ilacın kullanım için yeterince etkili olup olmadığının belirlenmesinde kullanılabilir (Sertdemir 2006). Kronik ve ölümcül hastalıklarda yapay uç noktalarının kullanımının en temel avantajı takip sürelerinin kısaltmasıdır. Bunun nedeni gerçek sonlanım yerine yapay uç noktalarını gözlemlenmenin çoğu zaman çok daha kolay olmasıdır. Örneğin kalp hastalığında gerçek sonlanım, miyokardial sintigrafi ile ölçülen infraksiyon büyüklüğü ise, bununla ilgili enzim düzeyleri yapay uç noktaları olarak kabul edilebilecektir. Bu konu ile ilgili olarak hastalık prevalansının çok düşük olduğu durumlarda gerçek uç noktalarının gözlemlendiği araştırmalar tasarlamak çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Bu tür durumlar-

da yapay uç noktalarını kullanmanın bir avantajı da ihtiyaç duyulan örneklem büyüklüğünün daha az olmasıdır (Sertdemir, 2006).

Wittes ve diğ. (1989) tarafından kardiyovasküler hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada yapay uç noktaları ile gerçek uç noktaları örneklem büyüklüğü ile takip süresi bakımından karşılaştırılmıştır. Yapılan karşılaştırmada gerçek uç noktalarının kullanıldığı araştırmada üzerinde çalışılan örneklem büyüklüğü daha fazla ve takip süresi daha uzun iken, yapay uç noktalarının kullanıldığı çalışmada örneklem büyüklüğü daha az aynı zamanda da takip süresi daha kısadır (Tablo 1). Buna göre kardiyovasküler alanda gerçek uç noktası olarak kalp krizi ile felcin esas alındığı, yapay uç noktası olarak ise koroner arter açıklığı, kalbin her atışında ne kadar iyi kasıldığıнын tespit edildiği ejeksiyon fraksiyonu (EF) yöntemi ile diyastolik kan basıncının değerlendirildiği yapay uç noktaları kullanılabilir. Bu sonuç kardiyovasküler hastalıkların konu edinildiği ve yapay ve gerçek uç noktalarının kullanıldığı bir araştırma tasarımında maliyet öncelikli bir değerlendirme yapılması durumunda yapay uç noktalarının tercih edilmesinin maliyet ve izlem süresi bakımından önemli avantajlar sağlayacağını ortaya koymaktadır.

Tablo 1. Kardiyovasküler Alanda Gerçek ve Yapay Uç Noktaları İçin Gerekli Örneklem Büyüklüğü ile Takip Süresi

Olay	Gerçek Uç Noktası	Örneklem Büyüklüğü	Takip Süresi	Yapay Uç Noktası	Örneklem Büyüklüğü	Takip Süresi
Kalp krizi	Ölüm	4000	5 yıl	Koroner arter açıklığı	200	90 dak.
Kalp krizi	Ölüm	4000	5 yıl	Ejeksiyon Fraksiyonu (EF)	30	2-4 hafta
Felç	Felç	25000	5 yıl	Diastolik kan basıncı	200	1-2 yıl

Kaynak: Wittes J. Lakatos E. Probstfield J. (1989) "Surrogate endpoints in clinical trials: cardiovascular diseases", Stat Med. 8(4):415-425.

İlaç ve tıbbi teşhis ve tedavi dışında bir diğer sağlık teknolojisi türü tıbbi cihazlardır. Tıbbi cihaz konulu teknoloji değerlendirmeleri ile ilgili önemli bir eksiklik tıbbi cihaz kullanımını sonucunda ortaya çıkan advers etkiler başka bir deyişle tıbbi cihaz vijilansı konulu çalışmaların sınırlı sayıda olmasıdır.

4.2. Tıbbi Cihaz Vijilansı

Tıbbi cihaz vijilansı tıbbi cihazların olası advers etkilerine ilişkin izleme, uyarı, bildirim ve gerektiğinde düzeltici önlemlerin alınmasında aracılık hizmeti yürütmekte ve tıbbi ürünlerin güvenilirliğini garanti altına almaktadır. Tıbbi cihaz vijilans sistemi izleme, uyarı sistemi oluşturma, olumsuz olay raporlama gibi farklı işlemlerden oluşmaktadır (Bliznakov ve diğ. 2006). İyi bir tıbbi cihaz vijilans sistemi oluşturulabilmesi için öncelikli olarak tıbbi cihazların sınıflandırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Buna göre birinci grupta yer alan tıbbi cihazlar arasında; genel kontrol amaçlı kullanılan ve yüksek risk içermeyen tıbbi cihazlar bulunmaktadır. Bunlar arasında stereteskopdan dil basacağına kadar farklı türde tıbbi cihazlar vardır. İkinci grupta yer alan tıbbi cihazlar arasında; orta seviyelerde risk barındıran tekerlekli sandalye, ultrason makinası, tomografi tarayıcısı gibi tıbbi cihazlar bulunmaktadır. Üçüncü grupta ise hastaları hayatta tutan ancak sağlık için ciddi tehdit oluşturabilecek nitelikteki tıbbi cihazlar bulunmaktadır. Bunlar arasında; implante edilebilir kardiyoverter defibratör, kalça protezi ile kalp pili bulunmaktadır (Campillo-Artero 2015). Advers etki genel anlamı itibariyle bir beşeri tıbbi ürünün hastalıktan korunma, bir hastalığın teşhis veya tedavisi veya bir fizyolojik fonksiyonun iyileştirilmesi, düzeltilmesi veya değiştirilmesi amacıyla kabul edilen normal dozlarda kullanımında ortaya çıkan zararlı ve amaçlanmamış etki olarak tanımlanmaktadır.

Ciddi advers etki ölüm, hayati tehlike, hastaneye yatma, hastanede kalma süresinin uzaması, kalıcı ve belirgin sakatlık, iş göremezlik, doğumsal bir kusura neden olmak gibi etkilere neden olan etkilerdir. Advers etkiden farklı olarak yan etki ise çoğu kez yanlışlıkla/tam karşılığı olmayacak şekilde kullanılan ve karışıklıklara yol açan bir terimdir. Hastada kabul edilmiş normal tedavi dozlarında amaçlanmış etkiye ilave olarak ortaya çıkabilecek, tedavi sürecinde oluşabilecek amaçlanmamış diğer etkilerdir. Bu durumda advers etki olması gereken ve istenilen etkinin hiç görülmemesi durumunda ortaya çıkmakta iken yan etki durumunda istenilen iyileştirici etkinin yanında istenilmeyen olumsuz etkinin de ortaya çıktığı görülmektedir (Farmakovijilans Sözlüğü 2015).

İlaç kullanımı konusunda advers etkiler söz konusu olduğunda 1/10.000 insidanda görülen advers etkilerin belirlenmesi için en az 30.000 kişinin ilaca maruz kalması gerekmektedir. Ancak ruhsat alınan sürece kadar en fazla 5000 insanın ilacı kullanmış olması nedeniyle klinik araştırmalarda sadece sıklıkla görülen advers etkiler tespit edilebilmektedir. Bu durum ilaç araştırmalar için geçerli olmakla birlikte tıbbi cihaz kullanımı söz konusu olduğunda advers etkilerin tespit edilmesinde bu etkilerin bildirim konusunda etkin kayıt sistemlerinin kurulmamış olması eksik bilgi paylaşımı nedeniyle sorunlar yaşanmaktadır (Soyalan ve diğ. 2012). Tıbbi cihaz advers etkilerinin ortaya çıkarılmasını sağlayacak olan tıbbi cihaz vijilansı raporlama sistemlerinin önenebilir tıbbi komplikasyonlardan ayrı tutulması ve raporlamaların da buna göre yapılması gerekmektedir. Farklı tıbbi cihaz türlerinin neden olduğu advers etkiler incelendiğinde bu etkilere neden olan durumların ağırlıklı olarak üretim hataları ile ilgili nedenlerden kaynaklandığı görülmektedir. İnsan hatalarının ise ikinci sırada önem taşıdığı görülmektedir (Beydon ve diğ. 2010).

Resnic ve diğ. (2010) tarafından belirtildiği üzere farklı tıbbi cihaz türleri içerisinde en fazla adverse etkiye neden olan tıbbi cihazların implante edilebilir özelliği olan kalp pili, stent, kalça protezi, diş implantı gibi üçüncü sınıf tıbbi cihazlar olduğu belirtilmektedir. Tıbbi cihazların neden oldukları advers etkilerin takibi konusu ile ilgili olarak bu etkilerin hekim deneyim ve tecrübesi, hastaların özellikleri, kullanılan tıbbi cihazın niteliğindeki farklılıklar nedeniyle raporlanmasında güçlükler yaşanabildiği belirtilmektedir. Tıbbi cihaz advers etkileri ile en fazla karşılaşılan alanlardan birisi olan acil serviste tıbbi cihaz advers etkilerini inceleyen Hefflin ve diğ. (2004) acil müdahaleler sırasında tıbbi cihaz kullanımı nedeniyle ortaya çıkan advers etkileri ele almıştır. Araştırma sonucunda en fazla advers etkiye neden olan durumların çürükler/sıyrıklar, delikler ile laserasyon nedenleri ile meydana geldiği belirtilmiştir. Advers etkilerin yatan ve ayakta hastalarda görülme durumu karşılaştırıldığında ise çoğunlukla ayakta hastalarda görüldüğü yalnızca %13'ünün yatan hastalarda görüldüğü bildirilmiştir. Advers etkiye neden olan olayların en büyük nedeninin ise istenmeyen travmatik olaylardan kaynaklandığı belirtmiştir. Wang ve diğ. (2010) tarafından yapılan bir çalışmada ise çocuk hastalar incelenmiş ve çocuk hastaların acil servis başvuruları sırasında görülen tıbbi

cihaz kullanımı nedeniyle ortaya çıkan advers etkilerin kontüzyon (travma sonucunda ortaya çıkan cilt ezilmesi), sıyrık, delik, laserasyon ve enfeksiyona neden olduğu belirtilmiştir.

Tıbbi cihazların evde ya da bir sağlık kuruluşunda kullanımı durumunda bunun ortaya çıkması muhtemel advers etkiler üzerinde nasıl bir etki yarattığı konusu ile ilgili olarak Brown ve diğ. (1997) tarafından yapılan çalışmada infüzyon pompasının evde ya da bir sağlık kuruluşunda kullanımında ortaya çıkması muhtemel advers etkiler bakımından bir farklılık olmadığı belirtilmiştir. Hastalar yaş durumuna göre tıbbi cihaz kullanımı nedeniyle ortaya çıkan adverse etkilere maruziyet bakımından karşılaştırıldığında ise ileri yaştaki hastaların genç olanlara göre tıbbi cihazlar nedeniyle daha fazla advers etkiye maruz kaldıkları, advers etkilerin yarattığı travmatik etkilerin ise küçük yaşta hastalarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Wang ve diğ. 2010).

Tıbbi cihaz kullanımı nedeniyle ortaya çıkan advers etkiler konusunda araştırmaların sınırlı sayıda olması bu konuda ulusal ve uluslararası seviyelerde bir tıbbi cihaz vijilans sistemi örgütlenmesini gerektirmiştir. Dünya genelinde pek çok ülkede o ülkenin kendi sağlık sistemi içerisinde tıbbi cihaz kullanımı nedeniyle ortaya çıkan advers etkilerin bildirilmesi amacıyla yönelik olarak bazı bildirim sistemlerinin oluşturulduğu bilinmektedir. Türkiye’de ise Sağlık Bakanlığı tarafından advers etkilerin bildirimini konusunda formlar hazırlamıştır. Sağlık profesyonelleri bu formları doldurarak advers etki bildiriminde bulunmaktadırlar. Bu formlar beşeri tıbbi ürünlerin rutin kullanımı esnasında bir hastada bir ya da daha fazla beşeri ürün kullanımı ile ortaya çıkan şüpheli advers etkinin sağlık mesleği mensubu tarafından firmaya ve TÜFAM (Türkiye Farmakovilijans Merkezi)’a Advers Etki Bildirim Formu doldurularak veya formun bulunmaması durumunda yazılı olarak bildirilmektedir (SB 2015). Advers etkilerin bildirilmesinde uluslararası seviyelerde bir vijilans sistemi oluşturmak amacıyla Hindistan, ABD, İngiltere ve Avustralya’da bir tıbbi cihaz vijilans sisteminin geliştirilmesi konusunda gösterilen çabalar sonucunda Uluslararası Tıbbi Cihaz Düzenleme Forumu (International Medical Device Regulators Forum) oluşturulmuştur (Gupta ve diğ. 2010).

Uluslararası tıbbi cihaz vijilansı çabalarının amacına ulaşabilmesi için tıbbi cihazların kaydı, sertifikasyonu ve pazarlama sonrası izleme ve denetiminde

bir standardizasyon sağlanmasına gerek duyulmaktadır. Bu gereksinimin bir sonucu olarak Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde tıbbi cihazların sertifikasyonu ve kaydı konusuna önem verilmektedir. Bu amaçla birinci ve ikinci sınıf tıbbi cihazların sertifikasyonunda kullanılan bir belge CE belgesidir. İkinci ve üçüncü sınıf tıbbi cihazlar konusunda ise her ülkenin yerel otoritesi tarafından onaylanmak üzere dünya genelinde 80 farklı değerlendirme kuruluşu bulunmaktadır. Avrupa Birliği'ne üye olan ülkelerde üretici firmaların tıbbi cihazın advers etkilerini bildirmesi istenmektedir. European Databank of Medical Devices (EUDAMED) olarak isimlendirilen bu sistem sayesinde tıbbi cihazların yan etkilerinin bildirimi konusunda büyük bir veri tabanı oluşturulmuştur. Bu veri tabanı kullanılarak Avrupa ülkelerinde tıbbi cihazların advers etkileri konusunda kapsamlı bilgiler üretilebilmektedir (Campillo-Artero 2015). Tıbbi cihaz vijilansı konusunda uluslararası seviyelerde bir vijilans sistemi oluşturmak amacıyla Hindistan, ABD, İngiltere ve Avustralya'da tıbbi cihaz vijilans sistemlerinin incelendiği çalışmada uluslararası düzeyde bir tıbbi cihaz vijilans sisteminin geliştirilmesi konusunda gösterilen çabalar sonucunda Uluslararası Tıbbi Cihaz Düzenleme Forumu (International Medical Device Regulators Forum) kurulmuştur (Gupta ve diğ. 2010).

Tıbbi cihaz advers etkilerinin azaltılmasına yönelik olarak başta hekimler olmak üzere sağlık profesyonellerinin bu konudaki bilgi ve deneyimlerini arttırmak yönünde rekabetçi politikalar belirlemek, kullanılan tıbbi cihazın detaylı özelliklerini içeren kılavuz ve açıklamalar getirmek, advers etkilerin bildirileceği detaylı raporlama sistemleri geliştirmek önerilmektedir (Amoore ve Ingram 2002). Bu nedenle hekimlerin advers etki bildiriminde daha fazla cesaretlendirilmesine ve hekimlerin tıbbi cihaz kullanımı konusunda öğrenme eğrilerinin incelenmesinde fayda vardır. Sarma ve diğ. (2013) tarafından belirtildiği üzere hekimlerin operasyonel deneyimleri arttıkça tıbbi cihaz kullanımı becerisinin geliştiği ve cerrahi müdahale sonuçlarının bundan olumlu şekilde etkilendiği belirtilmektedir. Buna rağmen genel bir görüş olarak hekimlerin tıbbi cihazların kullanımı konusunda öğrenme eğrilerinin düşük olduğu belirtilmektedir. Bu durumun temel nedenleri arasında; tıbbi cihazın tasarımı, hastaların özellikleri, operasyonel deneyim ve tecrübe gibi faktörler rol oynamaktadır. Bu çerçeveden bakıldığında tıbbi cihazların tasarımının hekimler

için kullanım kolaylığı sağlayacak şekilde yapılmasında fayda vardır. Bunun yanı sıra her ülkede hekimlerin eğitim ve öğretim süreçlerinin farklı olduğu bilinmekte olup, eğitim ve öğretim süreçlerinde simülasyona dayanan uygulamalara daha fazla yer verilmesi durumunda bunun hekimin cerrahi uygulama deneyimine olumlu yansıtacağı belirtilmektedir. Bu nedenle tıbbi cihazların piyasa sunulmadan önce kullanım kolaylığı ve ergonomi açısından değerlendirilmesi gerekmektedir (Joseph ve diğ. 2010).

Tıbbi cihazların piyasa sunulmasının ardından etkin bir takip sisteminin geliştirilmesi tıbbi cihaz kullanımını nedeniyle ortaya çıkan advers etkilerin azaltılmasında önemli rol oynayacaktır. Hauser (2012) tarafından belirtildiği üzere tıbbi cihazların pazarlama sonrasında takibi konusunda ABD’de tıbbi cihazların piyasaya sunulmasına onay veren FDA (Food and Drug Administration) tarafından geliştirilen sistem sayesinde tıbbi cihazların pazarlama sonrasında da takip edilmesi konusunda hekimler, sağlık kuruluşları, tıbbi cihaz üretim şirketleri ve hastaların tıbbi cihazların neden olduğu advers etkiler konusundaki farkındalık düzeylerinin artırılması mümkün olmaktadır (Hauser 2012). Bu sistemde tıbbi cihazların neden olduğu komplikasyonlar, işlem hataları düzenli olarak kayıt altına alınmaktadır. Bu kuruluşa bildirilen advers etkiler incelendiğinde yıllık olarak 100.000 raporlama yapıldığı, tıbbi cihaz hatalarına ilişkin olarak ise yalnızca %0.5 gibi düşük bir oranda bildirimde bulunduğu belirtilmektedir (Resnic ve Normand 2012). Bu nedenle tıbbi cihaz advers etkilerinin bildirim konusunda cesaretlendirici politikalar belirlenmesine ihtiyaç vardır. Diğer tıbbi teknoloji türleri içerisinde uygulama ve performans değerlendirmesi bakımından standartlaştırmanın en zor olduğu sağlık teknolojisi türü ise cerrahi uygulamalardır.

4.3. Cerrahi Uygulamaların Değerlendirilmesi İçin Pragmatik Deney Tasarımları

Cerrahi uygulamalar diğer sağlık teknolojisi türleri içerisinde inovasyona en uygun alandır. Cerrahi uygulama ve süreçler diğer sağlık teknolojisi türlerinden farklı olarak deneme-yanılma yöntemi ile işleyen bir süreci gerektirmektedir. Cerrahi uygulamalarda karşı karşıya kalınan temel sınırlılıklardan birisi ilaç ve tıbbi cihaz ve malzemeler konularında olduğu gibi cerrahi süreçler ko-

nusunda yapılacak teknoloji değerlendirme uygulamalarında uygulama süreci hakkında tanımlanabilecek minimum standartların tanımlanmasında güçlük-tür. Bunun nedeni cerrahi uygulamalarda başarının başta cerrahın uygulama deneyimi olmak üzere çok sayıda faktörün etkisi ile şekillenmekte olmasıdır. Cerrahi uygulamalar için yenilik yönetimi zor bir konu olmakla birlikte bu konuda IDEAL (Ideal, Development, Exploration, Assessment, Long-term Follow Up, Improving the Quality of Research in Surgery) olarak adlandırılan ve cerrahide inovasyonun değerlendirilmesinde 4 aşamalı bir süreci gerektiren yaklaşıma göre cerrahide inovasyon konusu; sıfırdan bir yenilik, geliştirmeye ve keşfetmeye yönelik yenilik faaliyeti, değerlendirmeye yönelik bir yenilik faaliyeti ile uzun dönemli araştırma sonucunda ortaya çıkan yenilik olabilmektedir. Bu çerçeveden bakıldığında inovasyonun herhangi bir klinik sorunun çözümüne olanak sağlayan, yeni bir cerrahi prosedürün uygulanmasının ilk aşamasını oluşturduğu bilinmektedir. Geliştirmeye yönelik uygulamalarda küçük bir hasta grubu üzerinde zaten uygulanmakta olan bir cerrahi prosedürün geliştirilmesine yönelik uygulamalar gerçekleştirilmektedir. Keşfedici uygulamalarda halihazırda uygulanmakta olan bir cerrahi prosedürü tamamen yok sayarak yeni standartlara dayanan bir süreç izlenmektedir. Değerlendirme aşamasında ise çok sayıda hasta üzerinde mevcut alternatifler içerisinde cerrahi yöntemin klinik etkinlik bakımından karşılaştırıldığı bir süreç izlenmektedir. Uzun dönemli araştırma ise sürecin adaptasyonu tam olarak sağlandığı durumda temel hedef olarak uzun dönemli etkililik ile güvenliğin değerlendirilmesi söz konusu olduğunda kullanılmaktadır. Uzun dönemli araştırma gerektiren inovasyonda ilacın pazarlama sürecinin sonrasında da piyasa takip ve denetiminin yapılması gerekmektedir (IDEAL 2015).

Cerrahi uygulamaların diğer sağlık teknolojisi değerlendirmelerinden en önemli farkı ise ilaç, tıbbi teşhis ve tedavi süreçleri ile tıbbi malzemeler için olduğu gibi araştırma tasarımında randomize kontrol deney tasarımının uygulanmasında güçlüktür. Bunun nedeni daha kaliteli bir randomize kontrollü deney tasarımı için gerekli olan maskeleye (körleme) ya da plasebo etkisinin uygulanmasında güçlüktür. Maskeleye ve plasebo etkisinin kullanılmadığı durumlar için geliştirilmiş alternatif bir yaklaşım sham/plasebo grubunun oluşturulmasıdır. Cerrahi uygulamada sham/plasebo grubu kullanıldığında bu

grupta yer alan hastalar da deney grubunda bulunanlar gibi anestezi almakta, gerçek bir ameliyat görüntüsü vermesi için bir neşter yardımı ile kesi yapılmaktadır. Bu sayede hasta gerçek bir cerrahi operasyon geçirdiğini düşünmektedir (Miller 2004). Cerrahi uygulamalarda sham grubunun oluşturulması etik açıdan tartışmalı bir konu olmaya devam etmektedir. Uygulamada sham grubunun kullanıldığı araştırmalar daha çok fareler ve tavşanlar üzerinde yapılmaktadır. Cerrahi uygulamalarda maskeleye yerine kullanılabilir alternatif bir teknik ise standart yara pansumanı (standart wound dressing) uygulamasıdır. Laparoskopik uygulamalarda karın bölgesini kaplayan büyük yara pansumanlarının kullanılması buna örnek oluşturabilmektedir (Majeed ve diğ. 1996).

Cerrahi uygulamalar ile ilgili teknoloji değerlendirmelerinde yaşanan başka bir zorluk ise cerrahi uygulama sonucunda ortaya çıkabilecek komplikasyonların çeşitliliğidir. Bu çeşitlilik cerrahi uygulama sonucunda ortaya çıkan komplikasyonların sınıflandırılmasını gerektirmiştir. Uygulamanın türüne bağlı olarak farklı şekillerde ortaya çıkabilen komplikasyonların sınıflandırılmasında Clavien-Dindo sınıflandırma sistemi olarak da bilinen bir komplikasyon sınıflandırma sisteminden yararlanılmaktadır. Bu sistem kullanılarak cerrahi komplikasyonların düşük dereceden yüksek dereceye varıncaya kadar farklı seviyelerde sınıflandırılması mümkün olmaktadır (Clavien-Dindo Complication Classification System 2015). Clavien-Dindo sınıflandırma sistemini ürolojide laparoskopik girişimler ile ilgili istenmeyen yan etkilerin değerlendirilmesi konusunda kullanan Binbay ve diğ. (2009) laparoskopik cerrahi sonrasında ortaya çıkan istenmeyen yan etkileri dört farklı derecede sınıflandırmışlardır. Bu sınıflandırmada birinci derecede ateş yükselmesine yer verilmiş, dördüncü ve son grupta ise sepsis yer almıştır.

Cerrahi uygulamaları konu edinen sağlık teknolojisi değerlendirmelerinde daha doğru bir araştırma tasarımı için dikkate alınması önerilen bir diğer konu ise tedaviye devam niyeti (intention to treat) prensibine uyulmasıdır. Tedaviye devam niyeti araştırmalarda hata olasılıklarının azalmasını sağlamaktadır. Bu yöntemde tedavi uygulanırsa da uygulanmasa da tüm katılımcıların sonuçları analize dahil edilmektedir. Bu araştırmalarda sadece araştırmayı tam olarak tamamlayan kişilerin dahil edildiği (on-treatment) çalışmalardan farklı olarak

araştırmadan ayrılan bireyler hakkında da veri sağlanmaya çalışılmalıdır. Bu sayede tedaviye devam niyeti dikkate alınarak tasarlanan araştırmalarda yanlılık en aza indirilmiş olacağı için müdahalenin etkisi daha net bir şekilde ortaya konulabilmektedir (Farrakhyar ve diğ. 2010). Daha kısa vadede elde edilebilen ve yönetilebilir sonuç ölçütlerinin seçilmesi de cerrahi konulu deneysel araştırmalardan elde edilen sonuçların daha etkili olmasını sağlayacaktır. Bazı sonuç ölçütlerinin diğerlerine göre daha nadiren görüldüğü bilinmektedir. Bu ölçütler arasında mortalite, kalp krizi ve felç bulunmaktadır. Bunların yerine gözlenmesi daha kolay olan ağrı seviyesi, yaşam kalitesi gibi ölçütler dikkate alınarak cerrahi uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi mümkün olabilmektedir (Novitzky ve diğ. 2007).

Cerrah uygulamaların değerlendirilmesinde geleneksel açıklayıcı deneylere (explanatory trials) alternatif nitelikte olan bir araştırma tasarımı türü ise pragmatik deneyler (pragmatic trials)'dir. Açıklayıcı deneyler açıklayıcılık ve klinik etkililik esaslı olarak tasarlanmakta iken pragmatik deneyler için pragmatik ve etkililik yaklaşımı temel alınmaktadır. Bu deneyler kullanılarak herhangi bir müdahalenin rutin bir uygulama sürecinde etkili olup olmadığı belirlenmektedir. Bu çalışma tasarımında temel hedef dışsal geçerliliği arttırmaktır. Tablo 2'de görülebileceği üzere açıklayıcı deneyler ile pragmatik deneyler çalışmanın amacı, örneklem, uygulama yöntemi bakımından farklılıklar içermektedir.

Tablo 2. Açıklayıcı Deneyler & Pragmatik Deneyler

Metodoloji	Açıklayıcı Deneyler (Explanatory Trials)	Pragmatik Deneyler (Pragmatic Trials)
Amaç	Bilimsel bilgi üretmek	Farklı tedaviler arasında seçim yapmak
Araştırma sorusu	Kontrollü bir deney ortamında müdahalenin faydasını ölçmek	Rutin klinik uygulama süreci sonucunda müdahalenin faydasını ölçmek
Uygulama	Deneysel/kontrollü	Rutin klinik uygulama
Araştırma popülasyonu	Homojen	Heterojen
Randomizasyon	Evet	Evet
Randomizasyonun gizlenmesi	Evet	Evet
Müdahale	Standart tedavi-belirli bir tedavi protokolü dahilinde yürütülen tedavi	Belirli bir çerçevede yürütülen rutin tedavi

Karşılaştırma	Plasebo kontrolü	Standart tedavi
Örneklem büyüklüğü	Az sayıda hasta	Çok sayıda hasta
Körleme	Olabildiğince çok katılımcının körlemesi	Sonuçları değerlendirenler ile veri analistlerini körleme
Sonuç ölçütü	Yapay uç noktaları	Yaşam kalitesinde iyileşme derecesi
İzleme	Kısa süreli izleme	Uzun süreli izleme
Analizler	Tedaviye katılma niyeti	Tedaviye katılma niyeti
Geçerlilik	Yüksek içsel geçerlilik, kabul edilebilir düzeyde dışsal geçerlilik	Yüksek dışsal geçerlilik kabul edilebilir düzeyde içsel geçerlilik

Kaynak: Farrakhyar F. Karanicolas P.J. Thoma A. Simunovic M. Bhandari M. Devereaux P.J. Anvari M. Adili A. Guyatt G. (2010) "Randomized Controlled Trials of Surgical Interventions", *Annals of Surgery*, 251(3):409-416.

Pragmatik deneylerde örneklem büyüklüğünün klasik deneysel tasarımlara göre daha büyük olması istenmektedir. Deneysel araştırma tasarımlarında kontrol amaçlı olarak plasebo kullanılmakta olup pragmatik deneylerde plasebo kullanılmamakta, yeni tedavi ile standart tedavi karşılaştırılmaktadır. Bu yaklaşım özellikle cerrahi uygulamalarda olduğu gibi plasebo ya da sham grubunun kullanılmasının etik açıdan tartışma yarattığı durumlarda tavsiye edilmektedir. Pragmatik tasarımların cerrahlar için sağladığı avantajlardan birisi cerrahın farklı hastalara istediği cerrahi tekniği uygulama imkanı vermesidir. Bu tür araştırma tasarımları hekime cerrahi uygulamada esneklik sağlamaktadır. Çünkü pragmatik deneylerde cerrahın uyması gereken bir protokol yoktur. Açıklayıcı araştırmalardan tedaviye karşı verilen psikolojik ve biyolojik tepkilerin anlaşılmasında yararlanılmakta olup bu araştırmalarda ölçümler yapay uç noktaları kullanılarak yapılmaktadır. Pragmatik araştırmalarda ise hastaların günlük yaşamlarını devam ettirmeleri sürecinde önem taşıyan yaşam kalitesi ya da felç gibi sonuç ölçütleri kullanılmaktadır. Pragmatik deneyler açıklayıcı araştırmalar ile karşılaştırıldığında daha uzun bir izlem süresi gerektirmektedir. Pragmatik deneysel tasarımlar özellikle iki farklı ekonomik değerlendirme yönteminin karşılaştırıldığı durumlarda da kullanılabilir (Roland ve Torgerson 1998).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi konusunda politik karar verme sürecinde sağlık teknolojisi değerlendirmenin inovasyon temelinde şekillendiğinin bilinmesi gereklidir. Bu noktada dikkate alınması gereken temel faktör ise sağlıkta inovasyonun yönetilmesi son derece güç bir konu olması durumudur. Farklı sağlık teknolojisi türleri itibariyle düşünüldüğünde ilaçtan, tıbbi araç ve gereçlere, tıbbi teşhis ve tedavi süreçlerine ve cerrahi uygulama prosedürlerine kadar çeşitli sağlık teknolojisi türleri için farklı teknoloji değerlendirme politikalarının uygulanmasını gerektirmektedir (Campillo-Artero 2015). Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinin temel zorluk nedenleri arasında Herzlinger (2006) tarafından belirtildiği üzere; sektörde söz sahibi olan ve karar verici konumunda bulunan otoritelerin varlığı, finansman kuruluşlarının etkisi, ülke genelinde teknoloji yönetimini etkileyecek politikalar, genel teknoloji seviyesi, sağlık hizmetleri tüketicileri ile sağlık sektöründe söz konusu olan insan hayatı olduğundan dolayı hesap verilebilirliktir. Bu temel başlıkların yönetimine önem verildiği ölçüde sağlık teknolojilerinin yönetiminde daha etkin politikalar belirlenmesi mümkün olabilecektir.

Sağlık alanında sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi konusunda daha etkin politikalar belirlenmesi ve daha iyi bir piyasa tasarımına ihtiyaç duyulmakla birlikte etkin bir piyasa tasarımının sağlık alanında her zaman piyasa başarısını garanti etmeyeceği bilinmektedir. Bunun nedeni sağlık alanının negatif dışsallık başta olmak üzere kendine özgü dinamikleridir. Bu durum sağlık teknolojilerinin yönetimi açısından düşünüldüğünde belirli bir hastalığı tedavi etmeye yönelik olarak yeni geliştirilen bir ilacın hastalığı iyileştirdiği bir durumda küresel bir virüs istenilen sağlık sonuçlarına erişimi engelleyebilecektir. Tıbbi cihaz ve malzemeler ile ilgili olarak ise klinik ve maliyet etkililiği kanıtlanmış olan ve yurtdışından ihraç edilen bir tıbbi cihazın dış politikada dış ticarete getirilen sınırlamalar nedeniyle ihracatının yapılamaması durumunda söz konusu tıbbi cihazın kullanılamaması durumu ortaya çıkabilecektir. Bu tür durumlar sağlık teknolojisi değerlendirmelerinin temel amacı olan toplumun sağlık statüsünü yükseltmek hedefine ulaşılamaması anlamına gelmektedir. Bu nedenle sağlıkta politika belirleyici ve karar vericilerin sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi konusunun önemine inandırılması ge-

rekmetedir. Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi konusunda yayınlamış olduğu kılavuzlar ve belirlemiş olduğu standartlar ile saygın bir kuruluş olan İngiltere'deki Ulusal Sağlık Enstitüsü tarafından sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi konusunda yöneticilerin görüşlerini tespit etmeye yönelik olarak yapılan bir çalışmada karar vericilerin değerlendirmelerinde maliyet-etkililik konusundaki araştırma sonuçlarına değer verdikleri belirtilmiştir. Aynı araştırma sonucunda ulaşılan bir başka bulgu ise politika belirleyicilerin sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi konusundaki araştırmalarda bazı standartların belirlenmesi ve bir "kalite derecelendirme" sisteminin getirilmesi önerisinde bulunmalarıdır (Hoffman ve diğ. 2002). Bu sonuç politika belirleyicilerin sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde araştırma tasarımı kriterlerinin belirlenmesine önem verdiklerini göstermektedir. Bu nedenle bu çalışmada farklı sağlık teknolojisi türlerinin değerlendirilmesine yönelik araştırma tasarımlarında ön plana çıkan özelliklerden bahsedilmiştir. Buna göre en fazla araştırma yapılan sağlık teknolojisi türlerinden olan ilaç ile tıbbi teşhis ve tedavi süreçleri konularında yapılacak çalışmalarda deney ve kontrol gruplarına yapılan atamaların daha güçlü olabilmesi için eğilim skoru eşleştirme yönteminin kullanımının sağlayacağı faydalar açıklanmıştır. İlaç ve tıbbi teşhis ve tedavi süreçleri ile ilgili vurgulanan bir başka konu ise araştırmalarda gerçek uç noktası yerine yapay uç noktalarının kullanılmasının maliyet ve izleme süresi bakımından ciddi avantajlar sağlayacağıdır. Bir başka teknoloji türü olan tıbbi cihaz ve malzemeler ile ilgili olarak ise tıbbi cihaz kullanımı sonucunda ortaya çıkan advers etkilerin raporlanması ve önlenmesine yönelik tıbbi cihaz vijilansına yönelik düzenlemelerin yapılması gerektiği üzerinde durulmuştur. Tıbbi cihazların advers etkilerinin bildirim amacıyla ulusal ve uluslararası seviyelerde veri tabanlarının oluşturulması ve bilgi paylaşımından bulunulması önerilmektedir. Tıbbi cihaz advers etki bildiriminde bulunulmasının cesaretlendirilmesi de bu konuda alınabilecek önemli bir politik karardır. Son olarak ele alınan cerrahi uygulama süreçleri ise diğer sağlık teknolojisi türleri içerisinde araştırma tasarımında farklılıklar içeren bir konudur. Bunun nedeni klasik randomize kontrollü deney tasarımlarının cerrahi uygulamalar için uygulanmasının maskeleye etkisi ve sham/plasebo grubu oluşturulmasının güçlüğü nedeniyle bu zor olmasıdır. Bu nedenle maskeleye uygulamasına alternatif nitelikte standart yara pansumanı uygulaması ile plasebo/sham gru-

bunun oluşturulmasının etik açıdan tartışmalı olduğu durumlar için alternatif bir araştırma tasarımı olan pragmatik deney tasarımlarından bahsedilmiştir.

Sonuç olarak sağlık teknolojisi değerlendirme uygulamalarında farklı sağlık teknolojisi türlerinin kendine has özellikleri bulunmakla birlikte farklı sağlık teknolojisi türlerinin ayırt edici özelliklerinin bilinmesi bu konuda daha nitelikli araştırmaların tasarlanmasını sağlayacaktır. Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi konusunda Türkiye'nin de aralarında bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde teknoloji değerlendirme konusu özel bir yaklaşım gerektirmektedir. Bunun nedeni gelişmekte olan ülkelerde karar verme süreçlerinin ülke genelinde sağlık politikalarından etkileniyor olması, yerel düzeyde epidemiyolojik konularda bilgisi olan çok sayıda sağlık profesyoneli sayısının yeterli olmaması, bilgi ve veri paylaşımı konusunda sınırlılıklar, veri kaynaklarının yeterince güncel olmaması, mevcut bilgi kullanımı ve yönetimi konusundaki sınırlılıklar, fiyatlandırma ile geri ödeme kararlarında politik otoritenin tek egemen güç olması sayılabilmektedir (Danko 2014). Bunların yanı sıra farmakoekonomi biliminin gelişimi ile birlikte düşük ve orta gelirli ülkelerde kendi toplumunun sağlık ihtiyaçlarını en iyi şekilde anlayıp yönetebilecek sağlık teknolojisi değerlendirme ve yönetimi konusunda uzman kişilere olan ihtiyaç sürekli bir şekilde artmaktadır.

Bu ihtiyacın bir sonucu olarak sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde en uygun araştırma yöntemlerinin seçimi ve uygulanması, şeffaf bir değerlendirme sürecinin oluşturulması, bilgi paylaşımında bulunulması temel bir gerekliliktir. Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde en temel hedef kitlesini oluşturan hastaların değerlendirme süreçlerine dahil edilmesi sayesinde teknoloji değerlendirmelerinde hasta merkezilik ve toplumun değer ve beklentilerinin sürece dahil edilmesi sağlanabilecektir (Bridges ve Jones 2007; Campillo-Artero 2015). Farklı sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesine yönelik araştırmaların ayırt edici özelliklerini ön planda tutarak yapılacak olan araştırmalar sayesinde sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde nihai hedef olan toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi hedefine erişmek mümkün olabilecek, sağlığa ayrılan kaynakların en etkili şekilde kullanımı sağlanacaktır.

KAYNAKÇA

- World Health Organization (WHO). 2007. Sixtieth World Health Assembly Resolutions and Decisions Annexes Geneva . Erişim Adresi: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/E/cover-intro-60-en.pdf. [Erişim Tarihi: 11.12.2015].
- Health Technology Assessment International (HTAi) What is HTA. 2015. Erişim Adresi: <http://www.htai.org/htai/what-is-hta.html>. [Erişim Tarihi: 14.12.2015].
- Eddy, D. (2009). Health technology assessment and evidence based medicine: what are we talking about? *Value in Health*,12(2): 6-7.
- Campillo-Artero C. (2015). Regaining health technology assessment from oblivion: improving and integrating regulation of drugs, medical devices, diagnostic tests and surgical innovations. Eds: Llano-Senaris JE, Campillo-Artero C. In: *Health Technology Assessment and Health Policy Today: A Multifaced View of Their Unstable Crossroads*, Springer. s.51-64.
- Schubert, F. (2002). Health technology assessment. the pharmaceutical industry perspective. In *J Technol Assess Health Care*,18(2): 184-191.
- Rogowski, W. (2007). Current impact of gene technology on healthcare a map of economic assessment. *Health Policy*, 80(2): 340-357.
- Bridges, JFP., Jones, C. (2007). Patient-based health technology assessment: a vision of the future. In *J Technol Assess Health Care*, 23(1): 30-35.
- Schulenburg, G. (1997). Economic evaluation of medical technologies: from theory to practice the German perspective. *Social Science&Medicine*, 45(4): 621-633.
- Garrido, M.V., Zentner, A., Busse, R. (2008). Health systems, health policy and health technology assessment p.53-78. Eds: Garrido MV, Kristensen FB, Nielsen CP, Busse R. *Health Technology Assessment and Health Policy Making in Europe: Current status, challenges and potential*. WHO European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series No:14 UK s.69.
- Hutton, J., McGarth, C., Fybourg, JM., Termbly, M., Bramley-Harker, E., Henshall, C. (2006). Framework for describing and classifying decision-making systems using tehnology assessment to determine the reimbursement of health Technologies (fourth hurdle systems), In *J Technol Assess Health Care*, 22(1): 10-18.
- Danko, D., Petrova, G. (2014). Health technology assessment in the Balkans: opportunities for a balanced drug assessment system. *Biotechnology & Biotechnological Equipment*, 28(6): 1181-1189.
- Drummond, MF., Bloom, BS., Carrin, G., Hillman, A., Hutchings, C., Knill-Jones, RP., Pouvourville, GD., Torfs, K. (1992) Issues in the cross-national assessment of health technology. In *J Technol Assess Health Care*, 8(4): 670-682.

- Backhouse, ME., Backhouse, RJ., Edey, S.A. (1992). Economic evaluation bibliography. *Health Economics*, 1: 1-235.
- Torbica, A., Drummond, M., Ferre, F., Tarricone, R., Fattore, G. (2015). Economic evaluation and health technology assessment in Europe and USA. *Methods for Health Technology Assessment of Medical Devices (MedTechTA): A European Perspective*. Work Package. 4-D 4.1.
- Ramsay, CR., Grant, AM., Wallace, SA., Gartwaite, PH., Monk, AF., Russell, IT. (2000). Assessment of the learning curve in health technologies: a systematic review. In *J Technol Assess Health Care*, 16(4): 1095-1108.
- Draborg, E., Hansen-Gyrd, D. (2005). International comparison of the definition and practical application of health technology assessment, In *J Technol Assess Health Care*, 21(1): 89-95.
- Begg, C., Cho, M., Eastwood, S., Horton, R., Moher, D., Olkin, I., Pitkin, R., Drummond, R., Schulz, KF., Simel, D., Stroup, DF. (1996). Improving the quality of reporting of randomized controlled trials the CONSORT statement. *JAMA*, 276(8): 637-639.
- Kaptchuk, TJ., Goldman, P., Stone, DA., Stason, WB. (2000). Do medical devices have enhanced placebo effects? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(8): 786-792.
- Austin, PC. (2008). A critical appraisal of propensity-score matching in the medical literature between 1996 and 2003. *Statistics in Medicine*, 27(12): 2037-2049.
- Baser, O. (2006). Too much ado about propensity score models? Comparing methods of propensity score matching. *Value in Health*, 9(6): 377-385.
- Kaspar, EÇ., Bekiroğlu, N., Genceli, M. (2010). Gözleme Dayalı Çalışmalarda Eğilim Skoru (Propensity Score) ve Tıp Bilimleri'nde Bir Uygulama. *Türkiye Klinikleri Biyoistatistik Dergisi*, 2(1): 1-10.
- Heckman, JJ., Ichimura, H., Todd, P. (1998). Matching as an econometric evaluation estimator. *Review of Economic Studies*, 64(4): 605-654.
- Gupta, K., Gupta, J., Singh, S. (2010). Surrogate endpoints: How reliable are they? *Journal of Clinical Research Best Practices*, 6(5): 1-6.
- Sertdemir, Y. (2006). Klinik Denemelerde Çeşitli Vekil Değişkenlerin Gerçek Sonlanım Değişkenleri Yerine Kullanılabilme Özelliklerinin Yeni Geliştirilmiş Kriterlere Göre Araştırılması. Doktora Tezi. Çukurova Üniversitesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Adana.
- Wittes, J., Lakatos, E., Probstfield, J. (1989). Surrogate endpoints in clinical trials: cardiovascular diseases. *Stat Med*, 8(4): 415-425.
- Bliznakov, Z., Mitalas, G., Pallikarakis, N.. (2006). Analysis and classification of medical device recalls. *World Congress on Medical Physics and Biomedical Engineering*, Volume 14 of the series IFMBE Proceedings. 3782-3785.

- TC Sağlık Bakanlığı (SB) Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Türkiye Farmakovijilans Merkezi Birimi Farmakovijilans Sözlüğü. Erişim Adresi: <https://www.titck.gov.tr/UnitsPageDescription.aspx?BirimId=qNbDt1uv/1w=&KonuId=jO7BhwUrOps=>. [Erişim Tarihi: 11.11.2015].
- Soyalan, M., Demirdamar, R., Toklu, HZ., Gümüsel, B. (2012). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Ulusal Farmakovilijans sistemi ve mevcut uygulamalar. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 16:159-163.
- Beydon, L., Ledenmat, PY., Soltner, C., Lebreton, F., Hardin, V., Benhamou, D., Clergue, F., Laguenie, G. (2010). Adverse events with medical devices in anesthesiology and intensive care unit patients recorded in the French safety database in 2005-2006. *The Journal of the American Society of Anesthesiology*, vol.112: 364-372.
- Resnic, FS., Gross, TP., Marinac-Dabic, D., Loyo-Berrios, N., Donnelly, S., Normand, SLT., Matheny, ME. (2010). Automated surveillance to detect postprocedure safety signals of approved cardiovascular devices. *JAMA*, 304(18): 2019-2027.
- Hefflin, BJ., Gross, TP., Schroeder, TJ. (2004). Estimates of medical device-associated adverse events from emergency departments. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(3): 246-253.
- Wang, C., Hefflin, B., Cope, JU., Gross, TP., Ritchie, MB., Qi, Y., Chu, J. (2010). Emergency department visits for medical device associated adverse events among children. *Pediatrics*, 126(2): 247-259.
- Brown, SL., Morrison, AE., Parmentier, CM., Woo, EK., Vishnuvajjala, RL. (1997). Infusion pump adverse events: experience from medical device reports. *Journal of Intravenous Nursing*, 20(1): 41-49.
- Sağlık Bakanlığı (SB) İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Advers Etki Bildirim Formu. 2015. Erişim Adresi: www.mersineeczaciiodasi.org.tr/.../102705zGSadvers_etki_bildirim_form. [Erişim Tarihi: 14.12.2015].
- Gupta, P., Janodia, M., Jagadish, PC., Udupa, N. (2010). Medical Device vigilance systems: India, US, UK and Australia. *Medical Devices: Evidence and Research*, 3: 67-79.
- Amoores, J., Ingram, P. (2002). Learning from adverse incidents involving medical devices. *BMJ*, 325(7358): 272-275.
- Sarma, A., Normand, SLT., Hatfield, LA., Matheny, ME., Resnic, FS. (2013). The learning curve for medical devices: experience with vascular closure devices in Massachusetts. *Journal of the American College of Cradiology*, 61(10): 1.
- Joseph, RA., Goh, AC., Cuevas, SP., Donovan, MA., Kauffman, MG., Salas, NA., Miles, B., Bass, BL., Dunkin, BJ. (2010). Chopstick surgery: a novel technique improve surgeon performance and eliminates arm collision in robotic single-incision laparoscopic surgery. *Surg Endosc*, 24: 1331-1335.

- Hauser, RG. (2012). Here we go again- another failure of postmarketing device surveillance. *The New England Journal of Medicine*, 366(10): 873-875.
- Resnic, FS., Normand, SLT. (2012). Postmarketing surveillance of medical devices-filling in the gap. *The New England Journal of Medicine*, 366(10): 875.
- Idea, Development, Exploration, Assessment, Long-term study (IDEAL Model). 2015. Erişim Adresi: <http://www.ideal-collaboration.net/>. [Erişim Tarihi: 14.12.2015].
- Miller, FG. (2004). Sham surgery: an ethical analysis, science and engineering ethics, 10(1): 157-166.
- Majeed, AW., Troy, G., Nicholl, JP., Smythe, A., Reed, MW., Stoddard, CJ., Peacock, J., Johnson, AG. (1996). Randomised, prospective, single-blind comparison of laparoscopic versus small-incision cholecystectomy. *Lancet*, 347(9007): 989-994.
- The Clavien-Dindo Surgical Complication Classification System. 2015. Erişim Adresi: <http://www.surgicalcomplication.info/index-2.html>. [Erişim Tarihi:10.11.2015].
- Binbay, M., Yazıcı, Ö., Kaba, M., Berberoğlu, Y., Müslümanoğlu, AY., Tefekli AH. (2009). Ürolojide laparoskopik girişimler ile ilgili istenmeyen yan etkiler: 313 girişim de değerlendirilmesİ. *Türk Üroloji Dergisi*, 35(1): 17-22.
- Farrakhyar, F., Karanicolas, PJ., Thoma, A., Simunovic, M., Bhandari, M., Devereaux, PJ., Anvari, M., Adili, A., Guyatt, G. (2010). Randomized controlled trials of surgical interventions. *Annals of Surgery*, 251(3): 409-416.
- Novitzky, D., Shroyer, AL., Collins, JF., McDonald, GO., Lucke, J., Hattler, B., Kozora, E., Bradham, DD., Baltz, J., Grover, FL., VA. (2007). Randomized On/Off Bypass (ROOBY) Study Group. A study design to assess the safety and efficacy of on-pump versus off-pump coronary bypass grafting: the ROOBY trial. *Clinical Trials*, 4, 81-91.
- Roland, M., Torgerson, DJ. (1998). What are pragmatic trials? *BMJ*, 316(7127): 285.
- Herzlinger, R. (2006). Why innovation in health care is so hard? *Harvard Business Review*, 84(5): 58-66.
- Hoffmann, C., Stoykova, BA., Nixon, J., Glanville, JM., Misso, K., Drummond, MF. (2002). Do health-care decision makers find economic evaluations useful? The findings of focus group research in UK health authorities. *Value in Health*, 5(2): 71-79.
- Danko, D. (2014). Health technology assessment in low and middle income countries: recommendations for a balanced assessment system. *Journal of Market Access & Health Policy*, 2: 1-10.
- Bridges, JFP., Jones, C. (2007). Patient-based health technology assessment: a vision of the future. In *J Technol Assess Health Care*, 23(1): 30-35.

Sağlık Çıktılarının Ölçülmesi: QALY ve DALY

Gönderim Tarihi: 22.09.2017

Deniz Tugay Arslan¹

Kabul Tarihi : 15.11.2017

İsmail Ağırbaş²

ÖZ

Sağlığa bağlı yaşam kalitesi ölçümleri son yıllarda sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi için sıklıkla kullanılmaktadır. Uzayan yaşam süreleri bireylerin kronik hastalıklarla beraber yaşamasını zorunlu kılmıştır. Dolayısıyla tıbbi hizmetler sonucu yaşam yılının uzunluğuna sağlanan katkının yanı sıra bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi gereği doğmuştur. Bu durum, yaşam kalitesinin ölçümünü yapabilecek araçların doğmasına sebep olmuştur. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile, bir tıbbi uygulamanın ya da alternatifinin başarısı veya başarısızlığı ve o hastalığın yaşam kalitesine yaptığı olumlu veya olumsuz etkiler değerlendirilmeye başlanmıştır. Diğer bir ifadeyle, tıbbi müdahalenin başarısı, hastalık sebebiyle ortaya çıkan ağrı, yeti yitimi ve bireyin bedensel, psikolojik ve sosyal olarak iyilik hali şeklinde değerlendirilir. Ayrıca, sağlık çıktılarının yaşam kalitesi ölçütleriyle değerlendirilmesi alternatif tıbbi müdahaleler arasında kıt kaynakların verimli bir şekilde dağıtılmasına imkân tanımaktadır. Derleme olarak tasarlanan çalışmada, yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılan QALY (Quality Adjusted Life Year) ve DALY (Disability Adjusted Life Years) hesaplamaları ele alınmıştır. QALY değerlerinin tespitinde literatürde sıklıkla kullanılan genel yaşam kalitesi ölçekleri ve hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri incelenmiştir. Son olarak tıbbi tercihlerde fayda ölçümleri değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılı, Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı, Sağlık Ekonomisi, Tıbbi Fayda Ölçümleri, Yaşam Kalitesi

1 Arş. Gör., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, d.tugayarslan@gmail.com

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

Measurement of Health Outcomes: QALY and DALY

ABSTRACT

Health-based life quality measurements have been frequently used for evaluation of health services in the recent years. Protracted lifetimes have made the individuals obliged to live with chronic illness. Therefore, it has been necessary to evaluate the life qualities of individuals as well as the contribution to the length of living as result of medical services. This case has given raise to formation of the tools which can make the measurement of quality of life. With evaluation of the quality of life, success or failure of a medical practice or an alternative and positive or negative impacts of the related illness on the life quality have been evaluated. In other words, the success of medical intervention is evaluated with the pain caused by illness, disability and individual's well-being in physical, psychological and social terms. In addition, evaluation of the health outputs with the criteria of the life quality makes it possible to distribute scarce resources efficiently between alternative medical interventions. QALY (Quality Adjusted Life Year) and DALY (Disability Adjusted Life Years) calculations which are used in evaluation of quality of life were discussed in the work designed as compilation. General life quality scales and disease-specific life quality scales, which are commonly used in literature in determination of QALY values, were examined. Finally, the benefit measures were evaluated in medical preferences.

Keywords: Disability Adjusted Life Years, Health Economics, Life Quality, Medical Benefit Measures, Quality Adjusted Life Year.

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1946 yılında sağlığı “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Bu tanımla uyumlu olarak sağlık durumunu değerlendirme hastalığın olup olmamasının çok ötesine geçmiştir (WHO, 2006). Hastaların yaşam sürelerini ve kalitelerini değerlendirmek için psiko-sosyal yaklaşımlar geliştirilmiştir. Günümüzde hastalıkların çoğu tedavi edilebilmektedir. Dolayısıyla yaşam süreleri artmış ve kronik hastalıklarla birlikte yaşamak zorunlu hale gelmiştir. Buna bağlı olarak, tıbbi bakım ve tedavinin hedefleri arasına bireyin yaşam süresini uzatmanın yanı sıra, yaşadığı sürece yaşam kalitesini arttırmak da dahil olmuştur. Sonuç olarak sağlık çıktıları kalite açısından değerlendirecek ölçütlere ihtiyaç duyulmuştur (Şahin, vd., 2012: 233-234).

Sağlık hizmetinin sunumu için çok büyük kaynaklara ihtiyaç duyulmaktadır. Fakat sağlık harcamaları için ayrılacak kaynakların kıt olması nedeniyle en uygun tedavinin seçilmesi zorunluluğu doğmuştur. Bu bağlamda sağlık çıktılarının ölçülmesinde kullanılan QALY (Quality Adjusted Life Year - Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılı) ve DALY (Disability Adjusted Life Years – Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları) gibi yöntemler hizmet sunucularının kaynakları en verimli şekilde kullanmasına katkı sağlar.

Derleme olarak tasarlanan çalışmada, sağlık çıktıları değerlendirilmede kullanılan QALY ve DALY kavramlarının açıklanması amaçlanmıştır. Amaç doğrultusunda çalışmanın sonraki bölümlerinde öncelikle QALY kavramı açıklanmış ve QALY değerlerinin tespitinde literatürde sıklıkla kullanılan genel yaşam kalitesi ölçekleri ve hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri incelenmiştir. Ardından DALY kavramı ve hesaplama yöntemi açıklanmıştır. Son olarak tıbbi tercihlerde fayda ölçümleri değerlendirilmiştir.

2. QUALITY ADJUSTED LIFE YEAR-KALİTEYE AYARLI YAŞAM YILLARI (QALY)

Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılı kavramı, önceleri bütün sağlık indekslerini ifade etmek için kullanılmaktayken, günümüzde özellikle sağlık çıktılarının etkinliğini ölçmek için kullanılmaktadır (Öksüz ve Malhan, 2005: 37). Her bir ömür senesini yaşam kalitesi ile birlikte ele alan bir ölçektir. Hem yaşam beklentisindeki artışı, hem de yaşam kalitesindeki farklılaşmayı ölçer. Yöntemin amacı, sağlık getirileri veya götürülerinin birçok farklı durum için ortak bir ölçekte değerlendirilerek basit bir birimle ifade edilmesi ve birçok boyutun tek bir endekste toplanmasıdır. QALY terimi sınırlı sağlık kaynaklarının alternatif sağlık programları arasında dağıtılması sırasında karar vericilere yardımcı olan analizlerde kazanımların verimliliğini daha doğru ölçmek için geliştirilmiş bir kavramdır. Kavram temel olarak bireyin kendi sağlık durumu hakkında nasıl bir değerlendirme yapacağı üzerinde kurgulanmıştır (Weinstein, vd., 2009:5-6).

QALY hesaplamalarında, birim olarak bir yaşam yılı kalitesi kullanılır. Ölüm “0” ile, mükemmel sağlık “1” ile puanlandırılır. Örneğin beş yıl fazla yaşamak o süredeki sağlık kalitesine göre değerlendirilebilecek beş yaşam yılını ekleyecektir. Çok ağır hastalıklar gibi ağır durumları ölümcül durumlarla ya da ölümlle eşit şekilde ele alabilmek için çeşitli sağlık durumlarına sayısal değerler verilmiştir ki böylece birikimle ilerleyen bir sağlık getirisi ölçütü oluşabilir. Örneğin şiddetli ağrı ile geçirilen bir yıla 0.5 puan verilebilir. Temel varsayımına göre QALY değerleri toplanabilir. Böylece iki bireyin şiddetli ağrısını gideren bir tedavi (2×0.5) bir sağlık yaşı ekleyebilecek tedaviye eşit hale gelir. Yaşam yılları her birey için aynıdır, yani gelir ya da yaş farkı gibi değişkenleri göz önünde bulundurmadan bütün yaşam yıllarının ağırlıkları aynıdır (Öksüz ve Malhan, 2005: 37).

QALY’ler genellikle $\$/QALY$ faktörü kullanılarak dolara dönüştürülür ve elde edilen parasal tahmin maliyet fayda analizinde kullanılabilir. Bu değerler çoğunlukla çeşitli sağlık müdahalelerinin maliyet etkililik analizi için tavan belirleyen araştırmalardan alınır. İstatistiksel yaşam değeri ve QALY değerlerini belirlemek için kullanılır. Bu yaklaşımların teoride mantığa uygun olmadığı

ileri sürülmüştür, çünkü bireylerin refah ve sağlık arasında seçim yapmak için sabit bir oranları yoktur (Öksüz ve Malhan, 2005: 38; Çalışkan, 2009: 320).

QALY yönteminin genel olarak avantaj ve dezavantajları ise aşağıdaki gibi ifade edilebilir (Çelik, 2011: 292; Şahin, vd., 2012: 240:-241):

Avantajları;

- Ekonomik bir değerlendirme yapabilmek için ortak bir ölçüt elde edilebilmektedir.
- Yaşam süresi ve yaşam kalitesi tek bir sağlık birimine indirgenmektedir.
- Kronik hastalıkların öne çıktığı günümüzde tedavi hizmetlerini değerlemeye daha elverişlidir.
- Farklı programları değerlendirmede maliyet etkililik ve maliyet yararlanım analizlerine yardımcıdır.

Dezavantajları;

- Bir yıllık ilave yaşamın yaş, cinsiyet vb. ayırmaksızın herkes için aynı değerde olduğunu varsayar.
- Kimin değerleri kullanılmalı belli değildir.
- İnsanın yaşam kalitesini etkileyen diğer faktörleri göz önüne almaz.

QALY değerlerinin hesaplanabilmesi için yaşam kalitesinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda genel yaşam kalitesini belirlemeye yönelik ölçekler geliştirilmiştir.

2.1.Genel Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Maliyet fayda değerlendirmelerinde en sık kullanılan genel yaşam kalitesi ölçekleri Avrupa Beş Boyutlu Kalite Ölçeği, Kısa Form 36, Nottingham Sağlık Profili ve Hastalık Etki Profili'dir. Bu bölümde QALY değeri hesaplamalarında literatürde sıklıkla kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerine yer verilmiştir (Hickey, vd., 2005: 976; Çelik, 2011: 286; Şahin, vd., 2012: 236).

2.1.1. Avrupa Beş Boyutlu Kalite Ölçeği

Avrupa Beş Boyutlu Kalite Ölçeği (European Quality 5 Dimension, EQ5D) ölçeği farklı disiplinlerden araştırmacıların (ekonomi, matematik, tıp, hemşirelik, felsefe, psikoloji ve sosyoloji) ortak çalışması sonucu ortaya çıkmıştır. Araştırma grubunun amacı, toplum sağlığı ile ilgili veriler toplayarak maliyet fayda analizleri için referans oluşturmaktadır. Ölçek iki boyuttan oluşmaktadır. Maliyet fayda analizlerinde kullanılan EQ5D ölçeğinin ilk boyutu; hareket edebilme kendi kendine bakabilme, günlük işlerini yapabilme, ağrı rahatsızlık ve endişe/moral bozukluğu olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır. Her boyut için 3 seçenek ve ölüm ile bilincin kapalı olma durumunun da dahil olduğu toplam 245 durum mevcuttur (Cleemput, vd., 2003: 203).

Ölçeğe verilen cevaplara göre bir profil oluşturulur. Oluşturulan profil değeri yararlanım skalasına göre değerlendirilir ve yararlanım skalasından QALY değeri hesaplanır. Herhangi bir kişinin skorunun belirlenmesi, genel popülasyonda yapılan sağlık durumu değerlendirme çalışmalarına dayanan matematik algoritmaları geliştirerek gerçekleştirilmektedir. QALY olarak ifade edilen değer bazı sağlık ekonomistlerince bir etkililik parametresi olduğu ifade edilerek ilave etkililik oranı (ICER: Incremental Cost-Effectiveness Ratio) terimi kullanılmaktadır (Şahin, 2012: 237-238).

2.2.2. Kısa Form 36

Ölçek, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Wave tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir (Wave, 2002: 3130). Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Güven, 2007: 20). Jenerik ölçüt özelliğine sahip bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Sekiz boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır; fiziksel fonksiyon (10 soru), sosyal fonksiyon (2 soru), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 soru), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 soru), mental sağlık (5 soru), enerji (4 soru), ağrı (2 soru) ve sağlığın genel algılanması (5 soru). Değerlendirme bazı maddeler dışında likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirilir ve 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumunu gösterir. Bedensel

hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği de belirtilmektedir (Aydemir, 1999: 17).

Kısa Form 36 (Short Form, SF-36) ölçeği yalnızca tek bir toplam puan vermektedir. Her bir boyut için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Ayrıca sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar, olumlu yönlerini de ölçek ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin, dördüncü ve beşinci soruları evet/hayır şeklinde düzenlenmiş olup, diğer sorular likert ölçek tarzındadır (Akbolat, 2015: 69).

SF 36 grup karşılaştırmaları için gerekli olan minimum psikometrik standartları sağlamak için oluşturulmuştur. SF 36'nın maddeleri aynı zamanda davranış fonksiyonlarını, disfonksiyonlarını, endişe mutluluk gibi hem hoşya giden hem de gitmeyen kişisel değerlendirmeleri temsil etmektedir. Ölçekteki her bir madde sadece bir alt ölçeği puanlamada kullanılmaktadır (Ünalın, 2005: 35).

2.2.3.15 Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği

Sintonen ve diğerleri (2001) tarafından geliştirilen yaşam kalitesi anketi 15 alt boyuttan oluşan genel bir sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ölçeğidir. On altı yaş ve üzeri kişilerin kendilerinin 5-10 dakikada doldurabileceği, jenerik, standardize edilmiş bir ölçektir (Aktaş, vd., 2013: 35). Yaşam kalitesi anketi; hareket, görme, işitme, solunum, uyku, yemek yeme, konuşma, boşaltım, normal aktiviteler, zihinsel fonksiyon, rahat bozukluğu ve belirtileri, depresyon, sıkıntı, canlılık ve cinsel aktiviteyi sorgulamaktadır. Her soru 5 şıktan oluşmaktadır. Ankette birey şıklardan birini seçmekte ve puan hesaplanmaktadır. 1. şık en üst 5. şık en alt seviyeyi belirtmektedir. Her soru 1 puan üzerinden hesaplanmaktadır. 15 alt boyut 1 ile 0 arasında total bir skora dönüştürülerek subjektif sağlığa ilişkin yaşam kalitesini (1= en iyi genel sağlığa ilişkin yaşam kalitesini; 0= en kötü sağlığa ilişkin yaşam kalitesini) ölçmektedir. Ölçek, Akıncı ve diğerleri (2005) tarafından Türkçe ye çevrilmiş ve Türk kültürüne uyarlanmıştır. Bu çalışmada yaşam kalitesi anketi için Cronbach alfa (α) 0.841 olarak bulunmuştur.

2.2.4. Nottingham Sağlık Profili

İngiltere'de geliştirilmiş ve Avrupa'da çeşitli dillere uyarlamaları yapılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirliği iyi belirlenmiş, kolay uygulanabilir bir ölçektir. Ro-

matoloji alanında Avrupa’da sık kullanılmaktadır. Nottingham sağlık profili ölçeği tarafından algılanan emosyonel, sosyal ve fiziksel sağlık problemlerini değerlendirmektedir. Enerji, ağrı, fiziksel mobilite, uyku, emosyonel reaksiyonlar ve sosyal izolasyondan oluşan altı kategoride, cevapları evet/hayır şeklinde değişen 38 sorudan oluşur. Ölçekte o anki yakınmalar sorgulanır. Her bölüme 0-100 arası puanlama yapılır. 0 en iyi sağlık durumunu, 100 en kötü sağlık durumunu ifade etmektedir (Küçükdeveci, vd., 2000: 38). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Küçükdeveci ve diğerleri (2000) tarafından yapılmıştır. Kolay uygulanabilir bir ölçektir. Uyku ve ağrı bölümlerinin olması ölçeğin avantajı olarak ifade edilirken; ağır bozuklukları olan hastalarda taban etkisinin olması ise dezavantaj olarak karşımıza çıkmaktadır. Ölçekte her alt boyut için ayrı ayrı hesaplama yapılmaktadır. Her alt boyut için skorlar hesaplanmaktadır. Hesaplama işleminde, her bir alt grupta evet cevabı verilen soru sayısı aynı alt gruptaki toplam soru sayısına bölünür ve sonuç 100 ile çarpılır (Kelle, 2008: 34).

2.2.5. Hastalık Etki Profili

Genel sağlık ölçekleri içinde sıklıkla kullanılan bir ölçektir. Sağlık durumunda farklı zamanlarda ve farklı gruplarda değişikliklerin saptanması amacıyla kullanılır. Hastalık Etki Profili, fiziksel boyut, psiko-sosyal boyut ve bağımsız kategoriler olmak üzere üç boyuttan ve günlük aktiviteleri içeren 12 farklı alanda 136 ifade ile hazırlanmıştır. (Finlay, vd., 1990: 754; Acıöz, vd., 2003: 17). Ölçek boyutları için ayrı ayrı ve ölçek geneli için toplam hastalık etki profili yüzdesi hesaplanmaktadır (Finlay, vd., 1990: 752).

Çalışmaya katılanlar her bir ifadeyi «evet» veya «hayır» şeklinde cevaplamaktadır. Ölçekten elde edilen puanlar 0-100 arasında değişmektedir. Puanlar 100’e yaklaştıkça olumlu sağlık durumunun iyiye gittiği anlaşılmaktadır (Williams, 2013: 112-124). Ayrıca ölçek üzerindeki her ifade araştırmanın yapıldığı yere göre araştırmacılar tarafından farklı ağırlıklandırmalar ile değerlendirilebilir (Williams, 2013: 111).

2.2.6. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (World Health Organization Quality of Life –Brief, WHOQOL-BREEF), Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş ve 6 alt boyuttan oluşan WHOQOL-100’ün kısa formudur. WHOQOL-100’den 24 bölümün her biri için birer soru çıkartılarak ve genel sağlık ve yaşam kalitesiyle ilgili iki soru eklenerek oluşturulmuştur. 26 maddeden oluşan ve 5’li derecelendirme tipine sahip bu ölçek “1=Hiç Memnun Değilim, 5=Çok Memnunum” şeklinde hazırlanmıştır. Ağrı duyma, uyku, enerji gibi bedensel sağlık, olumlu duygular, özgüven, beden imgesi gibi psikolojik sağlık, sosyal destek, kişisel ilişkiler gibi sosyal ilişkiler ve ekonomik durum, ulaşım, güvenli ortam, sağlık koşulları gibi çevresel sağlık olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. Alınan yüksek puan, yüksek yaşam kalitesine işaret etmektedir. Türkiye adaptasyonunda 26 soruya çevre ile ilgili bir soru daha eklenerek 27 sorudan oluşan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (Topçu, vd., 2012:16).

WHOQOL BREEF uzun olan formatının aksine 4 bölümden oluşur. Anket formunda sorular bölüm bölüm ayrılmadan verilmiştir. Ölçeğinde toplam skor hesaplanmamaktadır. Her bir alt boyut için ham skorlar iki farklı şekilde skorlanmaktadır. Ancak ölçek skorlarının dönüştürülmesinde kullanılan tabloların Türkçe uyarlaması bulunmamaktadır (WHO, 1996: 12-13).

Yaşam kalitesini değerlendirmede genel yaşam kalitesi ölçeklerinin yanı sıra belli bir hastalığa özgü olarak geliştirilen yaşam kalitesi ölçekleri de bulunmaktadır. Hastalığa özgü olarak geliştirilen yaşam kalitesi ölçekleri ile belli bir hastalık sebebiyle oluşan özel durumların değerlendirilmesi imkânı doğmaktadır.

2.2. Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Bu bölümde belli bir hastalığa özgü yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçekler ele alınmıştır. Bu kapsamda sırasıyla, Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği, Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü, Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi

Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği, Osteoporozlu Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği, Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği ele alınmıştır.

2.2.1. Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği

Ölçek, yanık deneyimi yaşayan yetişkin bireylerin yaşam kalitelerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Orjinal ölçek, Hastalık Etki Profili, Günlük Hayattaki Aktivitelerin İndeksi ve Genel İyilik Hali Listesi'ndeki maddeler, yanık tedavisi ile uğraşan merkezlerde çalışan sağlık personeli ve yanık deneyimi geçiren hastalar tarafından incelenerek 369 maddeden oluşturulmuştur. Devam eden süreçte çalışmalarda ölçek özetlenerek 80 soruya indirilmiştir. Ölçekte ayrıca yanıklı hastanın yanık deneyimi sonrasındaki çalışma durumu ile ilgili 10 soru bulunmaktadır, ancak katılımcılara tek seçenek seçme hakkı tanınmıştır (Tuna, 2004: 65).

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Tuna (2004: 65) tarafından hazırlanan «Yanıklı Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler» çalışmada gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.97 olarak tespit edilmiştir. Madde toplam puan güvenilirliği çözümlemesinde ölçeğin korelasyon katsayısı 0.395-0.978 arasında değişmektedir.

2.2.2. Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü

Avrupa Komisyonu Beşinci Çerçeve Programı tarafından desteklenen proje ile geliştirilmiştir. Yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (World Health Organization Quality of Life –Old, WHOQOL-OLD) Projesi diğer 22 merkezle eş zamanlı olarak Türkiye'deki (İzmir) merkezde ölçeğin Türkçe sürümü geliştirilmiştir. WHOQOL- OLD modülü, Türkiye'de yaşlı nüfus için geliştirilmiş ilk genel amaçlı yaşam kalitesi ölçeğidir. Ayrıca geliştirilen ölçek, Doğu Akdeniz ve Orta Doğu ülkelerini kapsayan bir coğrafi alanda da ilk kez yaşlı nüfus için yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmiştir (Eser, vd., 2010: 38-39).

WHOQOL-OLD modülü, altı boyut içinde, cevapların beşli likert ölçeği ile saptandığı 24 sorudan oluşmaktadır. Altı boyut; Duyusal İşlevler, Özerklik, Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri, Sosyal Katılım, Ölüm ve Ölmek ve Yakınlık olarak ifade edilir. Olası boyut puanları, 4–20 aralığındadır. Ayrıca, her bir tekil puan değerlerinin toplanmasıyla “toplam puan” da hesaplanabilir.

Puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir. Ölçekte alınabilecek en yüksek toplam puan 120, en düşük toplam puan ise 24'tür. Puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir (Eser, vd., 2010: 39-40; Ercan, 2010: 17).

2.2.3. Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (OÖYKÖ), Patrick ve diğerleri (2004: 49) tarafından geliştirilmiştir. OÖYKÖ 17 maddeden oluşan altılı likert tipi bir ölçektir (0-Hiç, 1- Hemen hemen hiç, 2-Az, 3-Orta derecede, 4- Epeyce, 5-Çok fazla, 6-Aşırı derecede). Ölçek tek boyutlu olup alt boyutları bulunmamaktadır. OÖYKÖ'nün tüm maddeleri toplanarak tek yaşam kalitesi puanı elde edilir. Elde edilen ham puanlar formül kullanılarak 0-100 arasında standardize edilmiş puana dönüştürülür. Ölçekten alınan toplam puan 0'a yaklaştıkça yaşam kalitesi azalmakta, 100'e yaklaştıkça yaşam kalitesi artmaktadır.

Günümüzde obezite giderek önemli bir sağlık problemi haline gelmiştir. Dolayısıyla Türk toplumuna uygun obez bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin gerekliliği doğmaktadır. Obezite ölçeğinin geçerlilik güvenilirlik çalışması Gündüzoğlu ve diğerleri (2014: 67) tarafından gerçekleştirilmiştir.

2.2.4. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği 3. Versiyon

Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği 3. Versiyon (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Version 3.0, EORTC QLQ-C30), kanser hastalarında kullanılan ve güvenilirliği, uygulanabilirliği ve geçerliliği 12 farklı ülkede geniş hasta popülasyonunda denenmiş bir değerlendirme aracıdır. Ayrıca bu ölçeğin baş ve boyun kanserli hastalarda kullanılan EORTC QLQ-H versiyonu da bulunmaktadır (Björkdal, vd., 2000: 1797).

EORTC QLQ-C30 ölçeği genel iyilik hali, fonksiyonel güçlükler ve semptom kontrolü olmak üzere üç alt başlık ve 30 soru içermektedir. Ölçekteki 30 maddeden ilk 28'i dörtlü likert tipi ölçektir. Ölçeğin 29. sorusunda hastadan 1'den 7'ye kadar olan ölçek ile (1: çok kötü ve 7: mükemmel) sağlığını ve 30. soruda genel yaşam kalitesini değerlendirmesi istenmektedir. Hastaların fonksiyonel, semptom ve genel sağlık skorlarından alabilecekleri en yüksek

puan 100, en düşük puan 0'dır. Bu bölümden alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise yaşam kalitesinin düştüğünü ifade etmektedir. Fonksiyonel alan ve semptomlar bölümlerinde ise alınan puanların düşük olması yaşam kalitesinin yüksek, puanların yüksek olması ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir (Bergman, 1994: 637). EORTC QLQ-C30 ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güzelant ve diğerleri (2004: 140) tarafından gerçekleştirilmiştir.

EORTC QLQ H&N 35 (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire and Head and Neck Module - Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği Baş ve Boyun Modülü) baş ve boyun kanserli hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla EORTC QLQ C-30'a ek anket formu olarak geliştirilen 4'lü likert tipi bir ölçektir. Toplam 35 sorudan oluşur; 7 semptom ölçütü ve 10 madde içerir. H&N-35 ölçek puanlarının hesaplanma yöntemi QLQ-C-30 ölçeğinin semptom ölçütünün hesaplaması ile aynıdır (Öztürk, 2011: 29). EORTC QLQ H&N 35 ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öztürk (2011: 30) tarafından gerçekleştirilmiştir.

2.2.5. Osteoporozlu Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği

Osteoporozlu Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (Quality of Life Questionnaire of The European Foundation for Osteoporosis, QUALEFFO), osteoporozlu hastaların yaşam kalitesini ölçmek üzere geliştirilen 5 alt boyuttan oluşan 41 ifadeli bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Qualeffo'nun güvenilir, tekrarlanabilir ve tutarlı olduğu Lips ve diğerlerinin (1999:155) çalışmasında tespit edilmiştir. Ölçek, ağrı, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, genel sağlık değerlendirmesi ve ruhsal fonksiyon olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır.

QUALEFFO ölçeğindeki ifadelerin yanıtları sırasıyla 1'den (sağlıklı) 5'e (sağsızsız) kadar puanlanmaktadır (farklı olarak yanıt sayısı daha az olan 23-26. sorular 1'den 3'e kadar ve 27-29. sorular ise 1'den 4'e kadar puanlanmaktadır; 24, 26 ve 29 sorulardaki "soru benim için geçerli değil" yanıtı ise puanlanmamaktadır). Alt boyutlara ait ifadelerin puanlarının toplanması ve bu toplamın 100'lük skalaya lineer transformasyonu da her bir alt boyutun puanı belirlenmektedir. Ölçekten elde edilen 0 puan en iyi sağlık durumunu gös-

terirken, 100 puan en kötü sağlık durumunu göstermektedir (Çakmak, 2005: 26). Koçyiğit ve diğerleri (2002: 20) ölçeği Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapmıştır.

2.2.6. Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği (KDQOL-36)

Hastalığa özgü ölçeklerden son dönemde böbrek hastalığı için en sık kullanılan ölçek Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi (Kidney Disease Quality of Life Instrument, KDQOL-36) ölçeğidir. Ölçek ABD'de Hay ve diğerleri (1995) tarafından geliştirilmiştir. Genel ölçek olarak SF-36'yı esas alan ve spesifik ölçek olarak böbrek hastalığı olan bireylerin veya renal replasman tedavisi (RRT) ile tedavi edilen SDBH hastalarının belirli sağlıkla ilişkili sorunlarını hedefleyen soruları içeren, kendi kendine uygulanabilen bir ölçektir. (Gökçe, 2010: 32).

Ölçek 5 boyuta bölünen 36 madde içermektedir. SF-12 (12 madde); böbrek hastalığı hedefli maddeler (5 boyut/24 madde): semptom/problem listesi (12 madde), böbrek hastalığının etkisi (8 madde), böbrek hastalığının yükü (4 madde), SF12 fiziksel komponent (6 madde), SF12 mental komponent (6 madde). Her madde için puanlama yapılırken likert metodu kullanılmaktadır. Her boyutta puanlar 0 ile 100 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar daha iyi sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini yansıtmaktadır (Korevaar, vd., 2002: 440; Yıldırım, vd., 2007: 52). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yıldırım ve diğerleri (2007: 53) tarafından yapılmıştır.

3. DISABILITY ADJUSTED LIFE YEARS-SAKATLIĞA AYARLANMIŞ YAŞAM YILLARI (DALY)

Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları (DALY), sağlıklı olarak geçirilen bir yılın kaybı olarak değerlendirilir. DALY toplum sağlığının ölçüm özetini, örneğin mortalite ve ölümcül olmayan sağlık çıktılarının tek bir sayı ile temsil edilmesi için geliştirilen bir ölçüttür. DALY kavramı çeşitli hastalıklar ve yaralanmaların neden olduğu erken ölümler ile ölümlerle sonuçlanmayan ancak uzun süreli engellilik ve işlev kaybına neden olan hastalık durumlarının yol açtığı hastalık yükünün tek bir ölçüt ile değerlendirilmesini amaçlamaktadır (Yardım, vd., 2007:9).

DALY, yeti yitiminin ortaya çıkmasından itibaren geçen yıllar ile erken yaşta meydana gelen ölümlere bağlı kaybedilen süreyi bir ölçütte bir araya getirerek göstermektedir. Dolayısıyla DALY hesaplamasında kullanılan birim zaman ya da daha basit bir ifadeyle yıldır. Kısaca 1 DALY yaşamdan kaybedilmiş sağlıklı bir yıla karşılık gelmektedir. DALY nüfus düzeyindeki erken ölümlere bağlı kaybedilmiş (YLL: Years Life Lost) ve yeti yitimi ile geçirilen yılların (YLD: Years Life Disabled) toplum düzeyindeki toplamıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004: 35).

DALY hesaplamalarında dikkate alınan beş temel sosyal tercih bulunmaktadır. Bu bağlamda DALY hesaplamaları aşındaki aşamalar ile açıklanabilir (Homedes, 1995: 2-4; Murray ve Acharya, 1997:704-705):

1. Potansiyel yaşam yılının tespit edilmesi: DALY ölçümü için yaşam yılının olası sınırının belirlenmesini gerektirir. Kaybedilen yaşam yılları için standart yaşam yılları gerekmektedir.

2. Engelliliğin ağırlığının tespit edilmesi: Engellilik ağırlığı, görme engelinin derecesi veya duyulan acının seviyesi, hastalıklar arasında karşılaştırma yapabilmek için gereklidir. Engellilik ağırlığı (D) 0 ile 1 arasında değişmektedir. “0” olarak ifade edilen engellilik ağırlığı mükemmel sağlığı ifade ederken; “1” olarak ifade edilen engellilik ağırlığı ölümü ifade etmektedir.

3. Yaş ağırlıkları: Yaş ağırlıklarının tespiti farklı yaşlarda sağlıklı yaşamın görece önemini gösterir. Yaş ağırlıklarının hesaplanması için DSÖ tarafından formül geliştirilmiştir:

Yaş Ağırlığı Fonksiyonu: $Cxe^{-\beta x}$

C: sabit değer: 0.16243

β : sabit değer: 0.04

x: yaş

e: sabit değer: 2.71

4. Zaman tercihi: Zaman tercihi gelecekteki sağlık kazanım değerlerine bağlı olarak bugünkü sağlık kazanımlarıyla karşılaştırılan değerdir. Gelecekteki yararlar için iskonto oranını kullanmak projelerin ekonomik değerlendirme-

lerinde standarttır. Gelecek faydaların iskonto işlemi onları net günlük değer terimlerine çevirir.

İskonto Fonksiyonu: $e^{-r(x-a)}$

r: sabit değer: 0.03

x: yaş

e: sabit değer: 2.71

a: sakatlığın başladığı yaş

5. Özet olarak sakatlığa ayarlanmış yaşam yılı sakatlık nedeniyle gerçekleşen ölüm nedeniyle kaybedilen yaşam yıllarını ifade etmektedir. Erken ölüm sebebiyle kaybedilen zaman süresi standart beklenen yaşam süresi üzerinden hesaplanmaktadır. Sakatlığa bağlı erken ölümler nedeniyle kaybedilen yaşam yılları aşağıdaki formül ile hesaplanmaktadır:

$$DALY(X) = (D)(Cxe^{-\beta x})(e^{-r(x-a)})$$

Eğer bir insan engelli yaşam beklentisini maksimum seviyede yaşarsa, engellilik başından (a) ölüm yaşına kadar (a+L) olan yılları DALY kayıplarının toplam sayısına eklemek gerekir. Şu formül ile hesaplanır:

$$DALY = (Dx)(xe^{-\beta x}) / (\beta + a)^2 x e^{(\beta+a)xL} x [1 + (\beta+a)x(L+a)] - [1 + (\beta+a)xa]$$

L: Sakatlığın süresi

D: Engellilik ağırlığı (0 ile 1 arasında değişmektedir)

DALY, maliyet etkilik analizlerinde sıklıkla kullanılan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Cowley vd. (1994: 172) maliyet etkililiği “bir sağlık hizmetinin o sağlık hizmetlerinden kurtarılan DALY’ e bölünmesidir” şeklinde tanımlamıştır. Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları veya Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yıllarının her biri, sağlık durumunun şiddetinin ağırlıklandırılmasıyla ölçülen müdahalelerin, erken mortaliteye bağlı kaybedilen yaşam yılları ve ölümcül olmayan bir sağlık durumu ile geçen yaşam yılları üzerindeki etkisini kapsayan zamana dayalı standart ölçümlerdir. DSÖ kendi maliyet etkililik analizlerinde DALY kullanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004: 4).

Tek bir sağlıklı yaşam yılı elde etmek için, her bir müdahalenin ne kadar maliyete sahip olduğu farklı müdahaleler arasında karşılaştırmalar yapılarak bulunmak-

tadır. Çıktılar erken mortaliteye bağlı kaybedilen yaşam yılları ile sakatlığa bağlı kaybedilen yaşam yıllarını bir araya getiren bir ölçüm olan Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları (DALY) cinsinden hesaplanmaktadır (Cowley, vd., 1994: 172).

Her ne kadar hastalık yükü kavramı son dönemde geliştirilmiş en önemli ölçütlerden biri de olsa kavram olarak içinde bazı sorunlar bulunmakta ve ölçütü geliştirenlerin subjektivitesi ve bazı ön kabulleri nedeniyle eleştirilmektedir. Bunlardan biri de yaşa göre ağırlıklandırmadır. Çocukluk ve yaşlılık yıllarına daha az değer biçilmekte, yaşamın en değerli yıllarını genç erişkinlik dönemi olduğu kabul edilmektedir. Ayrıca, özellikle gelişmekte olan ülkelerde ölçütün hesaplanması için gerek duyulan verilerle ilgili sorunlardır. Bu ülkelerde ya bu veriler hiç yoktur ya da eksik veya hatalı olabilmektedir. Hastalıkların saptanmasında da sadece tanısı konmuş veya birey tarafından bilinen hastalıklar dikkate alınmaktadır. Bu nedenle sağlık sorunu olan ancak bunu bilmeyen bireylerin verileri havuza girmemekte ve hastalık yükü olduğundan daha az hesaplanmaktadır. Ölçüt ağırlıklı olarak niceliksel verilerle ilgilenmekte, yaşam kalitesi gibi öznel gerçekleri dikkate almamakta, sağlık sorunlarının birey ve yakınları üzerindeki sosyal yükünü görmezden gelir (Paksoy Erbaydar, 2009: 21).

4. TIBBİ TERCİHLERDE FAYDA ÖLÇÜMLERİ

Sağlıkta fayda ölçümleri, yaşam kalitesiyle beraber hastanın ne kadar riski kabullenebileceğini de değerlendirir. Hastanın sağlık durumu dikkate alındığında, bir hastanın seçimlerini ortaya çıkarmak, özellikle alternatif tedavi edici müdahalelerin değerlendirilmesi için fayda sağlamaktadır. Fayda değerleri: hastaya yaptığı her bir tercihle değişen alternatif senaryo sunarak belirlenir. Hasta alternatiflerin eşit olarak kabul edilebileceği bir noktaya gelince, algoritma, bu farklılık noktasını temel alarak 0-1 arasında bir değeri hesaplar. Bu sayede hastanın değerlendirmelerini ve sağlık durumu basit rakamsal bir ölçüye indirgenebilir (Özgün ve Malhan, 2005: 34).

4.1. Ödeme Gönüllülüğü (Willings to pay-WTP) ve Kabul Etme Gönüllülüğü (Willings to Accept- WTA)

Ödeme gönüllülüğü bireylerin sağlık ve refah arasında yaptıkları ya da yapacaklarını düşündükleri tercihler üzerine kurulmuştur. Günlük yaşamda bu

tarz seçimler kolaylıkla anlaşılabilir ve sayıya dökülebilir. Eğer maddi getirisi yüksekse ve daha fazla olan bir riski telafi edebileceyse riskli olan seçilebilir. Ödeme gönüllülüğü insanların karşı karşıya oldukları bu tip seçimleri (Revealed Preference- Belirtilmiş Tercihler-RP), ortaya çıkararak ya da gerçekçi ama hipotetik seçimler oluşturarak ve olası sonuçlarını belirterek seçimlerin açıkça yapılmasına çalışır (Stated Reference-Tahmini Tercih-SP) (Öksüz ve Malhan, 2005: 35). Ödeme gönüllülüğünün tespiti için bireylere tedavi için ne kadar ödemeye istekli olduğu sorusu yöneltilmektedir. Kitleden alınan cevaplara göre ilgili sağlık hizmeti için bireylerin ne kadar ödemeye istekli olduğu tespit edilebilmektedir (Hoffman ve Spitzer, 1993: 64).

Ödeme gönüllülüğü araştırmalarını daha iyi anlayabilmek için şu şekilde bir örnek verilebilir: Bir hastanın kanal tedavisi olması gerekiyor ancak sağlık sigortasının anesteziyi karşılamadığı biliniyor. Bu durumda birey anestezi olmadan kanal tedavisi yaptırmayı veya anestezi için gereken ücreti ödeyerek kanal tedavisi olma seçeneklerinden birini seçmelidir. Alınan cevaplar ışığında bireyin kanal tedavisi için en fazla ne kadar ödemeye gönüllü olduğu tespit edilebilmektedir. Ayrıca anestezi olmadan kanal tedavisinden anestezi ile kanal tedavisine geçilmesiyle kazanılan QALY' ler de hesaplanabilmektedir (Johnson,2013) Örneğin;

- Anestezi olmadan yarar: 0.10
- Anestezi ile elde edilen yarar: 1.00
- x zamanda tedavi yöntemindeki değişikliğe göre elde edilen yarar: 1-0.10: 0.90
- Kanal tedavisinin 20 dakikası acı duyulduğu dikkate alınırsa, 20 dakikanın bir yıl içindeki ağırlığı: $(20 \text{ Dakika}) / (360 \text{ gün} * 24 \text{ saat} * 60 \text{ dakika})$: 0,0000385
- Kazanılan QALY: $0,0000385 * 0,90$: 0,000034

Kazanılan QALY'nin tespit edilmesinden sonra QALY başına ne kadar ödeme yapıldığı da \$/QALY ile tespit edilebilir (Johnson, 2013).

Ödeme gönüllülüğü yöntemi politika yapıcıların hangi sağlık hizmetinin sunulacağına ilişkin politika geliştirmelerinde yardımcı olacak bir araçtır. Ödeme gönüllülüğü yaşam kalitesinde kaybedilen zamanı parasal biçimde ölçmektedir

(Cookson, 2003: 891). Ancak ödeme gönüllülüğü ile ilgili soruların cevabına dayanarak tahmin edilen sağlık iyilik halinin parasal değerlerinin güvenilirliği hususunda literatürde ciddi eleştiriler bulunmaktadır (Çelik, 2011:288).

4.2. Zaman Değiş-Tokuşu (Time Trade Off)

Zaman değiş tokuşu yöntemi bireyin yaşam kalitesinin ölçmekle beraberin bireyin yaşam kalitesine olan görüşlerini de değerlendirir. Basit olarak bireye belirtilen bir sağlık durumuna ulaşmak için hayatından ne kadar zaman verebileceğini sorgulayan bir yöntemdir. Bu yöntemle yapılan çalışmalarda bireyin kötü olan sağlık statusünden kurtulmak için kaç yılını feda edebileceği araştırılmaktadır (Tolley, 2009: 3).

Zaman değiş tokuş yönteminde bireye iki alternatif sunulmaktadır. İlk alternatifte t süresi boyunca i sağlık durumu ve ardından da ölüm vardır. İkinci alternatifte x yıl boyunca normal sağlık vardır. İkinci alternatifteki x yılı bireyin iki alternatif arasında seçim yapmakta kayıtsız kalacağı i durumundaki x/t noktasına kadar değiştirilir. Zaman değiş tokuş yönteminin küçük sağlık kayıplarını sağlayıp sağlamadığı sorgulanmaktadır, çünkü insanlar yetiyitimleri karşısında yaşam süresini uzatma konusuna karşı isteksiz davranmaktadır. (MacKeigan ve O'Brien, 1999: 114).

Zaman değiş tokuş yöntemi yaşam kalitesindeki değişikliklere duyarlı değildir. Bu dezavantajı ortadan kaldırmak adına hasta gruplara feda edebilecekleri yaşam süreleri ile ilgili görüşleri müdahale öncesi ve sonrası sorulabilir. Müdahale öncesi ve sonrası cevaplar ile müdahalenin yaşam kalitesini etkileyip etkilemediği tespit edilebilir. Zaman değiş tokuş yönteminde alınan cevaplara göre müdahalenin faydası 0-1 arasında değişmektedir. Değer 1'e yaklaştıkça müdahale fayda değeri artmaktadır (Morrison, vd., 2016: 2).

Zaman değiş tokuşu yöntemiyle yapılan çalışmalarda bireylere sorulacak örnek bir soru şu şekilde olabilir: Yaşamak için 10 yılınızı kaldığınızı düşünün. Bu bağlamda siz şuan ki sağlık statusünde 10 yıl yaşamayı seçebileceğiniz gibi bazı yaşam yıllarınızdan vazgeçerek tamamen sağlıklı bir şekilde kalan yıllarınızı yaşayabilirsiniz. Soru formlarında vazgeçilecek yıllar 0, 1, 2, 3.....10 şeklinde belirtilir ve araştırmaya katılanlardan işaretlenmesi istenir. Bireysel zaman değiş tokuş değeri ise bireyin tamamen sağlıklı olarak yaşamayı tercih ettiği yılın toplam yaşam yılına bölünmesiyle bulunur. Örneğin tamamen sağlıklı olarak yaşamayı isteyen bir birey

3 yılını feda ediyorsa zaman değış tokuş değeri 7/10: 0.7 olarak tespit edilir. Birey tarafından feda edilen 3 yıl ödeme gönüllülüğü yönteminde olduğu gibi verilen cevaplara göre tekrar sorulan sorular ile tespit edilir (Burström, vd., 2006: 361).

4.3. Standart Kumar Teorisi (Standart Gamble-GB)

Faydaların ölçülmesi için geliştiren modern teorilerden biridir. Von Neuman ve Morgenster'in Oyunlar ve Ekonomik Davranışlar Kuramı'nda matematik kavramı, tercih ölçeğini fayda ölçeğine çevirmek için kullanılmıştır. Burada olasılık kavramı yeni bir rol oynamakta, esas olarak matematik bir oyun görevi görmekte, yani bağımsız problemleri sürekli duruma getirmektedir. Kişinin rasyonel olarak alternatif davranış sonuçları için tercihi olabileceği gibi, farklı sonuçları içeren kumarlar için de tercihinin olacağı varsayılır ve aşağıdaki sonuçları veren bir dizi aksiyom kurulabilir (Say, 2002: 8; Çınaroğlu, 2015: 347):

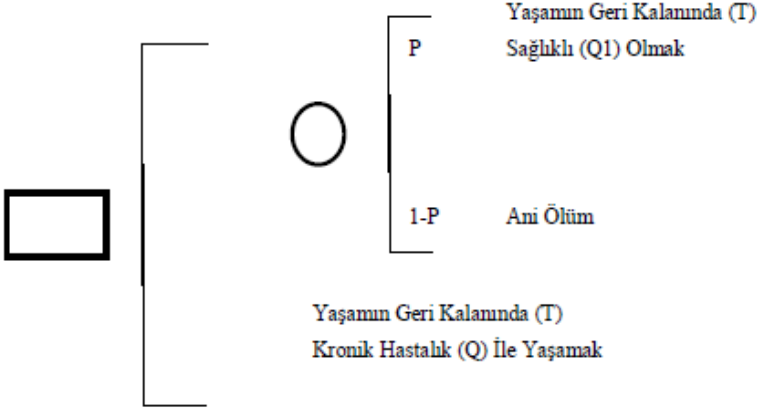
- Karar vericinin (K) tercihini ölçen bir fayda ölçeği vardır. Bu ölçek "K en yüksek beklenen faydayı veren alternatifi seçer ve bu yönünde davranır" biçiminde tanımlanmıştır.
- Kişisel tercih her sonuç veya durum için vardır; tutarlı ve geçişlidir. Yani eğer, X1, X2, X3 gibi üç durum veya sonuç söz konusu ise ve X1 , X2 'ye X2 , X3 , 'e tercih ediliyorsa X1 , X3 'e tercih edilir.
- Fayda fonksiyonu (U), tercihleri gösterir. Yukarıdaki gibi üç durum veya sonuç olduğu varsayıldığında, $X1 > X2 > X3$, U gibi bir fonksiyon ve sıfır ile bir arasında ($0 \leq p \leq 1$) olasılıkları gösteren (p) gibi bir sayı olacaktır: $U(X2) = p U(X1) + (1-p) U(X3)$
- Bu fonksiyona göre kişi, X2 sonucunu belirlilikle elde edeceği bir oyunla, X1 sonucunu p olasılıkla ve X3 sonucunu (1-p) olasılıkla elde edeceği bir oyun ve kumar arasında kayıtsızdır ve U, aralıklı ölçekte ölçülmüş faydayı verir.

Sağlık programlarının karşılaştırılması söz konusu olduğunda; sağ kalım süresi ve yaşam kalitesi iki temel sonuç ölçütü olarak ön plana çıkmaktadır. Program değerlendirme ve klinik karar analizleri için, sağlık sonuçlarının, yaşam kalitesi ve sağ kalım süresi arasında değış tokuşun dikkate alındığı tek bir skor ile ölçülmesinden sıklıkla yararlanılmaktadır (Gafni, 1994: 2007).

Standart kumar teorisinde hastanın kendisine, beklenen en yüksek faydayı sağlayacak seçeneği seçmesi beklenmektedir. Hastadan iki farazi durum arasında bir karar vermesi istenmektedir. Bunlar; yaşam boyunca kötü bir sağlık statüsü ile yaşamak ve sağlığın düzeltilmesi ile ölüm gibi bir ya da iki sonuç arasında kumar oynamaktır. İki seçenek için, her ikisi arasında fark kalmayınca kadar değişen olasılıklar belirlenmektedir. Bu nokta, hasta için iki seçenek arasında bir fark kalmadığı düzeyi göstermektedir. Eğer hasta %95 kötü sağlık statüsü ve %5 ölüm arasındaki noktada her iki seçenek arasında fark olmadığını ifade ederse bu durumda o sağlık durumunun faydası, 0,95 olarak belirlenmektedir (Çınaroğlu, 2015:349).

Standart kumar teorisine göre yaşam kalitesi değerlendirme konusunu bir örnek ile açıklamak gerekirse, kronik hastalıklarla mücadele etmekte olan bir kişinin (örneğin böbrek hastalığının son aşamalarında olan bir kişi için) belirli bir zaman ömrü kaldığını ve bu hastalığın nihayetinde ölümle sonuçlandığını düşünelim. Bu durumda ilgilenilen sonuçları temsil etmek üzere Q ve T'den, Q kişinin içinde bulunduğu sağlık durumunu, T ise kalan yaşam yıllarını göstermektedir. Q1: tamamen sağlıklı olmak durumu, Q2 ölümü temsil etmektedir. Bu durumda kişinin şu anda içinde bulunduğu sağlık durumu ($Q2 < Q < Q1$) şeklinde gösterilebilecektir. U (Q, T) tarafından tanımlanan, içinde bulunan zamandan başlayarak ölüm ile sonuçlanmak üzere, T zaman sonrası için kişinin şu anda değerlendirdiği Q ile gösterilen mevcut sağlık durumunun fayda fonksiyonunu tanımlamaktadır. Kronik hastalık durumu için (ölüme tercih edilen), standart kumar teorisi aşağıdaki şekil 1'de belirtilmiştir. Karar verici yaşamının geri kalanında sağlıklı olma veya ölüm olasılığı bulunan 1. alternatif ile ömür boyu kronik hastalıkla yaşamayı ifade eden 2. alternatif arasında seçim yapabilir (Gafni, 1994: 209-211; Çınaroğlu, 2015: 349).

Sekil 1. Yaşamın Geri Kalanında (T) Kronik Hastalığı Sahip Olmak (Q)'Dan Elde Edilecek Faydaların Belirlenmesinde Standart Kumar Yöntemi.



Kaynak:Gafni, 1994: 210.

Hastaların yaşam kalitesi hakkındaki değerlendirmeleri söz konusu olduğunda, bireysel tercihlerin kişiye özel olması nedeniyle, kişilerin karar verme sürecinde içinde buldukları psikolojik ve sosyal süreçlerin etkisinde kaldıkları belirtilmektedir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde söz konusu olan bu etkiye çerçeveleme etkisi denir. Sosyal psikolojide ikili süreç teorisi olarak adlandırılan bu durum, karar vermede analitik ve sezgisel süreçlerin rol oynadığını vurgulamaktadır. Sezgisel yaklaşım kişilerin günlük yaşantılarında aldıkları kararlar ile ilgilidir. Bu kararlarda kişilerin, otomatik, herhangi bir çaba harcamadan genellikle de duygusal boyutu ön plana çıkararak hareket ettikleri bilinmektedir. Analitik kararlarda ise kişilerin daha yavaş, kontrollü, çaba harcayarak ve şüpheli bir tavırla kararlar verdikleri bilinmektedir (Şeker, 2014: 1; Çınaroğlu, 2015: 351).

4.4. Kişi Değiş Tokuşu (Person Trade Off)

Kişi değiş tokuş yöntemi feda edilecek insanlar üzerinde durmaktadır. Bir hastayı iyileştirebilmek için tedavisinden vazgeçilecek hasta sayısını sorgulayan bir yöntem olarak tanımlanmaktadır. Yöntem farklı sağlık müdahalelerinin sosyal değerlerinin tahmin edilmesinde kullanılmaktadır (Wittrup-Jensen ve Pedersen, 2008: 2).

Kişi değiş tokuşunda; kişiden belli bir rahatsızlığı gösteren belli sayıdaki kişi ile başka bir sağlık durumunda olan farklı sayıda kişi arasında tercih yapması istenir. Cevaplayıcı iki tercih arasında kararsız kalana kadar gruplardan birinin sayısı değiştirilir ve o noktada ağırlık bulunur. Kişi değiş tokuşu, DALY'lerden elde edilmesi için birbirinden farklı sayılarda iki grubun kıyaslanması olarak veya iki farklı grubun sağlık durumlarının düzeltilmesi olarak görülebilir. Bu yönüyle kişiden çok toplum faydası üstünde durulan WTP araştırmalarıyla paralellik gösterir (Öksüz ve Malhan, 2005: 149). Yöntem ile farklı hasta gruplarının görelisi olarak önemi tespit edilebilmektedir. Örneğin farklı yaş gruplarındaki hastalar birbirleriyle karşılaştırılarak önemli geçişe sahip olan grup tespit edilebilir (Dolan ve Tsuchiya, 2003: 505).

Kişi değiş tokuşu yöntemi şu soru ile değerlendirilerek formüle edilebilir: A sağlık statüsünde olan W kişi ve B sağlık statüsünde olan Z kişi bulunmaktadır. Sadece bir grup tedavi edilebilecektir. Hangi grubu seçersiniz? W ve Z değerleri verilen cevaplara göre değişmektedir. Her alınan cevapta farklı sağlık statüsünde farklı sayıda hasta seçilmektedir. Ayrıca tedavi sonrası A ve B sağlık statüsünde olanların benzer yaşam beklentileri bulunduğu varsayılmaktadır. Yukarıdaki veriler ile aşığıdaki gibi formülasyon oluşturulmaktadır (Frick, 2007: 30-31):

$$-W(1-U(A))=Z(1-U(B))$$

$$-(1-U(B))=[W/Z](1-U(A))$$

Konuya ilişkin şu soru ile kişi değiş tokuşu yöntemi farklı şekilde formüle edilebilir: Benzer yaşam beklentisi olan ölmek üzere olan 10 hasta kaç tane kronik rahatsızlığı olup tedaviye ihtiyacı olan hasta için feda edilebilir? Olumsuz bir sağlık durumunda (B) olan Z kadar birey için formül aşığıdaki gibi tasarlanır (Frick, 2007: 32).

$$-Z(1-U(B))=10(1-0)$$

$$\text{formüldeki } 0=U \text{ (ölüm)}$$

$$-U(B)= (Z-10)/Z$$

Eğer tercih edilen Z değeri 10'dan küçük ise sağlık statüsü ölümden daha kötü olarak ifade edilebilmektedir (Frick, 2007: 33).

Sağlık durumu iyi olmayan A'da X kişi varsa ve sağlık durumu iyi olmayan B'de Y kişi varsa ve sınırlı zaman veya sınırlı kaynaklara bağlı olarak yalnızca bir grubu tedavi edebiliyorsanız, tedavi etmek için hangi grubu seçerdiniz? Bu durumda x veya y sayılarından biri iki grubu tedavi ihtiyacı ve tedavi açısından eşdeğer bulana kadar değişim gösterebilir. X veya Y, eğer eşit sayıda ise, B koşulun istenmezliği veya yararlanılmazlığı A koşulunun istenmezliğinden X/Y katı kadar büyüktür. Bir dizi sorular sorularak tüm koşullar istenmezlik ölçüğü üzerinden birbirleri ile bağlantılı hale getirilebilirler. Örneğin; A grubunda 500 kişi B grubunda 200 kişi olduğu varsayılırsa ve sınırlı kaynaklar nedeniyle A ve B alternatifinden biri seçilecek olduğu düşünüldüğünde B alternatifinin istenmezliği A alternatifinin istenmezliğinden 500/200:2,5 kat daha fazladır (Öksüz ve Malhan, 2005: 182).

5. SONUÇ

Sağlık sistemlerinde sınırlı kaynaklarla hizmet verilmesine rağmen, bu hizmetlere olan talep giderek genişleme eğilimindedir. Mevcut kaynakların sınırlılığı, bunların mümkün olan en iyi şekilde kullanılması sorumluluğunu da beraberinde getirmektedir. Konu kaynakların kıtlığı olunca seçenekleri değerlendirmenin ve arasında en iyi olanı seçmenin bir yolu ekonomik değerlendirme yapmak olabilir. Sağlık hizmetleri programlarının ekonomik olarak değerlendirilmesi de son yıllarda giderek daha öne çıkmaktadır (Şahin, vd., 2012: 241).

Yaşam kalitesinin en önemli çıktı olarak kabul edildiği durumlarda maliyet yararlanım analizleri kullanılmaktadır. Bu analizde herhangi bir müdahalenin uygulanmasıyla ortaya çıkan sonuçlar parasal çıktılar yerine bireyin yaşam kalitesinde meydana gelen değişiklikler ile ölçülmektedir. Çağdaş tıp uygulamaları sadece yaşamın niceliğine değil, kalitesine de önem vermektedir. Bu bağlamda sağlık müdahalelerinin yaşam kalitesine olan etkisinin ölçümü önem kazanmaktadır. Ayrıca sağlık çıktılarının değerlendirilmesi ile ekonomik analizlerin yapılması iki veya daha fazla alternatif stratejiyi hem klinik olarak hem de ekonomik parametreler bakımından karşılaştırma imkânı vermektedir.

Sağlığa bağlı yaşam kalitesi ölçümlerinin sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılması klinik epidemiyolojiye bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Böylece, sağlığa bağlı yaşam kalitesi sonuç ölçümlerinin en karmaşık kullanımı öznel ve nesnel sağlık ölçümlerini rutin olarak etkileyen tıbbi olmayan ve cerrahi olmayan faktörleri kontrol etmektedir. Kontroller sosyoekonomik faktörler, yaşam stresi, kişilik, alkol ve sigara tüketimi de dahil olmak üzere sağlık hizmet sonuçlarını dramatik bir şekilde etkileyen olguları kontrol eder (Öksüz ve Malhan, 2005: 1).

Maliyet yararlanım analizlerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde birçok ölçüt bulunmaktadır. Ülkelerin sosyo-ekonomik yapıları birbirinden çok farklıdır. Dolayısıyla sağlık beklentileri de farklı olacaktır. Literatürde kullanılan ölçekler farklı çalışmalar ile Türkiye toplumuna uyarlanmış ancak bazı ölçeklerin ise uyarlanmasının yapılmadığı anlaşılmaktadır. Hastalık yoktur hasta vardır yaklaşımı çerçevesinde Türkiye'ye özgü ölçekler ve metotlar geliştirilmesi faydalı olacaktır. Bu bağlamda Türkiye toplumuna uygun geliştirilen ölçekler sağlık politikalarının oluşturulmasında karar vericilere rehber olabilir.

KAYNAKÇA

- Acıöz, E., Gökdemir, G., ve Köşlü, A. (2003). Dermatolojide Yaşam Kalitesi. TÜRKMERM Dergisi, 37(1): 16-23.
- Akbolat, M., Turgut, M., ve Över, G. (2015). Hemşirelerin Yaşam Kalitesi Algılarının Motivasyonlarına Etkisi: Bir Kamu Hastanesi Örneği. Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi, 4(2): 65-82.
- Akıncı, F., Yıldırım, A., Oğutman, B., Ateş, M., Gozu, H., Deyneli, O., Aydar, S., İşci, E., Balcıoğlu, L., ve Seyhan, Osman Z. (2005). Translation, Cultural Adaptation, İntial Reliability And Validation Of Turkish 15d's Version: A Generic Health-Related Quality Of Life (Hrqol) Instrument. Evulation & The Health Professions, 28(1): 53-56.
- Aktaş, İ., Yıldırım Kaptanoğlu, A., Özkan Ünlü, F., Yılmaz Kaysın, M., ve Şilte, AD. (2013). Yatarak Fizyoterapi Alan Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Maliyet Analizi. Marmara Medical Journal, 26: 34-38.
- Aydemir, Ö. (1999). Konsültasyon-liyezon Psikiyatrisinde Yaşam Kalitesi Ölçümü: Kısa Form-36 (Sf-36). 3p Dergisi, 7(Ek-2), 14-22.
- Bergman, B., Aeronson, N., Ahmedzai, SH., Kaasa, S., ve Sullivan, M. (1994). The EORTC QLQ-LC13: A Modular Supplement to The EORTC Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) for Use in Lung Cancer Trials. EORTC Study Group on Quality of Life. Eur J. Cancer, 30A(5): 635-642.

- Björddal, K., Graeff, A., Fayers, P., Hammerlid, E., Pottelsberghe, Van Ch., Curran, D., Ahlner-Elmqvist, M., Maher, JE., Meyza, JW., Bredart, A., Söderholm, AL., Arraras, JJ., Feine, JS., Abendstein, H., Morton, RP., Pignon, T., Huguennin, P., Bottomly, A., ve Kaasa, S. (2000). 12 Country Field of The EORTC-QLQ-C30 (version 3.0) and The Head and Neck Cancer Specific Module (EORTC QLQ-H&N35) in Head and Neck Patients. EORTC Quality of Life Group. *European Journal Cancer*, 36(4): 1796-1807.
- Burström, K., Johannesson, M., ve Diderichsen, F. (2006). A Comparison of Individual and Social Time Trade-off Values for Health States in The General Population. *Health Policy*, 76: 359-370.
- Cleemput, I., De Geest, S., Van Renterghem, Y., ve Kesteloot, K. (2003). Measuring Health State Preferences in Belgium with the EQ-5D: A Pilot Survey in Health Care Workers. *Arch Public Health*, 61: 201-214.
- Cookson, R. (2003). Willingness to Pay Methods in Health Care: A Sceptical View. *Health Economics*, 12: 891-894.
- Cowley, P., Bodabilla, JL., Musgrove, P., ve Saxenian, H. (1994). Content and Financing of an Essential National Package of Health Services, *Global Assessments In The Health Sector*. World Health Organization, ss: 171-181.
- Çakmak, A. (2005). Osteoporozlu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Yüksek Lisans Tezi.
- Çalışkan, Z. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemi Olarak Maliyet-Etkililik Analizi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 14(2): 311-332.
- Çelik, Y. (2011). Sağlık Ekonomisi. Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Çınaroğlu, S. (2015). Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Standart Kumar Teorisine Göre Çerçeveleme Etkisinin Rolü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(4): 346-352.
- Dolan, P., ve Tsuchiya, Aksi (2003), “The Person Trade-Off Method and Transitivity Principle: An Example From Preferences Over Age Weighting”, *Health Economics*, 12: 505-510.
- Ercan, N. (2010). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Eser, S., Saatli, G., Eser, E., Baydur, H., ve Fidaner, C. (2010). Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenirlik Sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1): 37-48.
- Finlay, AY., Khan, GK., Luscombe, DK., Salek, MS. (1990). Validation of Sickness Impact Profile and Psoriasis Disability Index in Psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 123: 751-756.

- Frick, K. (2007). Preference Elicitation Methods. <http://ocw.jhsph.edu/courses/ConceptsEconomicEvaluation/PDFs/Lecture9.pdf> internet adresinden 30.04.2016 tarihinde edinilmiştir.
- Gafni, A. (1994). The Standard Gamble Method: What Is Being Measured And How It Is Interpreted. *Health Services Research*, 29(2): 2007-224.
- Gökçe, S. (2010). Renal Replasman Tedavisi Alan Hastalarda Yaşam Kalitesi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.
- Gündüzoğlu, N.Ç., Fadiloğlu, Ç. ve Yılmaz, C. (2014). Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirliliğinin İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15: 63-68.
- Güven, T. (2007). Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Etkisinin Araştırılması. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık Tezi.
- Güzelant, A., Göksel, T., Özkök, S., Taşbakan, S., Aysan, T., ve Bottomley, A. (2004). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: An Examination into the Cultural Validity and Reliability of the Turkish Version of the EORTC QLQ-C30. *European Journal of Cancer Care*, 13(2): 135-144.
- Hickey, A., Barker, M., Mcgee, H., ve O'boyle, C. (2005). Measuring Health-Related Quality of Life in Order Patient Populations. *Pharmacoeconomics*, 23(10): 971-993.
- Hoffman, E., ve Spitzer, M.L. (1993). Willingness to Pay vs. Willingness to Accept: Legal and Economic Implications. *Washington University Law Review*, 71(1): 58-114.
- Homedes, N. (1995). The Disability-Adjusted Life Year (DALY) Definition, Measurement and Potential Use. *Human Capital Development, HCD Working Papers*.
- Johnson, R.F. (2013). Why Not Real Economics? Erişim Adresi: http://www.ispor.org/meetings/neworleans0513/releasedpresentations/Symposium-RTI-ALL_SPEAKERS.pdf Erişim Tarihi: 18.04.2016.
- Kelle, B. (2008). Subakromiyal Sıkışma Sendromu'nda Laser'in Etkinliği ve Lokal Steroid Enjeksiyonu ile Karşılaştırılması. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.
- Koçyiğit, H., Gülseren, Ş., Erol, A., Hızlı, N., ve Memiş, A. (2002). The Reliability and Validity of The Turkish Version of Quality of Life Questionnaire of The European Foundation for Osteoporosis (QUALEFFO). *Clin Rheumatol*, 22: 18-23.
- Korevaar, J.C., Merkus, M.P., Jansen, Maarten A.M., Dekker, F.W., ve Krediet, R.T. (2002). Validation of The KDQOL-SF: A Dialysis-Targeted Health Measure. *Qual Life Res*, 11(5): 437-447.

- Küçükdeveci, A.A., Mckenna, S.P., Kutlay, S., Gürsel, Y., Whalley, D., ve Arasil, T. (2000). The Development and Psychometric Assessment of The Turkish Version of The Nottingham Health Profile. *Int. J. Rehabilitation. Res*, 23(1): 37-38.
- Lips, P., Cooper, C., Agnusdei, D., Caulin, F., Egger, P., Johnell, O., Kanis, JA., Kellingray, S., Leplege, A., Liberman, UA., McCloskey, E., Minne, H., Reeve, J., Regnster, JY., Scholz M., Todd, C., Vernejoul MC., ve Wiklund, I. (1999). Quality of life in patients with vertebral fractures: validation of the Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis (QUALEFFO). Working Party for Quality of Life of the European Foundation for Osteoporosis. *Osteoporosis Internationa*, 10: 150-160.
- MacKeigan, L.D., ve O'Brien, B.J. (1999). Holistic Versus Composite Preferences for Lifetime Treatment Sequences for Type 2 Diabetes. *Med Decis Making*, 19: 113-121.
- Morrison, G.C., Neilson, A. ve Malek, M. (2016). Improving The Sensitivity Of The Time Trade-Off Method: Results Of An Experiment Using Chained Tto Questions. Erişim Adresi: <https://www.nottingham.ac.uk/economics/documents/discussion-papers/98-22.pdf> Erişim Tarihi: 19.04.2017.
- Murray, C.J.L., ve Archarya, A.K. (1997). Understanding DALYs. *Journal of Health Economics*, 16: 703-730.
- Öksüz, E., ve Malhan, S. (2005). Sağlıkla Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri. Ankara: Başkent Üniversitesi.
- Öztürk, E. (2011). Radyoterapi Alan Baş ve Boyun Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Paksoy Erbaydar, N. (2009). Hastalık Yükü Kavramı ve Hesaplanmasında Kullanılan Ölçütler ve DALY Kavramına Kısa Bakış. *Toplum ve Hekim Bülteni*, 28(1): 21-22.
- Patrick, D.L., Bushnell, D.M., ve Rothman, M. (2004). Performane of Two Self-Report Measures for Evaluating Obesity and Weight loss. *Obesity Research*, 2: 48-57.
- Say, T. (2002). Faydanın Ölçülmesi. *Yönetim*, 13(42): 5-18.
- Sintonen, H. (2001). The 15 D Instrument of Health-Related Quality of Life: Properties and Applications. *Annals of Medicine*, 33: 328-336.
- Şahin, Ş., Toprak, S., ve Ünal, E. (2012). QALY; Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılları. *Medicine Science*, 1(4): 232-243.
- Şeker, Ş.E. (2014). Çift Süreç Teorisi. Erişim Adresi: [http:// mis.sadie.vrenseker.com/2014/09/cift-surec-teorisi-dual-process-theory/](http://mis.sadie.vrenseker.com/2014/09/cift-surec-teorisi-dual-process-theory/) Erişim Tarihi: 30.04.2017.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2004). Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yükü Final Raporu. [http://www.toraks.org.tr/userfiles /file/ulusal_hastalik_yuku_hastalikyukuTR.pdf](http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/ulusal_hastalik_yuku_hastalikyukuTR.pdf) internet adresinden 19.03.2016 tarihinde edinilmiştir.

- Tolley, K. (2009). What Are Health Utilities? Erişim Adresi: <http://tolleytheconomics.com/wp-content/uploads/2014/09/What-are-health-utilities-Final.pdf> Erişim Tarihi: 20.03.2017.
- Topçu, B., Saraçlı, S., Dursun, P., ve Gazeloğlu, C. (2012). Akademisyenlerin Yaşam Kaliteleri Üzerine Bir Çalışma: Afyon Kocatepe Üniversitesi Örneği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2(1): 15-19.
- Tuna, Z. (2004). Yanıklı Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Ünalın, D. (2005). Tüberkülozlu Hastalarda Yaşam Kalitesi, Yaşam Kalitesinin Demografik-Sosyokültürel Özellikler ve Depresyonla İlişkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.
- Wave, J. (2002). SF-36 Health Survey Update. Spine, 25(24): 3130-3139.
- Weinstein, M.C., Torrance, G.; McGuire, A. (2009). QALYs: The BASIC. Value in Health, 12(1): 5-9.
- WHO (World Health Organization) (1996). WOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of The Assessment. Field Trial Version. Geneva.
- WHO (World Health Organization) (2003). Generalized Cost Effectiveness Analysis: A Guide. Geneva, Switzerland.
- WHO (World Health Organization) (2006). Constitution of The World Health Organization. Erişim Adresi: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf Erişim Tarihi: 03.03.2017.
- Wittrup-Jensen, K.U., ve Pedersen, K.M. (2008). An Empirical Assessment of The Person Trade-Off: Valuation of Health, Framing Effects and Estimation of Weights for Fairness. Health Economics Paper, University of Southern Denmark, 9: 1-45.
- Williams, S.J. (2013). Measuring Functional Limitations and Sicknes Impact: A Critical Review of The FLP and SIP. İçinde: Measuring Health and Medical Outcomes. Ed: Crispin Jenkinson, (711 Third Avenue, New York, USA).
- Yardım, N., Bora, B., ve Mollahaliloğlu, S. (2007). Türkiye’de Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması: Hastalık Yükü Hesaplamaları. Erişim Adresi: http://www.stet.eskop.net/Tibbi_Makale-file-print-sid-911.html Erişim Tarihi: 03.03.2017.
- Yıldırım, A., Öğütmen, B., Bektaş, G., Mete, M., ve Tolgay, H. (2007). Translation, Cultural Adaptation, Initial Reliability and validation of Kidney Disease and Quality of Life Short Form (KDQOL-SF 1.3) in Turkey. Transplantation Proceedings, 39(1): 51-54.
- Sav, D. (2008). "Bireysel Kariyer Planlamada Etkili Olan Faktörler ve Üniversitelerin Etkisi Üzerine Bir Araştırma" Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Isparta.

Hemşirelerde Kültürel Yetkinlik Algısının İş Performansına Etkisi

Gönderim Tarihi: 03.10.2017

Selma Heves Yılmaz¹

Kabul Tarihi : 16.11.2017

Havva Çalışkan²

ÖZ

Bu çalışma, hemşirelerin kültürel yetkinlik ve iş performanslarına yönelik görüşlerini belirlemek, kültürel yetkinlik algısının iş performansına etkisini saptamak amacıyla yapılmış betimleyici tipte bir araştırmadır.

Araştırmada, 03.03.2015 – 13.03.2015 tarihleri arasında Edirne Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı sağlık tesislerinde çalışan 669 ebe-hemşire incelenmiştir. Örneklem seçilmemiş evrendeki tüm hemşirelere ulaşılmak istenmiştir. Veriler üç bölümden oluşan anket formu ile toplanmıştır. Birinci bölümde katılımcıların demografik özelliklerini sorgulayan ifadeler, İkinci bölümde “Hemşirelerde Kültürel Yetkinlik Ölçeği”, üçüncü bölümde “İş gören Performansı Ölçeği” yer almaktadır. Veriler SPSS 16,0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Analizlerde yüzdelik, ortalama, t test istatistiği, varyans, korelasyon, çoklu lineer regresyon analizleri uygulanmıştır. Ölçeklerin iç tutarlılığını ölçmek için alfa katsayısından, geçerliliği için faktör analizinden yararlanılmıştır.

Analiz sonucunda; katılımcıların cinsiyet, medeni durum, yaş, hizmet yılı, kurumda çalışma yılı ve mesleki pozisyonuna ve yurtdışı hastaya bakım verme durumuna göre kültürel yetkinlik ve iş performansına yönelik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Eğitim durumunun ise iş performansına anlamlı etkisi olmadığı, kültürel yetkinlik algısına ise anlamlı etkisi olduğu tespit edilmiştir. Kültürel yetkinlik alt boyutları ile iş gören performansı arasında da pozitif yönde doğrusal bir korelasyon tespit edilmiştir.

1 Dr., Edirne Kamu Hastaneler Birliği, İdari Hizmetler Başkanım

2 Edirne Kamu Hastaneler Birliği, Eğitim Hizmetleri, healiskan72@hotmail.com

Sonuç olarak; hemşirelerin kültürel beceri düzeyi iş performansına anlamlı etki etmektedir. Hemşirelerin kültürel beceri düzeyinin artması ile iş performansları da artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Kültürel Yetkinlik, İş Performansı

Nurses Perception of Cultural Competence impact on Business Performance

ABSTRACT

In this study, the nurses ‘cultural competency and job performance to determine their views and for their cultural competency in order to determine the impact of the perception of business performance that made the type of descriptive research.

In this research, between the dates of 03.03.2015 – 13.03.2015 Edirne Public Hospitals Union workers in health facilities based on 669 midwife-nurses were examined. The sample hasn’t been selected; all the nurses in the universe were wished to be reached. The data collected with the survey form consisting of three parts. In the first section of the participants ‘ demographic characteristics expressions, the second chapter of “the scale of the” Cultural Competency among nurses, who work in the third chapter “Performance Scale”. SPSS 16.0 package program was evaluated with. Training on the percentage, average, t test statistic, variance, correlation, multiple linear regression analysis were applied. In order to measure the internal consistency coefficients Alpha, for the validity factor analysis was done..

As a result of the analysis; participants ‘ gender, marital status, age, years of service, year of study and professional positions and international institution patient, according to the State cultural competence and care giving job performance for the difference between the average of points was not statistically significant. There is no meaningful effect on the performance of the business of the State of education, cultural competence has been found significantly influence to the perception. Cultural competency and performance work with lower dimensions between positive linear correlations have been identified.

As a result, significant cultural skills of nurses effects the level of job performance meaningfully. With the increase in the level of cultural skills also rises their job performance.

Keywords: Nurse, Cultural Competence, Job Performance

1. GİRİŞ

Kültür; varsayımları, inanç ve değerleri, eylemleri ve bunların gerekçelerini ve ırk, dil, din, etnik köken gibi farklılıklarla ilgili iletişim tarzlarını da kapsayan insan davranışlarının bütünlüklü yapısıdır. Yetkinlik ise belirli bir alanda ya da konuda sahip olunan bilgi, beceri ve tutumun toplamıdır ve o konudaki yeteneği, kapasiteyi ifade eder. Bu tanımlardan yola çıkarak kültürel yetkinliği, farklı kültürlere sahip insanların ve sosyal grupların istek ve beklentilerine cevap verebilecek bilgiye, beceriye ve kapasiteye sahip olmak şeklinde tanımlayabiliriz. (www.rcbadoor.com). Kültürel değerler, tutum, inanç ve davranışlar kişilerin yaşam tarzlarını, dolayısıyla sağlık koşullarını etkilemektedir. Sağlık ya da hastalık kültürel kalıplara bağlı olarak tanımlanmakta hastalıkların nedenleri, görünümü ve sağaltımı kültürel özellikler tarafından belirlenmekte ve sağlığın korunması, hastalıkların sağaltımı kültüre özgü uygulamalarla yapılmaktadır (Akar, 2010). Günümüzde küreselleşme ile birlikte farklı kültürden bireylerle etkileşim artmış ve dolayısıyla kültürlerarası iletişim çalışma hayatının bir gerçeği haline gelmiştir.

Özellikle farklı kültürden bireylerin aynı ortamı paylaştığı sağlık hizmetlerinde de kültürlerarası hizmet kavramı yeni bir disiplin olarak ortaya çıkmış ve giderek önemi artmaktadır (Zorel, 2014). Sağlık hizmetlerinde bakım, hizmet alanların ve verenlerin kültürel farklılıklarından, dil çeşitliliğinden, kullandıkları sözel ya da sözel olmayan iletişim yollarından bireylerin sağlığı, hastalığı ve sağlık personelinin rollerini, sorumluluklarını algılamalarından etkilenmektedir (Temel, 2011). Dolayısıyla halka istenen düzeyde sağlık hizmeti sunulabilmesi, hizmetlerin, hizmeti alacak olan toplum tarafından kabul edilmesi, katılım sağlanması ve konu ile ilgili eğitilebilmeleri için sağlık personelinin toplumun kültürel özelliklerini çok iyi bilmesi kaçınılmaz bir koşuldur (Bolsoy ve Sevil, 2006).

Sağlık kültürüne göre değişen göreceli bir kavramdır. Sağlık, biyolojik ve çevresel etmenler tarafından olduğu kadar kültürel etmenlerden de etkilenmektedir (Tortumluoğlu, Okanlı, Özer, 2006). Litaratüede gerek bakım alanlar gerekse bakım veren sağlık personeli arasında giderek artan kültürel farklılıktan kaynaklanan gereksinimlerin, iletişim ve dil sorunlarının arttığı ve bu

durumun sağlık bakımında etkili olduğu ifade edilmektedir (Ayaz ve Bilgili, 2009; Ertem, 2010; Arda ve arkadaşları, 2007; Ertem ve arkadaşları, 2000). Bu durumda çok kültürlü dünyada sağlık personelinin kültürel açıdan yeterli olmasının bir gereklilik ve istenen bir öncelik olduğu açıkça görülmektedir (Temel, 2011).

Transkültürel yaklaşım, her düzeyde sağlık hizmeti veren sağlık çalışanı için önemli bir özelliktir ancak; hemşireler bu yaklaşımda ayrıcalıklı bir konumdadır. Çünkü hemşirelik çok yönlü bir disiplindir ve nitelikli hemşirelik bakımı; ilgili olmayı, yakınlık göstermeyi, cesaret vermeyi, neşeli olmayı, kibarlığı, şefkati, anlayışlı ve sempatik olmayı, empati yapabilmeyi, küçümsemeden başkalarının düşüncelerine saygılı olmayı içerir (Temel, 2008).

Son yıllarda, hemşirelerin etkin bir bakım vermelerinde, bireylerin kültürel yapısını bilerek sunulan hizmetin önemi anlaşılmış ve bu yönde girişimler artırılmıştır (Tortumluoğlu vd., 2006). Hemşirelik beklentileri, yaş, cinsiyet, etnik gruplardaki farklılıkların yüzeysel bir bilgisinden kültürel olarak duyarlı hemşirelik bakımını içermeye doğru gelişmektedir (Akar, 2010). Artık hemşirelik mesleğinde, topluma ve etnik gruplara birey merkezli bakım vermenin gerekliliği ve sorumluluğu benimsenmiştir. Bu nedenle, toplumun kültürel gereksinimlerine yanıt verecek kültürel bilgi ve becerilere sahip hemşirelerin yetiştirilmesi giderek önem kazanmaktadır (Temel, 2008).

Kültürel olarak duyarlı hemşireler farklı kültürel geçmişten gelen hastaların yaşantılarına başarılı bir şekilde müdahale etmek için gerekli bilgi ve yeteneğe sahiptir. Kültürel olarak duyarlılık her hastayı bir birey olarak görmek ve bütün insanların karşılaşabileceği durumlarda hastanın kültürel deneyimlerini tamamiyle dikkate almak için kaynak oluşturan bir güçtür. Böylece hemşireler bireyselleşmiş hasta bakımını sağlarlar ve hemşirenin kendi etnik, sosyal ya da kültürel grubun bir üyesi olmayan hastanın rahatsız olabileceği hareketlerin de farkında olurlar (Akar, 2010). Bu nedenle hemşire, bakım verdiği birey, aile ve toplum için iyi bir yaşam hedefliyorsa o toplumun kültürünü tanımak zorundadır (Tortumluoğlu vd., 2006).

Bireysel düzeyde performans, kişinin bilgi, beceri ve yeteneklerini kişisel çaba ve davranışlarıyla birleştirerek istenen kalite ve miktarda kişisel sonuç

elde etmesidir. Görev performansı, bir sürecin bir bölümündeki faaliyetleri veya gerekli olan materyal ve hizmetleri sağlamak yoluyla doğrudan veya dolaylı olarak örgüte katkıda bulunan eylemleri yerine getirmedeki etkinlik olarak ifade edilmektedir. Literatürde hemşire iş performansının doyurucu olarak kavramsal açıdan tanımlanması konusunda sınırlı bilgi bulunmaktadır. Borst, hemşire iş performansını hemşireler tarafından hasta ve diğer insanlara bakım sunma şekli veya süreci olarak tanımlamaktadır. Bloch, ise benzer şekilde iş performansını işi yapma şekli ve süreci olarak ele almıştır. Dolayısı ile buradaki iki tanımın ortak paydası iş performansının bir süreç veya iş yapma süreci olarak kabul edilmesidir (Top, Gider, Ünalın, 2010). Elbette iş performansını kişisel, kültürel, sosyal ve örgütsel birçok değişken veya faktör kümesi etkilemektedir. Bu araştırmada ise sadece hemşirelerin kültürel yetkinlik durumlarının iş performansına etkisi üzerinde durulmaktadır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Modeli

Bu çalışma, hemşirelerin kültürel yetkinlik ve iş performanslarına yönelik görüşlerini belirlemek ve kültürel yetkinlik algısının iş performansına etkisini saptamak amacıyla yapılmıştır. Betimleyici tipte bir araştırmadır.

2.2. Araştırmanın Önemi

Hemşirelerin sağlık hizmet sunumunda hasta bakımı, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağlık eğitimi gibi birçok görev üstlenmişlerdir. Özellikle, hasta bakımı konusunda hasta ile birebir iletişimde olması bakımından kilit rollere sahip hemşirelerin iş gücü verimliliği, sağlık hizmetinin kalitesi ve verimliliğini de doğrudan etkilemektedir. Daha iyi sağlık hizmeti verebilmek için bakım verilen grubun hastalık ve sağlığı nasıl algıladıklarını, sağlığa yönelik davranışlarının arkasında hangi kültürel etmenlerin yer aldığını bilmesi ve anlamaya çalışılması gerekmektedir. Kültürlere duyarlı yaklaşımda hasta, aile ya da grupla güvenli bir ilişki geliştirmek ilk adımdır. İnsanları derilerinin rengine, şive, aksan ve giysi gibi özelliklerine göre gruplandırmadan, bireyleri kendi kültürel kalıplarında algılamak ve hemşirelik yaklaşımında da bunları göz önünde bulundurmamak çok önemlidir. Kültürel olarak duyarlı hem-

şirelik hizmeti sağlamanın özelliği ve önemi; bireysel ve mesleki açıdan çok boyutludur. Transkültürel yaklaşım, aynı zamanda hemşirelerin dünya görüş ve perspektiflerini de genişleterek, başka kültürlerden gelen bireylere yaratıcı bakım sunmada onları becerili kılar. Kültürü temel alan yaklaşım ve bilgi, hem hemşirenin, hem de hastanın kendine güvenlerinin artmasını sağlayabilir (Şahin, Bayram, Avcı, 2009). Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde kültürel açıdan yeterli bakım ile hastadan doğru verilerin toplanması ve tanı hatalarının önlenmesi ile etkili, güvenilir, maliyet etkili, nitelikli hizmet sunulması sağlanmış olur. Bu bağlamda bu araştırma ile sağlık hizmet sunumunda önemli yere sahip olan hemşirelerin kültürler arası hasta bakımının konusundaki yetkinlik düzeylerinin bilinmesi ve bu yetkinliğin iş performansına etkisinin belirlenmesi ile sağlık hizmet kalitesinin artırılması yönünde olumlu etki sağlayacağı düşünülmektedir.

2.3. Çalışma Grubu

Araştırmanın evrenini Edirne Kamu Hastaneler Birliğine bağlı sağlık tesislerinde fiili olarak çalışan 669 ebe-hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş evrendeki tüm hemşirelere ulaşılmak istenmiştir. Ancak 304 hemşire araştırmaya katılmayı kabul etmiştir.

2.4. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma ile ilgili verilerin toplanmasında anket tekniğinden yararlanılmıştır. Dağıtılan anketlerden 304 kişiden anket geri gelmiş ve analize uygun 262 anket değerlendirmeye alınmıştır. Anket, üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, katılımcıların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

İkinci bölümde, hemşirelerin kültürel yetkinlik durumlarının belirlenmesine yönelik ve 18 önermeden oluşan “Hemşirelerde Kültürel Yetkinlik Ölçeği” yer almaktadır. Ölçek, daha önce Akar (2010) tarafından ‘Campinha Bacote Modeli’ temel alınarak hazırlanan “Hemşirelerin Ruh Hastalarına Yönelik Kültürlerarası Bakımına İlişkin Görüş Formu”ndan yararlanılmıştır. Bu modelin oluşturan öğeler; ‘Kültürel Farkındalık’, ‘Kültürel Bilgi’, ‘Kültürel İstek’ ve ‘Kültürel Beceri\Deneyim’dir. Kültürel farkındalık; birinin kendi kültürel

geçmişinin derinliklerini araştırması ve öz değerlendirmesidir. Farkındalık süreci farklı bireyler hakkında kişinin kendi eğilimlerini, ön yargılarını tanımlarını içermektedir Kültürel bilgi; farklı kültür ve etnik gruplar hakkında doğru bilgiyi arama ve bulma sürecidir. Kültürel istek; bakım kavramıyla ilgili olup farklılıkları kabul etmek, benzer yönleri ortaya çıkarmak, kültüre özgü bilgileri öğrenmek için kültürü farklı olan bireylerle açık ve esnek iletişimin kurulmasını içermektedir. Kültürel beceri; hastanın sağlık tarihi ve sunma problemini kabul ederken kültürel yönden konuyla ilgili verinin toplanmasını, kültürel temelli fiziksel değerlendirmeler yapmasını, kültürel duyarlılık içinde bu değerlendirmeleri yapmayı içerir (Akar, 2010). Anket formunun yeniden düzenlenmesi ve kullanılması için gerekli izin alındıktan sonra, ifade değişiklikleri ve ruh hastalarına yönelik hazırlanan ifadeler çıkarılarak form yeniden düzenlenmiştir.

Üçüncü bölümde ise; hemşirelerin performanslarını ölçmek amacıyla daha önce Kirkman ve Rosen (1999: 58-74), daha sonra, Sigler ve Pearson (2000: 27-52) tarafından yapılan çalışmalarda kullanılmış olan, Türkçeye Çöl (2008: 35-46) tarafından uyarlanmış 4 maddelik “İş gören Performansı Ölçeği” kullanılmıştır.

Her iki ölçekte ifadelere katılma derecesi 5’li likert ölçeğine göre “kesinlikle katılıyorum” (5 puan), “katılıyorum” (4 puan), “kararsızım” (3 puan), “katılmıyorum” (2 puan) ve “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan) olarak düzenlenmiştir.

2.5. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenirlilik İşlemleri

Araştırmada kullanılan ölçekler kapsam geçerliği var olan alan yazına göre oluşturulmuştur. **Hemşirelerde Kültürel Yetkinlik Ölçeği**; Taslak ölçek EDH ‘ta çalışan 10 hemşire tarafından, ‘düzenlilik ve anlamlılık, okunurluk, terimlerin anlaşılabilirliği, anlamın açıklığı ve netliği’ yönünden değerlendirme-ri istenmiş ve herhangi bir olumsuzluk tespit edilmemiştir. Taslak ölçekte negatif ifadeler (15, 17, 22 ve 23) tersi puan verilerek döndürülmüştür. Ölçeğin iç tutarlılığını ve araştırılan konuyu ne derecede yansıttığının belirlenmesinde alfa katsayısından (Cranbach Alfa) yararlanılmıştır.30 ifadeden oluşan taslak ölçeğin Alfa değeri hesaplanırken güvenilirliği düşüren 15, 17, 22 ve 23. so-

uların çıkartılması sonucu 26 ifade ile alfa katsayısı 0,849 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, ölçeğin yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerliliği için Varimax yöntemleri ile döndürülmüş temel bileşenler faktör analizi kullanılmıştır. Temel bileşenler faktör analizi yapılırken, her bir faktörde yer alacak maddelerin anlam ve içerik açısından tutarlı olması, faktör öz değerlerinin 1 ya da 1'in üzerinde olması, bir maddenin yer aldığı faktörde "0.50" ve daha fazla bir faktör yüküne sahip olması, maddelerin buldukları faktördeki yük değerleri ile diğer faktörlerdeki yük değerleri arasındaki farkın en az "0.10" ve daha yukarı olması ölçütleri (Büyüköztürk, 2002) dikkate alınmıştır. Yapılan iki faktör analizi sonucunda 6, 7, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23 ve 24. maddeler faktör yük değerlerinin 0,50'nin altında olması ve birden fazla faktör altında 0,10'luk fark göstermemesi nedeniyle ölçekten çıkarılmıştır. Bu düzenlemeler sonunda toplam 18 maddeden oluşan ölçeğin dört faktör altında toplandığı ve toplam varyansın % 60,243'ini açıkladığı görülmüştür. Analiz sonucu KMO değeri 0,846, verilerden anlamlı faktörler çıkabileceğini gösteren küresellik derecesi de (Bartlett's Testi) 1,943E3; $p < 0,05$ olarak bulunmuştur. Bu değerler istatistiksel açıdan yeterli olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin alt faktörleri, faktör 1. "Kültürel Beceri/Deneyim (F1)" 25, 26, 27, 28, 29, 30. maddelerinden; faktör 2. "Kültürel Farkındalık (F2)" 1, 2, 3, 4, 5, 21. Maddelerinden ve 0,539-0,731; faktör 3. "Kültürel Bilgi (F3)" 13, 14, 18. maddelerinden; faktör 4. "Kültürel İstek (F4)" 8, 9, 10. Maddelelerinden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach's Alfa değerleri; F1 için 0,889, F2 için 0,757, F3 için 0,749, F4 için 0,650 olarak tespit edilmiştir.

"İş Gören Performansı Ölçeği"nin 4 maddeden oluşmaktadır. Cronbach Alfa değeri 0,876 olarak bulunmuş, KMO değeri 0,824 olarak gerçekleşmiştir verilerden anlamlı faktörler çıkabileceğini gösteren küresellik derecesi de (Bartlett's Testi) 533,629; $p < 0,05$ olarak bulunmuş ve istatistiksel açıdan yeterli olarak değerlendirilmiştir. Toplam varyansın % 72,931' ünü açıklayan tek faktörü ortaya koymuştur.

2.6. Verilerin Toplanması ve Analizi

Veriler, araştırmanın yapılabilmesi için Edirne Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin alındıktan sonra, 03.03.2015 – 13.03.2015 tarih-

leri arasında toplanmıştır. Elde edilen bilgiler SPSS 16,0 paket programı ile istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde yüzdeler, ortalamalar, katılımcıların iki alt sınıflamadan oluşan değişkenlerine ait istatistiksel analizler için t test istatistiği, ikiden fazla alt sınıflamadan oluşan değişkenlere ait istatistiksel sınımlarda varyans analiz testi (ANOVA) uygulanmıştır. Hemşirelerde kültürel yetkinlik ve iş gören performansı ölçeklerinin iç tutarlılığını ölçmek için alfa katsayısından (Cronbach Alfa), geçerliliği için Varimax yöntemleri ile döndürülmüş temel bileşenler faktör analizinden yararlanılmıştır. Hemşirelerde kültürel yetkinlik algısının performansa etkisini tespit etmek amacıyla ise, korelasyon analizi, çoklu lineer regresyon analizi ile yapılmış, istatistikî analizlerde $p < 0.05$ düzeyinde anlamlılık aranmıştır.

2.7. Araştırmanın Kısıtlılığı

Araştırmanın yalnızca Edirne İli Kamu Hastanelerinde uygulanması ve sonuçlarının bu kurumlardaki hemşirelerin görüşlerini kapsamaması araştırmanın kısıtlılığıdır.

3. BULGULAR

3.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri ile İlgili Veriler

Katılımcıların çalıştığı hastane, yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, çalışma yılı, kurumdaki çalışma yılı, pozisyonu ve yurt dışı hastaya bakım uygulama durumuna ilişkin bilgiler Tablo 1’de görülmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Özellikler	Gruplar	Sayı	Yüzde
Çalıştığı Kurum	EDH	110	42,0
	KDH	94	35,9
	UDH	58	22,1
Yaş	18-25	23	8,8
	26-35	100	38,2
	36-45	109	41,6
	45 ve üstü	30	11,5

Cinsiyet	Kadın	241	92
	Erkek	21	8
Medeni Durum	Evli	205	78,2
	Bekar	57	21,8
Eğitim Durumu	Lise	21	8,0
	Ön lisans	96	36,6
	Lisans	125	47,7
	Lisansüstü	20	7,6
Görevi	Müdür	3	1,1
	Müdür Yard.	3	1,1
	Sor. Hem.	47	17,9
	Servis Hem.	174	66,4
	Diğer	35	13,4
Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	7	2,7
	1-10Yıl	85	32,4
	11-20 Yıl	87	33,2
	21 Yıl ve Üstü	83	31,7
Kurumda Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	33	12,6
	1-10Yıl	143	54,6
	11-20 Yıl	48	18,3
	21 Yıl ve Üstü	38	14,5
Yurtdışı Hastaya Bakım Verme	Evet	186	71
	Hayır	76	29
Toplam		262	100

Tablo 1 incelendiğinde katılımcıların % 41,6' sı 36-45 yaş grubunda,% 92'inin kadın, %78,2'unun evli, %47,2'i lisans, % 66,4'ü servis hemşiresi olarak dağılım göstermektedir. Çalışma yılı olarak %33,2'si 11-20 yıl, ilgili kurumda çalışma yılı olarak %54,6'inin 1-10 yıl olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin %42'sinin EDH' ta görev yapmaktadır ve %71'i yabancı hastaya bakım verdiklerini ifade etmişlerdir.

3.2. Kültürel Yetkinlik Ölçeği İle İlgili Değerlendirmeler

Katılımcıların, kültürel yetkinlikle ilgili değerlendirmelerini yorumlayabilmek için, ölçekte yer alan önermelere verilen yanıtlar irdelenmiştir. Tablo 2’de, katılımcıların her bir önermeye vermiş oldukları yanıtların aritmetik ortalamaları ve standart sapma değerleri yer almaktadır.

Tablo 2. Kültürel Yetkinlik Ölçeği İle İlgili Değerlendirmeler

Faktör	İfadeler	N	Ortalama
Kültürel Farkındalık	1-Farklı toplumlarda hastalık ve sağlığa ilişkin inanç ve tutumlar farklılık gösterebilir	262	4,36
	2-Sağlık hizmetleri kültürlere uygun sunulmalıdır.	262	3,61
	3-Farklı kültürden hastaya bakım verirken, hemşire kendi ön yargılarının farkında olmalıdır.	262	3,97
	4-Halkın kullandığı geleneksel tedavilerinin de bakımın kalitesi için bilinmesi gerektiğine inanırım.	262	3,52
	5-Hemşirelerin bakım kararlarının kültürden etkilendiğini düşünüyorum	262	3,17
	21-Zararlı olmayan geleneksel uygulamalara olumsuz bakmıyorum	262	3,58
Kültürel İstek	8-Farklı kültürden hastaya bakım verirken daha duyarlıyım.	262	3,62
	9-Hastanın kültürü gereği uyguladığı olumsuz tedavi yöntemlerini saptamak ve uygun bir yöntemle olumluya dönüştürmek benim sorumluluğumdur.	262	3,68
	10-Farklı kültürdeki bir hastanın sözlü ve sözsüz iletişim şeklini tanımlayabilirim	262	3,60
Kültürel Bilgi	13-Türk toplumundaki farklı kültürler hakkında yeterli bilgiye sahibim.	262	3,47
	14-Farklı kültürdeki bir hastanın rahatsız olacağı durumları tanımlayabilirim.	262	3,51
	18-Farklı kültürdeki bir hastaya hemşirelik tanısı koyabilirim.	262	3,69
Kültürel Beceri/ Deneyim	25-Kendi kültürel geçmişimin farkındayım.	262	4,26
	26-Transseksüel bir erkek hastaya bakım yapabilirim.	262	3,95
	27-Homoseksüel bir kadın hastaya bakım yapabilirim.	262	3,96
	28-Ateist bir hasta bakım yapabilirim.	262	4,14
	29-Aşırı dindar bir hastanın dinsel dirençlerini anlayabilirim.	262	4,09
	30-Adli bir hastaya insancıl bir şekilde bakım verebilirim.	262	4,06
Ortalama			3,79

Önermelere ilişkin hemşirelerin verdiği puanlar 1 ile 5 arasında değişmektedir. Tablo 2’de görüldüğü gibi, önermelere verilen yanıtların genel aritmetik ortalaması 3,79’dur. Bu sonuç ile araştırma kapsamındaki Edirne Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerinde kültürel yetkinlik düzeyinin anlamlı olduğu söylenebilir. ‘Hemşirelerin bakım kararlarının kültürden etkilendiğini düşünüyorum’ (ort=3,17), “Türk toplumundaki farklı kültürler hakkında yeterli bilgiye sahibim” (ort=3,47) önermeleri en düşük değere sahiptir. “Farklı toplumlarda hastalık ve sağlığa ilişkin inanç ve tutumlar farklılık gösterebilir” (ort=4,36), “Kendi kültürel geçmişimin farkındayım” (ort=4,26), “Ateist bir hasta bakım yapabilirim” (ort=4,14) önermeleri en yüksek ortalamaya sahip ifadelerdir.

3.3. İş Gören Performansı Ölçeğine Yönelik Değerlendirmeler

Katılımcıların, iş performanslarına yönelik değerlendirmelerini yorumlayabilmek için, ölçekte yer alan önermelere verilen yanıtlar irdelenmiştir. Tablo 3’te, katılımcıların her bir önermeye vermiş oldukları yanıtların aritmetik ortalamaları ve standart sapma değerleri yer almaktadır.

Tablo 3. İş Gören Performansı Ölçeğine Yönelik Değerlendirmeler

İfadeler	N	Ortalama	Std. Sapma
1-Görevlerimi tam zamanında tamamlarım.	262	4,53	0,040
2-İş hedeflerime fazlasıyla ulaşıyorum.	262	4,32	0,044
3-Sunduğum hizmet kalitesinde standartlara fazlasıyla ulaştığımdan eminim.	262	4,21	0,045
4-Bir problem gündeme geldiğinde en hızlı şekilde çözüm üretirim.	262	4,29	0,044
Genel Ortalama	4,33		

Önermelere ilişkin hemşirelerin verdiği puanlar 1 ile 5 arasında değişmektedir. Tablo 3’te görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki hemşirelerin kendi iş performanslarına ilişkin değerlendirmeleri yüksek seviyededir. Önermelere verilen yanıtların genel aritmetik ortalaması 4,33’tür. İfade ortalamaları yakın değer göstermekle beraber, ‘Görevlerimi tam zamanında tamamlarım’ ifadesi 4,53 ortalama ile en yüksek değere sahiptir. “Sunduğum hizmet kalitesinde standartlara fazlasıyla ulaştığımdan eminim” ifadesi 4,21 ortalama ile en düşük ortalamaya sahip ifadelerdir.

3.4. Demografik Değişkenler İle Kültürel Yetkinlik ve İş Gören Performansı İlişkisi

Katılımcıların iki alt sınıflamadan oluşan cinsiyet, medeni durum ve yurt dışı hastaya bakım uygulama değişkenlerine ait istatistiksel analizler için uygulanan t testi sonuçları Tablo 4’ te verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre t Testi Sonuçları

Tanımlayıcı Özellikler			Kültürel Yetkinlik			İş Gören Performansı		
Değişken	Gruplar	Sayı	Ortalama Puan	T	P	Ortalama Puan	T	P
Cinsiyet	Kadın	241	132,04	2,402	0,698	130,93	2392,5	0,670
	Erkek	21	125,36			138,07		
Medeni Durum	Evli	205	134,93	5,139	0,164	135,41	5040	0,103
	Bekar	57 119,16				117,42		
Yurt Dışı Hastaya Bakım	Evet	186	133,55	6,688	0,494	134,47	6515,5	0,307
	Hayır	76	126,49			124,23		

Yapılan t testi sonucunda; katılımcıların cinsiyet, medeni durum ve yurtdışı hastaya bakım verme durumuna göre kültürel yetkinlik ve iş performansına yönelik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,005$).

İkiden fazla alt sınıflaması olan çalıştığı hastane, yaş, eğitim durumu, hizmet yılı, kurumdaki hizmet yılı ve mesleki pozisyonu değişkenlerine ait uygulanan varyans analizi sonuçları Tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre ANOVA Testi Sonuçları

Tanımlayıcı Özellikler			Kültürel Yetkinlik			İş Gören Performansı		
Değişken	Gruplar	Sayı	Ortalama Puan	F	P	Ortalama Puan	F	P
Hastane	EDH	110	133,36	0,516	0,773	131,66	0,357	0,836
	KDH	94	127,10			128,58		
	UDH	58	135,10			135,92		
Mesleki Pozisyon	Müdür	3	117,50	1,189	0,880	101,00	1,331	0,856
	Müdür Yrd.	3	150,33			148,67		
	Sorumlu Hemşire	47	122,86			124,22		
	Servis Hemşiresi	174	132,43			132,74		
	Diğer	35	138,07			136,24		
Yaş	18-25	23	113,13	7,437	0,059	102,46	6,249	0,100
	26-35	100	120,38			129,42		
	36-45	109	145,87			141,91		
	45 +	30	130,42			122,85		
Öğrenim durumu	Lise	21	102,12	17,037	0,001	129,88	5,415	0,144
	Önlisans	96	112,87			118,09		
	Lisans	125	145,44			140,69		
	Y.Lisans	20	164,68			140,15		
Hizmet Yılı	0-1	7	119,14	2,404	0,493	139,29	6,386	0,094
	1-10	85	122,11			118,64		
	11-20	87	138,56			146,41		
	21 Yıl ve Üstü	83	134,77			128,38		
Kurumda çalışma yılı	0-1	33	120,41	6,473	0,091	133,05	7,732	0,052
	1-10	143	123,94			121,86		
	11-20	48	146,12			138,31		
	21 Yıl ve Üstü	38	151,12			157,83		

Yapılan varyans analizi (ANOVA) sonucunda; katılımcıların kültürel yetkinlik algısına yönelik görüşlerinin yaş, hizmet yılı, kurumda çalışma yılı ve mesleki pozisyonuna göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,005$). Buna karşı eğitim durumuna göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=17,037$; $p=0,001<0,05$). Farklılıkların kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ANOVA'da Post Hoc Tukey testi sonucunda; ön lisans mezunları ile lisans mezunları ($p=0,001$) ve yüksek lisans mezunları ($p=0,039$) arasında ön lisans mezunlarının aleyhine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu durum, öğrenim durumu yükseldikçe kültürel yetkinlik düzeyinin de yükseldiğini göstermektedir. Diğer gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Yapılan varyans analizi (ANOVA) sonucunda; katılımcıların iş performansına yönelik görüşlerinin yaş, eğitim, hizmet yılı, kurumda çalışma yılı ve mesleki pozisyonuna göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,005$).

3.5. Kültürel Yetkinlik ve İş Gören Performansı İlişkisi

Tablo 6. Kültürel Yetkinlik İle İş Gören Performansı Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi (Pearson) Sonuçları

Boyutlar	Performans	Kültürel Beceri	Kültürel Farkındalık	Kültürel Bilgi	Kültürel İstek
Performans	1,000	0,436**	0,269**	0,331**	0,263**
Kültürel Beceri	0,436**	1,000	0,300**	0,466**	0,264**
Kültürel Farkındalık	0,269**	0,300**	1,000	0,237**	0,405**
Kültürel Bilgi	0,331**	0,466**	0,237**	1,000	0,356**
Kültürel İstek	0,263**	0,264**	0,405**	0,356**	1,000

** $p<0,01$ düzeyinde anlamlı

Kültürel yetkinlik alt boyutları olarak alınan performans, kültürel beceri, kültürel farkındalık, kültürel bilgi, kültürel istek ile iş gören performansı ilişkisi öncelikle korelasyon analizi ile incelenmiştir. Katılımcıların kültürel yetkinlik alt boyutları ve iş gören performansı bakış açısı ortalama değer olarak hesaplanmıştır. Araştırmada bağımlı değişken olarak iş gören performansı, bağım-

sız değişkenler olarak kültürel yetkinlik alt faktörleri alınmıştır. Elde edilen sonuçlara göre kültürel yetkinlik alt boyutları ile iş gören performansı arasında $p < 0,01$ anlamlılık düzeyinde pozitif yönde doğrusal bir korelasyonun olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Tablo 7. Kültürel Yetkinlik İle İş Gören Performansı Arasındaki İlişkiye Yönelik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

R ²	Düzeltilmiş R ²	ANOVA	
		F	Sig.
0,484	0,234	19,657	0,000
Model	Beta Katsayısı	t	Sig.
Regresyon Katsayısı	1979	6,986	0,000
Kültürel Beceri	0,323	5,108	0,000
Kültürel Farkındalık	0,106	1,733	0,084
Kültürel Bilgi	0,123	1,914	0,057
Kültürel İstek	0,091	1,459	0,146

Bağımlı Değişken: İş gören performansı

Araştırmanın amaçları kapsamında belirlenen faktörlerden hangilerinin iş gören performansına anlamlı etki sağladığını ve varyansın ne kadarını açıkladığını belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizi uygulanmıştır.

Analiz sonucunda R değeri 0,484 olup kültürel yetkinlik algısını oluşturan alt değişkenler ile iş gören performansı arasında pozitif bir ilişkinin olduğuna işaret etmektedir. Belirlilik katsayısı (R²) 0,234 olarak tespit edilmiştir. Bu değer ile kültürel yetkinlik algısını oluşturan alt değişkenlerin bağımlı değişken durumundaki iş gören performansına ait varyansı % 23,4 oranında açıkladığı, diğer bir ifade ile hemşirelerin iş performanslarının % 23,4 oranında kültürel yetkinlik faktörlerine bağlı olarak şekillendiği anlaşılmaktadır. Kurulan regresyon modelinin anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla ANOVA testi uygulanmıştır. Tablo 7’de bulunan ANOVA testi sonuçları incelendiğinde $F=19,657$, $p(\text{sig})=0.000$ değerleri elde edilmiş ve % 99 anlamlılık seviyesinde ($p < 0,01$) kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmüştür.

Regresyon denklemi için kullanılan regresyon katsayıları ve bunların anlamlılık düzeyleri incelendiğinde; kültürel yetkinlik algısı alt boyutlarından; kültürel beceri ile iş gören performansı arasındaki ilişki $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı iken, kültürel farkındalık, kültürel bilgi ve kültürel istek faktörleri ile iş gören performansı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Analiz sonucunda geliştirilen regresyon modeli şöyledir:

$$\text{İş Gören Performansı} = 1,979 + 0,323 * \text{Kültürel Beceri} + 0,106 * \text{Kültürel Farkındalık} + 0,123 * \text{Kültürel Bilgi} + 0,091 * \text{Kültürel İstek}$$

Bu sonuçlar, hemşirelerin kültürel beceri düzeyinin iş performansına etkisinin anlamlı olduğu; hemşirelerin kültürel beceri düzeyinin artması ile iş performanslarının artacağına işaret etmektedir.

4. TARTIŞMA

Bu araştırma, hemşirelerin kültürel yetkinlik ve iş performanslarına yönelik görüşlerini belirlemek ve kültürel yetkinlik algısının iş performansına etkisini saptamak amacıyla yapılmıştır. Araştırma kapsamındaki 304 kişiden oluşan örneklem üzerinde yapılan istatistiksel analizler ile araştırmanın hipotezleri sorgulanmıştır. Araştırma sadece Edirne Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı hastanelerde çalışan hemşireler üzerine yapıldığından Türkiye hastanelerinde çalışan tüm hemşireler üzerine sonuçların genellenmesi söz konusu değildir. Ancak bu araştırma küçük ölçekli tanımlayıcı ve karşılaştırmalı bir araştırma olmakla birlikte, hemşirelerin kültürel yetkinlik ve iş performanslarının değerlendirilmesi noktasında önem arz etmektedir.

Doğası ve anlamı bir kültürden diğerine değişen sağlık, kültürel olarak tanıma, değer verme ve uygulamayı içeren bir bakımı gerektirir. Her sağlık profesyonelinin etkili olduğu transkültürel yaklaşımda ilk önce insandır. Transkültürel yaklaşım, her düzeyde sağlık hizmeti veren kurumlarda uygulanabilir; fakat hemşireler bu yaklaşımda ayrıcalıklı bir konumdadır (Şahin vd., 2009). Son 50 yılda hemşirelikte kültürlerarası bakım kavramı yeni bir disiplin olarak ortaya çıkmıştır ve giderek ilgi görmektedir. Farklı kültüre sahip hemşireler, benzer biçimde farklı kültürel özellikleri olan bireylere, ailelere ve toplum gruplarına bakım verirler. Hemşirelik bakımı, bakım alan bireyin kültürel özelliklerinden

etkilenir. Bunun yanı sıra, hemşirenin kültürü de planladığı bakım girişimlerini biçimlendirir, hemşirelik bakımını etkiler (Temel, 2008). Hemşirelerin etkili bakım sunmada, artık yalnızca mesleki bilgi ve uygulamaları yeterli değildir, entellektüel ve analitik becerilere de sahip olmaları gerekmektedir. Nitelikli bireysel bakım, bireyin bir bütün olarak kültürü, inançları, adetleri ve değerleri ile ilgili faktörlerin göz önüne alınması ile verilebilir (Temel, 2008). Araştırma kapsamındaki hemşirelerin kültürel yetkinlik düzeyi ortalamasının üstünde tespit edilmiştir (ort=3,74). Bu durum araştırma kapsamındaki hastanelerde uygulanan hemşirelik hizmetlerinin kültürel açıdan anlamlı düzeyde olduğu söylenebilir.

Birey ve grup performansı, örgütün o işle ulaşmak istediği amaç yönünde bireyin ya da grubun kendisi için belirlenen hedeflere ve standartlara ne ölçüde ulaşabildiğinin göstergesidir. Örgütsel performansla da sistemin toplam performansı anlatılmaktadır. Örgütler için öncelikli öneme sahip olan performans bireysel performanstır. Çünkü bir örgüt ancak personelinin gösterdiği performans kadar iyi olabilir (Çöl, 2008). Çalışanların örgüt içindeki performansını kişisel özellik ve yetenekleri, işini başarma arzusu, yönetimin bu arzuyu harekete geçirme kabiliyeti ve sağlanan çalışma ortamı belirlemektedir. İş performansı, sadece çalışana bağlı bir sonuç değildir. Çalışanın kişisel özellikleri, becerileri, yetenekleri ve başarma arzusunun yanında yönetimin bu arzuyu hareketlendirme yeteneği ve çalışma ortamı, birlikte iş performansını belirlemektedir. Çalışanların performanslarının yüksek olması, örgütlerin amaçlarına ulaşmalarını kolaylaştırmaktadır (Eren ve Hayatoğlu, 2011). Araştırma kapsamındaki hemşirelerin kendi iş performanslarına ilişkini değerlendirmeleri yüksek seviyede tespit edilmiştir (ort=4,33).

Bir örgütte yer alan bireyin genç ya da ilerlemiş yaşlarda bulunması performansını etkileyebilecek bir unsurdur. Genel olarak konuya yaklaşıldığında genç yaştaki bireylerin yaşı ilerlemiş yaştaki bireylere göre daha dinamik oldukları ve değişime daha çabuk adaptasyon sağladıkları da görülebilmektedir. Cinsiyet çalışma yaşamı içinde çok önemli bir olgu olarak gözükmektedir. Erkek egemen kültüre sahip toplumlardaki erkeğin üstün olduğunu ortaya koyan yaşam biçimi iş hayatına da yansımaktadır. Yine kadınlara aşırı görev yükleyen kültürlerde çocuk sahibi kadınların erkeklere göre daha fazla çocuğuyla

ilgilenme çabası iş hayatında adaptasyon açısından olumsuzluklara sebep olabilmektedir. Medeni durum ise, olumlu bir süreçte gelişen evliliklerde iş performansına olumlu yansıtılabilirken; olumsuz şekilde devam eden evlilikler ve uzun süre eşlerin ayrılamaması bireyin performansını olumsuz etkilemektedir. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin çalıştıkları örgütte yükselme olanakları da artmaktadır. Eğitim düzeyi yükseldikçe çatışmalara karşı bireyler daha stratejik şekilde davranışlar geliştirebilmektedir (Özmutaf, 2007). Araştırmamızda hemşirelerin demografik özelliklerine göre iş performansları ilişkin değerlendirilmeleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,005$).

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin kültürel yetkinlik algılarının iş performansını olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir. Bu sonuç literatür ile örtüşmektedir. Çöl (2008) tarafından yapılan çalışma sonuçlarına göre anlam-yetkinlik ve özerklik boyutları işgören performansını olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir. Thomas ve Tymon (1994) işlerini nasıl yapmaları gerektiği konusunda söz hakkına sahip işgörenlerin, Liden ve arkadaşları (1993) ise, işleri üzerinde daha fazla kontrole sahip olanların, diğerlerine nazaran daha yüksek performans gösterdiklerini ifade etmektedirler Locke (1991) yetkinliğin bireysel performans üzerinde direkt ve güçlü bir etkisi olduğunu öne sürmektedir Gist ve Mitchel (1992) yetkinlik ile ilgili bireysel beceri ve yetenek literatürünü tararken, yetkinlik ve işle ilgili performans ölçümleri arasında pozitif bir ilişkinin bulunduğunu ifade eden çok sayıda araştırmanın olduğunu tespit etmişlerdir (Çöl, 2008).

Kültürel yetkinlik alt boyutlarından; kültürel beceri ile iş gören performansı arasındaki ilişki $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı iken, kültürel farkındalık, kültürel bilgi ve kültürel istek faktörleri ile iş gören performansı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Bu sonuçlar, hemşirelerin kültürel beceri düzeyinin iş performansına etkisinin anlamlı olduğu; hemşirelerin kültürel beceri düzeyinin artması ile iş performanslarının artacağına işaret etmektedir.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin demografik özelliklerine göre kültürel yetkinlik algıları ile öğrenim durumu değişkeni arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Yüksek lisans ve lisans mezunu hemşirelerin ön lisans mezunu hemşirelere göre kültürel yetkinlik düzeylerinin yüksek olduğu tespit

edilmiştir. Bu durum öğrenim durumunun yükselmesiyle kültürel yetkinlik düzeyinin de yükseldiğini göstermektedir.

5. SONUÇ

Sonuç olarak, bir örgüt ancak çalışanların gösterdiği performans kadar iyi olabilir. Çünkü çalışan performansı örgütsel başarının en önemli faktördür. Dolayısıyla, sağlık kurumlarının başarısından söz etmek için hastalarla birebir iletişim halinde olan hemşirelerin iş performansı önemli bir etkidir. Aynı şekilde kültürlerarası hemşirelik bakımının etkin ve etkinliğinde de kültürel yetkinlik önemli faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Hemşirelerin kaliteli sağlık bakımını verebilmeleri için sağlık ve hastalık davranışlarının arkasında yatan kültürel özellikleri tanımaları önemlidir. Dolayısıyla hemşirelerde kültürlerarası hasta bakım performansın yönlendirilmesi ve artırılması, kurumun performansını da artıracaktır. Bunu sağlamak için, hemşirelerin yaptıkları işi önemli bulmaları, kendilerini yetkin ve özerk hissedebilecekleri bir çalışma ortamı yaratmak ve performansı sürekli geliştirmeyi hedefleyen bir sistem kurmak gerekmektedir. Bunu sağlamak için en önemli görev de, kuşkusuz yöneticilere düşmektedir. Sağlık kurumlarında kültürel yeterli bakım ve iletişim için personelin kültürel yetkinliğini geliştirmek üzere programlar hazırlanmalıdır. Kültürel yetkinlik becerilerinin artırılmasına yönelik hizmet içi eğitimler verilmelidir.

KAYNAKÇA

- Akar, N. (2010). Hemşirelerin Ruh Hastalarına Yönelik Kültürlerarası Hemşirelik Bakımı Konusundaki Görüşleri. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ege Üniversitesi, İzmir.
- Bolsoy, N., Sevil, Ü. (2006). Sağlık-Hastalık Ve Kültür Etkileşimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(3): 78-87.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör analizi: Temel Kavramlar Ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. Kuram Ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, 32(32):470-483.
- Çöl, G. (2008). Algılanan Güçlendirmenin İşgören Performansı Üzerine Etkileri. Doğu Üniversitesi Dergisi, 9(1):35-46.
- Eren, S. S., Hayatoğlu, Ö. (2012). Etik İklimin Satış Elemanlarının İş Tutumlarına ve İş Performanslarına Etkisi: İlaç Sektöründe Bir Uygulama. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, 7(14):109-128.

- http://www.rcbadoor.com/makalevekitaplar/makaleler/kisisel_gelisim/2004_2005/Kultureyetkinlik.htm (08.07.2015).
- Özmutaf, N. M. (2007). Örgütlerde Bireysel Performans Unsurları Ve Çatışma. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 8(2):41-60.
- Şahin, N. H., Bayram, G. O., Avcı, D., (2009). Kültürlere Duyarlı Yaklaşım: Transkültürel Hemşirelik. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 6(1):2-7.
- Temel, A. B. (2008). Kültürlerarası (Çok Kültürlü) Hemşirelik Eğitimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(2):92-101.
- Temel, A. B. (2012). Çok Kültürlülük ve Kültürlerarası İletişimin Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna Etkileri. Onlar Bizim Hemşehrimiz, ss:43-73.
Erişim Adresi: http://akvam.akdeniz.edu.tr/_dinamik/134/317.pdf#page=43 (08.07.2015)
- Top, M., Gider, Ö., Ünalın, D. (2010). Hastane Sektöründe İş Performansını Etkileyen Örgütsel Değişkenlerin (Faktörlerin) İncelenmesi: Kayseri Ve Kocaeli İllerindeki Hemşireler Üzerine Bir Alan Araştırması. İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi, ss:66, 71-96.
- Tortumluoğlu, G., Okanlı A., Özer N., (2006). Hemşirelik Bakımında Kültürel Yaklaşım Ve Önemi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 1(1):1-12.
- Zorel, F. İ. (2014). Uluslararası İşletme Çalışanlarının Sahip Olması Gereken Niteliklerden Biri Olarak Kültürlerarası Yetkinlik. Journal of International Social Research, 7(30):122-135.
- Yaşa, Eda (2012). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması, Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

YAYIN İLKELERİ

1. Sağlık Bakanlığı "Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi" ulusal hakemli bir dergi olup, altı ayda bir yayımlanmaktadır.
2. Derginin yayın dili Türkçedir. Yabancı dillerdeki çalışmaların yayımlanması, Yayın Kurulu'nun kararına bağlıdır. Yayımlanan makalelerin fikri ve ilmi, çevirilerin ise hukuki sorumluluğu yazarlarına / çevirmenlerine aittir.
3. Dergimiz sağlık politikaları, sağlık sistemleri, sağlık hizmetleri değerlendirmesi, sağlık sektöründe performansa dayalı ödeme uygulamaları, sağlık hizmeti uygulamalarında kalite geliştirme, hasta ve çalışan güvenliği, sağlık ekonomisi ve sağlık sosyolojisi ve sağlıkla ilgili olmak üzere sosyal bilimlerin kapsamına giren konuları içeren makalelerin yayımlanmasına açıktır.
4. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'ne gönderilen yazılar, Yayın Kurulu tarafından öncelik sırasına konur ve çalışmalar derginin yayın ilkeleri ve yazım kurallarına uygunluğu bakımından değerlendirilir. Bu yayın ilkelerine ve yazım kurallarına uygun biçimde hazırlanmayan makaleler değerlendirilmeye alınmaz ve hakeme gönderilmez.
5. Ön değerlendirmeden geçen çalışmalar incelenmek üzere konu ile ilgili en az iki hakeme veya konusuna göre üç hakeme gönderilir. Hakemlere yazar adı gönderilmez ve hakemlerin isimleri gizli tutulur. İki hakemden olumlu rapor alan yazılar yayıma kabul edilir. Hakem raporlarından biri olumlu diğeri olumsuz ise, çalışma üçüncü bir hakeme gönderilir. Hakemlerin raporları birbiri ile çelişirse çalışma editör tarafından değerlendirilir. Editör, esasa yönelik olmayan hatalar, dergi bütünlüğü bakımından gerekli konular vb. durumlarda düzeltmeler yapabilir ve bunlar hakkında yazara bilgi verir.
6. Gelen raporlar saklanır. Eğer hakemler tarafından düzeltme isteniyorsa çalışmalar gerekli düzeltmelerin yapılması için yazarlar (a) geri gönderilir. Yazarlara raporlar doğrultusunda geliştirilmek veya düzeltilmek üzere gönderilen yazılar, gerekli düzenlemeler yapılarak editörün verdiği süre içinde tekrar dergiye ulaştırılmalıdır. Bu süre içinde düzeltilmeyen yazı (lar)ın değerlendirme süreci sona erer. Yazarlar hakemlerin eleştirisi, önerisi ve düzeltme taleplerini dikkate alırlar; katılmadıkları hususlar varsa, gerekçeleriyle birlikte itiraz etme hakkına sahiptirler. Olumlu bulunduğu halde yazı çokluğu nedeniyle 1 yıl stokta bekleyen yazılar, güncelliği yitirmeleri nedeniyle olumsuz sayılırlar.
7. Gönderilecek çalışmaların daha önce hiçbir yerde yayımlanmamış veya yayımlanmak üzere gönderilmemiş olması gerekir. Değerlendirmeler sonucu yazının yayına kabul edilmesi halinde, tüm yayın hakları Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'ne geçer. Gönderilen yazılar yayımlansın - yayımlanmasın hiçbir nedenle geri verilmez. Yayımlanmayacak yazılar, sahibine iade edilir.
8. Belirtilen ilkelere uygun olarak hazırlanmış yazılar e-posta yoluyla;
spkdersisi@saglik.gov.tr adresine gönderilmelidir.
9. Bir yazarın derginin aynı sayısında ilk isim olarak bir, iki ve diğer isim sırasında bir olmak üzere en fazla iki eseri yayımlanabilir.
10. Dergiye gönderilen makaleler için telif ücreti ödenmez.

YAZIM KURALLARI

1. Yazılar, açık ve anlaşılır bir dil ile yazılacak, yabancı terimler yerine yerleşmiş Türkçe karşılıklar kullanılacak, anlatımda kişileştirilmiş ifadelerden kaçınılacak, bilimsel, akademik makale kriterlerine uyulacaktır. (Anı, şiir vb. tarzda yazılar olmayacaktır.)

2. Yazılar Microsoft Word versiyonunda hazırlanmalı, font büyüklüğü 12 punto, Times New Roman olmalıdır.

a) Başlık: 12 punto ve bold

b) YazarAdları: 10 punto ve bold

c) Özet: 10 punto

d) Üst Boşluk: 3,5 cm

e) Sol Boşluk: 3 cm

f) Sağ Boşluk: 2,5 cm

g) Alt Boşluk: 2,5 cm Sayfa kenar boşlukları en az 2 cm olmalıdır.

Dergide yayınlanacak makalelerde APA Stili aranacak olup (ayrıntılı bilgi için; <http://www.apastyle.org>) Şekil şartlarını taşımayan yazılar hakemlere gönderilmeden iade edilir. Yazılar A4 formatında 30 sayfayı aşmamalıdır.

Apa Stili:

Kitaplar:

Yazar, A. A. (1994). Çalışmanın adı. Yer: Yayımcı.

Sürelî Yayınlar:

Yazar, A. A., Yazar, B. B., & Yazar, C. C. (1994). Makalenin adı. Sürelî Yayının adı, xx, xxx-xxx.

Online Doküman:

Yazar, A. A. (2000). Çalışmanın başlığı. internet adresinden xx, xx, xxxx tarihinde edinilmiştir.

3. Yazının ilk sayfasında yazının başlığı, yazarların adları ve kurumları, özet ve anahtar kelimeler (en az 3, en çok 7) bulunmalıdır. Yazı başlığı 10 kelimeyi geçmeyecek şekilde kısa ve öz olmalıdır. Yazı başlığı, özet ve anahtar kelimeler, hem Türkçe hem de İngilizce olarak verilmelidir. İletişimin sağlanacağı adres dipnot ile belirtilmelidir. İlk sayfada ayrıca varsa, dipnot olarak çalışmayı destekleyen kuruluşlar, vb. de belirtilmelidir.

4. Özet, derleme ve araştırma makaleleri için 250; teknik notlar için 200 ve editöre mektup için 100 kelimeyi aşmamalıdır. Özette denklem, atıf, standart dışı kısaltmalar, vb. yer almamalıdır.

5. Yazı "giriş" bölümüyle ikinci sayfadan başlamalı ve uygun bölümlere ayrılmalıdır. Bölüm başlıkları büyük harflerle ("GİRİŞ" şeklinde) yazılmalıdır. Tüm başlıklar bold olmalıdır. Başlıklarda üstten bir satır boş bırakılmalıdır. Gerekli durumlarda bölümler alt bölümlere ayrılabilir. Son bölüm, Sonuç (lar)/Tartışma bölümü olmalı ve bu bölümü takiben Kaynakça ile varsa Teşekkür ve Ekler yer almalıdır.
6. Kısaltmalar ilgili bilim alanında olmalı ve metin içinde ilk geçtiği yerde tanımlanmalıdır. Gerekli durumlarda kısaltmalar "giriş" bölümünde veya bu bölümü izleyen ayrı bir bölüm içinde verilebilir.
7. Tüm çizimler, haritalar, grafikler, fotoğraflar, vb. şekil olarak değerlendirilmelidir. Şekiller, ardışık olarak numaralandırılmalıdır. Bunlara metin içinde "Şekil 1. " şeklinde atıfta bulunulmalıdır. Her bir şekil için uygun bir başlık kullanılmalı ve başlık şeklin üst/altına numarasıyla birlikte yazılmalıdır.
8. Tablolar ardışık olarak numaralandırılmalıdır. Tablolara metin içinde numaralarıyla "Tablo 1." şeklinde atıfta bulunulmalıdır. Her bir tablo için uygun bir başlık kullanılmalı ve bu başlık tablonun üzerine numarasıyla birlikte yazılmalıdır. Tablo, resim, grafik ve şekillerin yazım şartları dergi içeriğindeki gibi başlık, kaynakça ve özellikle tablo içeriği 9 punto olmalıdır.
9. Metin içindeki göndermeler (dipnot), ad ve tarih yöntemiyle verilmelidir.
10. Kaynakça ve notlar/açıklamaların yazımında bilimsel makale yazım kuralları esas alınmalıdır.
11. Makaleler spkdergisi@saglik. gov. tradresine elektronik ortamda gönderilmelidir. E-posta ekinde yazarların özgeçmişleri ve detaylı iletişim bilgilerini içeren sunum yazısı ile birlikte gönderilmelidir.

İLETİŞİM

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Performans Yönetimi ve Kalite Gelistirme Daire Başkanlığı

Performans ve Kalite Eğitimleri Sube Müdürlüğü

Mahmut Esat Bozkurt Cad. Umut Sok. No: 19 Z04 Kolej-Ankara

Tel: (0312) 458 50 02

E-posta: spkdergisi@saglik. gov. tr