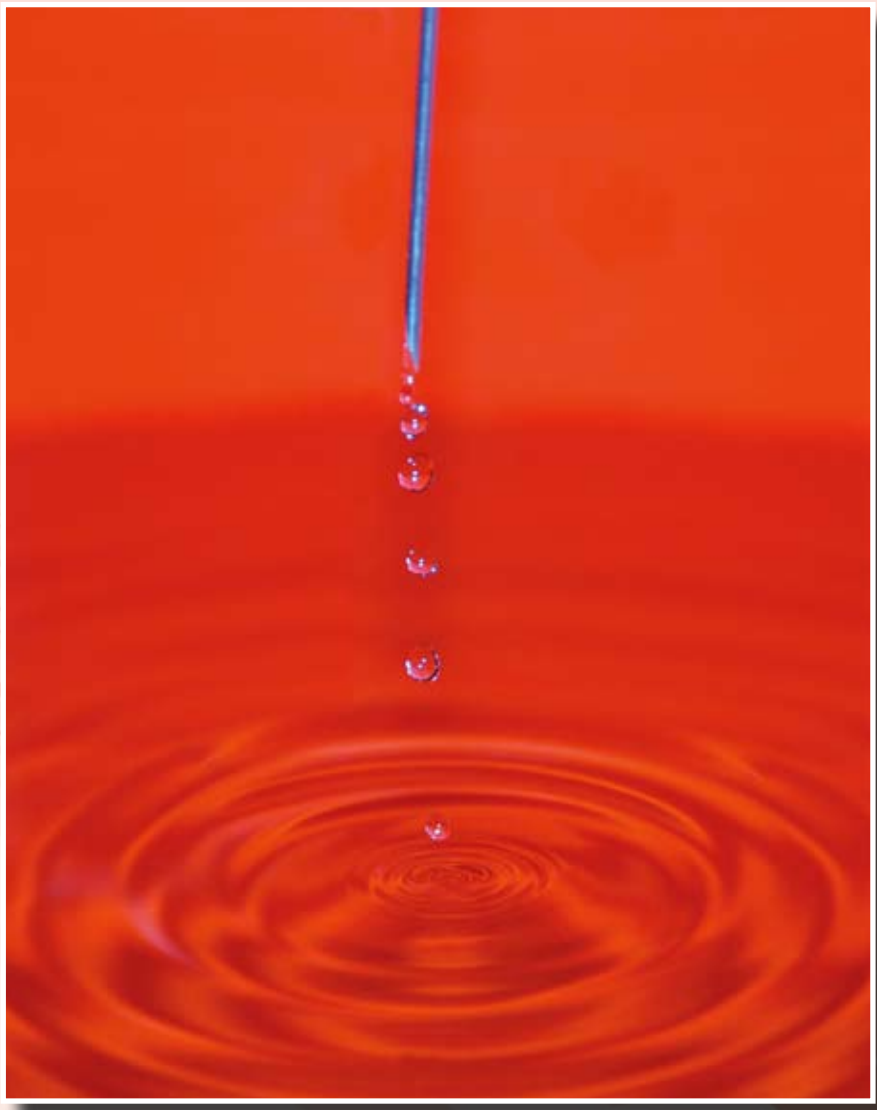
SAĞLIKTA PERFORMANS ve KALİTE DERGİSİ

BİLİMSEL HAKEMLİ DERGİ
Yıl:1 Sayı: 2 • 2010

ISSN 1309-1972



TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
PERFORMANS YÖNETİMİ VE KALİTE GELİŞTİRME DAİRE BAŞKANLIĞI

PERFORMANS YÖNETİMİ
KALİTE GELİŞTİRME
DAİRE BAŞKANLIĞI

SAĞLIKTA PERFORMANS ve KALİTE DERGİSİ

BİLİMSEL HAKEMLİ DERGİ

Sayı: 2

2010

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

Yönetim Yeri
Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Yayın Türü
Süreli Yayın

Yayın Periyodu
Dergi yılda 2 kez yayımlanır.

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

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

İletişim Adresi
Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Mahmut Esat Bozkurt Caddesi Umut Sokak No:19 Kat:1 Kolej / ANKARA
web: www.performans.saglik.gov.tr
e-mail: spkdergisi@saglik.gov.tr
Tel: (0312) 458 50 08 • **Fax:** (0312) 435 16 79

ISSN: 1309-1972

PERFORMANS YÖNETİMİ
KALİTE GELİŞTİRME
DAİRE BAŞKANLIĞI

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE DERGİSİ

BİLİMSEL HAKEMLİ DERGİ

Genel Yayın Yönetmeni	Dr. Mehmet DEMİR
Genel Yayın Yönetmen Yardımcısı	Uzm. Özlem AĞARI ÖNDER
İmtiyaz Sahibi	Dr. Hasan GÜLER
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü	Uzm. Dr. Dilek TARHAN
Editörler	Prof. Dr. Nihat TOSUN Prof. Dr. Sabahattin AYDIN Prof. Dr. Adnan ÇİNAL Prof. Dr. İrfan ŞENCAN Dr. Yasin ERKOÇ
Editör Yardımcıları	Dr. Hasan GÜLER Uzm. Dr. Seda USUBÜTÜN Uzm. Dr. Dilek TARHAN Uzm. Özlem AĞARI ÖNDER Dt. İsmail SERDAROĞLU Uzm. Serap SÜZÜK Uzm. Harun KIRILMAZ
Hukuk Danışmanı	Süleyman Hafız KAPAN
Dış İlişkiler Sorumlusu	Uzm. Günnur ERTONG
Kapak Fotoğraf	Yasin KESEMEN

DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. İ. Safa KAPICIOĞLU
Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ
Doç. Dr. Mustafa ERTEK
Yrd. Doç. Dr. İsmail DEMİRTAŞ
Doç. Dr. Turan BUZGAN
Yrd. Doç. Dr. Hakkı YEŞİLYURT
Dr. Abdullah ÖZTÜRK
Uzm. Umut BEYLİK
Uzm. Yener GÜL
Melahat ELMAS GAZİ
Uz. Dr. Ergün KARAHALLI
Uzm. Abdurrahman ATLİ
Uzm. Dr. Ferzane MERCAN
Nazan KÖKTÜRK SEZER
Gülsemin TUYGAR

HAKEM KURULU

Prof. Dr. Ahmet Nezih KÖK	Atatürk Üniversitesi
Prof. Dr. Ali Pekcan DEMİRÖZ	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Arzu TOPELİ İSKİT	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Aytül KASAPOĞLU	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Bilâl ERYILMAZ	Sakarya Üniversitesi
Prof. Dr. Bilçin TAK	Uludağ Üniversitesi
Prof. Dr. Cesim DEMİR	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Prof. Dr. Coşkun AKTAN	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Fahri OVALI	Z. Kamil Kadın Çocuk Hst. E.A.H.
Prof. Dr. Gamze ÇAN	Karadeniz Teknik Üniversitesi
Prof. Dr. Hakan HAKERİ	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Prof. Dr. Hasan Hüseyin ÇEVİK	Polis Akademisi
Prof. Dr. Haydar SUR	Marmara Üniversitesi
Prof. Dr. İsmet ŞAHİN	Hacettepe üniversitesi
Prof. Dr. John FONTANESİ	California University
Prof. Dr. Jülide YILDIRIM ÖCAL	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Kamil Ufuk BİLGİN	TODAİE
Prof. Dr. Mehmet Ali BUMİN	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Mehmet AYAN	Selçuk Üniversitesi
Prof. Dr. Mehmet Mithat ÜNER	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Mehtap TATAR	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Meral GÜLTEKİN	Akdeniz Üniversitesi

Prof. Dr. Musa EKEN	Sakarya Üniversitesi
Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ	Van Bölge E.A.H.
Prof. Dr. Mustafa PAÇ	Ankara Yüksek İhtisas E.A.H.
Prof. Dr. Nazmi ZENGİN	Selçuk Üniversitesi
Prof. Dr. Necmi GÖKAY	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Nihat ERDOĞMUŞ	Kocaeli Üniversitesi
Prof. Dr. Nilay ÇABUK KAYA	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Oya BAYINDIR	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Ömür ÖZMEN	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Özkan ÜNVER	Ufuk Üniversitesi
Prof. Dr. Ramazan ŞEKEROĞLU	Van 100. Yıl Üniversitesi
Prof. Dr. Recep ÖZTÜRK	İstanbul Üniversitesi
Prof. Dr. Sadık AKŞİT	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Semih BAŞKAN	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Suat TURGUT	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hst.
Prof. Dr. Tansu ARASIL	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Tengiz ÜÇOK	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
Prof. Dr. Yasin AKTAY	Selçuk Üniversitesi
Prof. Dr. Yeşim ÖZARDA	Uludağ Üniversitesi
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Yüksel ALTUNTAŞ	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Doç. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Doç. Dr. Arslan TOPAKKAYA	Erciyes Üniversitesi
Doç. Dr. Asım BALCI	Ankara Kalkınma Ajansı
Doç. Dr. Bayram ŞAHİN	Hacettepe üniversitesi
Doç. Dr. Fatma PAKDİL	Başkent Üniversitesi
Doç. Dr. Gönül DİNÇ	Celal Bayar Üniversitesi
Doç. Dr. Hacer ÖZGEN	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Hamza ATEŞ	Kocaeli Üniversitesi
Doç. Dr. İsmail AĞIRBAŞ	Ankara Üniversitesi
Doç. Dr. İsmail BAKAN	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv.
Doç. Dr. Mustafa ALTINDİŞ	Afyon Kocatepe Üniversitesi
Doç. Dr. Mustafa ERTEK	Sağlık Bakanlığı
Doç. Dr. Nermin ÖZGÜLBAŞ	Başkent Üniversitesi
Doç. Dr. Oğuz TUNCER	Van 100. Yıl Üniversitesi
Doç. Dr. Öner ODABAŞ	Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Doç. Dr. Özkan TÜTÜNCÜ	Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç. Dr. Simten MALHAN	Başkent Üniversitesi
Doç. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU	Muğla Üniversitesi
Doç. Dr. Yıldız AYANOĞLU	Gazi Üniversitesi
Dr. Mehmet DEMİR	Sağlık Bakanlığı

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE DERGİSİ
Sayı: 2 / 2010

İÇİNDEKİLER

9 **Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ**
Hasta Hakları Bağlamında Sağlık Finansmanı
Patient Rights in The Context of Health Finance

21 **Dt. Işıl YILDIRIM • Doç. Dr. Ç. Türksel DÜLGERGİL**
Dt. İsmail SERDAROĞLU
Aile Hekimliği Uygulamalarında Erken Dönem Koruyucu Diş Hekimliği Uygulamalarının Önemi
The Importance of Early Caries-Preventive Measures in The Family Physician Practi

40 **Doç. Dr. Yıldız AYANOĞLU • Yrd. Doç. Dr. Murat ATAN**
Uz. Umut BEYLİK
Hastanelerde Veri Zarflama Analizi (VZA) Yöntemiyle Finansal Performans Ölçümü ve Değerlendirilmesi
Assessments and Measurement of Financial Performance Using The Methodology of Data Envelopment Analysis (DEA) in Hospitals

63 **Araş. Gör. Hakan Çolak • Doç. Dr. Çoruh Türksel Dülgergil**
Dt. İsmail Serdaroğlu
Ağız ve Diş Hastalıklarının Medikal, Psikososyal ve Ekonomik Etkilerinin Değerlendirilmesi
Evaluation of The Medical, Pyscosocial and Economic Impact of Oral-Dental Diseases

90 **Ahmet ATASOY • Firoozeh KESKİN • Nilay BAŞKESEN**
Sabahattin TEKİNGÜNDÜZ
Laboratuvar Çalışanlarında İşe Bağlı Kas İskelet Sistemi Sorunları ve Ergonomik Risklerinin Değerlendirilmesi
Occupational Musculoskeletal System Troubles and Assessment of Ergonomic Risks in Laboratory Staff

114 **Nurhan Aytuğ Kanber • Öznur Gürlek**
Himmet Çiçek • Uzm. Dr. Ayşe Gözlükaya
Bir Sağlık Kurumunda Sağlık Çalışanlarının Memnuniyeti
Health Care Workers Satisfaction in A Health Institution

127 **Uzm. Dr. Mehmet KUTLU • Yrd. Doç. Dr. Nurdan ÇOLAKOĞLU**
Zeynep PAY ÖZGÜVENÇ
Hasta Hekim İlişkisinde Empatinin Önemi Hakkında Bir Araştırma
A Study on The Importance of Empathy in Patient-Doctor Relationship

144 **Emel GÜDEN • Ahmet ÖKSÜZKAYA • Kadir ÇETİNKARA**
Kayseri İli Kamu Hastanelerinde Sağlıkta Kalite Standartlarının Değerlendirmesi
Evaluation Quality Standards in State Hospitals Kayseri

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Değerli okurlar,

2010'da yayın hayatına başlayan "Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi"nin 2. Sayısını yayınlamanın sevinciyle, kendini sağlıkta performans ve kalite çalışmalarına adamış, daha iyi sağlık hizmeti sunabilmek için gayret gösteren tüm çalışanlara, bize destek olan değerli akademisyenlere, dergimizin yayınında emeği geçenlere ve çalışmaları ile bu alandaki gelişim sürecine katkıda bulunan araştırma sahiplerine gönülden teşekkürlerimi sunarak sözlerime başlamak istiyorum.

Performans ve kalite alanında çeşitli uygulamaların gündemden düşmediği bir dönem yaşıyoruz. Paydaşların hemen tamamını harekete geçiren, yanında veya karşısında yer alınan uygulamaların canlı tartışmalarla yönlendirildiği, bakanlığın yeniden yapılanma hedeflerini güçlendiren bir süreçten geçiyoruz. Üniversitelerde performans uygulamalarının başlamasıyla üniversitelerin yeni bir sürece girmesi, aile hekimliğinde yeni performans planları ve tamgüne ilişkin yoğun çalışmalar sürerken bizler Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi etrafında toplanarak, bilimsel çalışmalarımızı paylaşıyor, uygulamadaki tartışmalara kanıt sağlamak üzere canla başla çalışıyoruz.

Dergimizin bu sayısında yer alan konular öncelikle hasta hakları ve finansman ilişkisi, hasta güvenliği kültürü ve hasta hekim ilişkisinde empatinin rolü gibi başlıklarla *hasta odaklı* yaklaşımlara verdiğimiz önceliği yansıtıyor. Uygulamadaki tartışmalarda ağırlık kazanan "sağlık çalışanı/hizmet sunan" ve "hasta/hizmet kullanan" perspektifini dergimiz için belirlediğimiz yayın politikalarında öncelikli alana taşımak istiyoruz. Bu sayımızda laboratuvar çalışanlarında ergonomik risklerin değerlendirilmesi ve çalışan memnuniyeti başlıklarında makalelerle *Çalışan güvenliği* konularını gündeme taşımaya devam ediyoruz. Dergimizin bu sayısında ayrıca sağlık kuruluşlarında finansal performansı değerlendirmek üzere teknik analiz yöntemlerini okuyucularla buluşturan hastanelerde *karlılık-verimlilik analizleri* araştırmasına, ağız-diş sağlığının ekonomik yönünün değerlendirilmesi çalışmasına ve kamu sağlık kuruluşlarının kalite değerlendirmesinde olmazsa olmaz ölçütler haline gelen *Hizmet Kalite Standartları* kullanılarak gerçekleştirilmiş bir hastane karşılaştırma çalışmasına yer veriyoruz.

Ülkemiz sağlık sisteminin reform gönüllüleri olarak sağlık hizmetlerinde nerede sorunlarımız var, nasıl çözebiliriz ve hangi aktörleri, araçları kullanarak iyileştirmeyi ya da yeniliği uygulamaya sokabiliriz sorularının cevabını sürekli aramak durumundayız. "Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi" bu amaçla kullandığımız araçlardan biri haline gelmiştir. Dergimize yurdumuzun her köşesinden bilimsel araştırmalar gönderilmektedir. Araştırma sahiplerinin yukarıdaki sorulara ve cevaplarına bakış açıları ve çalışmaları ile üretebildikleri kanıtlar bizim için oldukça önemli bir yol göstericidir.

Son olarak, dergimize olan yoğun başvuru nedeniyle hakem onayı almalarına rağmen bu sayımızda yer alamayan araştırmaların, sonraki sayılarımızda sizlerle buluşacağını söylemek isterim. Sağlığın geliştirilmesi ve ülke kaynaklarının doğru kullanılması adına yapılan çalışmaların amacına ulaşması ve bu uğurda çalışanların enerjilerinin hiç tükenmemesi dileğiyle hepinize saygılarımı sunarım.

Prof. Dr. Adnan ÇİNAL
EDİTÖR

HASTA HAKLARI BAĞLAMINDA SAĞLIK FİNANSMANI

Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ*

ÖZET

Ekonomi, sınırlı kaynaklarla sınırsız ihtiyaçların karşılanmasına dönük bir bilimdir. Sağlıkta kaynakların etkin ve verimli kullanılması esastır. Ancak, sağlık diğer sektörlerden farklı olarak taşıdığı özellikler nedeniyle bütünüyle pozitif ekonomi kuralları içinde yönetilemez. Tüm çağdaş toplumların üzerinde uzlaştığı normotif değerlerin korunması için sosyal adalet anlayışıyla devletin sağlıkta vazgeçilemez sorumlulukları ve görevleri vardır. Sağlık hizmetleri herkes için ulaşılabilir olmalıdır. Bu nedenle sağlığın sosyal adalet anlayışıyla finansmanı çok önemli olmaktadır. Bu makalede özellikle hasta hakları bağlamında sağlık hizmetlerinin finansmanı konusu tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık ekonomisi, Sağlıkta finansman, Hasta hakları

Patient Rights in The Context Of Health Finance

ABSTRACT

Economy is a science which is about meeting unlimited needs with limited resources. Effective and efficient use of resources in health is essential. However, health care -unlike other sectors- can not be entirely managed with positive economic rules because of it's features. Government, with social justice understanding, has essential responsibilities and duties in health to protect normotif values which all contemporary societies agreed. Health services must be accessible to everyone. Therefore, health financing with understanding of social justice is very important. In this article, financing of health services, particularly in the context of patients' rights was discussed.

Key Words: Health economy, Health financing, Patients'rights

* Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi, KTÜ Hasta Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürü, KTÜ Farabi Hastanesi Başhekimi, Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği (HAKSAY) Kurucu Yönetim Kurulu Üyesi Trabzon

GİRİŞ

Sağlık, sadece ekonomi bilimi ve işletme yönetimi mantığı ile yönetilemez. Sağlıkta, vazgeçilemez normatif değerlerimiz korunmalıdır. **Çağdaş dünyada her bireyin, sağlık içinde yaşama, sağlığını koruyup geliştirebilme hakkına sahip olduğu kabul edilmektedir. Her hastanın, ihtiyacı olan sağlık hizmetine kolayca ulaşabilmesi, toplumun güvencesi altında olmalıdır. Sağlık hizmeti, herkese hakkaniyetle ve onurlu bir biçimde sunulmalıdır.** Nitekim Anayasamızın 17. Maddesinde "*Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir*"; 56. Maddesinde ise "*Herkes, sağlıklı… yaşama hakkına sahiptir… Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; … amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir*" denilmektedir (Anayasa 2010). Bu ifadeler, Anayasanın 2. maddesinde ifadesini bulan sosyal devlet anlayışının gereğidir. Bu anayasal ilkeler ve değerler çerçevesinde, sağlığı yönetmemiz gerekmektedir. Küreselleşme sürecinde evrimleşen Devlet anlayışı, sağlık hizmetlerinin finansmanı hususunda ciddi değişim ve dönüşümü beraberinde getirmiştir (Ener, Demircan, 2008).

POZİTİF DEĞERLERİMİZ

Ancak unutulmamalıdır ki, **sağlık hizmetlerinin normatif değerler çerçevesinde sunulabilmesi ve sürdürülebilmesi, ancak sağlık ekonomisi kuralları içerisinde mümkün olabilecektir.** Sağlık hizmetlerinin maliyeti yüksek olup, giderek artmaktadır. İnsan ömrünün giderek uzaması; yaşlı ve kronik hastalıklı popülasyonun genişlemesi; tıbbın ilerlemesiyle tıbbi müdahalelerin nitelik ve nicelik olarak artması; sağlık hizmetlerinin ileri teknolojiye bağımlı hale gelmesi; hasta beklentilerinin yükselmesi; hukuki ve etik kaygıların artmasıyla sağlık hizmeti sunumunun komplike hale gelmesi gibi nedenler, sağlıkta maliyetleri giderek artırmaktadır (Akalın, 1995).

SAĞLIK EKONOMİSİ

Ekonomi, sınırlı kaynaklar ile sınırsız ihtiyaçların nasıl karşılanacağı sorusuna en doğru yanıtı arayan bilimdir (Kumbaracıbaşı, Soral, 1978).

Sağlık ekonomisi, ekonomi kurallarının sağlık hizmetlerine uygulanması olarak tanımlanabilir. Sağlık sektörüne ayrılmış kaynakların en etkili ve verimli olarak kullanılması ve hakkaniyetle bölüştürülmesi arayışı şeklinde de tarif edilebilir. **Sağlık hizmetlerinin sosyal adalet anlayışıyla herkese hakkaniyet içerisinde sunulması yanında, bu hizmetlerde verimlilik ve kalitenin de gözetilmesi, korunması ve geliştirilmesi de gerekir.** Bu da, pozitif ekonomi kurallarına uymayı gerekli kılmaktadır.

SAĞLIKTA FİNANSMAN MODELLERİ

Tablo-1'de, bugün için sağlıkta var olan hizmet sunum ve finansman yöntemleri görülmektedir. Pek çok ülkede, genellikle karma sistemler uygulanmaktadır. **Sadece serbest piyasa kurallarıyla sağlığı yönetmek mümkün değildir. Sosyal piyasa ekonomisi ve sosyal devletin varlık sebebi eğitim, sağlık, güvenlik ve adaleti üstlenmek ve sürdürmektir.**

Tablo 1. Sağlıkta Finansman ve Hizmet Sunum Modelleri

FİNANSMAN	SUNUM
• Genel bütçe • Kamu sigortası • Özel sigorta • Doğrudan ödeme • Karma model	• Kamu hizmeti • Kamu pazar yaklaşımı – Döner sermaye, performans… • Özel – Kar amaçlı – Yardım amaçlı (vakıflar, dini kurumlar)

Sağlık Giderlerinin Genel Bütçeden Karşılanması

Sağlık giderlerinin, tümüyle genel bütçeden karşılanması mümkündür (Beveridge ve Semashko Modelleri). Devlet, tüm vatandaşlarının sağlık giderlerini, eşitlik içerisinde, topladığı vergilerden karşılar. Progressif vergilendirmenin (varsıllardan vergi alınması) hakim olduğu ekonomide, bu model, sosyal adalete, hakkaniyete uygun bir sistemdir. Modelin bir avantajı da; sağlığa kaynak bulmak üzere ayrı kurum oluşturmanın ve bunun için ek harcama yapmanın gerekmemesidir. Dolayısıyla sağlığa ayrılan kaynağın tümü, doğrudan vatandaşa sağlık hizmeti sunumuna dönüştürülebilir.

Ancak bu sistemde hükümetler, sağlığa ayırdıkları payı, diğer sektörler lehine kolayca küçültme yoluna gidebilmektedirler. Giderek artan sağlık harcamalarına, bütçeden yeterli kaynak aktarılamayabilir. Merkezi yönetimin getirdiği bürokrasi ve hantallık sık gözlenen sorunlardır. Bu modelde hastalar, aldıkları hizmeti sorgulayacak konumda olmayıp, verilenle

yetinmek durumundadırlar. Biraz ileride sözü edilecek ahlaki zaaflardan ötürü, uygun maliyet ve verimliliği sağlamak güçtür.

Bu çekincelerden dolayı, sağlık hizmetinden yararlananların, bu hizmetin finansmanına katkıda bulunmaları anlayışı, giderek daha fazla ülkede kabul görmektedir. **"Herkese eşit, ücretsiz sağlık hizmeti" sloganı, insani bakımdan kulağa çok hoş gelmekle birlikte, ne gerçekçi (realist) ne de makul (rasyonel) sayılamaz. Çünkü, sağlık hizmetinin bir bedeli vardır ve bu bedel bir şekilde karşılanmaktadır. Ücretsiz denilen sağlık hizmetinin bedeli de halk tarafından ödenmektedir. Regressif vergilendirmenin yaygın olduğu ve yoksulun da zenginle eşdeğer vergi ödediği (ekmek, süt, benzin, elektrik, su kullanırken ödenen vergiler) bir ekonomide, varlıklıların sağlık harcamalarının da genel vergilerden karşılanması, sosyal adaletle pek uyuşmamaktadır.**

Doğrudan Ödeme

Varlıklı kişilerin doğrudan (cepten) ödeme şeklinde sağlık hizmeti almaları mümkündür. Doğrudan ödemenin olumlu yanı "bir gün lazım olur" olasılığıyla, kişilerin yıllarca ön ödeme yapmalarına gerek olmaması ve ne kadar hizmet alırlarsa, o kadar ödeme yapmalarıdır. Ne var ki, bu tarzda sunulan bir hizmetten, sadece ekonomik gücü (parası) olan yararlanabilir. Üstelik, varlıklı kişiler için de riskler söz konusudur. Çünkü, **sağlığa ihtiyaç, ani ve rastlantısal olarak ortaya çıkar. Ertelenemez ve yerine başka bir şey ikame edilemez. Maliyet öngörülemez ve tahmin edilemez ölçüde yüksek olabilir.** Doğrudan ödeme yönteminin asıl kabul edilemez tarafı, sosyal/insani boyutunun olmamasıdır.

Sigorta

Sağlığın finansmanında bir orta model sigorta sistemidir. Sigorta, aynı veya benzer riske sahip kişiler topluluğunda, riskin gerçekleşmesi durumunda, belirli bir prim ödeme karşılığında, zararın giderilmesine dönük bağımsız talep hakkına sahip olma durumudur. İki farklı sigortacılık uygulaması mevcuttur.

Sosyal sigorta

Sosyal sigorta (Bismarck Modeli), bir çeşit havuz sistemi olup; sigortalıların, ödedikleri prim miktarından bağımsız olarak eşit hizmet almaları durumudur. Gelire göre veya sabit miktarda prim ödenmesi söz

konusudur. Yönetim, genellikle kamuya ait olup, devlet veya işveren gibi taraflar da katkıda bulunabilirler. Ödeyemeyenlerin pirimi, bütçeden karşılanır. Sağlığa ayrılacak kaynağı toplamak üzere özel kurumlar oluşturulur ve bunların giderleri de sağlık bütçesinden karşılanır. Ancak toplanan para, sadece sağlığa harcanır. Hükümetler, kolayca bu kaynaktan kaydırma yapamazlar. Toplanan kaynak kapitalizasyon sistemiyle değerlendirilebilir veya doğrudan dağıtımla kullanılabilir. Sigortalılarla bireysel değil, toplu sözleşme yapılır. **Sistemin başarısı prim toplayabilmeye bağlı olduğundan, işsizliğin, kayıt dışılığın, düşük gelir düzeyinin ve dengesiz gelir dağılımının olduğu toplumlarda işletimi güçtür.** Prim ödedikleri için hastanın rolü artmıştır.

Özel sigorta

Özel sigortalar kar amaçlı işletmeler olup, ödenen primle orantılı olarak hizmet alma hakkı sağlarlar. Satın alınan güvence, bireye özgü içeriğe sahiptir. Tüketici tarafından algılanan kalite, diğer bir deyişle **işletme kalitesi yüksek; ancak ürün kalitesi düşüktür.** Daha ziyade, tedavi edici hizmet ağırlıklı işler. Sigorta kurumunun baskın olduğu bir sistem oluşur. **Maliyetleri minimize ve gelirleri maksimize etmeye dönük olarak, iyi eğitim almış profesyoneller tarafından yönetildikleri ve kişilerin ihtiyaçları olabilecek sağlık hizmetlerini öngörmelerinin ve verilen hizmeti, çıktıyı ölçmelerinin çok güç olması nedeniyle, genellikle hastaların aleyhine işler. Yaşlı, kronik hastalığı olan kişilerin sigortalanamaması; poliçelerde yüksek risklerin dışlanması veya primlerin aşırı yükselmesi (ulaşılamazlık) ve hasta mahremiyetinin korunamaması gibi ciddi sorunlar söz konusudur.**

Ahlaki zaaflar

Sağlık harcamalarının gerek genel bütçeden ve gerekse sigorta yoluyla karşılanması durumunda bazı ahlaki zaafların iyi yönetilmesi gerekmektedir. Kendi kaynaklarıyla kendi ihtiyaçlarını karşılayan bir kişinin, optimal karar verebilme olasılığı yüksektir. Ancak, kendi kaynaklarıyla başkalarının ihtiyaçlarını karşılayan veya başkasının kaynaklarıyla kendi ihtiyaçlarını karşılayan kişilerin doğru karar verebilmeleri çok daha zordur. Hele, başkasının kaynaklarıyla başkalarının ihtiyaçlarını karşılama durumunda olan bir hekimin konumu, çok sıra dışıdır.

Hekim bir taraftan sağlık hizmeti talebini oluşturur, diğer taraftan ise arz eder. Bu durumda, hekimin maliyet hesabı yapmaması kuvvetle muhtemeldir. Hasta da ihtiyacının üzerinde hizmet talebinde bulunabilmektedir. Sağlık güvencesi, kişinin sağlığını koruma dürtüsünde körelmeye yol açabilmektedir. Bu zaafların yönetilebilmesi için, hizmetten yararlananlardan kamu kurumlarında katkı payı, özel sektörde ek ödeme yapmaları istenebilir. Sağlanan sağlık güvencesi sınırlı tutulabilir. Finansmanda paket ödeme, vaka başı ödeme, kişi başı ödeme gibi usullere başvurulabilir. Ancak bunların tümünde, farklı sorunlarla yüzleşmek olasıdır.

Sigortacılık sistemine getirilen önemli eleştirilerden biri de, risk yönetiminin, sadece riskin paylaşımı değil, riskin azaltılması çabalarını da kapsaması gerektiğidir.

Sonuç olarak, bugün pek çok ülkede, sağlık hizmetlerinin finansmanında karma modeller kullanılmaktadır. Sosyal sigortacılık yanında, kişilerin cepten ödeme veya özel sigorta satın almaları ve devletin karma bütçeden veya özel fonlardan desteği söz konusudur. Model ne olursa olsun, **sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde odaklanılması gereken en önemli nokta, sağlık harcamalarını karşılayamayacak (cepten ödeme yapamayacak, prim ödeyemeyecek) durumda olanların ihtiyaçlarının toplum tarafından finanse edilmesidir. Bir diğeri ise, koruyucu sağlık hizmetlerine gereken kaynağın kamudan aktarılmasıdır. Sonuncusu da, acil durumlarda, hiçbir kişi dışlanmaksızın gereken hizmetin verilmesidir.**

Yani, toplum sağlık hizmetini herkes için ulaşılabilir tutmalıdır. Herkese ücretsiz olmasa bile, **herkes için ulaşılabilir sağlık hizmeti** hedeflenmelidir. Toplumlar, sadece parası olanlar veya prim ödeyenler için değil; yoksullar için de sağlık hizmetlerine ulaşabilmenin yolunu açık tutmak durumundadırlar.

Yoksulluk ve Sağlık Hizmeti

Yoksulluk ile sağlık hizmeti ihtiyacı arasında önemli ilişki vardır. Çünkü, **yoksul kesimler daha fazla hastalanırlar. Üstelik, hastalık yoksulluğa neden olur. Aynı zamanda yoksulluk, sağlık hizmeti alımını, sağlık hizmetine talebi sınırlar.** Bu nedenle, yoksulların sağlık hizmetlerine ulaşımı, bir toplumdaki sosyal adaletin en önemli göstergelerinden birisidir. Yoksulların sağlık harcamalarının toplum tarafından karşılanması, sadece

insani yardım, hayır hizmeti veya lütuf olarak değerlendirilmemelidir. Çünkü, **sağlık harcamalarının önemli bir özelliği, aynı zamanda bir yatırım olmasıdır. Sağlığa ayrılan kaynaklar, topluma iş gücü ve üretim artışı şeklinde geri döner.**

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

Sağlık hizmetinin finansmanıyla ilgili modelleri ana hatlarıyla tartıştıktan sonra, şimdi de hizmetin sunumuyla ilgili modelleri gözden geçirelim. Hizmetin üretiminde söz konusu olan alternatiflerden ilki: sağlık hizmetlerinin, kamu kurumları tarafından herkese ücretsiz olarak verilmesidir. Bunun modifiye şekli: sağlık hizmetlerinin, kar amacı güdülmeksizin kamu kurumları tarafından ücret veya katılım payı alınarak sunulmasıdır. Kar amacı gütmeyen bazı özel dernek ve vakıflar ya da dini kurumlar eliyle de, ücretsiz olarak veya katılım payı karşılığı hizmet sunulabilmektedir. Bazı sağlık hizmetleri piyasa kurallarına uygun olarak, özel sektör tarafından üretilip, satılabilmektedir. Sağlık hizmetinin sunumunda, **özel sektörün, toplumun ihtiyacı olan tüm sağlık hizmetlerini tek başına karşılaması olası değildir.** Çünkü sağlıkta pazar anlayışıyla uyumlu olmayan önemli dinamikler söz konusudur.

Piyasa

Piyasa, tüketiciler ile üreticiler arasında, kamu müdahalesi olmaksızın, fiyat enstrümanı kullanılarak mal ve hizmet değişimidir. Sağlık hizmetinin bir kısmının piyasa kuralları içerisinde üretilip, sunulması mümkün olsa da (Şenatalar, 2003); tüm sağlık hizmetlerinin bu çerçevede verilmesi mümkün değildir.

Sağlıkta piyasa başarısızlıkları

Diğer sektörlerden farklı olarak sağlığın bütünüyle piyasalaşmasının önünde ciddi engeller (piyasa başarısızlıkları) söz konusudur (Yıldırım, 1999). Öncelikle **sağlık, herkes için bir haktır.** Sadece parası olanın yararlanabileceği bir meta haline getirilmesi kabul edilemez. Ertelenmesi, ikame edilmesi mümkün olmayan ve hayati sonuçlar doğuran tıbbi desteğin, ihtiyacı olan herkese hakkaniyetle verilmesi piyasa kuralları içerisinde mümkün olmaz. **Sağlıkta, tüm çıktılar paraya dönüştürülemeyebilir**. Ağrı, acı, ıstırap, keder; ya da yaşama sevinci, huzur, mutluluk gibi sonuçlar göz ardı edilerek, sadece parasal giderler ve menfaatler üzerinden hesap yapılamaz.

Bilgi asimetrisi

Sağlık hizmetini arz edenler ile talep edenler arasında giderilmesi asla mümkün olmayan bir bilgi asimetrisi mevcuttur (Çalışkan, 2008). Örneğin, siz gereksinimlerinize ve bütçenize göre bir otel veya restorandan alacağınız hizmetin sınırlarını kendiniz belirleyebilir; aldığınız hizmetin kalitesini ölçebilir ve bedelini öngörebilirsiniz. Ama, bir hastaneye ya da hekime başvurduğunuzda, ihtiyacınız olan hizmeti ve size çıkarılacak faturayı hiçbir şekilde tahmin edemezsiniz. **Sağlıkta girdiler, faaliyetler ve çıktılar bilinebilir olmayıp, hekime ve kuruma tam bağımlılık söz konusudur.**

Bilgi asimetrisinden kaynaklanabilecek suiistimalin önlenmesi, devletin müdahalesini gerekli kılmaktadır. **Devlet planlamalar yaparak, hizmet sunarak, bilgilendirerek, kurallar koyarak, finansman sağlayarak, denetleyerek, pazara girişi sınırlayarak, fiyatlandırma, ruhsatlandırma ve ödemede kısıtlamalar getirerek pazar koşullarına aykırı şekilde sağlığa müdahalede bulunmak durumundadır.** Bu yapılmadığı taktirde, hastalar gereksiz tetkik ve müdahalelerle, abartılı maliyetlerle yüzleşebilirler. Sağlık hizmetlerinin kullanıcısı olan hastaların algıladıkları kaliteye yönelen hizmet sunucuları, teknik kaliteyi ihmal edebilirler. Riskli olguları dışlayabilirler. Komplikasyon, morbidite ve mortalite riski yüksek olgulara, tıbbi müdahalede bulunmaktan kaçınabilirler.

Sağlıkta talep rastlantısaldır, öngörülemez

Diğer yandan sağlık hizmetlerine ihtiyaç, hem arz edenler, hem de talepte bulunanlar açısından öngörülemez, tamamen rastlantısaldır. Kişi aniden, hiç ummadığı bir hastalık veya kazayla karşılaşabilir. Tahmin etmediği ölçüde bir maliyetle yüzleşebilir. Sağlık hizmetleri ertelenemediğinden ve yeri başka bir şeyle ikame edilemediğinden, bu ihtiyacın karşılanması zorunludur. Sadece yoksullar değil, varlıklı kişiler bile, böyle bir durumda giderlerini karşılayamayabilirler. Üstelik, hastalık da yoksulluğa neden olabilir. Hizmeti sunanlar açısından ise, ani bir salgın veya savaş halinde artan talep, piyasa koşullarında yapılandırılmış kurumlar veya personel tarafından karşılanamayabilir. Özel sektörün, böyle bir olasılığı dikkate alarak yatırım yapması beklenemez.

Sağlık hizmetleri pozitif ve negatif dışsallıklar içerir. Piyasa koşullarının işlemesi için üretilen mal veya hizmetin, sadece bedelini ödeyenlerce sahip olunması gerekmektedir. Oysa, tedavi etmediğiniz bulaştırıcı bir tüberküloz

hastası, her yıl 10-15 sağlam kişiye tüberkülozu bulaştırır. Ya da kızamık veya çocuk felci aşısı yaptırdığınızda, bundan diğer kişiler de yarar görür. Diğer taraftan hasta, sadece tüketici olmayıp, sağlık hizmetinin üretim sürecine de aktif olarak katılabilmektedir.

Sağlıkta Özel Sektör

Özel sektörün sağlığa girmesi (pasif teşvik, izin verme) veya yönlendirilmesi (aktif teşvikler), sağlığa yeni bir kaynak temini anlamına gelmektedir. Kamu, kaynaklarının kısıtlılığından dolayı sağlığa yeterli kaynak ayıramadığında, özel sektörün işe girmesini ister. Kısa vadede özel sektör, sağlığa ek kaynak girdisi sağlarken; uzun vadede sağlık kaynaklarının diğer sektörlere kaçmasına neden olabilir. Çünkü doygunluk oluştuğunda, sermaye, sağlıktan kazandığını, daha karlı başka alanlarda yatırıma dönüştürebilir.

Sağlığa girişin sınırlı olması, sağlığa talebin ekonomik gelişmişlik, eğitim ve sosyokültürel koşullara göre bölgeler arasında değişmesi nedeniyle, hiç olmazsa belirli alanlarda sağlıkta tekelleşme kaçınılmaz bir durumdur. Piyasa kuralları içerisinde, sağlık kurumları ve sağlık çalışanlarının dengeli dağılımının sağlanması, çoğu zaman imkansızdır. Özel sektör, koruyucu sağlık hizmetlerine ilgi duymaz. Daha çok tanı-tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine yönelir.

Hasta-hekim ilişkisi, herhangi bir sözleşme ilişkisinden farklıdır!

Hasta ile hekim arasındaki hukuki ilişki, sıradan bir müşteri-satıcı ilişkisi olarak nitelendirilemez. Hastayla hekim arasındaki ilişki, tüketici sözleşmesi yerine, daha çok vekalet sözleşmesi olarak kabul edilmektedir. Çünkü, hekimin elinde büyük bir güç vardır. Hekim, hem arz hem de talep oluşturma gücüne sahiptir. **Tüm tıbbi müdahaleler, asıl olarak hastanın yararı gözetilerek planlanıp yürütülmelidir. Sağlık çalışanlarının ve sağlık kurumlarının çıkar ve beklentileri, hastaya herhangi bir tıbbi müdahalenin yapılıp yapılmamasında belirleyici olamaz** (Özlü, 2005).

Sağlığı ucuza getirmek...

Herkes aynı mal veya hizmeti, kaliteyi korumak koşuluyla daha ucuza mal etmeyi ister. Aslında günümüz rekabet ortamında, bunu üreticiler de ister. Pazar koşullarının işlediği, tekelleşmenin olmadığı ortamlarda, ürününü daha ucuza pazarlamak, onlar için de çok caziptir. Ancak sağlıkta yukarıda

tartıştığımız piyasa başarısızlıkları göz önüne alındığında, işler istenildiği gibi yürümeyebilir. Öncelikle ihtiyacınız olan sağlık hizmeti/ürünü, yerine başka bir şey ikame edilemeyecek bir hizmet/üründür. Örneğin bütçenize göre ayakkabının ucuzunu, ucuz gömleği tercih edebilirsiniz. Düşük maliyetin getirdiği kalite düşüklüğüne razı olabilirsiniz. Ama **sağlığın ucuzuna razı olmak zordur. Örneğin; kalp damarlarınızdan ikisi daralmış ve stent yerleştirilmesi gerekiyorsa, ve hekiminiz size ucuz olan stentin 6 ay-bir yıl içinde tıkanacağını ve işlevini yitireceğini; bu süre içerisinde kanda pıhtılaşma problemlerine yol açabileceğini söylüyorsa, buna razı olamazsınız** veya hekiminizin güven duyup reçete ettiği bir ilacın yerine, eczanede elinize tutuşturulan ve ucuzu olduğu söylenen bir başkasına kuşkuyla bakmaktan kendinizi alıkoyamazsınız. **Sağlıkta dikkate alınması gereken: ucuzluk değil, maliyet-etkin olmaktır.**

SAĞLIKTA EKONOMİK ANALİZLER

Sağlığı ucuza getirme hedefinin çok doğru olmadığını söyledik. Ancak, "madem ki sağlık söz konusu, o zaman maliyet hesabı yapmayalım" anlayışı da makul değildir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında kaynakların etkin kullanılması ve verimlilikle kalitenin korunabilmesi bakımından, ekonomik analizlerin yapılması zorunludur. Bugün için sağlıkta kullanılmakta olan dört farklı maliyet-analiz yöntemi vardır (Acar, Yeğenoğlu, 2006). Bunlardan ilki: **maliyet-minimizasyonu (cost minimisation)** olup, aynı sonucu doğuran projelerden/yöntemlerden en düşük maliyetli olanın hesaplanıp tercih edilmesi anlamına gelir. **Maliyet-etkinlik (cost effectivity)** ise, tıbbi girişimlerin kendi aralarında maliyet ve etkinlik bakımından karşılaştırılması esasına dayanır. **Maliyet-yarar (cost-benefit)** analizi ise, sağlığa yapılan yatırımla elde edilen yararın, para birimi üzerinden karşılaştırılmasıdır. Son olarak **maliyet-kullanışlılık (cost-utility),** tıbbi müdahale için harcanan birim gider başına, yaşam kalitesi düzeyinin belirlenmesi esasına dayanır.

Ücret ve Maliyet Ayrımı Yapılabilmeli

Unutulmaması gereken önemli bir nokta da, **ucuz ilaç/malzeme/protez ile ucuz tedavinin eşdeğer olmadığıdır.** Tedavi maliyeti, ilaç/malzeme/protez ücreti yanında; hastanede yatış süresi, toplam tedavi süresi, ek ilaç kullanım gereksinimi, ortaya çıkabilecek komplikasyonların

tedavisine harcanacak kaynaklar, kalıcı veya geçici sakatlık ve erken ölüme bağlı ekonomik kayıplar gibi tedaviyle ilişkili diğer harcamalar da hesaplanarak belirlenir. Eğer kullandığınız ürünün ücreti ucuz, ama istenilen etkinliğe sahip değilse, tedavinin beklenen sonucu vermemesi, hastalığın ilerlemesi, buna bağlı olarak geçici/kalıcı sakatlık veya ölüm oluşması, ek tedavilere gereksinimin ortaya çıkması, hastanede yatışın uzaması, kullanılan ürüne bağlı yan etkilerin ortaya çıkması, hastalıktan dolayı iş/okul günü kayıplarının artması gibi sorunlar da tedavi maliyetinin hesaplanmasında göz önüne alınmaktadır.

SONUÇ

Ekonomi, sınırlı kaynaklarla, sınırsız ihtiyaçların karşılanması çabalarımızda bize yol gösteren bir bilimdir. Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yüksek olması ve giderek artmasına bağlı olarak, pozitif ekonominin kurallarının sağlığa uyarlanması gerekmektedir. Sağlıkta sosyal adaletin ve eşitliğin sağlanması kadar, maliyet analizlerinin yapılıp, verimliliğin artırılması ve kalitenin yükseltilmesi de vazgeçilmez hedeflerdir. Bu hedeflere ulaşmada sağlık hizmetlerinin sunulması ve finansmanıyla ilgili çağdaş enstrümanların tümünden yararlanılabilir. Sağlık hizmetlerinin bir kısmı pazar anlayışıyla üretilip sunulabilir. Ancak, sağlık hizmetleri tümüyle piyasa koşulları içerisinde verilemez. Sağlığın herkes için bir hak olduğu; ekonomik gücüne bakılmaksızın herkesin, ihtiyacı olan sağlık hizmetine hakkaniyet içerisinde ve onuru zedelenmeden ulaşabilmesi gerektiği şeklindeki normatif değerlerimiz korunmalıdır. Devletin temel sorumluluklarından biri sağlık ve adaletin sağlanmasıdır. Devlet, sağlık alanında planlama, hizmet üretimi, finansman, kuralların oluşturulması, denetleme, yönlendirme gibi çok yönlü görevlere sahiptir. Sağlıkta kararlar alınırken, hizmeti sunanlar ile finansmanı sağlayan tarafların talep ve görüşleri, elbette dikkate alınmalıdır. Ancak, sağlıkta tüm kararlar asıl olarak hasta içindir. Diğer tarafların çıkar ve beklentileri, hastanın çıkar ve ihtiyaçlarının önüne geçirilemez. Sağlık giderlerinin azaltılmasına dönük uygulamalar, ancak hizmetin sürekliliğinin ve sürdürülebilirliğinin sağlanması bakımından kabul edilebilir. Bu uygulamalar, hasta haklarına aykırı olmamalı ve hasta güvenliğini riske etmemelidir. Hastaların sağlıktaki karar mekanizmaları içerinse dahil edilmeleri ve sağlıkta hasta rolünün etkinleştirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

– **Acar A., Yeğenoğlu S., (2006)**. Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Farmakoekonomi. Hacettepe Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi Dergisi, Cilt 26, Sayı: 1, Sayfa: 39-55.

– **Akalın H. E., (1995)**. Sağlık Ekonomisi: Genel Tanımlar, Antibiyotik ve Kemoterapi ANKEM Dergisi, 9(3), 233-235.

– **Anayasa, (2010)**. http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/anayasa. iki internet sitesinden 18.08.2010 tarihinde edinilmiştir

– **Çalışkan Z., (2008)**. Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklasım. H. Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakütesi Dergisi, Cilt 26, Sayı 2, 2008, s. 29-50.

– **Ener Meliha, Demircan Esra, (2008)**. Küreselleşme sürecinde değişen devlet anlayısından kamu hizmetlerinin dönüşümüne: sağlık hizmetlerinde piyasa mekanizmaları. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, C. 13, S. 1 s. 57-82.

– **Kumbaracıbaşı O., Soral E., (1978)**. Ekonomiye Giriş. EM-AŞ Ofset, Ankara.

– **Özlü T., (2005)**. Hasta Hakları: Hakkınız var, Çünkü hastasınız TİMAŞ Yayınları, İstanbul.

– **Şenatalar B., (2003)**. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), 2003 Özel Eki.

– **Yıldırım H. H., (1999)**. Piyasa, Sağlık bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları. Amme İdaresi dergisi C:32. Sayı:1. Safta: 1-11.

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARINDA ERKEN DÖNEM KORUYUCU DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMALARININ ÖNEMİ

Dt. Işıl YILDIRIM*

Doç. Dr. Ç. Türksel DÜLGERGİL*

Dt. İsmail SERDAROĞLU**

ÖZET

Diş hekimliğinde temel koruyucu yaklaşım, ağız bakımını esas alan hijyen eğitimine dayalıdır. Hijyen eğitimi kapsamında, bireysel plak uzaklaştırma metotları yer almaktadır. Tüm "bireysel plak uzaklaştırma metotları" bir alışkanlık olarak algılanır ve alışkanlığın kazanım yeri aile ortamı olması sebebiyle bu tip öğretiler; aile - tabanlı - ya da ebeveyn/çoğunlukla anne/modelli-eğitim türü olarak kabul edilirler. Ailede edinilmesi gereken ağız hijyen alışkanlığının kazanılamaması durumunda, artık alışkanlığın kazanımı zora girmekte ve plak birikimine bağlı ağız-diş hastalıkları çocukluk çağlarından itibaren ülkemizde yaygın bir şekilde izlenmektedir.

Bir enfeksiyon hastalığı olan diş çürüğü, süt dişlenme döneminde rahatsızlık verici olabildiği gibi, daimi dişlenme döneminde daha fazla çürük oluşmasına sebep olabilir. Aslında ebeveyn bilgisizliği sebebiyle de yaşamlarının erken safhasında "çürük riski içine" giren bu bireylerin belirlenebilmesi ve erken önlemlerin uygulanması (risk bazlı koruyucu uygulamalar), çürüğün engellenmesinde önemli bir şans yaratabilir. Yine bu uygulamalar, ağız-diş sağlığı tedavi maliyetlerinin azaltılmasına katkı sağlayabilir.

Erken dönem süt dişi çürükleri, basit risk tespitleri ve basit önlemler yanında anne eğitimi ile önlenebilir. Bu aşamada, bebeklikten itibaren çocukla rutin teması olan aile hekimlerinin, çürük hastalığının önlenmesi açısından önemleri gittikçe artmaktadır.

Bu makalede, ülkemizde uygulanan aile hekimliğinin, yaşamın erken dönemlerinde çürük riskli bireylerin teşhis edilmesi ve koruyucu uygulamaların

*Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Diş Hastalıkları ve Tedavisi A.B.D.
** Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

gerçekleştirilmesi açısından aile hekimleri ve yardımcı personelin önemi; katkıları ve bu tip erken koruyucu uygulamaların ekonomik projeksiyonları tartışılmıştır.
Anahtar Kelimeler: Erken çocukluk çağı çürükleri (EÇÇ), Koruyucu uygulamalar, Tedavi maliyetleri, Aile hekimliği

The Importance Of Early Caries-Preventive Measures In The Family Physician Practice

ABSTRACT

Basic preventive PHILOSOPHY in dentistry are primarily based on oral hygiene education which is essential for oral health care. Oral health training firstly involves individual plaque removal methods. All of the plaque removal methods are usually percieved as a habit, and it has been generally accepted that such an education topics are mother-modelled-training type (AND/OR parents-depended education-models) due to the fact that habits are usually taken from family-environment. If such a habit has not get in family environment, a successfull oral health habit does not achieve, and consequently plaque-depended oral and dental diseases have generally been observed since child hood.

While dental caries which is an infectious disease, can be uncomfortable in primary dentition, it can lead to much more caries in permanent dentition. Actually, the children with high caries activity can firstly be identified and trated by early preventive measurements (risk base preventive interventions), so such an intervention programme might lead to a proper chance to fight against dental caries. Moreover, such a programme may contribute to decreasing oral health treatment-costs.

Early childhood caries can easily be prevented by a simple risk assessments, preventive measures as well as maternal education. At this stage, the values of family physicians who are in routine contact with children and his family are steadily increasing with respect to early caries preventive measures.

In this paper, the importance and contributions of family physican' system which is extensively operated in Turkey has been disscuseed with respect to early diagnosis and prevention of dental caries; and a cost effectiveness projection has been pointed out.
Key Words: Early childhood caries (ECC), Preventive measures, Treatment costs, Family medicine practice.

GİRİŞ

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun 2008-2009 verilerine göre ülkemizde diş hekimliği uygulamalarının %33,8'ini diş tedavileri oluşturmaktadır

(Sağlık Bakanlığı, 2009). Batı Avrupa ülkelerinde izlenen bu oran %70'dir (Mjör vd., 2005). Ülkemizde 2006 yılında yaygınlaşan Ağız Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM) 'nin diş hekimliği hizmetlerinin arttırılmasına katkısı önemlidir. Hizmetin artması Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nda diş tedavi maliyetlerinin artmasına sebep olmuştur.

Ülkemizde koruyucu uygulamaların rutin bir sistematiğe dayalı olarak gerçekleştirilmemesi ve restoratif işlemlerde "tedavinin ömrüyle bağlantılı olan" tekrarlayan uygulamalar, diş tedavi maliyetlerinin artışından sorumlu tutulmaktadır ve değişik derlemelerde de benzer sonuçlar yer almaktadır (Beirne vd., 2005). Örneğin; değişik çalışmalarda kompozit dolgu ömrü 4-6 yıl, amalgam için 6-8 yıl ve cam iyonomerler için ise 2-4 yıl olarak bildirilmektedir (Ottenga ve Mjör, 2007). Yapılan restorasyonlar devlet güvencesi ile ödense de değiştirilmesi gerekebilmektedir. Artan dolgu uygulamaları ile değiştirilmesi gereken dolgu sayısı artmakta ve devletin yükü de sürekli büyümektedir. Net olarak belirtildiği üzere, protetik ve restoratif uygulamalar, koruyucu diş hekimliği uygulamalarının yapılmadığı bireylerde daha fazla görülmektedir ve devlete olan mali yükü hayli yüksektir. Öte yandan, devlet tarafından ödenen tedavi maliyetleri, bu bireylerin ödedikleri sağlık primlerinden daha fazla olabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ise, restoratif uygulamalar üzerine kurulu diş hekimliği hizmeti olan ülkelerde, DMFT (birey başına düşen ortalama çürük-dolgulu ve çürük sebebiyle kaybedilmiş diş sayısı)'nin en yüksek olduğu ve yine bu ülkelerde aynı zamanda en yüksek sayıda "genç yaş dişsiz bireyin" olduğu bildirilmiştir. Sistemlerini "koruyucu felsefe ve koruyucu uygulamalar" üzerine kuran ülkelerde ise DMFT'nin yapısal olarak azalmaya başladığı tespit edilmiştir.

Diş hekimliği uygulamalarının %80'i toplumun riskli olan %20'lik bölümüne yapılmaktadır (Bratthall, 2000). Bu durum, bireylere verilen tedavi hizmetinin sınırlanmasından değil, hastalığın toplumdaki dağılımından kaynaklanmaktadır. Amerika'daki diş çürüklerinin %70'i ülkedeki çocukların %20'sinde mevcuttur (Hale, 2003). Finlandiya'daki bir çalışmada da çürük lezyonlarının %50'sinin, çocukların %3'ünde olduğu belirlenmiştir (Pienihäkkinen vd., 2005). Bu sebeple; riskli çocuklar ve erken koruyucu uygulamalar, küçük yaşlardan itibaren önem kazanmaktadır (Jokela ve Pienihäkkinen, 2003).

Erken çürük riski, yaşamın ilk 3 yılı içinde %85 oranında anlaşılabilmektedir (Berg, 2007). Henüz sistematik ve yaygın bir

koruyucu diş hekimliği uygulamasına ve takip programına geçemeyen ülkemizde, mevcut sağlık sisteminde bu yaş grubunun tanımlanması ve takibi çalışmaları kolaylaştıracaktır. Çalışmamızda; erken çocukluk çağı çürük riskinin azaltılması ile ilgili bazı alternatif uygulamalarının aile hekimliğine entegrasyon şansı ve bu tip bir koruyucu programın ekonomik değerlendirilmeleri yapılmıştır.

ERKEN ÇOCUKLUK ÇAĞI ÇÜRÜĞÜ VE SONUÇLARI

Beş yaş ve altı çocuklarda görülen yaygın çürüklere, erken çocukluk çağı çürükleri (EÇÇ) denir. Şiddetli erken çocukluk çağı çürüğü "S-EÇÇ" terimi de, hastalığın daha yaygın bir formu için kullanılır. EÇÇ; biberon çürüğü, bebek çürüğü olarak da adlandırılır (Bader vd., 1998).

EÇÇ özellikle şeker, böbrek yetmezliği vb. gibi kronik hastalıklı çocuklarda, hastalığa yakalanmanın ana sebebidir ve fokalenfeksiyon odağı olması sebebiyle yaşamı tehdit edebilen komplikasyonlarıyla ciddi bir risk faktörü olabilir. Tabanda inanılanın tersine, EÇÇ ya da süt dişlenmesindeki çürük, aslında önemli bir "daimi diş çürük oluşum riskini" de işaret eder. Süt dişi zamanı geldiğinde düşse de erken çürümesi ağızda artan çürük bakterisine sebep olur ve yeni çıkmaya başlayan daimi dişler erkenden kolonize olur. Bu durum, daimi dişlerinde %87 oranında erken çürümesine sebeptir (Savage vd., 2004).

EÇÇ; düşük gelir düzeyli ailelerin çocuklarında, fiziksel engelli, yetersiz ve özel bakıma muhtaç çocuklarda görülebilmektedir. Düşük gelir düzeyli ailelerin çocuklarında yetersiz beslenmeyle ve fiziksel engelli, yetersiz ve özel bakıma muhtaç çocuklarda görülme sıklığı ise diş bakımının yeterli düzeyde gerçekleştirilememesiyle ve düzensiz - sık besin alımı, azalmış tükürük seviyesi ve alınan ilaçlarla ilişkilendirilebilir (Hale, 2003).

Erken çocukluk çağı çürükleri tedavi edilmediği takdirde, ağrıya, yeme isteksizliğine bağlı olarak kilo kayıplarına, gelişim geriliğine, maloklüzyona, çocukta güvensizliğe ve fokal enfeksiyon odaklarına neden olabilmektedir. Diş çürüğü çocuğun okul saatlerinden, ailesinin mesai saatlerinden kayıplara neden olmaktadır. Kötü ağız kokusuyla ve konuşma bozuklukları ile sosyal hayatta arkadaşları tarafından yalnız bırakılan çocuklarda, psiko-sosyal problemler oluşturabilmektedir (Gift vd., 1992; Kelnar vd., 2005; Mazhari vd., 2007).

Düşük gelir seviyeli ailelerin 3-5 yaş grubundaki çocuklarında EÇÇ görülme sıklığı %90 olarak rapor edilmiştir. Amerika'da bu çocukların

%80'inin çürük dişlerinin tedavisi yapılamamaktadır. Okul öncesi çağındaki korunmasız, gelir düzeyi düşük ailelerin çocuklarının diş tedavileri çoğunlukla karşılanamamaktadır (Trends in Oral HealthStatus: United States, 1988-1994 ve 1999-2004).

Amerika'daki 12-23 aylık çocukların %2'sinin en az bir dişinde çürük şüphesi, 12-60 aylık çocukların %19'unda EÇÇ belirtileri görülmektedir. Kaliforniya'daki okul öncesi çocukların üçte birinde ve genel çocuk popülasyonun %70'inde ciddi oranlarda diş çürüğü rapor edilmiştir (Ramos-Gomez vd., 2007).

En son çalışmalarda ülkemizdeki EÇÇ prevelans yüzdeleri %40,7-%69,8 arasında değişebildiği bildirilmiştir ve çürük oluşumunun ilk 1 yaş içinde gerçekleşmediği ve takip eden iki yılın belirleyici olabildiği vurgulanmıştır (Gökalp vd., 2004). Öte yandan; annenin eğitim durumu ile annelerin çocuklarının dişlerini fırçalamaya başlama zamanı arasında direk bir bağlantı olduğu ve toplumun her kesiminde ağız diş sağlığı ile ilgili ebeveyn eğitiminin ne kadar önemli olduğu da bulgulanmıştır (Aydın, 2007 2004; Demir vd., 2008).

ERKEN DÖNEM ÇÜRÜK BELİRTİLERİ VE RİSKLİ BİREYLERİN TESPİTİ

EÇÇ, enfeksiyöz ve bulaşabilen bir hastalıktır ve vertikal geçiş gösterir. *Streptococcus mutans* (MS), laktobasillus ve diğer asit üreten bakteriler tarafından oluşmaktadır. Asit üreten bakterilerin diş yüzeyinde demineralizasyona sebep olmasıyla başlar. Diş yüzeyinde ilk belirtileri beyaz nokta şeklindedir (AAP Policy Statement, 2003; Li vd., 2003).

MS çocuğa anneden geçebilir. Çocuğun çürük etkeni olan bakteriyi annesinden alması sebebiyle, annesi yüksek çürük riskli olan çocuk risk altındadır. EÇÇ'nin önlenmesinde anne bilgilendirilmesi ve eğitimi bu açıdan önemlidir. Çalışmalar %85 ihtimalle çürük bakterisinin anneden geçtiğini, bu sebeple ağzında çürük, eski dolgu - protezi olan annelerin çocuklarının da çürük riskine erken yaşta girebileceğini göstermektedir. (İsmail, 1998).

Çocuğun florasının oluşmasında annenin ağız florası önemlidir. Anne florasındaki değişiklik çocuğa yansıyabilir. Bu sebeple 1 yaşından önce ağız sağlığı risk değerlendirmesi yapılması yüksek risk grubundaki hastaların belirlenmesine fırsat yaratır ve yaşa bağlı göstergeler sunar (Berkowitz, 1996).

Risk - bazlı diş çürükleri değerlendirmesi kavramı, diş hekimlerinin klinik bulgularla çürük riski durumunu sınıflandırabilecekleri ve ileride oluşabilecek çürükleri önceden tahmin ederek, koruyucu uygulamalar ve tekrar çağırma sıklığını bu bilgiler kullanılarak daha uygun bir şekilde planlanabileceği öngörüsüne dayanır. Çürük riski sınıflandırması için birçok tablo mevcut olsa da, çürük risk değerlendirmesi için geçerli ve uygun olarak gösterilen tek bir sistem yoktur.

Yine de, risk - bazlı çürük değerlendirmesi, birey bazlı çürük takip sistemine dayanan diş hekimliği yaklaşımlarının başarısı açısından önemli ve pratik bir konsepttir. Örneğin, düşük risk taşıyan hastaların sık aralıklarla çağrılması, hastaya tedavi anlamında bir katkı sağlamadığı gibi klinik maliyetleri de arttırmaktadır. Benzer şekilde; yüksek riskteki hastalara daha sık verilmesi gereken ve daha yoğun-şiddetli koruyucu uygulamaların yapılamaması (takip edilmemesi) da, aslında önlenebilecek diş çürüklerinin oluşmasında ve sonuçta klinik restorasyon işlemlerinin gereksiz ve kontrolsüz artışına sebep olabilecektir.

Çocuklarda riskli grupların tespitinde anne muayenesi esas alınır. Annenin; sık şeker alımı, florlu preparat kullanımı, zayıf ağız bakımı, düzenli diş hekimine gitmemesi, aktif çürük ve ağzın her bölgesinde yaygın çok sayıda diş dolgusu annede yüksek risk olduğunu gösterir. Bir pediatristin, bebekle beraber anne çürük durumunu ya da diş hekimine gitme sıklığını öğrenmesi çocuğun muhtemel risk durumunun tespiti açısından önemli olmaktadır.

Ayrıca klinik çalışmalar; annenin çürük prevelansı yüksek seviyedeyse ikinci ve üçüncü çocukların erken çürük kolonizasyona daha yatkın olduğu bildirilmiştir. Bu sebeple ilk çocuktan sonraki çocukların çürük oranı ve çürük riski, önceki doğanlara göre daha fazla olabilir.

EÇÇ oluşum riskinin değerlendirilmesinde kullanılan değişkenler (kriterler) şu şekilde sıralanabilir:

- Anne ve diğer aile üyelerindeki diş çürüğü geçmişi, çocukta biberon çürüğü,
- Yüksek oranda şekerli besinler alması,
- Diş yüzeylerinde plak ve beyaz noktaların bulunması,
- Sosyoekonomik durum
- Zihinsel ve bedensel engelli olması
- Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı doğan çocuk

- Şeker oranı yüksek ilaç kullanması ve ağız kuruluğu
- Ağızda mevcut çürük diş sayısı,
- Mine defektleri
- İçme suyunda flor olmaması
- Kronik bir hastalık ve sürekli ilaç kullanımı
- Flor alımının yetersiz oluşu
- Kültürel faktörler

Tüm bu açıklamaların paralelinde; her çocuk en geç 6 aylık olana kadar bir pedodontist, pediatrist ya da bu konuda yetkin birincil sağlık görevlisi tarafından ağız - risk değerlendirilmesine tabi tutulmalıdır. Bu değerlendirme muayenesi son yıllarda ABD'nin pek çok eyaletinde tıp hekiminin ön fiziksel muayenesi kapsamına alınmıştır.

ABD'de pedodontist sayısının azlığı ve erken dönemde çocukların bir diş hekimi tarafından görülme ihtimalinin çok düşük olması sebebiyle, sağlık çalışanlarının EÇÇ konusunda bilgilendirilip, genel sağlık uygulamalarında EÇÇ kontrolü ve takibi eklenmiştir. Diş hekimi dışındaki bir sağlıkçı için EÇÇ riskinin teşhis edilmesi ve takibi bakımından basitleştirilmiş bir formun oluşturulmasına çalışılmıştır (bkn. tablo1). Ancak bu tablolar, EÇÇ açısından risk altındaki tüm bebekleri tanımlamada yetersizdir.

AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNE ERKEN ÇÜRÜK RİSK TESPİTİ VE KORUYUCU DİŞ HEKİMLİĞİ UYGULAMALARININ ENTEGRASYONU

EÇÇ teşhisi ve önlenebilmesinde bebeğin diş hekimi tarafından görülmesi önemlidir. Ancak diş hekiminin diş şikayeti olmadan bir bebeği görme ihtimali özellikle ülkemiz gerçekleri ile uyuşmamaktadır. Bebekler, aile hekimliği sisteminde ilk olarak hekim ve yardımcı personeli ile karşılaşmaktadır. Aile hekimliği bu açıdan erken dönem çocuk çürüklerinin belirlenmesi ve koruyucu uygulamaların planlanmasında önemli fırsatlar yaratabilir.

Aslında; ABD'nin bazı eyaletlerinde (Arizona, Kaliforniya, Utah) diş çürüğünün engellenmesi için diş hekimleri yanında diğer sağlık personelinin de katılımı da sağlanmış ve birincil sağlık çalışanlarının (primary health carer) bu konudaki eğitimi desteklenmiştir (Lee vd., 2006). Değişik araştırıcılar, çürük kontrol programlarının diş hekimi olmayan personel tarafından da gerçekleştirilebildiğini göstermişler ve bu kişilerin klinik pratikte başarılı koruyucu uygulamalar yapabildiklerini bildirmişlerdir (Rozier vd., 2003).

Nowak ve ark.'nın (1995) bir çalışmasında; aile hekimleri ile başlanılabilecek erken koruyucu uygulamalarının, diş hastalıklarının önlenmesinde önemli olabileceği ve bu tip erken uygulamalarla toplumdaki çürüksüz birey sayısında artış olabileceği bildirilmiştir. Aynı araştırıcılar; aile hekimliği uygulamasında kullanılan aile sağlığı merkezi benzeri bir yapılanmanın "diş sağlığı merkezi veya diş evi" şeklinde de oluşturulabileceğini önermişlerdir. Bu tip bir uygulamada ebeveyn bilgilendirilmesi ve eğitiminin de sağlanabileceği ifade edilmiştir.

Savage ve ark.'nın (2004) ise; bir yaşından itibaren diş hekimine koruyucu uygulama seanslarına giden çocukların, dolgu ve acil müdahaleler için diş hekimine gitme ihtiyacı duymayacaklarını bildirmişlerdir. Araştırıcılar, 2 ya da 3 yaşında ilk koruyucu uygulama seansını yaşayan çocukların ise diş hekimini ziyaretlerinin büyük oranda koruyucu uygulamalarla birlikte tedavi ve acil uygulamalar için olduğunu ifade etmişlerdir. Öte yandan; bir yaşında hekim tarafından görülen çocukların ağız hijyeni ve aile motivasyonlarının da daha iyi olabileceğini bildirmişlerdir.

ERKEN ÇÜRÜK TESBİTİ - ERKEN KORUYUCU UYGULAMALAR VE TEDAVİ MALİYETLERİ

Çocukların genel sağlığında olduğu gibi ağız sağlığında da, ailenin eğitimi ve zamanında yapılan koruyucu uygulamaların sağlık alanındaki giderleri azalttığı bilinmektedir. Örneğin; gebe takibinin sağlık giderlerini azalttığı ve anne-bebek sağlığını geliştirdiği kabul edilmektedir. Bir annenin doğum öncesi bakımı almamasıyla düşük ağırlıklı bebek dünyaya getirmesi ihtimali 3 kat daha fazla olmaktadır. Doğum öncesi bakım giderinin 2,57 $, düşük ağırlıklı dünyaya gelen bir bebeğin bakım giderinin 3,38$ olduğu bildirilmiştir (Lee vd., 2006). Missouri kadın-bebek ve çocuk programı uygulamalarıyla katılımcıların sigorta payından yeni doğan başına düşen gideri 100$ azalttığını ortaya koymaktadır.

Lee ve ark'nın (2006), erken dönemden itibaren düzenli diş muayeneleri yapılan bireylerin 10-20 yıllık takiplerde ne tip bir ekonomik kazanım sağlayacağını hesaplamak için; 1992 doğumlu 9204 kuzey Karolayna'lı çocuğu 5 yıl süre ile takip etmişlerdir. Bir yaşından önce görülenlerin 262$, 1-2 yaş içinde görülenlerin 339$, 2-3 yaş içinde görülenlerin 449$ ve 4-5 yaş içinde görülenlerin ise 546$'lık bir diş tedavi maliyetine sahip olduklarını

tespit etmişlerdir. Araştırmacılar; koruyucu uygulamalara ne kadar erken başlanırsa tedavi ve acil uygulamalara ihtiyacın azaldığını ve bunun sağlık giderlerinde belirgin bir azalmaya sebep olduğunu bildirmişlerdir.

Erken dönemde oluşan çürüklerin tedavilerinin yapılması durumunda bile hastalığın devam ettiği ve tedavi edilen EÇÇ'li çocukların % 40-50'sinin 4-12 ay içerisinde yeniden çürüdükleri bildirilmiştir. Bu tip çocuklarda erken daimi dişlenmeden itibaren yeni çürük oluşumunu tetiklemekte ve tedavi maliyetlerini de arttırabilmektedir (Tinanof, 1998).

Bir projeksiyon ve sonuçlar:

- Aşağıdaki örnekte, Koruyucu uygulamanın yapıldığı ve yapılmadığı üzerine kurgulu orta- uzun vadeli iki ayrı projeksiyon yapılmıştır.

Bu projeksiyonda, çalışmaya başlayan 25 yaşındaki bir memur, aynı yaştaki eşi ve 2 çocuğu baz alınmış ve 30 yıllık çalışma hayatı kurgulanmıştır (Mevcut emeklilik yasasına göre erkeklerin **58** yaşına kadar çalışması öngörülmüş ve ortalama **30** yıllık kesinti hesabı yapılmıştır).

Ülkemizde yapılan en son epidemiyolojik çalışmaya göre 25 yaşındaki bir birey için ortalama dolgulu-çürük-kayıp diş sayısı 5 (DMFT) dir. Bunun; 1 adedi kayıp (M)-çekilmiş- dişi, 3 adedi çürük (D) dişi ve 1 adedi de çürümüş ve dolgusu yapılmış dişi (F) ifade etmektedir. (2004 yılı Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi ortak çalışmasından örneklenmiştir) (Türkiye Ağız-Diş Sağlığı Profili 2004 raporu, Prof. Dr. S. Gökalp, Prof. Dr. B. H. Doğan).

- **6.derece bir memurun** ortalama genel sağlık sigortası primi **124,88** liradır (2010 rakamlarına göre)
- Aşağıdaki projeksiyon hesabında, bireylerin ağzında YENİ BİR ÇÜRÜĞÜN GELİŞMEDİĞİ-primlerin sabit kaldığı öngörüsü üzerine kurgu yapılmıştır.
- Bu hesaplamada diş taşı temizliği, diş röntgen filmleri, çocukların olursa ORTODONTİK tedavileri ve YENİ OLUŞAN HERHANGİ BİR ÇÜRÜK İÇİN TEDAVİ MALİYETLERİ bulunmamaktadır ve ENFLASYON YÜKSELMESİ hesaba katılmamıştır.
- Tüm protetik ve restoratif hesaplamalar 2010 SUT değerlerine göre yapılmıştır.

- 25 yaşında bir diş kaybında3 üyeli köprü protezi (300 TL) [tek diş kaybı için olası tedavi seçeneği]
- 35 yaşında ilave bir diş kaybında4 üyeli köprü protezi (400 TL) [10 yılda bir tek diş kaybı üzerine kurgulanmıştır]
- 45 yaşında ilave bir diş kaybında5 üyeli köprü protezi (500 TL)
- 55 yaşında hareketli bölümlü protez (300 TL) x 2 (alt-üst çene için)= (600 TL)
- 65 yaşında total protez (200 TL) x 2 (alt-üst çene için)= (400 TL)

TOPLAM PROTEZ MALİYETİ =(2200 TL)

- 25 yaşında 3 adet 2 yüzlü kompozit dolgu (91 TL)
- 30 yaşında 3 adet 3 yüzlü kompozit dolgu(97 TL)
- 35 yaşında 3 adet kanal tedavisi ve 3 yüzlü kompozit dolgu (547 TL)
- 40 yaşında 3 adet kron (180 TL)
- 45 yaşında 3 diş çekimi (91 TL)
- 45 yaşında çekim sonrası tahmini 9 üyeli köprü maliyeti = (900 TL)
- 55 YAŞ İÇİN HAREKETLİ PROTEZ MALİYETİ YUKARIDAKİ HESAPLAMADA VERİLMİŞTİR…!!!

TOPLAM çürük ve sonuçları MALİYETİ =(1906 TL)

1 ADET "F" (DOLGU)=

- 30 yaşında 1 adet 3 yüzlü kompozit dolgu(37 TL)
- 35 yaşında 1 adet kanal tedavisi ve 3 yüzlü kompozit dolgu(187 TL)
- 40yaşında 1 adet kron(100 TL)
- 45yaşında 1 adet diş çekimi(35 TL)

Eski tedavi ve sonuçları toplam maliyet: 359 TL

Bu bireyin 65 yaşına kadar toplam tedavi maliyetinin projeksiyonu: **(4465 TL)**

25 yaşındaki eş için: 5 (DMF) [birey başına düşen ortalama çürük-kayıp dolgulu diş sayısı]= 1 adet kayıp (M), 3 adet çürük (D) ve 1 adet dolgulu (F) diş kurgusu üzerinden benzer bir tedavi prognozu düşünülerek toplam maliyet: **4465 TL.**

12 yaşındaki 1.çocuk için: 2(DMF)T [birey başına düşen ortalama çürük-kayıp dolgulu diş sayısı]= 2 adet çürük (D) diş.

2ADET "D" (ÇÜRÜK)=

- 12 yaşında 2 adet 2 yüzlü kompozit dolgu (63 TL)
- 17 yaşında 2 adet 3 yüzlü kompozit dolgu (67 TL)
- 20 yaşında 2 adet kanal tedavisi ve 3 yüzlü kompozit dolgu (367 TL)

TOPLAM çürük ve sonuçları MALİYETİ =(497 TL)

9 yaşındaki 2.çocuk için: 1(DMF) [birey başına düşen ortalama çürük-kayıp dolgulu diş sayısı]= 1adet çürük (D) diş.

1ADET "D"(ÇÜRÜK)=

- 9 yaşında 1adet 2 yüzlü kompozit dolgu (35 TL)
- 14yaşında 1 adet 3 yüzlü kompozit dolgu(37 TL)
- 20 yaşında 1 adet kanal tedavisi ve 3 yüzlü kompozit dolgu(187 TL)
- TOPLAM çürük ve sonuçları MALİYETİ =(259 TL)

Memurun 30 yıllık hizmet süresi düşünülerek, maaşından yapılacak toplam sağlık kesintisi= 45.000 liradır.

Aynı kişinin ve eşinin ortalama 65 yaşına kadar yaşadığı düşünülerek, yukarıdaki ÖRNEKLENDİRİLMİŞ AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI TEDAVİ harcamaları sırasıyla;

Kendisi için=4465 TL, Eşi için=4465 TL ve 20 yaşına kadar 2 çocuğu için =756 TL

TOPLAM*= 9686 TL**

Bu ailenin hesaplanan tedavi maliyetleri toplam sağlık kesintinin %21,5'ini oluşturmaktadır.

25 yaşındaki baba: Koruyucu uygulamalar sonrasında 2 (DMF)T ye sahip olduğunda[birey başına düşen ortalama çürük-kayıp dolgulu diş sayısı]= 2 adet çürük (D) diş.

2 ADET "D" (ÇÜRÜK)

- 25 yaşında 2 adet 1 yüzlü kompozit dolgu (59 TL)
- 30 yaşında 2 adet 2 yüzlü kompozit dolgu (63 TL)
- 35 yaşında 2 adet 3 yüzlü kompozit dolgu (67 TL)
- 40 yaşında 2 adet kanal tedavisi ve 3 yüzlü kompozit dolgu (367 TL)
- 45 yaşında 2 adet kron (200 TL)
- 50 yaşında 2 adet diş çekimi (63 TL)
- 50 yaşında sonrası TAHMİNİ 5 ÜYELİ KÖPRÜ MALİYETİ (500 TL)

TOPLAM çürük ve sonuçları MALİYETİ = (1319 TL)

25 yaşındaki anne: Koruyucu uygulamalar sonrasında 2 (DMF)T ye sahip olduğunda[birey başına düşen ortalama çürük-kayıp dolgulu diş sayısı]= 2 adet çürük (D) diş.

2 ADET "D" (ÇÜRÜK)

- 25 yaşında 2 adet 1 yüzlü kompozit dolgu (59 TL)
- 30 yaşında 2 adet 2 yüzlü kompozit dolgu (63 TL)
- 35 yaşında 2 adet 3 yüzlü kompozit dolgu (67 TL)
- 40 yaşında 2 adet kanal tedavisi ve 3 yüzlü kompozit dolgu (367 TL)
- 45 yaşında 2 adet kron (200 TL)
- 50 yaşında 2 adet diş çekimi (63 TL)
- 50 yaşında sonrası TAHMİNİ 5 ÜYELİ KÖPRÜ MALİYETİ (500 TL)

TOPLAM çürük ve sonuçları MALİYETİ = (1319 TL)

12 yaşındaki 1.çocuğun koruyucu uygulamalar sonrasında ortalama 20 yaşında iken 1 (DMF)T [birey başına düşen ortalama çürük-kayıp dolgulu diş sayısı]= 1 adet çürük (D) diş.

1ADET "D"(ÇÜRÜK)=

- 12 yaşında çürüksüz
- 17 yaşında çürüksüz
- 20 yaşında 1 adet 2 yüzlü kompozit dolgu (35 TL)

TOPLAM çürük ve sonuçları MALİYETİ = (35 TL)

9 yaşındaki 2. çocuğun koruyucu uygulamalar sonrasında ortalama 20 yaşında iken 1 (DMF)T [birey başına düşen ortalama çürük-kayıp dolgulu diş sayısı]= 1 adet çürük (D) diş.

1ADET "D"(ÇÜRÜK)=

- 9 yaşında çürüksüz
- 14yaşında çürüksüz
- 20 yaşında 1 adet 2 yüzlü kompozit dolgu (35 TL)

TOPLAM çürük ve sonuçları MALİYETİ = (35 TL)

Aynı kişinin, eşinin ve çocuklarının koruyucu uygulamalar sonrasındaki ÖRNEKLENDİRİLMİŞ AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI TEDAVİ harcamaları sırasıyla;

Kendisi için=1319 lira Eşi için=1319 TL

20 yaşına kadar 2 çocuğu için =70 TL

TOPLAM = 2708 TL

Koruyucu uygulamalar sonrasındaki 4 kişilik bir ailenin toplam tedavi maliyeti **2708 TL** iken koruyucu uygulama yapılmaması durumunda ise, aynı ailenin toplam tedavi gideri **9686 TL** olmaktadır. (%72 tedavi maliyetlerinde fark olmaktadır.)

ÜLKEMİZ AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNDE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMALARININ DURUMU

Sağlık Bakanlığı'nın 2007-2011 yılları arasında gerçekleştirilmesi planlanan Stratejik Raporunda; 2010 yılı sonuna kadar Aile Hekimliği Sistemine tüm yurtta geçilmesi hedeflenmiştir. Aile Diş Hekimliği programları da zaman zaman gündeme gelmektedir. Programın yerleştiği ve 2-4 yıldır uygulandığı illerde, ağız-diş sağlığı ile ilgili programların, aile hekimliği sistemine adaptasyonunun sağlanabileceği düşünülmektedir.

Bebeğin şikayetlerinin öncelikli yansıtıldığı ebe ve hemşirelerden diş çürüğü ve sonuçlarının şiddeti ve yaygınlığı konusunda önemli fikirler ve gözlemler elde edilebilmektedir. Aile hekimi ve yardımcı personeli, bu yaş gruplarına uygulanabilecek ağız-diş sağlığı koruyucu uygulamaları hakkında eğitime ihtiyaç duymaktadır. ABD' de de bu durumun izlendiği ve primer çocuk sağlığı profesyonellerinin bu konudaki eksikliklerine yönelik olarak eğitim programlarına dahil edildikleri rapor edilmektedir (Bader vd., 1998).

Ülkemizde Kütahya Valiliği ve Kırıkkale Üniversitesi Rektörlüğü arasında 2007 yılı Ekim ayında yapılan protokol gereği başlayan "Fırçalar Çantada Dişler Yolunda" koruyucu ağız-diş sağlığı programının devamında, 2010 yılı Mart ayında aile hekimleri için erken diş çürüğü koruyucu programı başlamıştır. Bu program içerisinde;

1. En az 2-3 saatlik bebek süt dişleri konusunda eğitilmiş ve erken çürüklerin engellenmesinde anneye öneriler verebilen bir ön sağlıkçı ekibi (ebe, hemşire gibi) yetiştirilmesi
2. Aile hekimlerine en az 1 saatlik erken dönem bebek diş çürüğü ve bunun genel sağlık üzerine etkileri ile ilgili bilgilendirme seminerinin verilmesi
3. Özellikle ebe-hemşireye yönelik bir bilgilendirme videosunun yapılarak hem görsel anlamda bilgilerin canlı tutulması hem de aşı-kontrol için aile hekimliği merkezlerine gelen annelere hatırlatma eğitimlerinin verilebilmesi (bekleme salonlarında annelere eğitim amaçlı olarak filmin gösterilmesi)
4. Ebe-hemşireden anne kucağında gelen bebeklerin özellikle üst çenesindeki ilk dört dişi basitçe muayene etmelerinin istenmesi ve şüpheli durumları kendilerine gönderilen excel dosyasına kaydetmeleri.

5. 2-4 aylık süreçlerde ebe hemşirelere çocuk kayıtlarını biriktirmeleri için zaman verilmesi. Bu süreç sonunda dosya dönüşlerinin merkeze toplanması ve ilgili eğitim hemşiresi tarafından bir florlu vernik uygulama takvimi-uygulama merkezi sistematiğinin oluşturulması (vernik uygulama merkezleri, aile hekimliği merkezlerinden gelen şüpheli çocuk yoğunluklarına göre seçilmeli ve annelerin büyük bir kısmının kolaylıkla ulaşabileceği bir ortak yer belirlenmelidir. Kütahya il merkezinde 3 uygulama günü için toplam 8 merkez belirlenmiştir.)
6. 2-3 diş hekimi kontrolünde vernik uygulaması için yetiştirilmiş hemşirelik okulu öğrencilerinin 2 ya da 3 günlük süreçte uygulamaları tamamlamaları ve annenin gerekli hatırlatmalar yapılarak florlu vernik kartlarının ve 2. uygulama tarihlerinin (Ekim 2010) dağıtımı gerçekleştirilmiştir.

Benzer uygulamalar ülke genelinde yaygınlaşmaktadır. Benzer bir uygulama, Kırıkkale Üniversitesi Rektörlüğü ve Karaman İl Valiliği arasında yapılan protokol gereği, adı geçen ilde Şubat-2010 da başlatılan koruyucu ağız diş sağlığı programının bir parçası olarak Temmuz-2010 da Karaman il merkezinde de başlatılmıştır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Ağız diş sağlığı sorunları ve sonuçları düşünüldüğünde, yalnızca ülkemiz için değil farklı sosyokültürel yapıya sahip tüm dünya örneklerinden hastalığın şiddet ve yaygınlığının diğer herhangi bir hastalıktan daha fazla olduğu açıkça anlaşılmaktadır. Yaşamın erken dönemlerinde alınacak basit ve ekonomik yöntemlerle kolaylıkla önlenebilir bir hastalık olan diş çürüğünün, ilk önleminin 0-3 yaş arasında alınacağı ve bu basamağın ancak Aile Hekimleri ile ilgili olduğu da aşikardır. Bu açıdan özellikle ABD olmak üzere pek çok dünya örneğinden, Aile Hekimliği sistematiğinin önemli bir şans oluşturduğu ve bunun ülkemiz için de bir şans yaratacağı açıktır. Yalnızca florlu vernikler gibi basit ve ekonomik uygulamalar değil, hemen her defasında yapılması olası "anne uyarıları ve eğitimi" de, bu konuda ciddi bir arayış içinde olan anne profilimiz için önemli bir davranış değişimi yaratabilir.

Bu açıdan bazı ana başlıklarla alınabilecek önlemler şu şekilde sıralanabilir:

1. Erken çocukluk dönemi çürükleri enfeksiyöz ve bebeğe annesi ya da yakın temastaki bakıcısından vertikal geçen, önlenebilir hastalıktır. Anne ve bebekler için hizmet veren tüm sağlık çalışanları, aile ve bakıcı eğitimine erken çocukluk dönemi çürüklerini etkin önleme metotlarını ilave etmelidirler.
2. Tüm pediatrik ihtisas programları ve mezuniyet sonrası devam eden tıp eğitim müfredatı, erken çocukluk dönemi çürüklerine yol açan bakterilerin geçici ve bulaşıcı doğasını ve ağız sağlığı risk değerlendirme metotlarını, ileriye yönelik rehberlik ve erken müdahaleyi de içermelidir.
3. Her çocuk, pediatrist veya yetkin pediatrik sağlık bakım profesyonellerinden ağız sağlığı risk değerlendirmesini en geç 6-9 aylık olana kadar mutlaka almalıdır.
4. Pediatristler, aile hekimleri, çocuk hemşireleri ve pratisyen hekimler 6 aylıktan başlayarak tüm çocukların ağız sağlığı risk değerlendirmesini yapabilmeleri ve erken çocukluk dönemi çürüklerinin risk faktörlerinin tanımlanması için eğitilmelidirler.
5. Üniversitelerin Hemşirelik okulları, Sağlık Meslek Lisesi ve Kız Meslek Lisesi Çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin eğitimlerinde, bu tip koruyucu diş hekimliği uygulamalarının basitleştirilmiş çeşitleri öğretilebilmelidir.
6. Önemli çürük riski taşıdıkları veya risk gruplarının biri içerisinde olduğu değerlendirilen bebekler, 6-12 aylıkken yoğun ve ileriye yönelik rehberlik ve müdahale programına dahil edilebilmeli ve aile hekimleri yardımcı personeli ile ilk florlu vernik uygulamaları başlatılabilmelidir.
7. Aile hekimleri ya da yardımcı personeli tarafından erken dönemde belirlenen riskli çocukların ADSM ya da Üniversite Kliniklerine yönlendirilerek flor vernik uygulamalarının başlatılması olasıdır. (Ancak bu yöntem ADSM yapılanmasına ve hekim- diş hekimi çalışma sistematiğine aykırı gözükmektedir. Zira ülkemizde diş hekimliği eğitimi müfredatı koruyuculuktan ziyade "operatif" uygulamalar üzerine kuruludur. Öte yandan florlu vernik gibi erken dönem etkin koruyucu uygulamaların performans puanı SUT'da bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından bir süredir ülkemizde uygulanmakta olan mevcut performans sisteminde çalışan hekimlerin

bu tip "puanı az" uygulamalardan kaçınması olasıdır. Bu tip bir sistematiğin oluşabilmesi için ADSM' lere bir koruyucu diş hekimliği uygulaması puanı getirilmesi makul olabilir.)

8. Yukarıdaki sebeplerden dolayı flor vernik gibi basit uygulamaların aile hekimliği yardımcı personeline öğretilmesi ve böylelikle uygulamanın teşhisi yapan kişi ya da kişilerce aile hekimliği merkezinde gerçekleştirilmesi daha makul ve pratik bir yöntem olabilir.

Tablo 1. Çürük Risk Değerlendirme Tablosu

AMERiKAN PEDIATRİK DİŞ HEKIMLIĞİ AKADEMİSİ			
ÇÜRÜK-RİSK DEĞERLENDIRME TABLOSU			
DİKKATE ALINACAK RİSK FAKTÖRLERİ	RİSK GÖSTERGELERİ		
(Aşağıda belirtilen her bir madde için, "Risk göstergeleri"'nin altında belirtilen cevaplardan en uygun olanını yuvarlak içerisine alınız)	Yüksek	Orta	Düşük
Bölüm 1- Geçmiş (Ebeveyn/birincil bakıcıyla görüşmeyle belirlenmiş)			
Çocuk özel sağlık bakımı gereksinimine sahiptir (özellikle herhangi bir motor koordinasyon ve kooperasyonu etkilenmiş) [A]	Evet		Hayır
Çocukta düşük tükürük salınımı var mı? (Kuru ağız Sendromu) [B]	Evet		Hayır
Çocuk Diş Evi'ne gidiyor (Rutin diş hekimi muayenelerinin sıklığı)	Yok	Düzensiz	Düzenli
Çocukta çürük var	Evet		Hayır
Çocuk en son kavite görülme zamanı	<12 ay	12 ile 24 ay arası	>24 ay
Çocukta braket var veya ortodontik/ oral uygulamalar kullanıyor [c]	Evet		Hayır
Çocuğun ebeveynleri ve/veya kardeş(ler)inde çürük var	Evet		Hayır
Ebeveynlerin Sosyoekonomik statüsü[0]	Düşük	Orta Seviye	Yüksek
Öğün aralarında şekerli/çürüğe neden olan gıdaların alımı (Biberon'un içerisinde su dışında başka sıvıları ihtiva eden içeceklerin kullanılması, meyve suyu, asitli içecekler veya enerji içeceklerinin tüketimi; tatlandırılmış şurupların kullanımı)[E]	>3	1 ya da 2	Sadece öğün-lerde

Çocuğun flor alımı [F,G]	Florlu diş macunu kullanmıyor; florlanmış su içmiyor ve ilave flor almıyor	Florlu diş macunu kullanıyor; genelde florlanmış içme suyu içmiyor ve ilave flor almıyor	Florlu diş macunu kullanıyor; florlanmış su içiyor ve ilave flor alıyor
Çocuğun dişleri/dişetleri günde kaç kez fırçalanıyor	<1	1	2-3
Bölüm 2- Klinik değerlendirme (Çocuğun ağız muayenesine göre belirlenmiş)			
Görünür plak (beyaz, yapışkan madde birikimi)	Var		Yok
Gingivitis (kırmızı, şişkin dişetleri) [H]	Var		Yok
Minede demineralizasyon alanları (dişlerde tebeşirimsi beyaz-nokta lezyonları)	1den fazla	1	Yok
Mine defektleri, derin pit ve fissürler[I]	Var		Yok
Bölüm 3- Destekleyici profesyonal değerlendirme (Opsiyonel) [J]			
Radyografide mine çürükleri	Var		Yok
Mutans streptokok veya laktobasil seviyeleri	Yüksek	Orta	Düşük
Herbir çocukta ki çürük gelişimi için tüm risk değerlendirmelerinde, yukarıda işaretli en yüksek seviye risk göstergesi baz alınır. (ör. Herhangi bir kısımdaki tek bir risk göstergesi yüksek risk kategorisindeyse, çocuk yüksek riskli gruba girmeye başlamaktadır).			

KAYNAKLAR

– **American Academy of Pediatrics Policy Statement, (2003)**. Pediatrics. Vol.111, No.5.

– **American Academy of Pediatric Dentistry, American Board of Pediatric Dentistry, College of Diplomates of the American Board of Pediatric Dentistry: Policy on earlychildhood caries (ECC): Uniquechallengesandtreatmentoptions, (2003).** Pediatric Dentistry 24(7): 27-28.

– **Aydın A., (2007).** Üç-Beş Yaş Grubu Çocuklarda Erken Çocukluk Çağı Diş Çürükleri ve Beslenme İlişkisi. Hacettepe Üni Sağlık Bilimleri Ens. Doktora Tezi.

– **Bader J. D., Rozier G., Harris R., Lohr K. N., (1998).** Dental Caries Prevention: The Physician's Role in Child Oral Health, Systematic Evidence Review. Systematic Evidence Review No.29

– **Prepared by the Research Triangle Institute** - University of North Caroline Evidenced-based Practice Center under Contract No. 290-97-0011.

– **Beirne P., Forgie A., Clarkson J. E., Worthington H. V., (2005).** Recallintervalsfor oral health in primarycarepatients, Cochrane Review. Australian Dental Journal. 50(3): 209-210.

– **Berg J. H., (2007).** Dental Caries Detectionand Caries Management by Risk Assessment, Journal Compilation. Volume 19, Number 1.

– **Berkowitz R., (1996).** Etiology of nursingcaries: a microbiologic perspective. J Public Health Dent. 56: 51-4.

– **Bratthall D., (2000).** Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-year-olds. Int Dent J. 50: 378-384

– **Demir T., Tekçiçek M., Altay N., Alpar R., (2008).** Erken çocukluk döneminde çürüğe neden olan risk faktörlerin değerlendirilmesi. SÜ Diş Hek Fak Der. 17: 198-202.

– **Gift H.C., Reisine S.T., Larach D.C., (1992).** The social impact of dental problems and visits. AmJ Public Health. 82: 1663-1668.

– **Gökalp S., Doğan B. G., Tekçiçek M., Berberoğlu A., Ünlüer Ş., (2007).** The oral health profile of 5, 12 and 15 yearsold, Turkey 2004, Hacettepe Diş Hekimliği Fakülte Dergisi. 31(4): 3-10

– **Hale K. J., (2003).** Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. Pediatrics. 111: 1113-1116.

– **Ismail A. I., (1998).** Prevention of early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol. 26 (1 Suppl):49-61.

– **Jokela J., Pienihakkinen K., (2003).** Economic evaluation of a risk based caries prevention program in preschool children, Acta Odontol Scand. 61: 110-114.

– **Kelnar C., Lowe G., McDonald J., (2005).** A National clinical guideline, Prevention and management of dental decay in the pre-school child, Scottish Inter collegiate Guidelines Network, 3-10.

– **Lee, J.Y.,Bouwens, T., Savage, M.F., Vann, W.F. (2006).** Examining the Cost-effectiveness of Early Dental Visits. Pediatric Dent. 28:102-105.

– **Li Y., Dasanayake A.P., Caufield P.W., Elliott R. R., Butts J.T. 3rd., (2003).** Characterization of maternal mutans streptococci transmission in an African American population. Dental Clinics of North America. 47(1): 87-101.

– **Mazhari F., Talebi M., Zoghi M., (2007).** Prevalence of Early Childhood Caries and its Risk Factors in 6-60 months old Children in Quchan, DentRes J. 4(2): 96-101.

– **Mjör I.A., Gordan V., Abu-Hanna A. & Gilbertgh H., (2005).** Research in general dental practice, Acta Odontologica Scandinavica. 63: 1-9.

– **Nowak A. J., Casamassimo P. S., (1995).** Using anticipatory guidance to provide early dental intervention. J Am DentAssoc. 126: 1156-1163.

– **Ottenga M. E., Mjör I., (2007).** Amalgam and composite posterior restorations: curriculum versus practice in operative dentistry at a US dental school. OperDent. 32: 524-528.

– **Pienihäkkinen K., Jokela J., Alanen P., (2005).** Risk-based early prevention in comparison with routine prevention of dental caries: a 7-year follow-up of a controlled clinical trial; clinical and economic aspects, BMC Oral Health. 5: 2.

– **Ramos-Gomez F. J., Crall J., Gansky S. A., Slayton R.L., Featherstone J. D. B., (2007).** Caries Risk Assessment Appropriate for the Age 1 Visit (Infants and Toddlers). CDA JOURNAL. CAMBRA. Vol 35, No.10.

– **Rozier R.G., Sutton B.K., Bawden J. W., Haupt K., Slade G. D., King R.S., (2003).** Prevention of early childhood caries in North Carolina medical practices: implications for research and practice. J DentEduc. 67(8): 876-885.

– **Savage M. F., Lee J. Y., Kotch J. B., Vann W. F. Jr., (2004).** Early preventive dental visits: effects on subsequent utilization and costs. Pediatrics. 114: 418-423.

– **Tinanoff N., (1998).** Introduction to the Early Childhood Caries Conference: initial description and current understanding. Community Dent Oral Epidemiol. 26 (1 Suppl): 5-7.

– **Trends in Oral Health Status: United States. 1988-1994 and 1999-2004.** Series 11. Number 248. 104 pp. (PHS) 2007-1698.

HASTANELERDE VERİ ZARFLAMA ANALİZİ (VZA) YÖNTEMİYLE FİNANSAL PERFORMANS ÖLÇÜMÜ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Doç. Dr. Yıldız AYANOĞLU*

Yrd. Doç. Dr. Murat ATAN**

Uz. Umut BEYLİK***

ÖZET

Ülkemizde sağlık hizmeti sunumunda en büyük paya sahip olan Sağlık Bakanlığı hastanelerinin performanslarının ölçümü ve buna göre yapılması gereken iyileştirmelerin tespiti kaynakların verimli kullanımı için temel şarttır. Bu amaçla hastanelerde etkinlik ölçümü için birden fazla girdi ve çıktıyı işleyerek karar birimlerinin göreli etkinliğini ölçebilen Veri Zarflama Analizi kullanılmıştır. VZA tekniği, girdilerin yani kaynakların verimli bir şekilde kullanılarak sunulan hizmeti referans alması amaçlanmış, bu nedenle de girdi yönelimli olarak teknik uygulanmıştır.

Bu çalışma ile Sağlık Bakanlığı hastanelerinde etkinlik ve kârlılık ölçümleri yapılmıştır. Bu amaçla 2007 yılı verileri kullanılarak 16 hastanede 5 finansal girdi ve 1 finansal çıktı değişkeni kullanılarak etkinlik ölçümü yapılmış aynı zamanda kârlılık/zararlılık değerleri de değerlendirilmiştir. Çıkan sonuçlara göre etkin olmayan her birim için hangi kaynakta ne kadar iyileştirme yapmaları gerektiği tanımlanmış ve kârlılıkları üzerine etkileri de belirtilmiştir.

Çalışma kapsamında olan 16 hastane bazında toplam 13,43% oranında atıl harcama yapıldığı tespit edilmiş ve yine hastanelerin kârlılık/zararlılık değerlerine bakıldığında gelir-gider dengesinde başabaş noktasına ulaşmak için 10,43% oranında giderlerini azaltmaları gerektiği sonucu ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Veri zarflama analizi, Hastaneler, Performans ölçümü

* Gazi Üniversitesi İİBF İşletme A.B.D. Öğretim Üyesi
** Gazi Üniversitesi İİBF Ekonometri A.B.D. Öğretim Üyesi
*** Gazi Üniversitesi İşletme A.B.D. Sağlık Kurumları Yönetimi Doktora Öğrencisi

Assessments and Measurement of Financial Performance Using the Methodology of Data Envelopment Analysis (DEA) in Hospitals

ABSTRACT

Measuring performances of the hospitals belonging to Ministry of Health that has the biggest share in health service provision in our country and determination of ameliorations needed to be done accordingly are sine qua non for efficient use of resources. To that end, for effectiveness measurement in hospitals, Data Envelopment Analysis (DEA) that is capable of measuring relative effectiveness of decision units by processing more than one input and output has been used. By means of DEA technique, we have aimed resources to be used efficiently and to base on services provided thereby. For this reason, the model has been run input oriented.

With this study, effectiveness and profitability measurements were performed in the hospitals belonging to Ministry of Health. For this purpose, by using 2007 data on 5 financial input and 1 financial output variables from 16 different hospitals, effectiveness measurement was carried out as well as profitability / mal efficiency values of the units were evaluated. According to the results attained, how much amelioration in which resource is needed for each unit that is not effective is described and effects on their profitability are also stated.

It is ascertained that 13.43% idle expenditure has been done on the basis of 16 hospitals within the context of the study. Considering also profitability / mal efficiency values of the hospitals, it is conclude that they should cut their expenses in the rate of 10.43% in order to reach break-even point regarding profit and loss balance.

Key Words: Data Envelopment Analysis, Hospitals, Performance Measurement.

GİRİŞ

Diğer sektörler gibi hızla değişen ve gelişen sağlık sektöründe hizmet veren birimlerin de ayakta kalabilmek için bu gelişme ve değişmelere dinamik bir şekilde uyum sağlaması gerekmektedir. Bu dinamizmin ölçülmesi de kolaylaşmış ve özellikle kamu sağlık sektöründe performans ölçümleri ile daha etkili ve verimli yönetimin çareleri aranmaya başlanmıştır.

Ülkemizde en büyük sağlık hizmeti sunucusu Sağlık Bakanlığı Hastaneleri çok büyük miktarlarda kaynak kullanarak hizmet vermektedirler. Ülkemizde sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturan hastane

harcamalarının da etkili ve verimli bir şekilde kullanılarak atıl kaynakların diğer önemli alanlara yönlendirilmesi ile faydalı kullanımı sağlanmalıdır. Bu amaçla hastane ve hastane birimlerinin finansal performansının en uygun yöntemle ölçülerek sonuçların ortaya konması çalışmanın temel amacı olmuştur.

Finansal performansın ölçümünde son yıllarda, özellikle sağlık sektöründe büyük ölçüde yararlanılan Veri Zarflama Analizi (Data Envelopment Analysis) kullanılmıştır. Veri Zarflama Analizi Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından geliştirilmiş bir performans ölçme tekniğidir. Veri Zarflama Analizi'nin sahip olduğu en önemli özellik, her karar alma birimindeki etkinsizlik miktarını ve kaynaklarını tanımlayabilmesidir. Bütün karar alma birimlerinin üretim sınırları dahilinde, etkin olmayan birimleri referans kümelerindeki bütün diğer birimler gibi etkin yapmak için gerekli olan girdi miktarının azaltılması veya çıktı miktarının artırılması gibi kararların alınabilmesine olanak vermektedir. Veri Zarflama Analizi, çok girdili ve çok çıktılı üretim ortamlarında verimlilik ölçümünde ve özellikle hizmet sektöründeki performans ölçümünde oldukça iyi sonuçlar veren bir yöntemdir. Ayrıca birimlerin kârlılık durumları da ortaya konarak etkinlik düzeyleri ile olan ilişkisi de belirtilmiştir.

Bu çalışmada öncelikle performans kavramı daha sonra çalışmada kullanılan bir doğrusal programlama yöntemi olan Veri Zarflama Analizi hakkında bilgi verilmiştir.

Çalışmanın devamında gerçek verilere dayalı olarak etkinlik ölçümü için Veri Zarflama Analizi Modeli girdi yönelimli çalıştırılmıştır. Her bir karar birimi için belirlenen girdi ve çıktı değişkenleri MsExcel programında hazırlanarak EMS (Efficiency Measurement System) paket programına yüklenip, model çalıştırılmıştır. 2007 yılı verileri kullanılarak 16 adet hastanede 5 finansal girdi ve 1 finansal çıktı değişkeni kullanılarak etkinlik ölçümü yapılmış aynı zamanda kârlılık/zararlılık değerleri de değerlendirilmiştir. Çıkan sonuçlara göre etkin olmayan her birim için hangi kaynakta ne kadar iyileştirme yapmaları gerektiği tanımlanmış ve kârlılıkları üzerine etkileri de belirtilmiştir.

Çalışma bulgularının da özetlendiği sonuç ve öneriler bölümünde ayrıca Sağlık Bakanlığı hastanelerinin daha etkili ve verimli yönetilmesi için önerilerde bulunulmuştur.

GENEL BİLGİLER

1. Performans Kavramı

Bilimsel literatürde performans kavramı hakkında genel olarak kabul edilmiş belli bir tanım olmamakla birlikte performans kavramı literatürde çeşitli şekillerde şöyle tanımlanmıştır (Gencer, 2006: 6).

16. Yüzyılda, performans kelimesi bugün anlaşılanın dışında askeri alanda görevleri ve emirleri başarmak anlamında kullanılıyordu (Lawson, 1995: 3). Günümüzde ise performans genel anlamda, belirli bir amaca yönelik yapılan planlar doğrultusunda ulaşılan nokta olarak tanımlanmaktadır (Gencer, 2006: 6).

Başka bir tanıma göre performans, belirlenen koşullara göre bir işin yerine getirilme düzeyi veya iş görenin davranış bicimi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle performans, "Bir işgörenin belirli bir zaman kesiti içerisinde kendisine verilen görevi yerine getirmek suretiyle elde ettiği sonuçlardır" (Bingöl, 2003: 273).

Performans, bir işi yapan bireyin, bir grubun ya da bir örgütün planlanan hedefe ne derece ulaşabildiğinin, neyi sağlayabildiğinin nitel ya da nicel anlatımıdır (Baş, 1991: 13). Başka bir anlatım ile performans, elde edilenleri nitelik ve nicelik olarak belirleyen bir kavramdır (Songur, 1995: 1). Yani performans belirlenmiş olan hedefe ulaşım seviyesinin ölçümüdür. Bu mutlak ya da nispi olarak değerlendirilebilir. Bir işletmenin ya da bir üretim biriminin üretim miktarı ya da gerçekleştirdiği üretimin belirlenen hedefe oranıdır. Bu konuda yapılan diğer bir tanıma göre performans; bir işi yapan bireyin, grubun ya da örgütün o isle amaçlanan hedefe yönelik olarak hangi seviyeye ulaşabildiği, başka bir deyişle neyi sağlayabildiğinin nicel ve nitel olarak anlatılmasıdır (Akal, 1992: 6).

Barkey (2002, 26-27) ise performans, örgütlerin, ekonomik avantajlar elde etmek amacı ile bir araya getirilmiş verimli varlıkların bir bileşimi olduğu fikrine dayalı olarak tanımlamaktadır. Bir işletmenin varlıkları işgörenler, yönetim, girişimcilik yeteneği, fiziksel sermaye gibi unsurlardan oluşur. İşletmeler değer yaratmak için bu varlıları kullanırlar ve her bir varlık kendisinden beklenen bir değere sahiptir. Bu görüşlerden hareketle örgütsel performans; bir örgütün sahip olduğu varlıkları kullanarak yarattığı

ekonomik değerin ve yararın, hissedarların en az bunlardan elde etmeyi umduğu değer ve yarar kadar olmasıdır şeklinde tanımlamak mümkündür. Eğer elde edilen değer, hissedarların beklentisi altında ise büyük bir ihtimalle yatırımcı bu varlıklarla daha yüksek değeri elde edebileceği alternatif kaynaklara yönelecektir.

İşletme kültüründe performans, bir işi yapan bireyin ya da işletmenin o işle amaçlanan hedefe yönelik olarak nereye varabildiği, başka bir anlatımla neyi sağlayabildiğinin nicel (miktar) ve nitel (kalite) olarak anlatımıdır. Diğer bir anlatımla performans, işletme amaçlarının gerçekleştirilmesi için gösterilen tüm çabaların değerlendirilmesidir (Kenger, 2001: 38).

İşletmelere göre performans "değer yaratabilmek" tir. Performans, hem "doğru işin yapılması" (strateji) hem de "işin doğru yapılması" (Toplam Kalite Yönetimi) ile sağlanabilmektedir. İşletmecilik açısından fonksiyonelliğin kalitesi olarak anlaşılan performans, yönetim açısında ise, yönetim kalitesi ile ilişkilendirilmektedir. 21. Yüzyılın başlarında Taylor'un gerçekleştirdiği üretkenlik ölçümleri ile başlayan performans ölçümü ve değerlendirilmesine yönelik ilgi, günümüze kadar sürekli bir artış eğilimi göstererek devam etmektedir (Pervaiz vd., 1999: 305).

Örgütlerin amacı ve görevi belli bir işi gerçekleştirmektir. Örgüt yöneticilerinin görevi de örgütün, kuruluş amaçlarını ve görevlerini başarılı bir şekilde gerçekleştirmelerini sağlamaya yönelik önlemleri almaktır. Yönetimlerin performans anlayışı ve belirlenmiş olan ölçüm kriterleri geçmişten günümüze zaman içerisinde değişiklik göstermiştir. Performans kavramının bu değişim süreci içerisinde değişmeyen ve ehemmiyetini yitirmeyen tek boyut ekonomikliktir. İster özel ister kamu, ister üretime yönelik isterse hizmet kurumları olsun kârlılık ve dolayısı ile ekonomiklik temelinde varlıklarını sürdürmek yarışı içindedirler. Kâr ve kârlılık, hem işletme hem de toplum için önem arz etmektedir. Ancak kârlı olan bir işletme topluma katkı sağlayabilir. Ekonomik kaynaklarla işletmelerde oluşturulan artı değer bütün toplumlarda sosyal hizmetlerin yerine getirilmesini sağlayan ana kaynaklardır (Gencer, 2006: 7).

Performans anlayışının gelişim süreci içerisinde ikinci önemli boyut verimliliktir. II. Dünya Savaşı'ndan sonra mal ve hizmetlere olan büyük talep kıt kaynakların yarattığı ortam, verimlilik kavramını bir kurtarıcı gibi toplumun hizmetine sunmuştur. Verimlilik, yönetimin gayretlerini maliyet

ve girdilerden yararlanma düzeyi üzerinde yoğunlaştırmıştır. İlk dönemlerde özellikle işgücü ve malzeme gibi üretim kaynaklarının kullanımında yoğunlaşan verimlilik artışları giderek sermaye ve enerji kaynaklarına doğru kaymıştır (Halis ve Tekinkuş, 2003: 170-171).

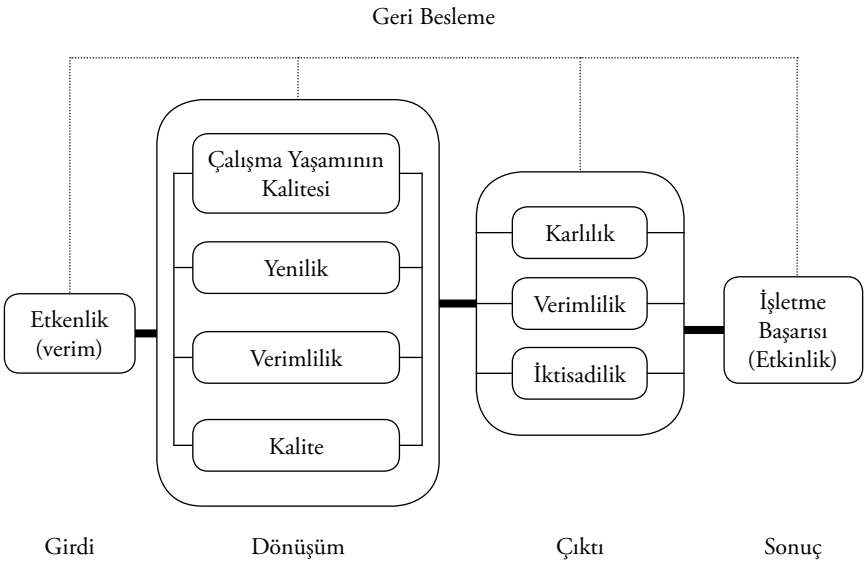
İşletme performansı geniş bir boyut içerisinde aşağıdaki sorulara yanıt arayan bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır (Gencer, 2006: 8).

- Şimdi neredeyiz?
- Daha ne kadar iyi olabilirdik?
- Nerede olmalıyız ?

Bu üç temel soru işletme performansının ne anlama geldiğini genel olarak açıklamaktadır. Yine bu üç temel soru işletme performansının tanımlanması ve değerlendirilmesine ilişkin alanları belirlemektedir. Aynı zamanda işletmelerde performansın geliştirilme alanlarına bir çerçeve çizmektedir. Örgütsel sistemlerde performans alanlarını, performans boyutlarını belirleyici yönetim görüşleri sürekli bir değişim göstermektedir. Dönem dönem performansı belirleyici olarak farklı boyutlar ortaya konulmaktadır. Endüstri devriminin başlangıcında bu boyutlar kâr-maliyet olarak belirginleşirken, daha sonraki dönemlerde kâr-maliyet-verimlilik üçgeni biçimine donuşmuş, giderek bu üçgene kalite ve müşteri memnuniyeti eklenmiştir. Son dönemlerde bu sınıflandırmaya çalışanların davranışı, pazar durumu, urun liderliği, kamu sorumluluğu gibi daha yeni boyutlar katılmıştır. Son dönemlerdeki sınıflandırmada, örgütsel bir sistemde performans kavramı performansın aşağıdaki boyutları ile tanımlanmaktadır. Bunlar (Kenger, 2001: 39-43);

1. Etkenlik (effectiveness)
2. Etkililik (efficiency)
3. Verimlilik (productivity)
4. İktisadilik (economic)
5. Kalite (quality)
6. Çalışma yaşamının kalitesi (quality of working life)
7. Yenilik (innovation)
8. Kârlılık ve bütçeye uygunluk (rantabilite, profitability, budgetability)

Şekil 1. Performans Boyutları ve İlişkileri

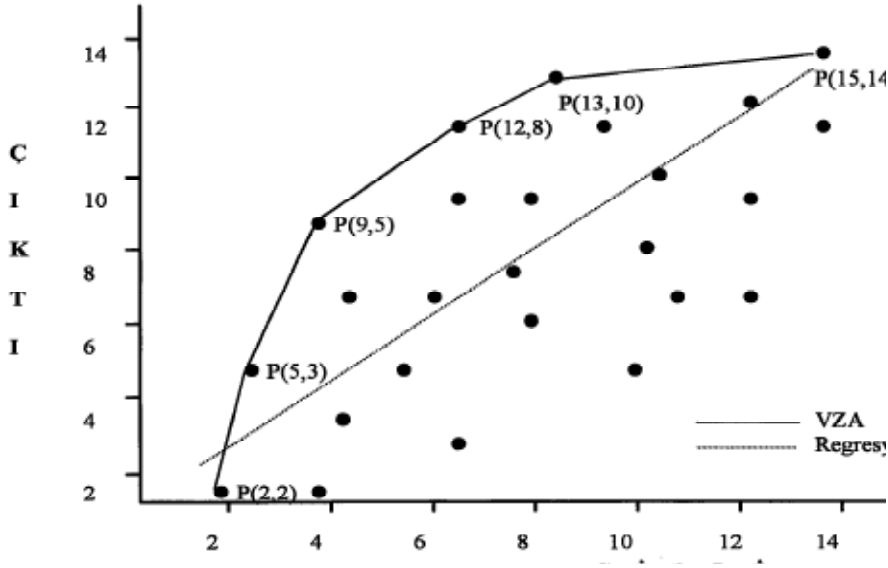


Kaynak: Daşdemir, 1996: 162

2. Veri Zarflama Analizi ve Değerlendirilmesi

Veri Zarflama Analizi Şekil 2.'de gösterildiği üzere gözlem kümesi hakkında bilgi edinilmesine yönelik alternatif bir yöntem içerir. Veriler yoluyla bir tek regresyon doğrusu optimize etmek amacı olan parametrik yaklaşımların aksine, Veri Zarflama Analizi, karar birimlerinin pareto-verimlilik kümesiyle tespit edilen en uç sınırı hesaplama amacıyla her bir gözlemi en uygun olan şekilde kullanır. Verilerin içerdiği bütün bilgiler hem parametrik hem de parametrik olmayan yaklaşımlarda kullanılır. Parametrik analizde, en uygun şekle getirilen tek regresyon denkleminin her karar birimine tatbik edilebileceği kabul edilir. Buna karşılık VZA, her karar biriminin performans ölçüsünü en iyi şekilde değerlendirir. Bu, ortalama hayali bir karar biriminin gösterilmesi yerine her karar birimi ile ilgili ortaya çıkarılan bir anlayış sonucudur. Başka bir deyişle, tek optimizasyonlu istatistik yaklaşımlarıyla bağlantılı olan parametrelerin ortalama ve tahmine odaklanmasının tersine VZA ihtiyaç duyulan optimizasyonlar (her gözlem için bir optimizasyon) tarafından temsil edilen bireysel gözlemlere dayanır (Güçlü, 1999: 16).

Şekil 2. Veri Zarflama Analizi ve Regresyonun Karşılaştırılması



Kaynak: Güçlü, 1999: 16.

Parametrik yaklaşım, bağımsız değişkenleri bağımlı değişkenlere ilişkilendiren (regresyon eşitliği, üretim fonksiyonu, vs.) bir spesifik fonksiyon biçiminin ortaya konulmasını gerekli kılar. Seçilen fonksiyon biçiminde bunların marjinal ürün değerini alan faktörler gibi hata terimleri ve birçok başka kısıtlamalar konusunda spesifik tahminleri de gerekli kılar. Tersine VZA, fonksiyonel biçim konusunda bir tahmine ihtiyaç duymaz. VZA, her karar biriminin maksimum sınırda veya sınırın altında olduğu gözlenen kümedeki bütün öteki karar birimleriyle ilişkili olan her karar birimi için maksimum performans ölçüsünü hesaplar. Sınırın üzerinde olmayan her karar birimi kendisine en yakın verimlilik sınırı üzerindeki karar biriminin dışbükey bir birleşimine göre ölçülür (Güçlü, 1999: 17).

VZA ampirik olarak azami üretim yüzeyi oluşturur (Şekil 2'deki yekpare çizgi), bu da ekonomik bakımdan açığa çıkarılan en iyi üretim sınırı gözlenen popülasyonda, kendi girdilerinin seviyesinde bir karar biriminden ampirik yolla elde edilmesi mümkün olan azam çıktıyı verir (Güçlü, 1999: 17).

Her verimsiz karar birimi için girdi ve çıktıların her birine ait verimsizlik kaynakları ve seviyesi VZA ile tanımlanır. Aynı girdi seviyelerinin kullanıldığı ve çıktıların aynı veya daha verimli sınırında bulunan diğer esas alınan tek karar birimi ile veya diğer esas alınan karar birimlerinin dışbükey

kombinasyonu ile kıyaslanması suretiyle verimsizlik seviyesi tespit edilir. Bu, öteki girdileri veya çıktıları daha da kötüleştirmeden bazı çıktıları artırabilen (veya bazı girdileri azaltabilen) eşit olmayan zorlamaları düzelten çözümleri gerekli kılarak yapılır. Her verimsiz karar birimine ait potansiyel düzeltme hesaplaması bir karar biriminin gözlenen performansına mutlak uygun olmaz. Projeksiyonlar, verimlilik sınırında bulunan karşılaştırılabilir karar birimlerinin açığa çıkarılan en iyi uygulama performansına dayandığından, verimsiz olan karar birimlerine ait hesaplanan (girdi ve çıktıların her birindeki) düzeltmeler elde edilebilen düzeltmelerin göstergesidir (Güçlü, 1999: 18).

VZA, hem çıktı hem de girdiye ait gözlemleri bir arada değerlendirir ve çok sayıda performans ölçüsüne yer verir. VZA, bir birimin performansını en iyi performans gösteren birimlerle karşılaştırarak hesaplanmış göreli bir performans ölçüsü ortaya koyar (Boles vd., 1995: 36).

VZA sadece en etkin ve en az etkin birimleri ortaya çıkarmakla kalmaz aynı zamanda kaynakların idareli kullanımı ve çıktının mümkün olduğunca artırımının ölçüsünü de ortaya koyar. VZA, her etkin olmayan birim için etkin birimlerden oluşan bir referans kümesi sunar. Referans olarak gösterilen bu birimler göreli olarak etkin olup benzer girdi ve çıktı kombinasyonuna sahiptir ve etkin olmayan birime çalışması için iyi operasyon uygulamaları örneklemektedir. Gerçek uygulamalarda sık sık arzu edilen göreli olarak etkin olmayan birimlerin performanslarını arttırabilmeleri için hedefler belirlemektir. Bu hedefler birimlerin kendilerini gözlemleyerek kıyaslama yapmalarını sağlar. Tüm VZA çalışmaları girdi/çıktı kümesinden göreli olarak etkin bir birim ortaya çıkarır ve bu birimin girdi ve çıktılarının ulaşılacak bir hedef olmasını sağlarlar (Boussofiane vd., 1991: 1-10).

VZA karar birimlerinin aktivitelerini değerlendirmede oldukça yararlı bir metottur. En önemli avantajlarından biri de analizi yapmak için gerekli bilginin elde edilmesinin diğer metotlara göre daha kolay olması ve bilginin maliyetinin düşük olmasıdır (Homburg, 2001: 51).

Veri zarflama analizinin üç temel zayıflığı; önemli değişkenlerin atlanması, aykırı değerlerin etkisi ve eksik gözlemlerin etkisidir. Bunların hepsi etkinlik değerlerinin yanlış hesaplanmasına neden olabilir ve kıyaslama sonuçlarını etkiler (Tepe, 2006: 65).

VZA etkinlik değerleri elde etmenin tek yolu olan girdi ve çıktılar kullanır. Bu nedenle anlamlı bir analiz için girdi ve çıktı değişkenlerinin seçimi hayati önem taşır. Bazen önemli değişkenlerin analizden çıkarılması

bu değişkenlerle yapılan bir analizden çok farklı sonuçlar üretir. Kıyaslamaya yardımcı olmada VZA kullanırken düşünülmesi gereken bir başka önemli konu ise VZA'nın aykırı değerlere karşı oldukça duyarlı olmasıdır Aykırı değere sahip birim zarflama yüzeyini önceki konumundan ileriye iter ve daha önce etkin olan birimler etkinlik sınırının altında yer alırlar. Bu durum VZA'nın bir kısıtı olsa da birçok etkin birimin yer aldığı durumda ideal bir birim ekleyerek bunları birbirinden ayırt etmek için yararlı olabilmektedir. Sıra dışı durumlarda, aykırı değere sahip birim etkinlik sınırını böyle bir uzaklığa yükseltilerek grupta karşılaştırma yapılacak gerçek bir birimin kalmayarak sadece tek bir etkin birimin kalmasına neden olabilmektedir. Eksik gözlemlerin VZA'da değişkenlerin atlanması ve aykırı değerler kadar önemli bir etkisi olmasa da analizde mümkün olduğunca çok karar birimi kullanılması daha doğru sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadır (Donthu vd., 2005: 1474-1482).

VZA'nin güçlü ve zayıf yönleri aşağıdaki şekilde özetlenebilir (Aydemir, 2002):

Güçlü Yönler:

1. VZA, verimsiz bir karar biriminin performansını, kümesindeki göreli olarak verimli olan karar birimlerinin seviyesine çıkarmak için bir tek yol değil, alternatif yollar belirler. Burada karar verme birimine uygun iyileştirme yolunu seçmek, karar vericinin yargısı ve tecrübesi ile şekillenir.
2. VZA'nin uygulanması, özellikle karar vericilerin üretim sürecini, ilgili tüm girdi ve çıktıları tanımlamak suretiyle daha iyi tanımalarını sağlar.
3. VZA çalışmasında gereksinim duyulan veriler ve analiz sonuçlarını içerecek detaylı bir veri tabanı yaratılabilir. Böylelikle konu ile ilgili belgeleme güçlenir.
4. VZA, girdi ve çıktı verilerinin rassal bir mekanizma ile üretilmediğini, yani deterministik olduğunu varsaymaktadır. Bu sebepten dolayı parametrik olmayan, ve verilerin belirli bir fonksiyonel dağılım kuralına uyması gibi bir varsayımı taşımayan bir yöntem olarak deterministik durumlar için daha avantajlı bir etkinlik analizi yöntemi olarak kullanılmaktadır.

5. Etkinlik analizi, istatistiksel sınır tahminleme yöntemlerinin ortaya çıkardığı ortalama fonksiyonun yerine, en iyi gözlemlerce oluşturulan sınır fonksiyonuna göre yapıldığı için, belirlenen hedefler, en iyi performans göstermiş birimler örnek alınarak yapılmaktadır. Bu da VZA ile yapılan etkinlik analizinin anlamını ve geçerliliğini güçlendirmektedir.

Zayıf Yönler:

1. VZA genel olarak fiziksel girdi ve çıktı ölçüleri ile test edildiğinden teknik girdi çıktı verimliliği ile sınırlıdır. Yöntemin yetenekleri çıktı ve girdilere (eğer mümkünse) göreli fiyatlar veya öncelikli ağırlıklar atanarak güçlendirilebilir.
2. Kalitatif girdi ve çıktı ölçüleri sonuçları zayıflatabilmektedir. İlgili girdi ve çıktıların üretim sürecini doğru olarak yansıtabilmesi, yöntemin sağlıklı sonuçlar vermesi açısından hayatsal öneme sahiptir. Kritik bir girdi ya da çıktı inceleme dışı bırakıldığında yöntemin verdiği sonuçlar yanıltıcı ve yanlı olabilir.
3. VZA'da, gözlemlenen performansın en iyi performansla olan farkı, sadece verimsizliğe bağlanmakta ve uç gözlem noktaları için ölçüm hataları göz ardı edilmektedir.
4. VZA modelleri, statik (durağan) ve tek zaman kesitinde değerlendirilen modellerdir. Gerçek hayatta ise karar verme birimlerinin bazı girdilerini çıktılara dönüştürebilmesi bir periyottan daha uzun bir süre alacağından, üretim süreci dinamik bir özellik göstermektedir. Bu sebeple farklı periyotlardaki veriler için uygun indirgeme oranlarının kullanılması gerekecektir.
5. Başvuru grubuna dahil olan karar verme birimlerinin diğerlerine göre üstünlüğünün göreceli olması, bu birimlerinin kendi başlarında değerlendirildiğinde de gerçekten verimli olup olmadıkları hakkında bir yorum yapılabilmesini güçleştirmektedir. Bu sebeple VZA etkinlik sonuçları, görecelilik çerçevesinde değerlendirilmelidir

ÇALIŞMANIN AMACI VE KAPSAMI

Çalışmanın amacı; Sağlık Bakanlığı hastanelerinin finansal etkinliklerin karşılaştırmalı olarak ölçülerek süper etkin, etkin ve etkin olmayan birimlerin belirlenmesi, etkin olmayan birimlerin etkin olabilmesi için gerekli iyileştirme miktarlarının tespit edilmesi ve kârlılık durumlarını da ortaya koyarak etkinlik ile olan ilişkisinin ortaya konmasıdır.

Çalışma farklı illerdeki ilgili veri setine ulaşılabilen (aynı girdi ve çıktı bileşimine sahip) Sağlık Bakanlığı'na ait 16 hastaneye uygulanmıştır. Hastaneler seçilmemiş olup, ilgili veri seti bulunan Sağlık Bakanlığı hastaneleri çalışma kapsamına alınmıştır.

ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ

Çalışmada etkinlik ölçüm yöntemi olarak "Girdi Yönelimli Veri Zarflama Analizi Modeli" kullanılmıştır. Bu tekniğin seçilmesinin nedeni hastane ve hastane birimlerinin çıktılardan ziyade kaynaklar/girdiler üzerinde kontrol yeteneklerinin daha fazla olmasıdır. Veri Zarflama Analizinin bir takım zayıf yönleri olmasına rağmen çok sayıda girdi ve çıktının kullanıldığı sektörlerde matematiksel programlama teknikleri ile kullanılan veriler anlamlı bir bilgi setine dönüştürülmektedir. Diğer etkinlik ölçüm yöntemlerine göre daha doğru ve gerçekçi sonuçlar üretmesi çalışmada bu yöntemin tercih edilmesinde önemli rol oynamaktadır. Yine çalışmada "Kârlılık" ise: "Karar Birimi Kârı / Karar Birimi Geliri" oranı ile ölçülmüştür.

ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİ SETİ VE KAPSAMI

Çalışmada kullanılan veriler Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'ndan alınmış olup doğru olduğu kabul edilmiştir. İlgili veriler 2007 yılı verileri olup, bu verilere sahip 16 Sağlık Bakanlığı hastanesi çalışma kapsamındadır. Bu hastaneler:

- Adana Devlet Hastanesi,
- Afyon Devlet Hastanesi,
- Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
- Ankara Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
- Balıkesir Devlet Hastanesi,
- Çanakkale Devlet Hastanesi,
- Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
- Gaziantep Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi,
- Isparta Eğirdir Kemik Eklem Hastalıkları ve Rehabilitasyon Hastanesi,
- İzmir Dr. Suat Eren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
- İzmir Karşıyaka Devlet Hastanesi,
- Konya Numune Hastanesi,
- Malatya Devlet Hastanesi,
- Muş Devlet Hastanesi,

- Muş Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi,
- Tokat Vali Recep Yazıcıoğlu Devlet Hastanesi.

Bu hastanelerin kendi aralarında karşılaştırmalı etkinlikleri ölçülmüş ve her hastanenin karlılıkları da ortaya konmuştur.

Çalışmanın veri seti 5 adet girdi ve 1 adet çıktı olmak üzere 6 değişkenden oluşmaktadır.

Girdi değişkenleri:

1. İlk Madde ve Malzeme Giderleri,
2. Personel Ücret ve Giderleri,
3. Dışarıdan Sağlanan Fayda ve Hizmetler,
4. Diğer Çeşitli Giderler,
5. Amortisman ve Tükenme Payları.

Çıktı değişkeni ise "Hizmet Gelirleri"dir.

Kullanılan değişkenlerin içeriği şöyledir:

İlk Madde ve Malzeme Giderleri: Bu giderlerin içerdiği giderler:

- Kırtasiye malzemesi giderleri,
- Beslenme ve gıda amaçlı giderler,
- Tıbbi ve laboratuvar malzemeleri giderleri,
- Temizleme ekipmanları giderleri,
- Giyecek, mefruşat ve tuhafiye malzemeleri giderleri,
- Bakım, onarım ve yedek parça giderleri,
- Yiyecek ve içecek giderleri,
- Üretim ilk maddesi giderleri,
- Diğer tüketim amaçlı malzeme giderleri.

Personel Ücret ve Giderleri: Memur ve işçilere ait ücret ve giderleri kapsayan bu girdi değişkeninin içerdiği giderler:

- Temel ücretler,
- Ek ödemeler,
- Fazla çalışma ücreti,
- Tedavi ve sosyal yardımlar,
- Yolluklar,
- Diğer personel ücret ve giderleri.

Dışardan Sağlanan Fayda ve Hizmetler: Bu girdi değişkenin içerdiği giderler:

- Elektrik, su ve yakacak giderleri,
- Haberleşme giderleri,

- Bakım onarım giderleri,
- Dışardan sağlanan personel giderleri,
- Dışardan sağlanan hizmet giderleri,
- Danışmanlık hizmetleri giderleri,
- Dışardan sağlanan diğer fayda ve hizmet giderleri.

Diğer Çeşitli Giderler: Bu girdi değişkenin içerdiği giderler:

- Sigorta giderleri,
- Pazarlama ve reklam giderleri,
- Kira giderleri,
- Sosyal giderler,
- Eğitim ve kültür giderleri,
- Konaklama ve seyahat giderleri,
- Ortak giderlere katılma payları,
- Mahkeme ve noter giderleri,
- Vergi, resim ve harçlar,
- Kamu payları
- Diğer çeşitli giderler.

Amortisman ve tükenme payları: Bu girdi değişkenin içerdiği giderler:

- Maddi duran varlık amortisman giderleri,
- Maddi olmayan duran varlık amortisman giderleri,
- Özel tükenmeye tabi varlıklar tükenme payları,
- Diğer amortismanlar ve tükenme payları.

Çıktı değişkeni olarak kullanılan "**Hizmet Gelirleri**"nin içerdiği gelirler:

- Poliklinik gelirleri,
- Klinik gelirleri (yatak ücretleri),
- Yoğun bakım gelirleri (yatak ücretleri),
- Ameliyat gelirleri,
- Doğum gelirleri,
- İlaç gelirleri,
- Tıbbi sarf malzemesi gelirleri,
- Kan ve kan ürünleri gelirleri,
- Diyaliz gelirleri,
- Radyoloji ve laboratuvar gelirleri,
- Sağlık kurulu ve rapor gelirleri,
- Diğer gelirler.

Veri Zarflama Analizi uygulaması için EMS (Efficiency Measurement System) paket programı kullanılmıştır. Bu etkinlik ölçüm programı Micro Soft Excel ile çalışan bir programdır. Bu nedenle öncelikle veri setleri MS Excel'de hazırlanmış, daha sonra EMS paket programına aktarılıp program çalıştırılmıştır. Ayrıca bu çalışmada diğer VZA çalışmalarından farklı olarak paket programdaki süperetkinlik modeli çalıştırılarak etkin birimler de sıralamaya tabi tutulmuştur.

ANALİZ BULGULARI

16 karar birimi için VZA modeli çözülmüş, kârlılıkları belirlenmiş ve çıkan sonuçlar Tablo 1.'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Hastaneler Etkinlik ve Kârlılık Tablosu

Karar Birimleri	Etkinlik Değeri	Kârlılık/ Zararlılık
Ankara Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	272,58%	-31,63%
Çanakkale Devlet Hastanesi	184,04%	45,47%
Malatya Devlet Hastanesi	147,65%	-15,60%
Gaziantep Av. Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi	142,17%	8,95%
Isparta Eğirdir Kemik Ek. Hast. Ted. ve Reh. Hastanesi	122,91%	-28,94%
Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi	85,85%	-29,82%
İzmir Karşıyaka Devlet Hastanesi	85,59%	-37,26%
Adana Devlet Hastanesi	83,53%	14,66%
Balıkesir Devlet Hastanesi	79,74%	-9,32%
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	74,76%	-21,47%
Tokat Vali Recep Yazıcıoğlu Devlet Hastanesi	74,05%	-29,76%
Afyon Devlet Hastanesi	73,46%	3,54%
Muş Devlet Hastanesi	71,89%	-11,72%
Konya Numune Hastanesi	69,74%	-52,60%
Muş Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	59,31%	-15,29%
İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	53,57%	-27,61%

Tablo1.'de hastaneler etkinlik değerlerine göre sıralanmış olup, 16 hastaneden 5 hastanenin (31,3%) etkin (boyalı alan / etkinlik değeri 100%ve üzerinde olanlar), 11 hastanenin (68,7%) ise etkin olmadığı görülmektedir. Ankara Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi süper etkin hastanedir ancak zararlı çıkmıştır. Hem etkin hem de kârlı olan hastaneler; Çanakkale Devlet Hastanesi ve Gaziantep Av. Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi olmuştur. Bununla birlikte Adana Devlet Hastanesi ve Afyon Devlet Hastanesi etkin olmamasına rağmen kârlı hastaneler çıkmışlardır.

Etkin olmayan hastanelerin etkin olabilmesi için girdilerinde yapmaları gereken iyileştirme (azaltma) miktarları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Etkin Olmayan Hastaneler İyileştirme Tablosu (%)

Karar Birimleri	İMM Gd.	Pers. Üc. Gd.	Dış. S. Fy. Hz.	Diğer Çş. Gd.	Amort. Tük. Py.
Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi	50,18	10,88	29,67	0,00	0,00
İzmir Karşıyaka Devlet Hastanesi	22,15	37,38	64,87	0,00	0,00
Adana Devlet Hastanesi	0,00	17,35	37,15	12,76	0,00
Balıkesir Devlet Hastanesi	0,00	30,13	45,08	0,00	19,61
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	0,00	20,51	0,00	22,63	67,30
Tokat Vali Recep Yazıcıoğlu Devlet Hastanesi	0,00	7,70	16,16	0,00	49,95
Afyon Devlet Hastanesi	5,02	0,00	34,20	9,38	0,00
Muş Devlet Hastanesi	0,00	18,69	37,48	17,21	0,00
Konya Numune Hastanesi	0,00	27,69	8,50	0,00	39,29
Muş Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	9,46	0,00	31,97	0,00	31,03
İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	5,57	0,00	28,74	0,00	32,54

Tablo 2.'ye göre Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin etkin olabilmesi için; yaptığı İlk Madde ve Malzeme Giderlerini 50,18% oranında azaltır, Personel Ücret ve Giderlerini 10,88% oranında azaltır ve Dışardan Sağlanan Fayda ve Hizmetler için yaptığı giderleri 29,67% oranında azaltır

ise etkin duruma geçecektir. Birimin zararlık değeri -29,82% iken, etkin duruma geçtiği taktirde kârlılık değeri de 1%'e ulaşacaktır.

İzmir Karşıyaka Devlet Hastanesi'nin etkin olabilmesi için; yaptığı İlk Madde ve Malzeme Giderlerini 22,15% oranında, Personel Ücret ve Giderlerini 37,38% oranında ve Dışardan Sağlanan Fayda ve Hizmetler için yaptığı giderleri 64,87% oranında azaltır ise etkin duruma geçecektir. Birimin zararlık değeri -37,26% iken, etkin duruma geçtiği taktirde kârlılık değeri de 21%'e ulaşacaktır.

Adana Devlet Hastanesi'nin etkin olabilmesi için; yaptığı Personel Ücret ve Giderlerini 17,35% oranında, Dışardan Sağlanan Fayda ve Hizmetler için yaptığı giderleri 37,15% oranında ve Diğer Çeşitli Giderleri 12,76% oranında azaltır ise etkin duruma geçecektir. Birimin kârlılık değeri 14,66% iken, etkin duruma geçtiği taktirde kârlılık değeri de 31%'e ulaşacaktır.

Balıkesir Devlet Hastanesi'nin etkin olabilmesi için; yaptığı Personel Ücret ve Giderlerini 30,13% oranında, Dışardan Sağlanan Fayda ve Hizmetler için yaptığı giderleri 45,08% oranında ve Amortisman ve Tükenme Paylarını 19,61% oranında azaltır ise etkin duruma geçecektir. Birimin zararlılık değeri -9,32% iken, etkin duruma geçtiği taktirde kârlılık değeri de 21%'a ulaşacaktır.

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin etkin olabilmesi için; yaptığı Personel Ücret ve Giderlerini 20,51% oranında, Diğer Çeşitli Giderlerini 22,63% oranında ve Amortisman ve Tükenme Paylarını 67,30% oranında azaltır ise etkin duruma geçecektir. Birimin zararlılık değeri -21,47% iken, etkin duruma geçtiği taktirde kârlılık değeri de 4%'e ulaşacaktır.

Tokat Vali Recep Yazıcıoğlu Devlet Hastanesi'nin etkin olabilmesi için; yaptığı Personel Ücret ve Giderlerini 7,70% oranında, Dışardan Sağlanan Fayda ve Hizmetler için yaptığı giderleri 16,16% oranında ve Amortisman ve Tükenme Paylarını 49,95% oranında azaltır ise etkin duruma geçecektir. Birimin zararlılık değeri -29,76% iken, etkin duruma geçtiği taktirde kârlılık değeri de -19%'a ulaşacaktır.

Afyon Devlet Hastanesi'nin etkin olabilmesi için; yaptığı İlk Madde ve Malzeme Giderlerini 5,02% oranında, Dışardan Sağlanan Fayda ve Hizmetler için yaptığı giderleri 34,20% oranında ve Diğer Çeşitli Giderlerini 9,38% oranında azaltır ise etkin duruma geçecektir. Birimin kârlılık değerini 3,54% iken, etkin duruma geçtiği taktirde kârlılık değeri de 14%'e ulaşacaktır.

Muş Devlet Hastanesi'nin etkin olabilmesi için; yaptığı Personel Ücret ve Giderlerini 18,69% oranında, Dışardan Sağlanan Fayda ve Hizmetler için yaptığı giderleri 37,48% oranında ve Diğer Çeşitli Giderleri 17,21% oranında azaltır ise etkin duruma geçecektir. Birimin zararlılık değeri -11,72% iken, etkin duruma geçtiği taktirde kârlılık değeri de 12%'ye ulaşacaktır.

Konya Numune Hastanesi'nin etkin olabilmesi için; yaptığı Personel Ücret ve Giderlerini 27,69% oranında, Dışardan Sağlanan Fayda ve Hizmetler için yaptığı giderleri 8,50% oranında ve Amortisman ve Tükenme Paylarını 39,29% oranında azaltır ise etkin duruma geçecektir. Birimin zararlılık değeri -52,60% iken, etkin duruma geçtiği taktirde zararlılık değeri de -22%'a ulaşacaktır.

Muş Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin etkin olabilmesi için; yaptığı İlk Madde ve Malzeme Giderlerini 9,46% oranında, Dışardan Sağlanan Fayda ve Hizmetler için yaptığı giderleri 31,97% oranında ve Amortisman ve Tükenme Paylarını 31,03% oranında azaltır ise etkin duruma geçecektir. Birimin zararlılık değeri -15,29% iken, etkin duruma geçtiği taktirde zararlılık değeri de -2%'ye ulaşacaktır.

İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin etkin olabilmesi için; yaptığı İlk Madde ve Malzeme Giderlerini 5,57% oranında, Dışardan Sağlanan Fayda ve Hizmetler için yaptığı giderleri 28,74% oranında ve Amortisman ve Tükenme Paylarını 32,54% oranında azaltır ise etkin duruma geçecektir. Birimin zararlılık değeri -27,61% iken, etkin duruma geçtiği taktirde zararlılık değeri de -15%'e ulaşacaktır.

Etkin olmayan hastanelerin büyük çoğunluğu Dışardan Sağlanan Fayda ve Hizmet Giderleri ile Personel Ücret ve Giderlerinde fazla harcama yaptıkları görülmektedir. Özellikle bu hastaneler dışarıdan sağladıkları temizlik, yemek, güvenlik ve bilgi işlem hizmetlerini etkin birimlere göre daha yüksek harcama yaparak sağlamışlardır. Yine genel olarak bu hastanelerin atıl durumda personel kullanmaları nedeniyle personel sayılarında azaltmaya giderek Personel Ücret ve Giderlerini düşürmeli, atıl personel ise ihtiyacı olan sağlık hizmeti sunan birimlerde istihdam edilmelidir. Bu iki gideri Amortisman ve Tükenme Payı Giderleri izlemektedir. Etkin olmayan hastanelerin çoğunun Amortisman ve Tükenme Payı dağıtım politikalarını değiştirmeleri gerekmektedir. Yine etkin olmayan hastanelerin neredeyse yarısının İlk Madde ve Malzeme Giderlerinde fazla harcama yaptıkları

görülmektedir. Özellikle Tıbbi Malzeme ve Laboratuvar Sarf Malzemesi alımlarında etkin olmayan hastanelerin fazla harcama yaptıkları ortaya çıkmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Karar birimlerinin etkinliğinin değerlendirilmesinde en çok kullanılan yöntemlerden biri veri zarflama analizidir. VZA, birden çok girdi ve birden çok çıktıyı işleyecek yetenektedir ve doğrusal form dışında, girdi ve çıktıları ilişkilendiren bir fonksiyonel forma ihtiyaç duymaz. VZA ile etkinlikleri hesaplanan karar birimleri göreli olarak tam etkinliğe sahip olanlarla kıyaslanır. Bu olumlu özellikleri nedeniyle VZA yardımıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları incelenen hastanelerin ve hastane birimlerinin çeşitli değişkenler kullanılarak göreli etkinliğinin belirlenmesini mümkün kılmıştır.

VZA'nın sonuçları yönetsel açıdan son derece önemli bilgiler içerir. VZA analizi incelenen veri setindeki her karar biriminin diğerlerine göre etkinliğini verir. Böylece, etkinliği düşük olan karar birimleri belirlenir ve bunların etkinliklerinin ne ölçüde artabileceğine ilişkin veriler elde edilir. Eğer bir karar birimi etkin değilse, VZA analizi bu birimin etkinliğini artırabilmek için gerekli olan stratejileri etkin karar birimlerine referans vererek önerir. Hesaplanan referans değerleri kullanılarak tüm birimlerin etkin olabilme özelliğini sağlayabilmeleri mümkündür.

Bu çalışma ile hastanelerin finansal performansı ölçülmüş, etkinlik ve kârlılık/zararlılık değerleri belirlenmiş, etkin olmayan birimlerin etkin duruma geçebilmeleri için hangi giderlerinde ne kadarlık iyileştirme yapacakları ve bu durumun kârlılıklarına etkisi ortaya konmuştur.

Yapılan çalışma ile karar birimlerinin etkin, etkin olmama, kârlı ve zararlı olma durumlarını gösterir sonuçlar Tablo 3.'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Karar Birimleri Etkinlik ve Kârlılık Sonuç Tablosu (%)

KARAR BİRİMLERİ	ETKİN		ETKİN OLMAYAN	
	Kârlı	Zararlı	Kârlı	Zararlı
Hastaneler	0,13	0,19	0,13	0,56

Tablo 3.'den de görüleceği üzere etkin olan birimler zararlı çıkabilmekte, etkin olmayan birimler kârlı çıkabilmektedir. Bununla birlikte etkin olmayan birimlerin ise çoğunlukla zarar eden birimler olduğu görülmektedir.

Sağlık harcamalarının büyük bir bölümünü ilaç harcamaları ve hastane harcamaları oluşturmaktadır. Ülkemizde sağlık hizmet sunumunun çok önemli bir kısmını (özellikle SSK hastanelerinin 2005 yılında devrinden sonra) Sağlık Bakanlığı hastaneleri yürütmektedir. Bu nedenle ülkemizde en büyük sağlık hizmet sunucusu olan Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin etkili ve verimli bir şekilde yönetilmesinin önemi aşikardır.

Yapılan çalışma ile Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ve hastane birimlerinde gerçekleştirilen giderler ve elde edilen gelir dikkate alınarak kaynak kullanımının verimliliğini ortaya koymak ve atıl kapasitelerin tespiti ile yapılması gerekli iyileştirme miktarlarının ortaya konulması amaçlanmıştır. Hastanelerin verimlilik sonuçlarının yanı sıra hastane birimlerinin de verimlilik sonuçlarının kârlılıkları ile birlikte ortaya konulması hem makro hem de mikro düzeyde işletmecilik açısından son derece önemlidir.

Çalışma sonucuna göre 16 hastane toplam etkinlikleri göz önüne alındığında, hastanelerin toplam harcamalarının 13,43%atıl kullanıldığı tespit edilmiştir. Bu hastanelerin toplam kârlılıkları dikkate alındığında ise gelir ve giderin eşit olması için toplam 10,43%oranında giderlerden azaltılma yapılması gerektiği ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak Sağlık Bakanlığı hastaneleri giderlerinde yapılacak iyileştirme ile ilgili atıl kaynak, farklı sağlık alanlarına yatırım (koruyucu sağlık hizmetleri için ya da sağlık kurumu açılması, yenilenmesi gibi) amaçlı kullanılabilir ya da toplam sağlık harcamalarının düşürülmesi sağlanabilir.

Çalışma sonuçları sadece Sağlık Bakanlığı Merkezi Yönetimi açısından değil, hastane yöneticileri açısından çok daha yol gösterici niteliktedir. Bir hastanenin diğerlerine göre etkinlik düzeyini belirlenmesi önemli olmakla birlikte hastane içinde pek çok sayıda hizmet üreten dolayısıyla gelir ve gideri olan birimlerin etkinlik düzeylerinin bilinmesi alınacak önlemler açısından önemlidir. Bu nedenle yapılacak etkinlik ölçüm çalışmalarının hastane birimlerinin de birer karar birimi şeklinde görülerek yapılması daha doğrudur. Hastane yöneticilerinin etkinsizlik nedeninin, hangi birimin hangi kaynağından ortaya çıktığını bilmesi alınacak önlemler için temel koşuldur.

Günümüzde bir hastanenin sadece ameliyathane donanımı milyon TL'lik yatırımlar gerektirmektedir. Bu da göstermektedir ki bir hastanede orta ölçekli bir sanayi kuruluşundan çok daha fazla donanım ve cihaz vardır ve bunların çoğu dış alım yoluyla sağlanmaktadır. Bu kadar pahalı cihaz donanımı ve değerli işgücünü bulunduran hastanelerin toplumun sağlık

ihtiyaçlarını karşılarken ellerindeki kaynakları tam olarak kullandıklarını söylemek zordur. Çünkü sağlık sistemimizin her kademedeki yönetiminde bilimsel ilke ve tekniklerden yeterince yararlanılmamaktadır. Sonuç olarak akılcı ve ekonomik kararlar alınamamakta, kaynaklar istemeden de olsa israf edilebilmektedir. Bu nedenle hastanelerde bilimsel ilke ve tekniklerin uygulanması, öncelikle bunları bilen uzmanların yönetim kadrolarında istihdam edilmesini gerektirir. Bu çalışmanın da bulgularına bakıldığında pek çok hastane etkin olmadığı gibi zararlı da çıkmıştır. Bir hastanenin finansal ya da finansal olmayan performansından hastane yönetimi sorumlu olması nedeniyle hastane yönetim kadrolarının nitelikleri çok önemlidir. Sağlık Bakanlığı hastaneleri daima tıp alanında eğitim almış kişilerce yönetilmiştir ve halen aynı uygulama devam etmektedir. Kamu Hastane Birlikleri olarak adlandırılan sistem henüz uygulamaya geçmemiş olmakla birlikte bu yasa tasarısının Sağlık Bakanlığı hastanelerinin etkili ve verimli yönetimine çözüm olabileceği düşünülmektedir. Özellikle hastane birliklerinin performanslarının ölçümüne yer verilerek sınıflandırmaya ve dolayısıyla rekabete tabi tutulması, ayrıca hastane birliği yönetiminde tıp eğitimi almış olanlardan ziyade sağlık yönetimi, işletme, iktisat, hukuk, muhasebe ve maliye alanlarında eğitim almış kişilere de yer verilmiş olması bu bağlamda önemli bir gelişme olarak düşünülebilir. Özellikle çalışma kapsamında olan Sağlık Bakanlığı hastanelerinden, kamu tüzel kişiliğine haiz sağlık işletmesi statüsüne sahip tek hastane olan Ankara Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin süper etkin hastane çıkması (kârlı olmasa da) Sağlık Bakanlığı'nın bu yönde hareket etmesi gerektiğine dair önemli bir örnektir.

Yine hastanelerde maliyet muhasebesi sisteminin bulunmaması da önemli bir eksikliktir. Kaynakların verimli bir şekilde kullanımına olanak sağlayacak kararlar için gerekli olacak finansal bilgi ancak yeterli düzeyde yapılandırılmış maliyet yönetim sistemleri ile mümkündür.

Hastanelerin çıkan etkinlik ve kârlılık sonuçlarına göre giderlerini azaltıcı önlemler alması gerekir. Bu; personelin nitelik ve nicelik olarak dağılımından ve büyüklüğünden, ortalama kalış gününe, yatak doluluk oranından kullanılacak tıbbi cihazına, yapacağı yatırımlara kadar son derece teknik bilgi ve beceri de isteyen çok önemli yönetsel bir süreçtir. Bu amaçla talep tahminleri, insangücü planlaması, kapasite planlaması, stok yönetimi ve finansal planlama konularında bilimsel ilke ve teknikler kullanılarak modern işletmecilik kuralları çalıştırılmalıdır.

Sermayenin pahalı ve kıt oluşu, parasal işlemlerin bilinçli yönetimini zorunlu hale getirmiştir. Özellikle hastaneler ihtiyaç fazlası nakdini vadeli mevduat, repo vb. ile değerlendirilmesi sağlamalı veya satın almalarda peşin ödeme avantajlarından yararlanılmalıdır.

Sonuç olarak Sağlık Bakanlığı hastanelerinin temel amacı etkili, verimli ve kaliteli sağlık hizmetini sunmak olmalıdır. Bu hastanelerin kârlılığını yükseltmek ana amaç olmasa da finansal etkinlik düzeylerini ortaya koyarak, etkin olmayan hastanelerin hedeflenen etkinlik düzeyine ulaşmasını sağlayacak ve teşvik edecek rekabet ortamı yaratılması gerekmektedir. Bu amaçla yapılacak performans ölçümlerinde sadece finansal göstergeler değil hastanelerin sosyal sorumluluğunu da yansıtan göstergeler de kullanılması hastane performanslarını değerlendirmede daha doğru olacaktır. Ayrıca hastanelerin ve aynı hizmeti sunan hastane birimlerinin belirlenmiş standart oranlara göre değil de birbirleri ile kıyaslanması sonucu elde edilecek sonuçlara göre performanslarının ölçümlerinin değerlendirilmesi ulaşılabilir hedefler açısından daha faydalı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

– **Akal Z., (1992)**. İmalatçı Kamu Kuruluşlarında İşletmeler arası Toplam performans verimlilik, Kârlılık ve Maliyet Karşılaştırmaları, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, No: 482, Ankara, s.6.

– **Aydemir Z. C., (2002)**. "Bölgesel Rekabet Edebilirlik Kapsamında İllerin Kaynak Kullanım Görece Verimlilikleri: Veri Zarflama Analizi Uygulaması, DPT Uzmanlık Tezi", Yayın No: 2664, Ankara.

– **Barkey J. B., (2002)**. Gaining and sustaining Competitive Advantage. New Jersey: Prentice Hall, p.26-27.

– **Baş İ. M. ve Artar A., (1991)**. İşletmelerde Verimlilik Denetimi, Ölçme ve Değerlendirme Modelleri, Ankara.

– **Bingöl D., (2003)**. İnsan Kaynakları Yönetimi, Beta Yayınları, 5. Bası, İstanbul, s.273.

– **Boles J. S., Donthu N. and Lohtia R., (1995)**. "Salesperson Evaluation Using Relative Performance Efficiency: The Application of Data Envelopment Analysis", Journal of Personal Selling and Sales Management, 15-3, p.36.

– **Boussofiane A., Dyson R.G. and Thanassoulis E., (1991)**. "Applied Data Envelopment Analysis", European Journal of Operational Research, 52-1, p.1-15.

– **Daşdemir İ., (1996)**. "Orman İşletmelerinin Başarı Düzeylerinin Belirlenmesi", Doğu Anadolu Ormancılık Araştırma Müdürlüğü Teknik Bülteni, No:1, Erzurum, s.162.

– **Donthu N., Hershberger E.K. and Osmonbekov T., (2005)**. "Benchmarking Marketing Productivity Using Data Envelopment Analysis", Journal of Business Research, 58-11, p.1474-1482.

– **Gencer H., (2006)**. "Genel İşletme Performansı ve Finansal Performans İlişkisi - Çimento Sektöründe Bir Uygulama", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.

– **Güçlü A., (1999)**. "Türk Silahlı Kuvvetleri Hastanelerinde Verimlilik Ölçümü: Veri Zarflama Analizi Uygulaması", Yayınlanmamış Doktora Tezi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara.

– **Halis M. ve Tekinkuş M., (2003)**. Kamuda Performans Yönetimi, Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar, Editörler: Balcı & Nohutçu & Öztürk & Coşkun, Seçkin Yayınları, Ankara, ss. 170-184.

– **Homburg C., (2001)**. "Using Data Envelopment Analysis to Benchmark Activities", International Journal of Production Economics, 73-1, p.51-58.

– **Kenger, E., (2001)**. Denetçi Yardımcıları Eğitim Notu, s.38-43.(http://www.ydk.gov.tr/egitim_notlari/denetim.htm)

– **Pervaiz K.A., Kwang K.L., Mohammed Z., (1999).** "Measurement Practice for Knowledge Manegement. Journal of Workplace Learning: Employee Courselling Today", Volume II, Number 8, MCB University Pres, s.305-307.

– **Songur M., (1995)**. Mahalli İdarelerde Performans Ölçümü, Ankara, s.1.

– **Tepe M., (2006)**. "Kıyaslama Çalışmasında Veri Zarflama Analizi Kullanımı", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

AĞIZ VE DİŞ HASTALIKLARININ MEDİKAL, PSİKOSOSYAL VE EKONOMİK ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araş. Gör. Hakan Çolak*

Doç. Dr. Çoruh Türksel Dülgergil*

Dt. İsmail Serdaroğlu**

ÖZET

Ağız - Diş sağlığı ve sonuçları yalnızca genel sağlık açısından değil, sosyal yapının devamlılığı ve huzuru açısından da şaşırtıcı bir etkiye sahip olabilir. Bu durum; yaşamın ilk yıllarından itibaren gelişme ihtimali olan erken çocukluk çağı çürüklerinin çocukta oluşturabileceği ağrı ve devamındaki konuşma-öğrenme güçlüğünün kendini ifade etmedeki olumsuz yansımaları değil, aynı zamanda olası bir kişilik değişimi ve toplumda yalnız kalmanın oluşturabileceği iletişimsizlikle de açıklanabilir.

Çalışmalar; birey sağlığı ve toplum huzuru arasındaki ilintiyi net bir şekilde açıklasalar da toplumsal iletişim ve bireysel ifadenin yegane aracı olan konuşma-öğrenme ve ülkemiz gelenekleri düşünüldüğünde yeme (ve bunun başta aile ortamı olmak üzere toplumsal yaşamın paylaşımındaki rolü) işlevlerinin gerçekleştirildiği ağız ve çevresinin sağlığının ne denli önemli olabileceğini gözler önüne sermektedir. Bütün bunların yanında ağız hastalıklarının önlenebilmesi ve tedavisi için birçok gelişmiş veya gelişmekte olan ülke büyük bütçeler ayırmaktadır.

Bu derlemede; ağız hastalıklarının medikal, psikososyal ve ekonomik etkilerinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ağız ve diş sağlığı, Sosyal yapı, Ekonomik boyut

*Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi ve Endodonti Anabilimdalı

**Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Evaluation of the Medical, Pyscosocial and Economic Impact of Oral-Dental Diseases

ABSTRACT

The continuity of good-oral health and its consequence have an interesting effect not only on overall medical health but also on social-comfort. This can be explained by the fact that early caries occurrence in infant not only leads to pain which could result in talking and/or learning disability, but also leads to uncommuniability due to desolution and social embarrassment. Eventhough, many scientific papers explain the clear relation between personal health and social well-being, one of the unexplained issues is the importance of oral health in social-life in which we generally use the oral-cavity for talking in communication and eating in our traditional life-style. Of course, treatment of the oral diseases have a gross budget for many developing and or less developed countries.

The aim of this review to investigate medical, pyscosocial and economic impacts of oral disease.

Key Words: Oral and dental health, Social structure, Economic dimension

GİRİŞ

Dünya sağlık örgütü 60 yıl önce sağlığı, "yalnızca hasta veya sakat olmamak değil bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" şeklinde tanımlamıştır. DSÖ, kendi tanımından yola çıkarak bir bireyin teknik olarak hastalığını tedavi ettirmiş olmasının "iyi olma durumu" için yeterli olamayacağını ve iyilik halinin üç farklı boyutununda sürdürülmesi gerektiğini vurgulamıştır. Fiziksel iyilik hali banyo yapma, tıraş olma, yeme ve hareket etme gibi normal aktiviteleri yerine getirebilme olarak kabul edilmektedir. Zihinsel iyilik hali, kavramsal yeteneklerin yerinde olması(sağlam) ve korku, endişe, stress, depresyon ve diğer negatif duygular gibi sıkıntılar olmaması anlamına gelmektedir. Sosyal iyilik hali ise bir kişinin toplumla entegrasyonu, aile bireyi olarak görevlerini yerine getirebilmesi, arkadaş, çalışan, vatandaş olarak veya herhangi bir insanla ilişki kurabilme yeteneklerinin tamamıyla ilişkilidir. (DSÖ, 1948)

Ağız boşluğumuz vücudumuzun tamamlayıcı bir parçasıdır ve ağız sağlığı vücudumuzun geri kalan kısmının sağlığıyla yakından ilişkilidir. Elde edilen birçok bilimsel kanıtta; yetersiz ağız sağlığının genel sağlığa olan olumsuz etkileri net bir şekilde ortaya konmuştur (Offenbacher ve ark., 1998: 3; De Stefano ve ark., 1993: 306; Morrison ve ark., 1999: 6). Son dönemlerde yapılan birçok çalışmada, periodontal hastalıklar gibi ağız

enfeksiyonlarının; kalp hastalığını ve hamilelerde erken doğum riskini arttırdığı ve diyabetli hastaların kan şekerini kontrol etmelerinde sorunlar yaşamasına neden olduğu gösterilmiştir (Williams ve Mahan., 1960: 172; Bobetsis ve ark., 2008: 139) . Öte yandan; ağızda meydana gelen değişiklikler; vücudun herhangi bir bölgesinde oluşan enfeksiyöz hastalıklar, immune rahatsızlıklar, beslenme bozuklukları ve kanser gibi birçok hastalığın da ilk belirtisi olabilir (Tyldesley, 1983: 587; Swinson ve ark., 2004: 65; Parks ve Lancaster., 2003: 171).

Ağız boşluğumuz bir bakıma *vücudumuzun* dış dünya ile bağlantısını sağlayan ilk *giriş* kapısıdır. Buna ilaveten yaşamımızın devamı için ihtiyacımız olan besinlerin ve suyun alınması için gerekli yolun sağlanmasında, insanlarla iletişim kurmamızda ve ruh halimizi dışa yansıtmamızda en belirgin işaret olarak görev yapmaktadır. Ağız sağlığı, bütün dişlere sahip olmak değil aynı zamanda bu dişlerin çürüksüz, dolgusuz ve kavitesiz olması anlamına gelmektedir. Bu durum, insanların yaşamları boyunca genel sağlığının en temel ve tamamlayıcı parçasıdır. Ağız sağlığı denilence akla sadece dişler değil, dişetleri, sert ve yumuşak damak, ağız ve boğaz mukozası, dudaklar, tükürük bezleri, çiğneme kasları alt ve üst çenesi yani bütün bir ağız akla gelmelidir. İyi bir ağız sağlığı sadece diş çürüğü ve dişeti hastalıklarına sahip olmamak değil, kronik ağız hastalıkları, ağız ve boğaz kanserleri, yumuşak doku lezyonları, damak dudak-yarıkları gibi doğumsal defektlere, ağız, diş ve kraniofasiyal dokuları etkileyen diğer hastalıklara, durumlara veya rahatsızlıklara sahip olmamak anlamına gelmektedir. Çiğneme, tat alma, öpüşme, gülümseme, konuşma ve şarkı söyleme gibi birçok temel insani fonksiyonun gerçekleştirilebilmesi için ağız sağlığımız yeterli düzeyde olmalıdır.

Çocuklarda özellikle tedavi edilmeyen diş çürüklerinin; beslenme güçlüğü, konuşma bozukluğu, diş yapısında harabiyet, yetersiz çiğneme fonksiyonu, estetik problemler ve buna bağlı olarak öz güven kaybı, ağrı, enfeksiyon, konsantrasyon kaybı, öğrenme güçlüğü ve okul devamsızlığı gibi birçok belirgin oral ve sistemik problemlere neden olacağı ve sosyal ve duygusal bir çok sonuç doğurabileceği bilinmektedir (Reisine ve ark., 1987: 66; Reisine ve ark., 1986: 65).

"Sağlığın ölçümü" ile ilgili araştırmalar, kronik ve akut durumları içine alan geniş bir spektrumu içerse de ağız sağlığının sosyal etkileri üzerine göreceli olarak daha az önem verilmektedir (Bergner ve ark, 1981;19). Geleneksel yaklaşımda ağız sağlığı, "doku patolojisi" temelinde ölçülür ve bu

patojinin neden olduğu geniş sosyal sonuçlar çoğunlukla dikkate alınmaz. Diş hastalıkları halihazırda hem yetişkinlerde hem de çocuklarda yüksek prevalansla karakterize problemlerdir ve aslında pek çok ülkenin sağlık harcamalarında da hatırı sayılır yüzdelere ulaşmaktadır. Örneğin ABD'de; 2004 yılı verilerine gore Amerikalılar yaklaşık olarak 500 milyon diş hekimi ziyareti gerçekleştirmişler ve tahmini olarak dental servislerde 78 milyar dolar harcamışlardır. (NHE, 2004)

Nadiren de olsa yaşamı tehdit edici bir gidiş sergileyen ağız-problemleri, çoğunlukla kronik bir seyir takip eder ve zaman zaman akut periyotlar sergiler. Bu sebeple çoğunluğu, tıbbi durumlarla kıyaslanamayacak derecede "hızlı" tedavi edilebilirler. Bu sebeplerledir ki, diğer tıbbi-kronik durumlar, genelde politika yapıcılar tarafından daha ciddi halk sağlığı sorunları olarak algılanmaktadır.

Oysa ki kendi iç dizaynlarında öldürücü olmayan bu hastalıklar dizini, şaşırtıcı ve hatta kalıcı olabilen bir sosyal-psikolojik ve ekonomik etkilere sahiptirler ve bu durum birey-toplum ilişkisini bozabilir. Bu sebeple bu derlemede, ağız hastalıklarının medikal, psikososyal ve ekonomik boyutları irdelenmiştir.

Ağız Sağlığı ve Genel Sağlık Arasındaki İlişki:

Direkt Etki (bakteriyel enfeksiyonlar vs.)

Özellikle son 20 yıl içinde yapılan çalışmalarda, ağız sağlığı ve genel sağlık arasında iki yönlü bir ilişki olduğu belirginleşmiştir (Barnett, 2006; 137). İki yönlü olarak ifade edilmeye çalışılan durum; bazı sistemik hastalık bulgularının ağız belirtileri olduğu ve ağız sağlığının ise dolaylı ya da doğrudan bir şekilde genel sağlık üzerinde etkili olduğu şeklinde açıklanmaktadır (Barnett ve Hyman, 2006: 137). Ağız hastalıkları ve sistemik hastalıklar arasında bulunan belirgin ilişki spesifik olarak neden sonuç ilişkisini göstermez; bu iki durum şans eseri olabileceği gibi genel risk faktörlerine bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir.

Aslında şaşırtıcı bir şekilde ağız sağlığının bir birey üzerindeki etkileri anne karnından itibaren başlamaktadır. Örneğin; hamilelik dönemi gingivitisi veya ileri periodontitis gibi hastalıkların erken doğum gibi istenmeyen sonuçlara yol açabildiği artık belirginlik kazanmıştır (Bobetsis, 2006: 137). Bu tip erken doğan bebeklerin perinatal dönemde ölüm riskleri yüksektir ve neonatal dönemde yaşamlarını sürdürenlerin ise nörogelişimsel,

solunumsal, davranışsal, metabolik ve kardiyovasküler problemler geliştirme riski bulunmaktadır (Bobetsis, 2006; 137). İyi bir ağız hijyeninin eksikliği, periodontal bakterilerin bakteriyel biyofilm şeklinde birikimine yol açmaktadır. Bakteriler ve saldıkları virülans faktörler kan dolaşımına girerek sistemik iltihabi cevabı tetiklemektedir. Periodontitisten kaynaklanan bakteri ve enflamatuar mediatörlerin fetal-plasental üniteye yerleşerek negatif etki gösterdikleri varsayılmaktadır. Bu teoriye destek olarak kemirgenler üzerinde yapılan çalışmalarda, periodontal hastalıkların daha düşük ağırlıklı fetüslere neden olduğu gösterilmiştir (Pitiphat ve ark., 2008: 36).

Periodontal hastalıkların hamilelikte yol açtığı olumsuz sonuçlarla ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmaların birçoğu periodontal hastalıklarla hamilelik komplikasyonları arasında ki ilişkiyi göstermiştir (Deppe ve ark., 2010: 41; Rakota ve ark., 2010: 81; Marin, 2005: 32). Toplum halk sağlığı çalışmaları, periodontal hastalıkların hamilelik komplikasyonlarının öncüsü olduğunu göstermiştir. Direkt ilişki açısından bazı net olmayan bulgular olsa da, fetüsün anneden gelen oral bakterilerle teması sonucunda "periodontal patojenlere" karşı oluşan fetal IGM cevabının "erken doğum" için göreceli olarak yüksek risk taşıdığı ifade edilmektedir. Fetal-plasental arayüzeyinde lokalize olan enflamatuar cevabın doku yıkımına ve nihayetinde fetal gelişimi de etkilediği düşünülmektedir (Bobetsis, 2006: 137).

Diyabet, gingivitis ve periodontitis için bir risk faktörüdür. Periodontal hastalıkların glisemik kontrole olan etkisini değerlendirebilmek için çok sayıda çalışma yürütülmüştür. Bazı çalışmalarda, periodontal tedavi sonrası glisemik kontrolde belirgin bir gelişme olurken diğerlerinde herhangi bir değişiklik olmadığı ifade edilmiştir (Mealay, 2006: 137).

Diyabetik hastaların periodontal terapilere olan glisemik cevabı hayli farklılık göstermektedir. Diyabet ve periodontal hastalıkların birbirlerini tetikledikleri için eş zamanlı olarak kontrol altına alınımları gerekmektedir (Nagasawa ve ark., 2010: 49). Sistemik enflamasyon insulin direncini artırmaktadır. Kronik periodontal iltihaplar insülin direncini artırma potansiyeline sahip oldukları için glisemik kontrolü güçleştirirler. Buna ilaveten, özellikle diyabetik hastalarda görülen, ileri glikasyon son ürünlerinin birikimi periodontal patojenlere karşı oluşan immunoenflamatuar cevabın şiddetini artırma potansiyeline sahiptir (Demmer ve Desvarieux, 2006: 137).

Enflame olmuş periodonsiyum enflamatuar sitokinleri, LPS ve bakterileri sistemik dolaşıma salmaya başlamakta ve sonrasında salınan bu maddeler arterosklerosizin ilerlemesine neden olarak kan koagülasyonunu,

trombositleri ve prostoglandin sentezini etkilemekte ve nihayetinde felç başlangıcına katkıda bulunmaktadırlar. Yapılan bir vaka-kontrol çalışmasında serebral enfarktüslü 50 yaş altı 40 hastanın ağız-diş sağlığı durumu popülasyondan rastgele seçilen 40 kişiyle karşılaştırılmıştır. Toplam indekste ve panoromik değerlendirme sonrasında serebral enfarktüslü hastaların kontrol grubunda ki bireylere göre daha kötü ağız hijyenine sahip oldukları görülmüştür (Syrjanen ve ark., 1989: 225).

Ağız içindeki bakteriler ve zararlı ajanlar, yeterli miktardaki tükürükle ağızdan yıkanarak temizlenir ve daha sonra yutulurlar. Bununla beraber, özellikle tükürük akışı azalmış bireylerde, üst ve alt solunum yolu enfeksiyonlarına sebep olan gram negatif bakterilerin, ağız içinde büyük oranda arttıkları belirlenmiştir. Tüm sağlıklı bireylerin yaklaşık yarısı, uyku esnasında tükürüklerinin çok az miktarını akciğerlerine çekerler. Sonuç olarak; yetersiz ağız hijyeninin sebep olduğu artan gram negatif bakteri sayısı ve azalan tükürük akışı gibi bakteri yükünü arttıran faktörler, pnömoni (zatürre) riskini arttırabilir (Marik, 2001: 344). Bu durum, vücut direncinin düştüğü "Domuz Gribi" gibi hastalıklarda, özellikle ağız bakteri sayısını düşürmeye yada kontrol etmeye yönelik olarak hastalara önerilen "tuzlu-karbonatlı su gargarası" işlemi ile örtüşmektedir. Bu tip hastalarda olası ölüm vakaları, "akciğer enfeksiyonları" ile oluştuğundan, özellikle bakımsız ağızlarda, akciğerlere sızması muhtemel patojen bakteri sayısının kontrolünü bu şekilde sağlamak yoluna gidilmektedir.

Bakteriyel pnömoninin en sık görülen şekli orofarengeal floranın alt solumun yoluna aspire edilmesiyle gerçekleşir. Orofarengeal floranın eliminasyonunu sağlayan konak savunmasının çökmesi durumunda mikroorganizmalar çoğalarak doku hasarına neden olabilmektedir (Craven ve ark., 1990: 91). Çoğu patojenin aspire edilmeden önce ilk olarak farengeal mukoza veya ağız boşluğu yüzeylerinde kolonize olması kuvvetle muhtemeldir. Bu patojenler dış bir kaynaktan veya antibiyotik tedavisi sonrasında normal oral floranın gelişmesi sonucunda kolonize olabilmektedir. Streptococcus pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae ve Haemophilus influenzae gibi genel potansiyel solunum patojenleri, orofarenks bölgesinde kolonize olarak alt solunum yoluna aspire olabilirler (Cunha, 1986: 22). Normal ağız florasını oluşturan A. actinomycetemcomitanlar, P. gingivalis ve Fusobacterium gibi anearoblar da alt solunum yollarına aspire olarak pnömöniye sebep olabilirler (Fiddian-Green ve Baker, 1991: 19).

İndirekt Etki (beslenme güçlüğü, uyku problemleri ve konuşma zorlukları)

Ağız sağlığı genel sağlığın bir parçasıdır ve fonksiyonel, fiziko-sosyal ve ekonomik boyutlarıyla ölçülen yaşam kalitesi ve huzurun temelidir. Diyet, beslenme, uyku, psikososyal durum, sosyal ilişkiler, okul devamsızlığı ve iş performası gibi farklı durumlar; ağız ve diş hastalıklarından etkilenebilmektedir. Oral ve kranisofasiyal hastalıklar ve rahatsızlıklar gıdaların ısırılması, çiğnenmesi ve yutulması gibi fonkisyonların yerine getirilmesini aksatmakta ve besin seçimini sınırlayarak yetersiz beslenmeye neden olmaktadır. Bu durumlara; temporomandibular rahatsızlıklar, protez yenilemelerine bağlı olarak oluşan fonksiyonel sınırlamaları ve tat alma duyusunda ki değişiklikler şeklinde örnek verilebilir. Orofasiyal ağrı, tedavi edilmemiş ağız ve diş problemlerinin semptomudur ve bu durum tek başına yaşam kalitesini azaltabilecek temel bir etkendir. Yine bu durum, uyku yoksunluğu, depresyon ve birçok olumsuz psikososyal durumla da ilintili bulunmuştur.

Diş çürükleri dolaylı olarak bireyin beslenmesini etkileyebilmektedir. Hızlı gelişen diş çürükleri etkin bir çiğnemeyi zorlaştırarak beslenmeyi olumsuz yönde etkileyebilirler. Sonuç; yetersiz beslenmeye bağlı hızlı kilo kaybı ve genel sağlık sorunlarının oluşumudur.

Yetersiz ağız sağlığı ve diş kaybı, yetişkinlerde çiğneme kaybına yol açmakta ve gıda seçimlerinde sınırlamalar getirebilmektedir. Dolayısıyla hiç bir doğal dişe sahip olmayan bir bireyde, lifli gıdaların, proteinlerin, kalsiyumun ve C vitaminin alımında azalma meydana gelebilmektedir. Besin olarak bu ürünlerin alımının azalması, biyokimyasal markerlarının azalmasıyla ilşkilendirilmiştir (Steeles ve ark., 1998; Krall ve ark., 1998: 129; Griep ve ark., 2000: 55).

Çok sayıda çalışma diş kayıplarının nitelik olarak daha kalitesiz beslenmeye yol açtığını ortaya koymuştur. Örneğin; Amerikalı emekli askerlerde (Chauncey ve ark., 1984: 34), Kanadalılarda (Brodeur ve ark., 1993: 70), ve Finlilerde (Ranta ve ark., 1987: 3) yapılan çalışmalar dişlerini kaybetmiş bireylerin eksiksiz dişlere sahip insanlara göre daha yumuşak, kolay çiğnenebilir, daha az lif içeren ve besin değeri düşük gıdaları tercih ettiklerini ortaya koymuştur. Bireyler gıda seçenekleri konusunda kısıtlanmaya itildiklerinde ve seçilen gıdaların optimal besinsel değerden uzak olması sonucu yaşam kalitesi açık şekilde ıstırap çekmektedir. Mesela bu bireyler liften zengin gıdalar ve sebzelerden yardım alınarak yapılan ve "günde 5

kez" olarak tanımlanan diyet önerilerine ayak uydurmakta büyük güçlük çekerler. Yaşlılarda dişsizlik ve yetersiz ağız sağlığı berlirgin bir şekilde kilo kaybına neden olarak bütün sağlığı etkileyen bir hal alabilmektedir (Blaum ve ark., 1995: 50; Ritchie ve ark., 200; Sullivan ve ark., 1993: 41)

Wayler ve arkadaşlarının (1982: 37) çeşitli seviyelerde diş kayıpları olan emekli askerlerde yaptıkları bir çalışma, şiddetli dişsizlik yaşayan bireylerde farklı seviylerde tat alma, dokunma, çiğneme rahatlığını hissetme ve sindirme sıklığı gibi durumların negatif yönde etkilendiğini ortaya koymuştur. Öte yandan protetik tedavi yapılmış bireylerde yapılan çalışmalarda tedavi sonrası çiğneme kabiliyetinin geliştiğini ancak çiğneme performansının klinik ölçümünde belirgin bir değişiklik olmadığı rapor edilmiştir. (van der Bilt ve ark., 1994: 73).

Hem dental hem de sistemik hastalıklar iştah ve beslenme yetisini belirgin şekilde etkileyerek sağlık ve afiyetten ödün verilmesine yol açabilmektedir. Yaşlı popülasyonda kullanımı artan ilaçlar ve kronik hastalıkların etkisi özellikle zayıf yaşlılar arasında aşikardır. (Ship et al., 1996). Birleşik devletlerde geriatrik bireylerin yüzde 50'sinde yeme ve yutma problemleriyle bağlantılı olarak yetersiz beslenme gözlenmiştir. (Keller, 1993: 41). Öte yandan, hastane ve ev bakımına muhtaç hastalarda yapılan çalışmalar; yetersiz ağız sağlığının ve çiğneme problemlerinin düşük vücut kütle indeksi ve istem dışı kilo kaybına yol açtığını göstermiştir. Bu durumun devamlılığında ise morbidite ve ölüm oranlarında belirgin bir artış olduğu bildirilmiştir (Mojon ve ark., 1999: 28; Sulliban ve ark., 1993: 41).

Ağız problemlerine bağlı oluşan uyku problemleri çoğunlukla kronik ağrıyla ilintilidir ve doğrudan yada dolaylı bir şekilde ağrı ve uykusuzluk, depresyona bağlı olarak şiddetlenebilmektedir. Gilbert ve arkadaşlarının Florida eyaletinde yaptıkları bir çalışmada popülasyonun yüzde 3'ünün dental problemlere bağlı olarak rahat bir uyku geçiremedikleri rapor etmiştir. Kanada çalışmalarında Locker ve Grushka (Locker ve Grushka, 1987: 66) akut veya kronik dental probleme sahip bireylerin yüzde 14. 2'sinin uyku bozukluğu çektiğini ve bu grubun bütün popülasyonun yüzde 5.5'ini oluşturduğunu rapor etmişlerdir.

Çocukları acil diş tedavisi gören ebeveynlerden alınan bilgilere göre çocukların yüzde 32'sinin okul, yüzde 50'sinin uyku ve yüzde 86'sının da beslenmeyle ilgili güçlükler çektiği belirtilmiştir (Edelstein ve ark., 2006: 28). Acs ve arkadaşları (Acs ve ark., 1992: 14) düşük gelirli topluluklarda yaptıkları çalışmada erken dönem çocuk çürükleriyle gelişme güçlüğü arasında ilişki

olduğunu rapor etmişlerdir. Vücut ölçümleri ve kan testi sonuçları yetersiz beslenmenin göstergelerinin şiddetli erken dönem çürükleriyle çok yakın ilişkili olduğunu göstermektedir ve bu durum demir eksikliği anemisini akla getirmektedir (Clarke ve ark., 2006: 28). Bu raporlar ve diğerleri erken dönem çocukluk çürüklerinin ve tedavisinin çocuk gelişimine olan etkisini beslenme güçlüğü, uyku, ruhsal durum ve dikkat gibi faktörler açısından ilgi gösterilmesi yönünde harekete geçirmektedir. Erken dönem çocuk çürükleri çocukların fiziksel, emosyonel ve entellektüel özelliklerine etki etmektedir. Diş çürüklerinden kaynaklanan aralıklı ağrıların erken yaşlarda yaklaşık yüzde 20 oranında okul öncesi çocuğu etkilediği artık bilinmektedir (Edelstein ve ark., 2006: 28; Clarke ve ark., 2006: 28; Siegal ve ark., 2004: 26).

Ağız Sağlığının Psikolojik Durum Üzerindeki Etkisi

Yetersiz ağız sağlığının genel sağlık ve yaşam kalitesi açısından sosyal etkileri, özellikle yetişkin bireyler arasında telaffuz edilmektedir. Yetersiz ağız sağlığı çiğneme performansına ve efektif besin seçimine olumsuz etkiler yaparak genel sağlık açısından bir risk oluşturabilmektedir. Yaşlanmaya bağlı olarak meydana gelen birçok hastalık (örn. Hipertansiyon, kalp hastalıkları, kronik solunum rahatsızlıkları, boşaltım ve psikiyatrik problemler), sistemik hastalıklar ve bunların tedavilerinin yan etkileri (ilaç tedavileri) ağız sağlığını aksatabilmekte (azalan tükürük akışı gibi) ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bununla beraber, ilerleyen yaşlarda el becerisinin azalması ağız hijyeninin gerektiği gibi yapılamamasına sebep olmaktadır. Ağrı, diş apsesi, ısırma ve çiğneme problemleri, kayıp veya hasar görmüş dişlerin tamamı, yaşlı bireylerin gündelik yaşamını, özgüvenini, refahını etkileyebilmektedir. (Petersen and Yamamoto, 2005: 33)

Vücudun diğer bölgeriyle kıyaslandığında insanın yüzü, benliğinin yansımasıdır. Çekicilik, psikolojik gelişimde ve sosyal ilişkilerde önemli bir etkiye sahiptir. Ağız ve dişlerin sözlü ve sözsüz iletişimdeki önemi düşünüldüğünde, bu bölgede oluşacak hastalıklar organların fonsiyonlarını bozacak ve muhtemelen farkındalığa zarar verecek ve sosyal ilişkilerin kurulmasını ve sürdürülebilirliğini negatif yönde etkileyebilecektir. Bireylerin sosyal fonksiyonları, "kişiler arası yakın ilişkilerden, sosyal ve toplumsal aktivitelerde bulunmaya" kadar çok farklı rolleri kapsayabilir. Diş hastalıkları ve bozuklukları bu sosyal rolleri direkt ya da indirekt etkileyebilmektedir. Örneğin; fonksiyon kaybı besin seçeneklerini kısıtlamakta ve yemeklerden alınan tadı azaltmaktadır. Bu durum dolaylı olarak bireylerin sosyal

birlikteliklerini sınırlamakta ve yakın arkadaşlıklardan kaçınmalara neden olmaktadır. Bunun sonucunda bireylerde öz-imaj ve öz-güven kaybı oluşabilmektedir (Reisine, 1985: 75).

İngiltere'de, yaşlı insanlarda yapılan çalışmalar yüzde 30'unun çiğneme güçlüğü çektiğini ortaya koymuştur. Bununla birlikte sadece yüzde 5'i diyetlerini değiştirmişler, yüzde 9'u çiğneme esnasında rahatsızlık duyduklarını ve yüzde 13'ü sosyal ilişkiler sırasında çekingenlik yaşadıklarını rapor etmişlerdir (Smith ve Sheilman, 1979: 305). Bergendal, yetişkenlerde meydana gelen diş kayıplarının ciddi sonuçlar doğurduğunu ve hatta insanların emeklilikten daha fazla bu yeni periyoda ayak uydurmada güçlük çektiklerini belirtmiştir (Bergendal, 1989: 6).

Fiske ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise dişsiz hastalarının yüzde 25'inin dişsizliklerinin öğrenilmesi durumda toplumdan dışlanacaklarını düşündükleri için yakın ilişkilerden kaçındıklarını ortaya koymuştur (Fiske ve ark., 1998: 184). Araştırmacılar yetişkinlerin diş kayıplarına olan reaksiyonlarını; öz-güven kaybı ve öz-imaj değişimi, yoksunluk, görünüşlerinden hoşnutsuzluk ve kendilerini daha ileri yaşlarda algılama şeklinde sıralamışlardır.

İngiltere'de 1997-1998 yılları arasında 3000 evde ağız sağlığının yaşam kalitesine olan etkisi araştırılmış ve %70 oranında cevaplayıcı ağız sağlığının pozitif yada negatif yönde yaşam kalitelerini etkilediği belirlenmiştir. Sosyo-ekonomik seviyesi yüksek ve daha önceki yıllarda diş hekimi ziyaretini aksatmamış yaşlı bireyler pozitif yanıtlar vermişlerdir (McGrath ve Bedi, 1998: 15). Yaşlı Kaliforniyalılarda yapılan bir çalışmada; kendi yaş gruplarında ki bireylere göre kendilerini daha çekici görenlerin daha fazla sayıda doğal dişe sahip oldukları belirtilmiştir. Bununla birlikte, aynı grubun daha az emosyonel anksiyeteye sahip oldukları, sağlıklarını mükemmel veya çok güzel olarak derecelendirdikleri ve daha az oranda total veya parsiyel protez kullandıkları rapor edilmiştir (Matthias ve ark., 1993: 13).

Gündelik fonksiyonlar hastalık etki profiline göre değerlendirilmektedir. Dental problemlerin, beslenme, uyku ve dinlenme üzerine büyük etkisi bulunmaktadır. Bununla birlikte, dental problemler iş gücü ve performans kaybını, sosyal ilişkileri, emosyonel davranışları ve hareketliliği etkileyebilmektedir. Bu amaçla yapılan bir çalışmada; Hollanda ordusunda görevli 62 askerde dental problemlerin günlük aktiviteye olan

etkisi incelenmiştir. Katılımcılara, mevcut durumlarından çok ağız diş sağlığı ile ilgili problemlerin, sorumlu oldukları işleri üzerindeki etkileri sorulmuştur. Günlük yaşam fonksiyonları, Hastalık Etki Profili üzerine kurgulanmıştır ve dental problemlerin özellikle yeme-uyuma ve dinlenme üzerinde en büyük etkiye sahip oldukları rapor edilmiştir. Bununla beraber, dental durumların aynı zamanda işteki dalgınlık-hobby amacıyla yapılan faaliyetler-sosyal kontaklar, emosyonel davranışlar ve hareketliliği etkilediği ortaya çıkmıştır. Bireylerin sosyal fonksiyonları, tanışma ve birlikte olma alışkanlıklarından sosyal ve toplumsal aktivitelere katılmaya kadar birçok farklı rolü içine almaktadır. Diş hastalıkları bu sosyal fonkisyonları herhangi veya bütün seviyelerde kesintiye uğratabilmektedir (Patrick ve ark., 1990: 11).

Hindistan'da lise öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda dental problemlerin artmasının akademik performansı kötüleştirdiği görülmüştür (Kahi ve ark., 1971: 25). Kaliforniya üniversitesi öğrencileri temporomandibular problemlere bağlı olarak oluşan ağrı ve başağrısının çalışma aktivitelerini ve uyku durumunu etkilediğini rapor etmişlerdir (Solberg ve ark., 1979: 98). Amerikan ulusal sağlık araştırmasında; dental koşulların, 1980 yılında 1.57 milyon okul devamsızlığına veya her 100 okul öğrencisi için yılda 4 günlük okul kaybına sebep olduğu ortaya çıkmıştır (Reisine, 1985: 75).

Huzur evlerinde yapılan çalışmalarda ağız hastalıklarına bağlı olarak psikososyal problem yaşayan geriatrik bireylerin moral düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin düşük seviyelerde olduğu belirlenmiştir (Locker ve Matear, 2000; Locker ve ark., 2000: 7). Ağız sağlığının en ilginç etkilerinin ise gelir kaybı yada evlilik durumunda olduğu bildirilmektedir (Locker ve ark., 2000).

Kanada'nın Ontario eyaletinde farklı 2 gruba ait yetişkin popülasyonlarda yapılan çalışmalarda ağız sağlığı problemleriyle ilişkili bireysel farkındalılık (özbilinç) ve çekingenlik konuları araştırılmıştır. Her iki çalışmada da bir önceki yıl yaşadıkları bu tarz problemlerin sıklığı sorulmuş. Onsekiz yaş üstü bireylerin yüzde 7'sinin ağız sağlığı problemleri nedeniyle konuşma güçlüklükleri çektikleri, yüzde 15'inin ağız problemleri nedeniyle gülümsemekten veya kahkaha atmaktan kaçındığı ve yüzde 19'unun dişlerinin veya ağızlarının görünümü nedeniyle bazı zamanlarda utangaç davrandıkları rapor edilmiştir (Locker ve Miller, 1994: 22). Elli yaş ve üstü bireylerin yüzde 24'ünün zaman zaman dişlerinin görünümü nedeniyle içe kapanık bir ruh hali sergiledikleri, yüzde 22'sinin zaman zaman kendilerini konforsuz hissettikleri ve yüzde 13'ünün gülümsemek istemedikleri rapor edilmiştir (Locker ve Slade, 1993: 59).

Ağız Sağlığının Sosyal Yaşam Üzerine Etkileri

Diğer pek çok hastalıkta olduğu gibi diş hastalıkları da, ağızda ve dentisyonda meydana gelen herhangi bir anormal değişiklik, bireyin entellektüel ve emosyonel fonskiyonlarını içeren bir dizi psikolojik durumu değiştirebilmektedir. Diş hekimi korkusu olarak adlandırılan ve dünya nüfusunun yaklaşık ¼ ünü etkileyen dentofobi, en küçük bir tedavinin bile anksiyete oluşturmasına yol açmakta ve bu kişilerin diş hekimi ziyaretlerinden kaçınmalarına sebep olmaktadır.

Periodontal hastalıklar, büyük çapta yapılan dental rekonstrüksiyonlar, maloklüzyon ve ağız kanserlerinin emosyonel etkileri net bir şekilde gösterilmiştir (Cushing ve ark., 1986; 3). Örneğin, dişlerinin tamamını kaybetmiş bireylerden elde edilen deneyimler dişsizliğin depresyon ve anksiyete başlangıcına ve özgüven kaybına neden olduğunu göstermiştir (Miller ve ark., 1978;46). Entellektülel fonksiyon, karar verme yetisi ve yaratıcı düşünce gibi zihinsel aktiveteler; süregelen ağrı veya dişlerde ve ağzın hassas dokularında ki konforsuzluktan etkilenebilmektedir.

Merkezi yönetim tarafından 1996 yılında yapılan araştırmaya göre, Birleşik Devletlerde 5 yaş altı çocukların tahmini olarak yüzde 9.3'ü, ağız-diş problemleri sebebiyle kısıtlanmış aktiviteli gün geçirmektedirler ve bunlardan okul öncesi dönemde yaklaşık yüzde 3.7'si dental problemler nedeniyle yatak istirahatine gerek duymaktadır (Adams ve ark., 1999: 10). Aynı çalışmada, ABD'de değişik çocuk alt popülasyonlarında hastalık geçirmede ki farklılığın, gelir ve ırk farklılıklarıyla yakından ilişkili olduğu not edilmiştir.

Kanada çalışmaları 4 haftalık süreçte yetişkinlerin yaklaşık %6-9'unun orta dereceden şiddetliye doğru oral veya fasiyal ağrı geçirdiğini belirtmektedir. Bu ağrı günlük aktivitelerin 1/7'sini etkilemektedir. Aynı çalışmada, günlük yaşamı etkileyen en genel ağrının diş ağrısı olduğu, 18 yaş ve üstü Kanadalıların yüzde 13'ünde çiğneme ve yüzde 10'unda konuşma bozuklukları görüldüğü, 65 yaş ve üstü hasta grubunun üçte birinde genel anlamda besinleri çiğnemede sorunlarla karşılaşıldığı bulgulanmıştır. Yetişkin bireylerin yedide birinde yetersiz ağız sağlığının psikolojik ve sosyal huzura etkisi olduğu, tat almayı, iletişimi, sosyal ilişkileri ve diğer günlük aktiviteleri azalttığı görülmüştür. Ağız problemlerine bağlı psikososyal problem yaşayan diğer yaşlı bireylerin yaşam kalitesi değerlendirildiğinde, morallerinin düşük olduğu ve sürdürdükleri yaşamdan tatmin olmadıkları bildirilmiştir**.** Aynı **ç**alışmada bulunan esas bulgu ise, 5 Kanadalı yetişkinden en az bir tanesinin

bir önceki yıl boyunca oldukça sık bir şekilde ağız problemlerine bağlı olarak bir veya daha fazla fonksiyonel ve psikososyal problemle karşılaşmasıdır (Locker ve ark., 1998: 26; Miller ve Locker, 1999: 11).

Ağız hastalıklarının muhtemel etkilerinden bir tanesi de halitosis dir (ağız kokusu). Yaklaşık olarak nüfusun yarısı ağız kokusu problemi yaşamaktadır (Bosy, 1997: 63) ve yaklaşık yüzde 25 oranında birey bu problemlerin sosyal yaşamda ki yansımalarını şiddetli bir şekilde hissetmektedir. Örneğin bu tip probleme sahip bir birey başka insanların varlığında tedirgin ve utangaç olabilir, yakın arkadaşlıklar ve sosyal ilişkiler kurmaktan kaçınabilir (Bosy, 1997: 63). Bundan dolayı halitosis birey yaşamında noksanlığa sebep olarak yaşam kalitesini azaltabilmektedir (Slade, 1997: 25, Locker, 2004).

Diş Hastalıklarının Ekonomik Boyutu

Diş hastalıkları ölümcül olmamakla birlikte yaygınlığı ve büyüklüğü, tedavi edilmelerini pahalı hale getimektedir. Örneğin İngiltere'de 1974-1975 yılları arasında diş hastalıklarının tedavi maliyetinin; kanser, şeker hastalığı ve kalp rahatsızlıklarına harcanan miktardan daha fazla olduğu belirtilmiştir. (Knowland, 1979). Aslında bu durum pek çok dünya ülkesi için bu haldedir. Örneğin; 1989'da Kanada'da dental harcamaların maliyetinin 3.1 milyar dolar olduğu hesaplanmıştır. Bu harcamların sadece %14'ü kamu fonundan karşılanmıştır (Leake ve Porter, 1993). 1986 rakamlarına göre ise Kanada da dental harcamalar, kardiyovasküler hastalıklardan ve mental bozukluklardan sonra üçüncü sırada yer almıştır. 2000 yılı için dental harcama maliyetinin yaklaşık olarak 6.4 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir (İsmail, 1999). Benzer bir durum ABD'de de görülmektedir ve bu ülkede diş çürüğü ve sonuçları için yıllık harcama; akciğer kanseri, kalp damar hastalıkları ve romatizmal hastalıklar için harcanan paranın 2 katıdır (House ve ark., 2004: 135).

Aşağıda detaylı bahsedileceği gibi, "sağlık harcamalarında" hastalığın tedavi edilmesi esnasında karşılaşılan "*direkt maliyet*" yanında, bu tedavi esnasında karşılaşılan "*indirekt maliyetler*" özellikle diş tedavi maliyetlerinin tam olarak hesaplanmasını zorlaştırmaktadır. Örneğin; çocuğunu bir diş hastanesine götüren ebeveynin "ulaşım harcaması" ve o gün işe gitmemsi sonucu oluşan "iş gücü kaybı" değerlendirilmesi gereken basit ama önemli detayları oluşturabilir. Bütün bu elementlerle ilgili bir sistemik veri olmasa da diş hastalıklarının önlenmesi ve tedavisi için toplamda sarfedilen emek düşünüldüğünde, ekonomik maliyet tek başına kıymetli bir yere sahiptir.

Bailit ve Silversin, "Diş hastalıklarının bireylere veya toplumlara olan finansal etkisinin, hastalığın önlenmesi, yokedilmesi ve tedavi edilmesi için kullanılan bütün kaynakların tamamıyla ölçüleceğini belirtmişlerdir (Bailit, 1981: 4).

Hastalığın toplam maliyeti 3 unsurdan oluşmaktadır:

1. Özel kurumlar (muayenehaneler, merkezler, poliklinikler) ve kamu kurumlarında (diş hastaneleri, ağız-diş sağlığı merkezleri vs.) ağız-diş sağlığı için yapılan harcamalar,
2. Diş hastalıklarına bağlı olarak oluşan iş gücü kaybının ekonomiye olan etkisi,
3. Diş hastalıklarının psikososyal maliyetinin parasal ölçümü.

Aslında "yapısal" olarak, diş tedavilerinin klinik özelliği kendi içinde özel ve benzeri olmayan bir yapıya sahiptir. Örneğin; bir bireyin kol yada bacağını 60 yıllık ortalama bir ömür içinde birden çok kırma ihtimali - çok özel bazı durumlar dışında - oldukça kısıtlıdır. Oysaki aynı süreçte tek bir dişe yapılan bir dolgu onlarca defa değiştirilebilir, kanal tedavisi yapılabilir, kaplanabilir ve sonunda çekilebilir. Benzer bir durum, açık kalp ameliyatı, diz protezi, böbrek transplantasyonu vb. pek çok örneklerle de genişletilebilir. Öte yandan, sık uygulama yüzünden bireylerin başka hastalık yada risklerle de karşılaşma ihtimalleri artabilir. Zira her bir dental uygulama aslında bir "operatif işlemdir". Benzer pek çok örnekten de anlaşılacağı üzere, insanların dental hizmet talepleri ile ilgili olarak alternatiflerinin çoğalması ancak ekonomik durumları ile ilgili olabilir ve sonuç olarak bu konudaki harcamaları ekonomik açıdan onları kısıtlayabilir.

Öte yandan bu durum, aslında devlet politikası olarak belirlenen ödeme maliyetlerinin de tekrar gözden geçirilmesini gerektirebilir. Zira maliyet, bireyin sağlık kesintilerinin çok çok üstünde olabilir. Bu durum, orta ve uzun vadedeki sağlık harcamaları açısından yeni bir yapılanmayı zorunlu kılabilir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1978 yılı diş hastalıkları için harcamaların toplam maliyeti yaklaşık olarak 13 milyar dolardır (Miller, 1981). 1975'de diş sağlığı için cepten ödenen ortalama gider kişi başına 41 dolarken toplam sağlık harcamaları için bu rakam 245 dolardır. Kişi başı yıllık 58 dolarlık harcamayla bütün yaş grubu arasında en yüksek maliyetli 45-64 yaş grubu bireyler oluşturmaktadır (Wilder, 1978). Amerikan Ulusal Kronik Hastalıkları Önleme ve Sağlığın Geliştirilmesi Merkezi verilerine göre 2004 yılında Amerikalılar yaklaşık olarak 500 milyon diş hekimi

ziyareti gerçekleştirmişler ve tahmini olarak dental servislerde 78 milyar dolar harcamışlardır. Sağlık sigortası altında ağız-diş sağlığı servislerinde yapılan toplam harcamaların sadece küçük bir miktarı 65 yaş ve üstü bireyler için gerçekleştirilmiştir (Centers for Medicare and Medicaid Services, 2004). Karşılanması ve dengelenmesi zor bu büyük maliyet sebebiyle ABD'de "sağlık sigortası", rutin dental uygulamaları içermemekte (diş çekimi - dolgu - diş taşı temizliği) ve sadece spesifik nedenlerden dolayı hasta olan bireylerin dental ihtiyaçlarını kapsamaktadır (çene kırığı-gömülü diş çekimi) (Oral Health in America: A Report of the Surgeon General, 2000).

İndirekt dental harcamalarla ilgili olarak yapılan bir ulusal değerlendirmede, ABD'de hastaların diş hekimi koltuğunda 84 milyon saat harcadıkları (her ziyaret 15 dk olarak farzedilmiş) belirlenmiş; ortalama ulaşım süresinin 1 saat ve bekleme süresinin ise 15 dakika olduğu hesaplanmıştır. En iyi tahminlere göre ise diş sağlığı hizmetleri için yılda yaklaşık olarak 405 milyon saat işgücü kaybı veya okul devamsızlığı yaşandığı tespit edilmiştir (Howie and Drury, 1978: 126). Benzer olarak 1978'de yaptıkları çalışmada Howie ve Druruy; ABD'de yılda yaklaşık olarak 7 milyon dental akut durumun yaşandığını ve bu durumdan her 100 Amerikalı'dan 3.3'ünün etkilendiğini bildirmişlerdir. Araştırıcılar bu durumun, "akut bronşit insidansından" daha yüksek olduğunu da bulgulamışlardır. Dental koşulların, yılda 25 milyon aktivitesi kısıtlanmış güne malolduğu ve bu durumun her 100 kişiden 12.1'inde görüldüğü de ifade edilmektedir. Diş ağrısı ve benzeri sebeplerle ABD'de toplam 8.8 milyon günün yatakta geçirildiği ve bu durumdan da her 100 kişiden 4.2'sinin etkilendiği bildirilmiştir (Howie and Drury, 1978: 126).

Dental koşullara bağlı olarak oluşan iş gücü kaybı değerlendirmeleri oldukça farklıdır. Bu alanda ki araştırmalar kısıtlı olmasına rağmen dental problemlerin iş gücü kaybıyla ilişkisini ortaya koyan iki önemli çalışma vardır. Bunlardan birincisi ABD'de Ulusal Sağlık Başkanlığı'nın (NHIS) yaptığı bir araştırma anketidir. İkincisi ise Reisine ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalardan elde edilen veriledir. NHIS'den elde edilen verilere göre 1984 yılı boyunca ABD'de ağız-diş sağlığı problemlerinde her yıl 100 çalışanın 3.2 gün iş gücü kaybı olduğu tahmin edilmektedir (National Health Interview Survey, 1984).

1982 yılında dental problemler için her 100 çalışma günü için 2 günlük kayıp olduğu hesaplanırken (Bailit ve ark., 1982) 1983 yılı için bu rakamın 2.5 olduğu tahmin edilmektedir. 1982 yılında her 100 akut

durum için 289 günlük iş gücü kaybı olduğu ve 1983 yılı içinse bu rakamın 227 gün olduğu hesaplanmıştır. Çalışan kesimde dental problemlere bağlı olarak meydana gelen iş gücü kaybı oldukça orjinal bir bulgudur, zira son 30 yıl içinde diş hastalıkları prevalansının genel popülasyonda azaldığı bildirilmektedir (Broen ve ark., 1987: 66).

Diş Hastalıklarının sebep olduğu gün kayıpları üzerine en kapsamlı derleme Bailit ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Bailit ve ark., 1982). Bu çalışma, Reisine'nın çalışmasına benzer toplumsal yapıya sahip olan Connecticutta yaşayan yetişkinler üzerinde gerçekleştirilmiştir (Reisine, 1984: 63; Reisine ve Miller, 1985: 21). Hartfod bölgesinde yaşayan 2541 çalışan yetişkine rastgele telefonla ulaşılmış ve görüşülen bu kişilerin iş gücü kaybını belirleyebilmek için bir yıl boyunca takipleri sağlanmıştır. Çalışmada, örneklerin %26'sında dental problemlere ve ziyaretlere bağlı olarak iş gücü kaybı olduğu görülmüş; en çok iş gücü kaybının ise koruyucu ve restoratif işlemler için yapılan dişhekimi ziyaretleri sırasında olduğu bildirilmiştir. Ortalama kaybedilen iş saati her birey için 1.3 saat olarak değerlendirilmiştir. Düşük sosyo-ekonomik statü ve çok zor yapılan tedaviler de daha fazla iş gücü kaybı yaşatmıştır. Bu durumun sebebi olarak; daha düşük sosyal sınıfta olan bireylerin, semptomlar şiddetleninceye kadar tedavilerini yaptırmadıkları ve bu sebeple hastalığın tedavisinde güçlükler yaşandığı ve daha çok zaman harcandığı yorumu yapılmıştır (Bailit ve ark., 1982).

Amerika Birleşik Devletleri'nden elde edilen verilerde 1989 yılı için diş hastalıklarının ve muayenehane ziyaretlerinin 2.7 milyon iş gününe ve 1 milyon okul günü kaybına sebep olduğu ve 4.1 milyon kısıtlı aktiviteye sahip gün geçirdikleri rapor edilmiştir (Gift ve ark., 1992: 12).

Geniş çapta diş tedavileri için gereksinim olan genel anestezi erken dönem çocuk çağı çürüklerinin riskli ve maliyetli sonuçlarından bir başkasıdır. ABD'de her yıl onbinlerce çocuk, dişlerinin restorasyonu veya çekimi için genel anestezi altında tedavi görmektedir (Casamassimo ve ark., 2009: 140). White ve arkadaşları sadece Kuzey Carolina'da iki yılda 5.500 çocuğun genel anestezi altında diş tedavilerini gerçekleştirdirdiğini belirtmiştir (White ve ark., 2008: 30)

Griffin ve arkadaşları ise, 1 yıllık periyotta sağlık sigortasına sahip 2.100 çocuğun genel anestezi altında tedavi gördüğünü ve bu çocukların yüzde 60'dan fazlasının 3 yaş ve altında olduğunu rapor etmişlerdir. Bu servislerin ailelere ve kamuya olan ortalama tedavi başı maliyeti 1.508 dolar

olarak belirtilmiştir (Griffin, 2000: 60). Geniş çapta önlenebilir olan diş hastalıklarında Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl onbinlerce çocuk genel anestezi almaktadır ve milyonlarca dolar maliyeti bulunmaktadır.

Cravero ve arkadaşları sedasyon ve genel anestezi alan hastalarda oluşan beklenmeyen sonuçların özellikle pediatrik popülasyonda yüksek risk taşıdığını belirtmişlerdir (Cravero ve ark., 2006: 118).

Sonuç ve Öneriler

Ağız-diş sağlığı ile ilgili olarak, şu ana kadar ülkemiz için oldukça yeni diyebileceğimiz ancak toplumu yaygın ve hatta derinden etkileyebilecek önemli konu başlıklarının olduğu açıktır. Yalnızca "diş ağrısı" olarak isimlendirilen rahatsızlığın, temelde bazı önemli tıbbi-psikolojik-sosyolojik ve hatta ekonomik sorunların başlangıcı olduğu ve önleminin alınmaması durumunda kalıcı denebilecek problemleri oluşturabileceği aşikardır.

Ağız-diş hastalıkları; sosyal boyutta, çocukluk çağlarından itibaren bireylerin psikolojilerini etkileyerek daha az konuşan yada kendini daha az ifade eden bir toplum oluşturma gibi ilginç bir sosyal sorunu da tetikleyebilecek ön koşulları oluşturabileceği gibi, ondan korunulması için de toplumsal bir değişim ve eğitimin gerektiği orijinal bir hastalık modeli oluşturabilmektedir.

Yaşamın erken dönemlerinden itibaren nerdeyse görülen ilk ve en yaygın hastalık olması özelliği ile -ölümcül olmamasına rağmen- hayat döngüsünde tekrarlayıcı ve pahalı bir özellik arz eder. Bu durum; oluşmasını bekleyip mevcut başa çıkılmaz ve pahalı sorunları çözmektense, daha başlamadan yok etmek (korunmak) için erken ve yaygın koruyucu önlemleri almamız gerekliliğini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Ağız ve diş hastalıklarının medikal, psikososyal etkilerini incelediğimizde özetle aşağıdaki bulgular ortaya çıkmaktadır:

Ağız sağlığı ve genel sağlık arasında iki yönlü ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ağız ve diş hastalıkları; diyabetli hastalarda glisemik kontrolü zorlaştırmaktan, hamile hastalarda erken doğum riskini arttırmaya kadar geniş bir yelpazede ciddi medikal problemlere neden olabilmektedir.

Ağız ve diş hastalıklarında meydana gelen bozukluklar; beslenme, çiğneme problemleri, tat alma, gülme, kahkaha atma, uyku ve konuşma gibi fonksiyonel işlevleri negatif yönde etkileyebilmektedir.

Ağız ve diş hastalıkları ve tedavileri ciddi ekonomik sonuçlar doğurmaktadır. Ağız hastalıkları işgücü kaybı, okul devamsızlığı, kısıtlanmış aktiviteli günlere neden olmakta ve tedavisine her yıl milyarlarca dolar harcanmaktadır.

Ağız sağlığı problemlerine bağlı olarak sosyal ilişkilerde zayıflama, utangaçlık, özgüven kaybı, anksiyete ve depresyon gibi psikososyal sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Bu durumlara bağlı olarak evlenme, kariyer ve eğitim gibi sosyal statüye ilişkin durumlarda istenmeyen sonuçlara neden olabilmektedir.

Diş çürüğü ve periodontal hastalıklar; davranışla değiştirilebilen hastalıklar olarak kabul edilirler ve bu yüzden, temelde bu tip hastalıkların önlenebilmesi için toplumsal bir davranış değişikliğinin yaratılması zorunludur. Kısaca diş çürüğünün derin sosyal ve ekonomik boyutları olabileceği gibi, toplumda koruyucu diş hekimliği ve ağız bakımının önem ve yararının oluşturulabilmesi içinde bir sosyal öğreti mekanizmasından faydalanmak ülkemiz için zorunludur. Bu sosyal tepki mekanizmasında ailede öğretilmesi gereken bir koruyucu davranışın yaygınlaştırılması ve bunun ilköğretim çağlarından itibaren formal bir ders gibi zaman zaman hatırlatılması etkin bir sosyal güdülenme oluşturabilecektir. Çocukların sınıflarında, okul bahçelerinde, sokaklarda ya da toplu olarak stadlarda zaman zaman diş fırçalama kampanyalarına dahil edilmesi ve bunun televizyon reklamlarıyla neden sonuç ilişkileri açısından tanıtımı daha etkin ve kalıcı sosyal güdülenme yaratabilecektir. Öte yandan, aşı uygulamaları esnasında aile hekimliği merkezlerinde özellikle 9-10. aylardan itibaren bebeklerin yardımcı sağlık personeli tarafından verniklenmesi ve bu esnada anneye akılda kalıcı birkaç uyarı yapılması da devamlılığı olan bir döngü oluşturabilir. Zira, diş çürüğü ve sonuçları ebeveynin muzdarip olduğu ancak engelleyemediği bir hastalık olarak devam etmektedir. Özellikle annenin bu konudaki arayışı ve çaresizliği (ancak çocuğu için birşeyler yapma güdüsü) temel ivme kaynağı olarak kullanılabilir.

Ağız sağlığı hizmetleri açısından "koruyucu hekimlik", sorumlu olunan nüfusun kendi bireysel sağlığına yönelik tutum değişikliğini biçimlendirmeyi de içinde barındıran bir sağlık hizmetidir. Örneğin; florlu vernik uygulaması gibi basit-ekonomik-pratik bir yöntem, kısa bir eğitimle yardımcı sağlık personeli tarafından aile hekimliği merkezlerinde uygulanabilir. Ancak bunun devamlılığı, annenin çocuğunu zaman zaman bu merkeze getirmesi, diğer bir değişle annenin çocuğununun ağız sağlığını

önemseyerek-takip etmeyi düşünmesi ile ilgilidir.

Yalnızca "diş fırçalamak" değil, aynı zamanda doğru aralıklarla hekime gitmek- diş tedavi maliyetlerinin farkındalığını yaşayarak insanların tutum çerçevesinde koruyucu uygulamalara sürükleyebilmesi açısından da bir sosyal etkileşim yaratılabilmelidir. Bu açıdan birey, aile ve toplum sağlığı huzurunun ağız sağlığından nasıl etkilendiğini ve bunun ekonomik etkilerinin tanıtılması, aslında toplumsal bir korunma refleksinin yaratılması için hayati önem taşımaktadır.

Ancak tüm bu toplumsal hareket için gereken tetiklenmenin "diş hekimliği fakültelerindeki ders müfredatı" ile başlatılması artık bir zorunluluk haline gelmiştir. Koruyucu diş hekimliği sistematiği ve felsefesi üzerine kurgulanan bir eğitim mantığı ile yetişecek yeni hekim jenerasyonu, ağız-diş sağlığı açısından ülkemizde pek çok değişikliğe sebep olabilicektir.

KAYNAKLAR

– **Miller A. M., Brunelle J. A., Carlos J. P. and Scott D. R., (1981)**. The Prevalence of Dental Caries in United States Children, 1979-1980. U. S. Department of Health and Human Services, 82, 2245

– **Acs G, Kaminsky S, Cisneros G., (1992)**. Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. Pediatric Dentistry, 14, 302-305

– **Adams PF, Hendershot GE, Marano MA., (1999)**. Current estimates fromvthe National Health Interview Survey, Vital Health Statistics, 200, 1-203.

– **Bailit H. L., Silversin B., (1981)**. Oral health behavior research: Review and new directions. J. Behavioral Medicine 4:243-379

– **Bailit H., Beazoglou T., Hoffman W., Reisine S., Strumwasser I., (1982)**. Dental disease and work loss. Final report to the Robert Wood Johnson Found

– **Barnett ML., Hyman J., (2006).** Challenges in interpreting study results: The conflict between appearance and reality. Journal of American Dental Association, 137, 32-36.

– **Barnett ML., (2006)**. The oral-systemic disease connection: An update for the practicing dentist. Journal of American Dental Association, 137,

5-6.

– **Beck AT., (1967)**. Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Hoeber

– **Bergendal B., (1989)**. The relative importance of tooth loss and denture wearing in Swedish adults. Community Dental Health, 6, 103-111.

– **Bergner M.,** et al: The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. Med Care 1981: 19: 787-805.

– **Blaum CS., Fries BE., Fiatorone MA., (1995)**. Factors associated with low body mass index and weight loss in nursing home residents. Journal of Gerontology Medical Science, 50, 162-168.

– **Bobetsis Y., Barros S., Offenbacher S., (2006)**. Exploring the relationship between periodontal disease and pregnancy complications. Journal of American Dental Association, 137, 7-13.

– **Bosy A., (1997)**. Oral Malodor: philosophical and practical aspects. Journal of Canadian Dental Association, 63, 196-201

– **Brodeur JM., Laurin D., Vallee R., Lachapelle D., (1993)**. Nutrient intake and gastrointestinal disorders related to masticatory performance in the edentulous elderly. Journal of Prosthetic Dentistry, 70, 468-473.

– **Brown L. J., Brunelle A. J., Carlos J. P., (1987)**. Oral health of U. S. Adults 1985: Tooth mortality, sociodemograph ic and other dental health characteristics. Journal of Dental Research, 66, 96.

– **Casamassimo PS., Thikkurissy S., Edelstein BL., Maiorini E., (2009)**. Beyond the dmft: the human and economic cost of early childhood caries. Journal of American Dental Association, 140, 650-657.

– **Centers for Medicare and Medicaid Services, (2004)**. National Health Expenditure (NHE) amounts by type of expenditure and source of funds: calendar years 1965-2013.

– **Chauncey HH., Muench ME., Kapur KK., Wayler AH. (1984)**. The effect of the loss of teeth on diet and nutrition. International Dental Journal, 34, 98-104

– **Clarke M., Locker D., Berall G., Pencharz P., Kenny DJ., Judd P., (2006)**. Malnourishment in a population of young children with severe early childhood caries. Pediatric Dentistry, 28, 254-259.

– **Craven D. E., Steger K. A. and Barber T. W., (1991)**. Preventing nosocomial pneumonia: state of the art and perspectives for the 1990s. American Journal of Medicine, 91, 44-53.

– **Cravero JP., Blike GT., Beach M., (2006)**. Incidence and nature of adverse events during pediatric sedation/anesthesia for procedures out side the operating room: report from the Pediatric Sedation Consortium. Pediatrics, 118, 1087-1096.

– **Cunha B. A., (1986)**. Hospital-acquired pneumonias: clinical diagnosis and treatment. Hospital Physician, 22, 12-17.

– **Cushing AM., Sheiham A., Maizels J., (1986)**. Developing socio-dental indicators-thesocial impact of dental disease. Community Dental Health, 3, 3-17.

– **De Stefano F., Anda R., Kahn H., Williamson D., Russell C., (1993)**. Dental disease and risk of coronary heart disease and mortality. British Medical Journal, 306, 688-91.

– **Demmer R., Desvarieux M.,** Periodontal infections and cardiovascular disease: The heart of the matter. Journal of American Dental Association, 137, 14-20.

– **Deppe H., Hohlweg-Majert B., Holzle F., Schneider K.T., Wagenpfeil S., (2010)**. Pilot study for periodontal treatment and pregnancy outcome: a clinical prospective study. Quintessence International, 41, 101-110.

– **Derogatis LR., (1983)**. Symptom Checklist-90. Administration, scoring and procedures manual for the revised version. Baltimore: Clinical Psychometric Research.

– **Edelstein B., Vargas CM., Candelaria D., Vemuri M., (2006)**. Experience and policy implications of children presenting with dental emergencies to U. S. pediatric dentistry training programs. Pediatric Dentistry 2006; 28, 431-437

– **Fiddian-Green R. G. and Baker S., (1991)**. Nosocomial pneumonia in the critically ill: product of aspiration or translocation? Critical Care Medicine, 19, 763-769.

– **Fiske J., Davis DM., Frances C., Gelbier S., (1998)**. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. British Dental Journal, 184, 90-93.

– **Gift H., Reisine S., Larach D., (1992)**. The social impact of dental problems and visits. American Journal of Public Health, 12, 1663-1668.

– **Griep M., Mets T., Collys K., Ponjaert-Kristofferson I., Massart D. (2000)**. Risk of malnutrition in retirement homes elderly persons measured by the 'Mini-Nutritional Assessment'. Journal of gerontology, 55, 57-63

– **Griffin SO., Gooch BF., Beltrán E., Sutherland JN., Barsley R., (2000)**. Dental services, costs, and factors associated with hospitalization for Medicaid-eligible children, Louisiana 1996-97. Journal of Public Health Dentistry, 60, 21-27.

– **Hildebrandt GH., Dominguez BL., Schork MA, Loesche WJ. (1997)**. Functional units, chewing, swallowing, and food avoidance among the elderly. Journal of Prosthetic Dentistry, 77, 588-595.

– **House DR., Fry CL., Brown LJ., (2004).** The economic impact of dentistry. Journal of American Dental Association, 135, 347-352

– **Howie LJ., Drury TF., (1978)**. Current estimates from the Health Interview Survey: United States-1977. Vital Health Statistics, 126, 1-98

– **Ismail A., Dental care in Canada. (1999)**. In: Burt B, Eklund S. Dentistry, Dental Practice and the Community. 5th Edition. Philadelphia: WB Saunders Company.

– **Kashi EP., (1971)**. Health status of adolescent school girls in a region of Alainbagh, Lucknow. Indian Journal of Medical research, 25, 376-83.

– **Keller HH., (1993)**. Malnutrition in institutionalized elderly: how and why? Journal of American Geriatric Society, 41, 1212-12188

– **Krall E., Hayes C., Garcia R., (1998)**. How dentition status and masticatory function affect nutrition intake. Journal of the American Dental

Associatio, 129, 1261-1269.

– **Leake J., Porter J., (1993)**. An economic analysis of dental care in Canada. Journal of the Canadian Dental Association

– **Locker D., Clarke M., Murray H., (1998)**. Oral health status of Canadian born and immigrant adolescents in North York, Ontario. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 26, 177-181.

– **Locker D., Clarke M., Payne B., (2000)**. Self-perceived oral health status, psychological well- being and life satisfaction in an older adult population. Journal of Dental Research, 79, 970-975

– **Locker D., Matear D., (2000).** Unpublished data from the Baycrest Oral Health Survey

– **Locker D., Miller Y., (1994).** Subjectively reported oral health status in an adult population. Community Dentistry Oral Epidemiology, 22, 425-430.

– **Locker D., Slade G., (1993)**. Oral health and the quality of life among older adults: the Oral Health Impact Profile. Journal of Canadian Dental Association 1993 Oct;59 (10): 830-3, 837-8, 844.

– **Locker D., (2004)**. Oral Health and Quality of Life. Oral Health Preventive Dentistry, 247-253.

– **Marik PE., (2001)**. Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. The New England Journal of Medicine, 344, 665-671.

– **Marin C., Segura-Egea JJ., Martínez-Sahuquillo A., Bullón P., (2005)**. Correlation between infant birth weight and mother's periodontal status. Journal of Clinical Periodontology, 32, 299-304.

– **Matthias RE., Atchison KA., Schweitzer SO., Lubben JE., Mayer-Oakes A., De Jong F., (1993)**. Comparisons between dentist ratings and self-ratings of dental appearance in an elderly population. Special Care Dentistry, 13, 53-60.

– **McGrath C., Bedi R., (1998)**. A study of the impact of oral health on the quality of life of older people in the UK—findings from a national survey. Gerodontology, 15, 93-98.

– **McKeown L., (2003)**. Social relations and breath odour. Internatiol Journal of Dental Hygiene, 4, 213-217.

– **Mealey B., (2006)**. Periodontal disease and diabetes: A two-way street. Journal of American Dental Association, 137, 26-31.

– **Millar W., Locker D., (1999)**. Dental insurance and use of dental services. Health Reports, 11, 55-65.

– **Miller M. P., Murphy P. J. & Miller T. P., (1978)**. Comparison of electromyographic feedback and progressive relaxation training in treating circumscribed anxiety stress reactions: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 1291-1298.

– **Mojon P., Budtz-Jorgensen E., Rapin C., (1999)**. Relationship betwen oral health and nutrition in very old people. Age & Ageing, 28, 463-468.

– **Morrison H., Ellison L., Taylor G., (1999)**. Periodontal disease and risk of fatal coronary heart and cerebrovascular diseases. Journal of Cardiovascular Risk, 6, 7-11.

– **Nagasawa T., Noda M., Katagiri S., Takaichi M., Takahashi Y., Wara-Aswapati N., Kobayashi H., Ohara S., Kawaguchi Y., Tagami T., Furuichi Y., Izumi Y., (2010)**. Relationship between periodontitis and diabetes - importance of a clinical study to prove the vicious cycle. Internal Medicine, 49, 881-885.

– **Offenbacher S., Jared H., O'Reilly P., Wells S., Salvi G., Lawrence H., Socransky S., Beck J., (1998)**. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis-associated pregnancy complications. Annals of Periodontology, 3, 233-250.

– **Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. (2000)**.

– **Parks ET., Lancaster H., (2003)**. Oral manifestations of systemic disease. Dermatology Clinics, 21, 171-82.

– **Patrick DL., Bergner M., (1990)**. Measurement of oral health status in the 1990s. Annual Reviews of Public Health, 11, 165-83.

– **Petersen PE., Yamamoto T., (2005)**. Improving the oral health of older people. The approach of the WHO Global Oral

Health Programme. Community Dentistry Oral Epidemiology 33, 81-92.

– **Pitiphat W., Joshipura KJ., Gillman MW., Williams PL., Douglass CW., Rich-Edwards JW., (2008)**. Maternal periodontitis and adverse pregnancy outcomes. Community Dentistry Oral Epidemiology, 36, 3-11.

– **Rakoto-Alson S., Tenenbaum H., Davideau JL., (2010)**. Periodontal diseases, preterm births, and low birth weight: findings from a homogeneous cohort of women in Madagascar. Journal of Periodontology, 81, 205-13

– **Ranta K., Tuominen R., Paunio I., (1987)**. Perceived oral health status and ability to chew among an adult Finnish population. Gerodontics, 3, 136-139.

– **Reisine ST., (1985)**. Dental health and public policy: the social impact of dental disease. American Journal of Public Health, 75, 27-30.

– **Reisine S. T., Fertig J., Cipes M., Miozza J., (1986)**. Dental conditions and the quality of life. Journal of Dental Research, 65, 299.

– **Reisine S. T., Fertig J., Cipes M., Lawler S., Miozza J., (1987)**. Impact of oral health on the quality of life. Journal of Dental Research, 66, 215.

– **Reisine S. T., Miller J., (1985)**. A longitudinal study of work loss related to dental diseases. Social Science & Medicine, 21, 1309- 1314

– **Reisine S. T., (1984)**. Dental disease and work loss. Journal of Dental Research 63, 1158-1161.

– **Ries P. W., (1986)**. Current Estimates from the United States National Health Interview Survey, 1984. Vital and Health Statistics, 86, 1584.

– **Ritchie CS., Silliman RA., Joshipura KJ., Millen B., Douglass CW., (2000)**. Oral health predictors of significant weight loss among community-dwelling older adults. The Journals of Gerontology, Series A:Medical Sciences, 55, 7.

– **Siegal MD., Yeager MS., Davis AM., (2004)**. Oral health status and access to dental care for Ohio Head Start children. Pediatric Dentistry, 26, 519-525.

– **Slade GD., Spencer AJ., Davies MJ., Burrow D., (1996)**. Intra-oral

distribution and impact of caries experience among South Australian school children. Australian Dental Journal, 41, 343-350.

– **Slade GD., (1997)**. Derivation and validation of a short form Oral Health Impact Profile. Community Dentistry Oral Epidemiology, 25, 284-290.

– **Smith JM., Sheiham A., (1979)**. How dental conditions handicap the elderly. Community Dentistry Oral Epidemiology, 7, 305-310.

– **Solberg W., Woo M., Houston J., (1979)**. Prevalence of mandibular dysfunction in young adults. Journal of American Dental Association, 98, 25-34.

– **Steeles J., Sheiham A., Marcenes W., Walls A., (1998)**. National Diet and Nutrition Survey: People aged 65 Years or Over. Volume 2: Report of the Oral Health Survey. London: Stationary Office.

– **Sulliban D., Martin W., Flaxman N., Hagen J., (1993)**. Oral health problems and involuntary weight loss in a population of frail elderly. Journal of the American Geriatric Society, 41, 725-731

– **Swinson B., Witherow H., Norris P., Lloyd T., (2004)**. Oral manifestations of systemic diseases. Hospital Medicine, 65, 92-99.

– **Syrjanen J., Peltola J., Valtonen V., Iivanainen M., Kaste M. and Huttunen J. K., (1989)**. Dental infections in association with cerebral infarction in young and middle-aged men. Journal of Internal Medicine, 225, 179-184.

– **Tyldesley WR., (1983).** Mouth lesions as markers of gastrointestinal disease. Practitioner, 227, 587-590.

– **van der Bilt A., Olthoff LW., Bosman F., Oosterhaven SP., (1994)**. Chewing performance before and after rehabilitation of post-canine teeth in man. Journal of Dental Research, 1994, 73, 1677-1683.

– **Wayler AH., Kapur KK., Feldman RS., Chauncey HH., (1982)**. Effects of age and dentition status on measures of food acceptability. Journal of Gerontology, 37, 294-299.

– **Wayler AH., Muench ME., Kapur KK., Chauncey HH., (1984)**.

Masticatory performance and food acceptability in persons with removable partial dentures, full dentures and intact natural dentition. Journal of Gerontology, 1984, 39(3), 284-289.

– **White HR., Lee JY., Rozier RG., (2008)**. The effects of general anesthesia legislation on operating room visits by preschool children undergoing dental treatment. Pediatric Dentistry, 30, 70-75.

– **Wilder CS., (1982)**. Dental visits, volume and interval since last visit, United States, 1978 and 1979. Hyattsville, Md. : National Center for Health Statistics;. U. S. Department of Health and Human Services publication (PHS) 82-1566. Vital and Health Statistics Series.

– **Williams R. and Mahan C., (1960)**. Periodontal disease and diabetes in young adults. Journal of American Medical Associtaion, 172, 776-778.

LABORATUVAR ÇALIŞANLARINDA İŞE BAĞLI KAS-İSKELET SİSTEMİ SORUNLARI VE ERGONOMİK RİSKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ahmet ATASOY*

Firoozeh KESKİN**

Nilay BAŞKESEN***

Sabahattin TEKİNGÜNDÜZ***

ÖZET

Amacı: Sandıklı Devlet Hastanesi Laboratuvarlarındaki ergonomik riskleri belirlemek ve çalışanlarda işe bağlı kas-iskelet sistemi sorunlarını ortaya çıkarmaktır.

Önemi: Laboratuvar çalışanlarında tekrarlayıcı fiziksel hareketler, kötü postürde çalışma, stres, tekrarlayıcı ve şiddetli aktiviteler, mola vermeden uzun süreli çalışma ve kötü ergonomik koşulları nedeniyle işle ilgili kas- iskelet hastalıkları oluşmaktadır.

Yöntem: Bu çalışma Eylül 2010- Ekim 2010 tarihlerinde 17 laboratuvar çalışanı üzerinde, anket ve gözlem formları kullanılarak yapılmıştır. Veriler Microsoft Excell, Ergo Fellow 2.0 ergonomi risk değerlendirme programı, SPSS 11.5 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. İstatistik analizlerde ortalama ve standart sapmalar kullanılmıştır.

Bulgular: Laboratuvar çalışanlarının % 41'i laboratuvar teknisyenleri oluşturmaktadır. Son 12 ayda ağrı yakınma prevalansı sırtta % 71, omuzda % 71, belde % 65, boyunda % 65, el bileğinde %59 olarak belirlenmiştir. Laboratuvarda ergonomik risk faktörleri, gürültü (2,41 ± 0,61), sandalye ve taburenin durumu (2,25 ± 0,57), iş stresi (2,23 ± 0,56), titreşim (2,11 ± 0,85), çalışma hızı (2,05 ± 1,02), ortam sıcaklığı (2,00 ± 0,70) olarak belirlendi.

* Tıbbi Teknolog, Sandıklı Devlet Hastanesi
** Mikrobiyoloji Uzmanı, Sandıklı Devlet Hastanesi
*** Patoloji Uzmanı, Sandıklı Devlet Hastanesi
**** Hastane Müdürü, Diyarbakır Hani Devlet Hastanesi

Sonuç: Laboratuvar çalışanları işe bağlı kas-iskelet hastalıkları için orta derecede risk altındadır. Ergonomi eğitimleri ve girişimlerini kapsayan ergonomi programı uygulanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ergonomi, Ergonomik risk, Laboratuvar çalışanları

Occupational Musculoskeletal System Troubles and Assessment of Ergonomic Risks in Laboratory Staff

ABSTRACT

Aim: To define the ergonomic risks in the Laboratories of Sandıklı State Hospital, and to reveal the work-related musculoskeletal system problems in the laboratory staff.

Importance: Occupational musculoskeletal system diseases appear due to the recurrent physical movements of workers, working in bad posture, stress, violence, uninterrupted long-time work, and unsitable ergonomic conditions.

Method: This study was carried out by applying a questionnaire and an observation form on 17 laboratory workers in September and October 2010. The data were processed in Elde edile veriler Microsoft Excell, Ergo Fellow 2.0 ergonomy risk assessment program, and SPSS 11.5. Means and standard deviations were used in the statistical analysis.

Findings: The laboratory technicians consist the largest portion of the study group (41%). The pain complaning incidence in last 12 was 71 % on the dorsal area, 71 % on the shoulders, 65 % on the lumbal area, 65 % on the neck, and 59 % on the wrist. The noise (2,41 ± 0,61), changes in assignments (2,29 ± 0,58), quality of chairs and seats (2,25 ± 0,57), working stress (2,23 ± 0,56), vibration (2,11 ± 0,85), working temp (2,05 ± 1,02), and heat (2,00 ± 0,70) were defined as the prominent ergonomic risk factors in the laboratory.

Conclusion: Laboratory staff are under medium level risk in terms of work-related musculoskeletal system health problems. A training program in ergonomi is considered as useful for them.

Key Words : Ergonomy, Ergonomic risk, Laboratory staff

GİRİŞ

Günümüzde hızla gelişen teknoloji, her alanda olduğu gibi çalışma yaşamında da önemli değişimleri beraberinde getirmektedir. Bu değişimlerin bir sonucu olarak, üretim sürecinde de hızlı ve yoğun bir makineleşme yaşanmaktadır. Bu hızlı değişim, üretim sürecinde fiilen çalışan insanların yeteneklerini bedensel ve düşünsel açıdan çeşitlendirmekte ve çalışanlar

üzerinde önemli baskı yaratmaktadır. Bu durum çalışanın verimliliği üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Bu olumsuz etkilerin ortadan kaldırılması veya etkilerinin minimuma indirilmesi açısından ergonomi büyük önem kazanmaktadır. Bu çerçevede, verimliliği etkileyen faktörlerden birisinin ergonomi, başka bir deyişle çalışan ile çalışma ortamı arasındaki uyumu ilgilendiren faktörler olduğunu söyleyebiliriz (Demir, 2004; Kaya, 2008; Örücü, 2003).

Ergonominin amaçları: çalışanın yetenekleri ve iş gerekleri arasındaki dengenin oluşturulması, işçi güvenliği ve sağlığı, verimliliğinin iyileştirilmesi, çalışma hayatının kalitesinin artırılmasıdır (Akay, 2003; Kaya, 2008).

Örgütlerin başarısında "insan- araç ve gereç-çalışma ortamı" uyumu oldukça büyük bir öneme sahiptir. Gerek iş görenlerin çalışma ortamı ve araç-gereçlere uyumu, gerekse bu araçların iş görenlere uygunluğu konusunda işletmeler bir taraftan çeşitli eğitim ve gelişim programları düzenlerken diğer taraftan da iş ortamında fiziksel düzenlemeler yapmaktadırlar. Diğer bir ifade ile iş görenlerin etkin bir şekilde çalışabilmesi için ergonomik bakımdan gerekli düzenin sağlanması gerekmektedir (Demir, 2003)

Sağlık sektöründe teknolojinin çok fazla kullanıldığı birimlerden birisi de laboratuvarlardır. Laboratuvarlar 7 gün, 24 saat hizmet veren ünitelerdir. Laboratuvarlarının temel işlevi hasta vücut sıvı ve dokularından alınan numunelerden analitik testlerini gerçekleştirmek, hekimlere tanıyı doğrulamak ve tedaviyi değerlendirmek amacıyla gerekli bilgileri sunmaktır (www.ergoworkinggroup.org, 2010)

Laboratuvar çalışanları, doğası gereği birçok tehlikeli maddelere ve ergonomik risklere maruz kalmaktadır. Laboratuvarla ilişkili risk faktörleri herhangi bir ofistekinden ve genel sanayiden farklı değildir (http://www.dehs.umn.edu/ergo_lab_Stressors.htm).

İşle ile ilgili aktiviteler sonucunda gelişen işe bağlı kas-iskelet hastalıkları endüstrileşmiş ülkelerde yaygın bir sağlık sorunudur ve sakatlıkların önde gelen nedenlerindendir. Öncelikle beli, boynu, elleri, el bileklerini, dirsekleri ve omuzları tutar. Çalışanın iş memnuniyetini, moralini ve verimliliğini olumsuz etkileyen bu sorun, iş günü kaybı ve sigorta tazminat ödemeleri nedeni ile topluma maliyeti yüksektir (Özcan, 2007).

İşe bağlı kas-iskelet sistemi hastalıklarının oluşumunda rol oynayan ergonomik faktörler şunlardır: fiziksel faktörler (kuvvet uygulama, tekrarlanan hareketler, uygunsuz ve sabit duruşlar), çevresel faktörler (titreşim, soğuk ya da aşırı sıcak, kötü ışıklandırma, yüksek gürültü düzeyleri, kimyasallar), organizasyonla ilgili faktörler ve psiko-sosyal faktörler (aşırı iş yükü, yüksek hızda ve tekrarlı monoton çalışma, meslektaşlardan gözetmenlerden ve yöneticilerden yeterince destek alınamaması) (Özcan, 2007; Ayanoğlu, 2007; Büker, 2006). Gün içerisinde uygunsuz çalışma koşulları ve yetersiz dinlenme şartları ile çalışan sağlık çalışanlarında ortaya çıkan kas-iskelet sistemi ağrılarının vücudun yük taşıyan bölümlerinde yoğunlaştığı ve ağrılı durumların mesai saatleri bitiminde arttığı belirlenmiştir. (Kitiş, 2001).

İşe bağlı ana sağlık problemi üst ekstremite ağrısıdır. İşe bağlı üst ekstremite kas-iskelet sistemi hastalıkları sıklıkla boyun-omuz ağrıları, karpal tünel sendromu, tendinitler, lateral epikondilit, medial epikondilit, tenosinovitler, tetik parmak gibi hastalıkları içerir. (Yılmaz, 2006; www.capp.ca, 2010; Tamara, 2010a).

Kas-iskelet hasarlanmalarının erken belirtileri aniden ortaya çıkabildiği gibi uzun bir süre içinde yavaş yavaş da ortaya çıkabilir (Akay, 2003). Erken uyarı belirtileri; şişme, uyuşma, kızarıklık, karıncalanma, güçsüzlüktür (www.capp.ca, 2010). Mesleki kas-iskelet hasarlanma belirtilerinin erken dönemde tanınması, ileri dönemlerde oluşacak hasarları azaltmada ve hızlı bir şekilde tedavilerini sağlanmasında önemlidir

Laboratuvar çalışanlarında kas-iskelet sistemi hasarlanmalarının oluşmasında etkili olan faktörler: tekrarlayıcı hareketler, uygun olmayan postür, aşırı kuvvet kullanımıdır (Tamara, 2010b).

Bir yüke karşı aşırı kuvvet uygulamak kas ve tendonlar için risk oluşturabilir. Kaldırma, itme, taşıma, çekme, elinde tutma, hareketli bir nesneyi durdurmak, nesneleri kaygan veya tutmak, araçları aşağı bükme, titreşimli alet veya ekipman kullanma, kötü takılmış ya da uygunsuz eldiven risk oluşturabilir (www.capp.ca, 2010). İnsan vücudu biyomekanik olarak değişik postür ve aktivitelere kolayca adapte olabilen bir yapıya sahiptir. En iyi hareket ederek ve pozisyon değiştirerek çalışır. Kaslar aktif olarak kasılmak üzere tasarlanmıştır ve kaslar gergin olarak kasılı kaldığında pompalama

ve kan akımı da bozulacaktır. Uzun saatler boyunca oturarak eğilmiş bir pozisyonda durmak kaslarda yorgunluğa ve pompalama yetersizliği nedeniyle kan akımında azalmaya yol açabilir (Yörükoğlu, 2007).

Aynı pozisyonda çalışırken vücudun aldığı pozisyon yüzünden bazı bölgeler daha fazla risk altındadır. En fazla risk taşıyan bölgeler, boyun, sırt, bel, omuzlar, dirsekler, el bileği ve parmaklardır. OSHA (Occupational Safety and Health Administration) mikroskop kullananlarda %50-60 oranında boyun, %65-70 oranında omuzlar, %70-80 sırt, %65-70 bel, %40-60 el bileği, %25-35 oranında bacaklar ve ayaklarda etkilenmeler olduğunu bildirmektedir (Yörükoğlu, 2007).

Laboratuvar Ergonomik Stresörleri arasında, pipetleme, mikroskop, laboratuvar tezgâhları, mikrotom, biyolojik emniyet kabinleri sayılabilir (www.dehs.umn.edu).

1. Laboratuvar tezgâhları; Uygunsuz laboratuvar tezgâhlarının kullanımı, diğer ergonomik risklerle birlikte işe bağlı kas-iskelet hastalıklarına neden olabilmektedir. Hassas çalışmalar için tezgâh yüksekliği 92-107 cm, hafif işler için 85-92 cm, ağır işler için ise 70-85 cm arasında olmalıdır (www.esd.lbl.gov, 2010; Tamara, 2010a).

Ergonomik önlemler: Daima doğru oturma veya nötr ayakta duruş sağlanmalı, yüksekliği ayarlanabilir sandalye kullanılmalı, ayakları yerleştirmek için ayak desteği bulunmalı, çalışma oturularak yapılacaksa çalışma tezgahlarında bacak ve dizler için yeterli boşluk bulunmalıdır. Uzun süre ayakta çalışmalarda anti-stres paspas kullanılmalıdır (www.dehs.umn.edu; www.esd.lbl.gov).

2. Mikroskop kullanımı: Uzun süre mikroskopla çalışma, boyun, omuzlar, gözler, sırt, bel ve kollarda / bileklerde baskılar meydana getirebilir.

Ergonomik risk faktörleri: Boyun, baş, sırt ve belin statik duruşu, çalışma masasının altında yeterli bacak ve diz boşluğu olmaması, kol ve karpal tünel bölgesinde temas basıncı, yüksek tekrarlama, göz zorlanması ve yorgunluktur (www.dehs.umn.edu; www.esd.lbl.gov, 2010).

Ergonomik Önlemler: Mercek yüksekliği baş ve boyun hizasında ayarlanmalı, dirsekler vücuda yakın tutulmalı, dirsek açısı 45 derecenin altında olmamalı, boyun fleksiyonu <30 derece olmalıdır. Ön kolun keskin

kenarlarının temas basıncı önlemek için yumuşak tampon kullanılmalıdır. Yüksekliği ayarlanabilir sandalyede dik pozisyonda oturulmalıdır. Çalışma tezgâhının altında bacak ve diz için yeterli boşluk olmalıdır. Ayaklar düz zemin üzerinde veya ayak desteği bulunmalıdır. Çalışma sırasında dinlenme aralıkları düzenlenmelidir (www.esd.lbl.gov, 2010).

3. Pipetleme işlemleri: Laboratuvar çalışanlarında sürekli olarak günde iki saatten fazla tekrarlanan pipetleme, ergonomik riskler oluşturmaktadır. Pipetlemede parmakların sürekli hareketi, baş parmağa aşırı güç uygulanması, bilekleri kıvırma bükme, dirseklerin vücuttan uzak tutulması, sabit duruş, şişeleri ve tüplerin kavranması risk oluşturur (Kevin, 2004).

Ergonomik Önlemler: Bilek nötr pozisyonda çalışmak, temas basıncını ortadan kaldırmak için elektronik pipetler kullanmak, yüksekliği ayarlanabilir tabure kullanmak, sırtı ve beli desteklemek, her 20 dakika bir küçük dinlenme molaları vermek, yüksekliği ayarlanabilir, yuvarlak kenarlı ve düşük parlaklıkta çalışma yüzeyi ayarlanmak, baş ve omuzun nötral pozisyonda tutulmasına dikkat etmektir (www.esd.lbl.gov, 2010; Tamara, 2010b; OHSAH, 2010).

4. Mikrotom kullanımı: Histoloji laboratuvarlarında manuel döner mikrotom kullanımı kuvvet gerektirmektedir. Bir günde ortalama 40 ve 50 kaset veya bloklarla çalışılmaktadır. Mikrotom uygun tezgâh yüksekliğinde yerleştirilmeli, oturarak çalışmalarda tezgâh yeterince bacaklar için boşluk sağlamalı, ayarlanabilir sandalye veya tabure yerleştirilmeli, ayak ve kol dayama yerleri bulunmalıdır. Çalışma yüzeyinde keskin kenar olmamalıdır. Mikrotomla çalışmalarda her 20 dakikada bir dinlenilmelidir (www.dehs.umn.edu; Tamara, 2010c: 1)

Türkiye'de laboratuvar çalışanlarında kas-iskelet hastalıklarının sıklığı, risk etkenleri, iş günü kaybı ve maliyeti konusunda yeterli çalışma bulunmamaktadır. Primer ve sekonder korunmada etkili oldukları kanıtlanarak, gelişmiş ülkelerde yaygın olarak uygulanan ergonomi eğitimi ve ergonomik girişimlerin uygulanması ve etkinlikleri konusunda da çalışmalar kısıtlıdır. Yukarıda sıralanan sorunların çözümlenmesi, çalışanların sağlığının korunması ve geliştirilmesi, dolayısı ile ülkenin toplumsal kalkınması ile yakından ilişkilidir.

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı:

Sandıklı Devlet Hastanesi Laboratuvarındaki ergonomik riskleri belirlemek ve çalışanlarda işe bağlı kas-iskelet sistemi sorunlarını ortaya çıkarmaktır.

Araştırma Evreni, Örnekleme Hacmi:

Araştırmanın evrenini Sandıklı Devlet Hastanesi Laboratuvarındaki 18 çalışan oluşturmaktadır. Bir çalışan izinli olmasından dolayı araştırmaya katılamamıştır. Araştırmaya katılım oranı % 94,4'dür

Veri Toplama Araçları

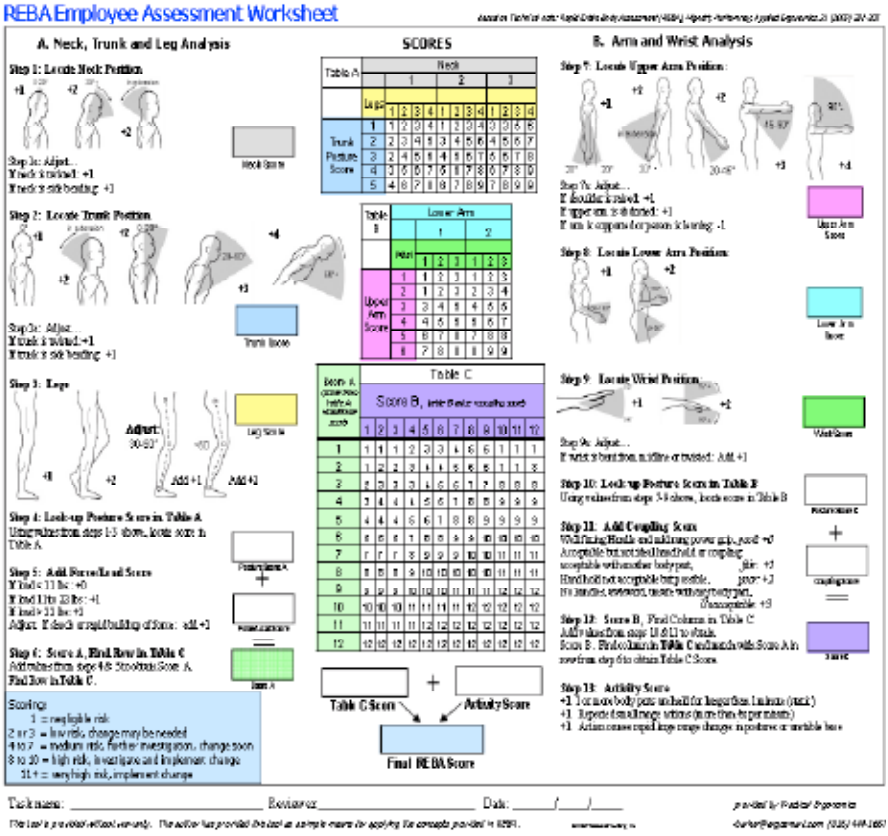
Veri toplama aracı olarak anket ve iki gözlem formu kullanılmıştır. Anket formunda 3 bölüm bulunmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların demografik bilgileri ve çalışma özelliklerinin yer aldığı 8 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde kas-iskelet yakınma ve şiddeti ile ilgili 42 soru bulunmaktadır. Üçüncü bölüm ise çevresel ve iş yönetimi riskleri ile ilgili 11 soru bulunmaktadır.

Kas-iskelet sistemi ile ilgili yakınmalar Nordic Musculoskeletal Questionnaire ile sorgulandı (Dickonson, 1992: 3). Kas-iskelet sisteninde yakınmaların şiddetini belirleyen sorular Özcan tarafından yapılan "Bilgisayar Kullanıcılarında Kas İskelet Hastalıkları. Sıklığı ve Risk Etkenleri Tarama Formu" adlı çalışmadan alınmıştır (www.ergonomistanbul.com, 2010).

Laboratuvarlardaki çevresel ve iş yönetimi risk faktörleri belirlemek amacıyla Kanada Petrol Üreticileri Derneği tarafından hazırlanan ergonomik riskleri tanıma ve değerlendirme kılavuzundaki değerlendirme formlarındaki bilgiler bu çalışmada kullanılmıştır (www.capp.ca, 2010). Ayrıca çalışmada, hızlı tüm vücut postural değerlendirme formu ile işyeri düzeni gözlem formları kullanılmıştır.

Hızlı Tüm Vücut Postural Değerlendirmesi; Hignett ve Mc Atamney (2000) tarafından geliştirilen, Rapid Entire Body Assesemnent (REBA), işle ilgili kas-iskelet hasarlanmalarında riskleri tahmin etmek için kullanılan bir yöntemdir. REBA, özellikle sağlık ve diğer hizmet sektörlerinde bulunan çeşitli öngörülemeyen çalışma duruşlarını değerlendirmek için tasarlanmıştır.

Şekil 1. Hızlı Tüm Vücut Postural Değerlendirme (REBA) Analizi Aracı



Kaynak; http://personal.health.usf.edu/tbernard/HollowHills/REBA

Laboratuvarda oturma ve ayakta olan çalışmalarda iş yeri düzenindeki risk faktörleri belirlemek amacıyla Kanada Petrol Üreticileri Derneği tarafından hazırlanan ergonomik riskleri tanıma ve değerlendirme kılavuzu kullanılmıştır (www.capp.ca, 2010).

Araştırıcılar tarafından laboratuvar çalışmalarının en yoğun olduğu saatlerde ve 5 dakika zaman içerisinde, her bir çalışan için ayrı ayrı gözlem yapılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Hızlı Tüm Vücut Postural Değerlendirmesi (REBA) aracındaki bilgiler Ergo Fellow 2.0

Ergonomi Risk Değerlendirme Programına (www.fbfsistemas.com) aktarılarak skorlar elde edilmiştir.

Hızlı tüm vücut postural değerlendirilmesi; ihmal edilebilir risk (1 puan), düşük risk (2-3 puan), orta derecede risk (4-7 puan), en kısa zamanda değişikliklerin yapılması gerekli yüksek derecede risk (8-10 puan) ve hemen

değişiklik yapılması gerekli yüksek risk (11-15 puan) şeklindedir (Hignett ve McAtamney, 2000).

Çalışma ortamına ait çevresel faktörleri; aydınlatma, nesnelerin sıcaklığı, gürültü, titreşim, ortamın sıcaklığı gibi özellikler katılımcılar tarafından düşük risk (1), orta risk (2) ve yüksek risk (3) şeklinde puanlanmıştır. Toplam puana göre çevresel faktörler, düşük risk (0-7 puan), orta derecede risk (8-13 puan), Yüksek risk (14 puan ve yukarısı) şeklinde değerlendirilmiştir.

İş yönetimine ait faktörler; günlük çalışma molaları, görev değişkenliği, çalışma hızı, iş üzerinde kontrol, işin yarattığı stres gibi özellikler katılımcılar tarafından düşük risk (1), orta risk (2) ve yüksek risk (3) şeklinde puanlanmıştır. Toplam puana göre iş yönetimi faktörleri, düşük risk (0-9 puan), orta derecede risk (10-14 puan), Yüksek risk (15 puan ve yukarısı) şeklinde değerlendirilmiştir.

Oturma olan iş yeri düzeni faktörleri; çalışanın oturma süresi, ekrana bakış düzeyi, kullanılan araç ve gereçlerin uzaklığı, oturuş şekli, koltuk ayarı, koltuk konumlandırılması gibi özellikler araştırmacı tarafından gözlemlenerek düşük risk (1), orta risk (2) ve yüksek risk (3) şeklinde puanlanmıştır. Toplam puana göre oturma olan iş yeri düzeni faktörleri, düşük risk (0-9 puan), orta derecede risk (9-15 puan), yüksek risk (15 puan ve yukarısı) şeklinde değerlendirilmiştir.

Ayakta yapılan çalışmalarda iş yeri düzeni faktörleri; çalışma alanında yatay uzanma, iş istasyonunu yüksekliği, zemin üzerinde yürüyüş, çalışma alanında gezinme gibi özellikler araştırmacı tarafından gözlemlenerek düşük risk (1), orta risk (2) ve yüksek risk (3) şeklinde puanlanmıştır. Toplam puana göre oturma olmayan iş yeri düzeni faktörleri, düşük risk (0-6 puan), orta risk (7-10 puan), yüksek risk (10 puan ve yukarısı) şeklinde değerlendirilmiştir.

Araştırmada Kullanılan İstatistikler

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11.5 programı ile Ergo Fellow 2.0 Programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında One-way ANOVA testi kullanılmıştır.

BULGULAR

1. Sosyo - demografik bulgular

Laboratuvar çalışanlarının %41'si laboratuvar teknisyeni, %18'sı uzman hekim, %47'si kadınlardan oluşmaktadır. Laboratuvar çalışanların %59'u görev yaparken sağ elini, %12'si ise sol elini kullandığını, %47'si egzersiz yaptığını ve %47'si sigara içtiğini belirtmişlerdir.

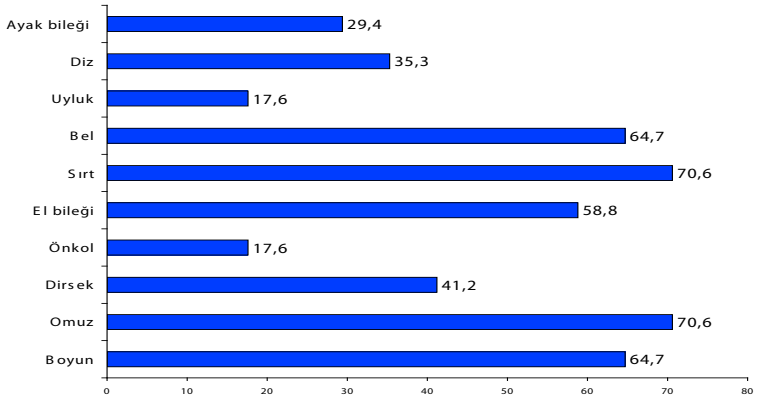
Tablo 1. Laboratuvar Çalışanların Demografik Özellikleri

UNVAN	SAYI (n = 17)	Yüzde (%)
Uzman Hekim	3	18
Teknisyen	9	41
Hemşire	1	6
Temizlik Elemanı	2	12
Bilgi İşlem elemanı	2	12
CİNSİYET		
Erkek	9	53
Kadın	8	47
ÇALIŞMA SÜRESİ		
0 - 5 yıl	10	59
6 - 10 yıl	1	6
11 - 15 yıl	4	24
16 - 20 yıl	2	12
YAŞ		
20 - 29	2	12
30 - 39	14	82
40 - 49	1	6
KULLANDIĞI EL		
Sağ	10	59
Sol	2	12
Her ikisi	5	29
EGZERSİZ YAPMA DURUMU		
Yapıyor	8	47
Yapmıyor	9	53
SİGARA İÇME DURUMU		
İçiyor	8	47
İçmiyor	9	53

2. Kas-İskelet Sistemi Sorunlarında İşle İlgili Bulgular

Son 12 ayda ağrı yakınma prevalansı bölgelere göre araştırıldığında; sırtta %71, omuzda %71, belde %65, boyunda %65, el bileğinde %59 olarak saptanmıştır.

Grafik 1. Son 12 ayda Görülen Kas-İskelet Sistemi Belirtilerinin Vücut bölümlerine Göre Dağılımı



Son 12 ayda kas-iskelet sistemi sorunlarının şiddeti; çok hafif (1-2), hafif (3-4), orta (5), fazla (6-7), Çok fazla (8-9), dayanılmaz (10) şeklinde değerlendirilmiştir (Özcan, 2007).

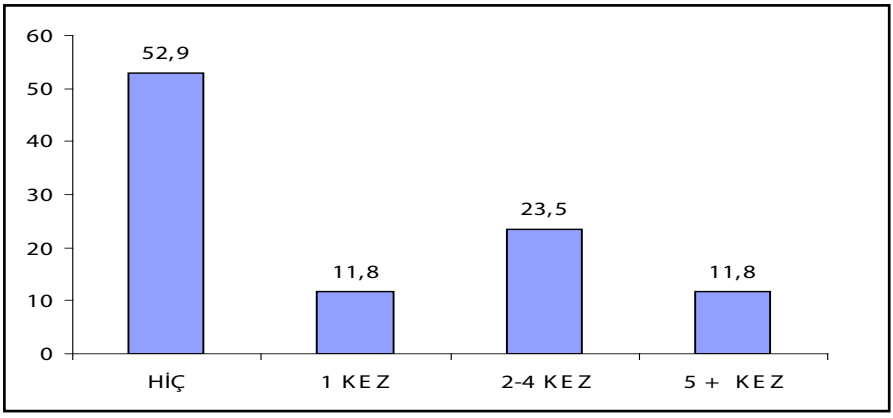
Çalışanlarda ağrı, acı ve yanmanın bel bölgesinde (6,10 ± 2,51) fazla düzeyde, sağ el ve sağ el bileğinde (4,75 ± 1,25), sağ dirsek ve sağ önkolda (5,55 ± 1,58) orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Son 12 ayda kas-iskelet sistemi sorunlarının şiddeti

	Ortalama	Standart sapma
Boyun ve sırt	4,52	1,97
Sağ omuz ve kol	4,36	1,43
Sol omuz ve kol	3,00	0,81
Sağ dirsek ve önkol	4,75	1,25
Sol dirsek ve önkol	3,45	1,57
Sağ el bileği ve el	5,55	1,58
Sol el bileği ve el	4,40	1,81
Bel	6,10	2,51

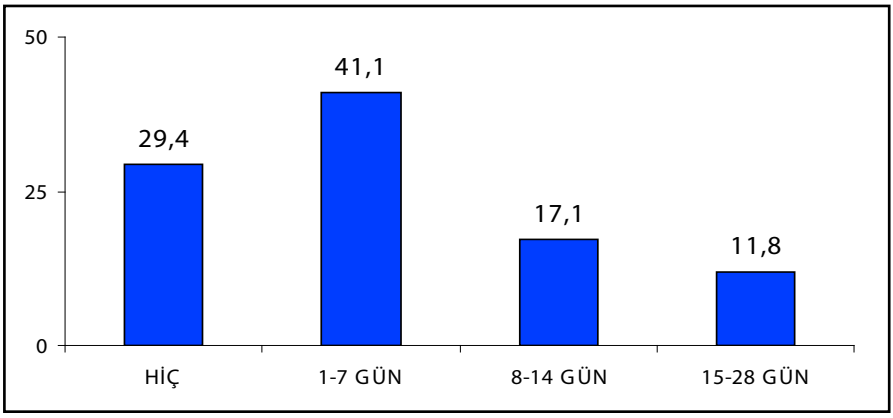
Son bir yıl içerisinde kas-iskelet sistemi sorunlarından dolayı doktora başvurma sayısı incelendiğinde çalışanların, %11,8'inin 1, %23,5'inin 2-4, %11,8'inin 5'den fazla başvuru yaptıkları belirlenmiştir.

Grafik 2. Son bir yıl içerinde Kas-iskelet sistemi sorunlarından doktora başvurma durumu



Son bir yıl içerisinde kas- iskelet sistemi sorunlarından dolayı ilaç kullanma durumu incelendiğinde, çalışanların %42,2'si 1 hafta, %17,1'i 2 hafta, %11,8'i 3 hafta ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir.

Grafik 3. Son bir yıl içerinde kas-iskelet sistemi sorunlarında ilaç kullanma durumu



3. Hızlı tüm vücut postural değerlendirme (REBA) bulguları

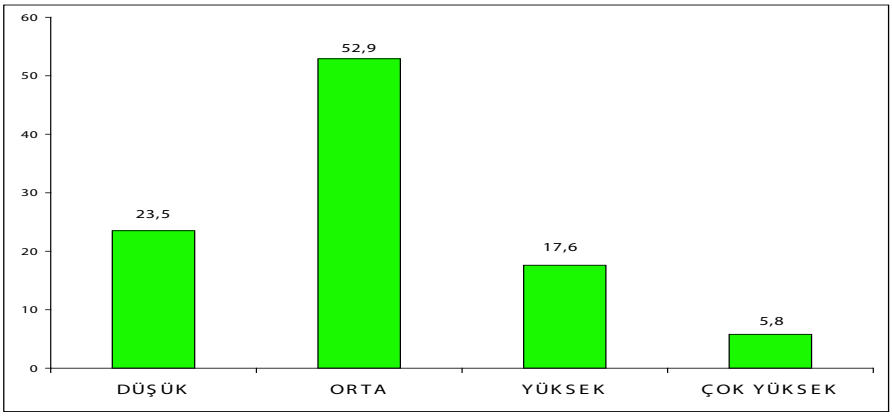
Çalışanların patolojik kesit alma, hormon cihazında çalışma, kültür bakma, eliza cihazında çalışma, kan grubu tayini çalışması ve masadan idrar numune kaplarını alırken çalışma postürleri, Hignett ve Mc Atamney tarafından geliştirilen Rapid Entire Body Assesement (REBA) skoru kullanılarak risk değerlendirilmesi yapılmıştır.

Tablo 3. Çalışanların hızlı vücut postural değerlendirilmesi

SIRA NO	ÇALIŞAN ADI SOYADI	Hızlı Vücut Postural Değerlendirmesi		
		YAPTIĞI İŞ	SKOR	RİSK DÜZEYİ
1	A	Patolojik kesit alma	5	ORTA
2	B	Hormon cihazında çalışma	3	DÜŞÜK
3	C	Kültür Bakma	4	ORTA
4	D	Kültür Bakma	3	DÜŞÜK
5	E	Eliza cihazında çalışma	4	ORTA
6	F	Hormon cihazında çalışma	5	ORTA
7	G	Eliza cihazında çalışma	3	DÜŞÜK
8	H	Eliza cihazında çalışma	4	ORTA
9	I	Patolojik kesit alma	4	ORTA
10	J	Kan grubu çalışması	9	YÜKSEK
11	K	Kan grubu çalışması	8	YÜKSEK
12	L	Hormon cihazında çalışma	5	ORTA
13	M	Kan grubu çalışması	11	YÜKSEK
14	N	Masadan idrar numunesi alma	7	ORTA
15	O	Masadan idrar numunesi alma	10	YÜKSEK
16	P	Masadan idrar numunesi alma	5	ORTA
17	R	Masadan idrar numunesi alma	3	DÜŞÜK
ORTALAMA			5,47±2.57	

Laboratuvar çalışanlarının ayakta yaptıkları görevlerde vücut postürü değerlendirmesi sonucunda, çalışanların %5,8'i çok yüksek, %17,6'sı yüksek, %52,9'u orta, %23,5'i düşük düzeyde risk altındadır.

Grafik 4. Çalışanlarda risk düzeylerinin dağılımı



Yapılan görevlere göre vücut postürünün değerlendirilmesinde; vücut masada kan grubu tayinin yapılmasında çalışanların (9,33 ± 1,52) yüksek risk altında, masadan idrar numune tüplerini alınmasında (6,25 ± 2,98) ise orta derecede risk altında oldukları saptandı. Görevlerin vücutta oluşturduğu riskler arasında anlamlı bir fark vardır (p= 0.019).

Tablo 4. Görevlere göre tüm vücut risk değerlendirilmesi

Görevler	n	Mean	Std. Deviation	F	p
Patolojik kesit alma	2	4,50	,70	4,3375	0,019
Masadan idrar numunesi tüplerini alma	4	6,25	2,98		
Kan grubu çalışması	3	9,33	1,52		
Hormon cihazında çalışma	3	4,33	1,15		
Kültür	2	3,50	,70		
Eliza cihazında Çalışma	3	3,66	,57		
TOPLAM	17	5,47	2,57		

Şekil 1. Vücut postür değerlendirilmesinden örnekler

REBA Skoru: 5

REBA Skoru: 4

REBA Skoru: 11

REBA Skoru: 4

4. Çevresel faktörlerin değerlendirilmesi

Katılımcılar tarafından en düşük risk (1), orta düzeyde risk (2) yüksek derecede risk (3) şeklinde puanlanarak yapılan değerlendirme sonucunda, genel olarak çevresel faktörler orta derecede riskli bulunmuştur (9,23 ± 2,38). Çevresel risk faktörleri en fazla sırası ile gürültü (2,41 ± 0,61), titreşim (2,11 ± 0,85), ortam sıcaklığı (2,00 ± 0,70) dır.

Tablo 5. Çevresel risk faktörlerin durumu

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Aydınlatma	17	1,00	3,00	1,47	,79
Nesnelerin sıcaklığı	17	1,00	3,00	1,23	,56
Gürültü	17	2,00	3,00	2,41	,61
Titreşim	17	1,00	3,00	2,11	,85
Ortam sıcaklığı	17	2,00	3,00	2,00	,70
TOPLAM	17	7,00	15,00	9,23	2,38

5. İş yönetimi ile risklerin değerlendirilmesi

Katılımcılar tarafından en düşük risk (1), orta düzeyde risk (2), yüksek derecede risk (3) şeklinde puanlanarak yapılan değerlendirme sonucunda, genel olarak iş yönetimiyle ilişkili faktörler orta derecede riskli bulunmuştur (11,82 ± 2.53). İş yönetimi risk faktörleri sırasıyla görev değişikliği (2,29 ± 0,58), stres (2,23 ± 0,56), çalışma hızı (2,05 ± 1,02) dır.

Tablo 6. İş yönetimi ile ilgili faktörlerin durumu

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Mola süresi	17	1,00	3,00	2,05	,96
Çalışma süresi	17	1,00	3,00	1,94	,55
Görev değişikliği	17	2,00	3,00	2,29	,58
Çalışma hızı	17	1,00	3,00	2,05	1,02
İş kontrolü	17	1,00	3,00	1,23	,56
İş yarattığı stres	17	1,00	3,00	2,23	,56
TOPLAM	17	7,00	15,00	11,82	2,53

6. Oturma olan çalışmalarda iş yeri düzeni ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi

Araştırmacılar tarafından en düşük risk (1), orta düzeyde risk (2), yüksek derecede risk (3) şeklinde puanlanarak yapılan değerlendirme

sonucunda, genel olarak oturma olan işyeri düzeni faktörleri orta derecede riskli çıkmıştır (10,29 ± 2.80). Oturma olan işyeri düzeni risk faktörleri en fazla sırası ile koltuk konumlandırması (2,25 ± 0,57), koltuk ayarı (2,00 ± 0,00) ve oturuş şekli (1,75 ± 0,44) dir.

Tablo 7. Oturma olan iş yeri düzeni ile ilişkili faktörlerin durumu

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Oturma süresi	17	1,00	2,00	1,37	,50
Ekrana bakışı	17	1,00	2,00	1,12	,34
Ekrana görme açısı	17	1,00	2,00	1,31	,47
Kullanılan araç gereç uzaklığı	17	1,00	2,00	1,12	,34
Oturuş şekli	17	1,00	2,00	1,75	,44
Koltuk ayarı	17	2,00	2,00	2,00	,00
Koltuk konumlandırması	17	1,00	3,00	2,25	,57
TOPLAM	17	1,00	13,00	10,29	2,8

3.7. Ayakta yapılan çalışmalarda iş yeri düzeni ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi

Araştırmacılar tarafından en düşük risk (1), orta düzeyde risk (2) yüksek derecede risk (3) şeklinde puanlanarak yapılan değerlendirme sonucunda, genel olarak ayakta çalışmalarda iş yeri düzeni faktörleri orta derecede riskli çıkmıştır (9,35 ± 0,99). Ayakta çalışmalarda işyeri düzeni risk faktörleri en fazla sırası ile zeminin esnek olmaması (3,00 ± 0,00), ayakta sabit durma (2,82 ± 0,52) dır.

Tablo 8. Ayakta yapılan çalışmalarda iş yeri düzeni ile ilişkili faktörlerin durumu

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Çalışma alanında yatay uzanma	17	1,00	1,00	1,00	,00
İş istasyonun yüksekliği	17	1,00	3,00	1,52	,71
Zeminin Esneksizliği	17	3,00	3,00	3,00	,00
Ayakta sabit durma	17	1,00	3,00	2,82	,52
Çalışma alanında gezinme	17	1,00	1,00	1,00	,00
TOPLAM	17	7,00	11,00	9,35	,99

Laboratuvar ortamındaki ergonomik faktörler, genel olarak % 44,5'i düşük, % 31,7'si orta, % 23,8'i yüksek derecede risk oluşturmaktadır.

Çevresel faktörler genel olarak %42,4'ü düşük düzeyde, %30,5'i orta düzeyde, %27,0'ı yüksek düzeyde riskli olarak belirlenmiştir. Çevresel faktörler içerisinde gürültü (%47,7) ve titreşim (%41,2) yüksek yüzeyde risklidir. Ortam sıcaklığı (%52,9) orta derecede riskli olarak belirlenmiştir.

İş yönetimi ile ilgili faktörler, genel olarak %33,3'ü düşük düzeyde, %36,2'si orta düzeyde, %30,3'ü yüksek düzeyde riskli olarak belirlenmiştir. İş yönetimi faktörlerinin içerisinden çalışma hızı (%52,9), dinlenme aralıkları (%47,1) yüksek düzeyde; çalışma monotonluğu (%70,6), iş değişkenliğinin azlığı ise orta düzeyde riskli olarak belirlenmiştir.

Oturarak çalışma ortamlarındaki iş yeri düzenine ait faktörler, genel olarak %49,57'si düşük düzeyde; %46,2'si orta düzeyde; %4,2'si yüksek düzeyde riskli olarak belirlenmiştir. Oturarak çalışma ortamlardaki iş yeri düzenine ait faktörlerin içerisinde koltuk, sandalye ayarının tam olarak yapılmaması (%100), oturuş şekli (%70,5) orta düzeyde riskli olarak belirlenmiştir.

Ayakta çalışma yapılan ortamlarındaki iş yeri düzenine ait faktörler genel olarak %52,9'u düşük düzeyde, %6,9'u orta düzeyde, %40,0'ı yüksek düzeyde riskli olarak belirlenmiştir. Ayakta çalışma yapılan ortamlarındaki iş yeri düzenine ait faktörlerin içerisinde zeminin esnek olmaması (%100), ayakta sabit olarak çalışma yüksek düzeyde, iş istasyonunun yüksekliği (%29,4) orta derecede riskli olarak belirlenmiştir.

Tablo 9. Ergonomik faktörlerin risk düzeylerine göre dağılımı

ERGONOMİK FAKTÖRLERİ	DÜŞÜK RİSK DÜZEYİ		ORTA RİSK DÜZEYİ		YÜKSEK RİSK DÜZEYİ	
ÇEVRESEL FAKTÖRLER	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**
Aydınlatma	12	70,6	2	11,8	3	17,6
Nesne sıcaklığı	14	82,4	2	11,8	1	5,9
Gürültü	1	5,9	8	47,7	8	47,7
Titreşim	5	29,4	5	29,4	7	41,2
Ortam sıcaklığı	4	23,5	9	52,9	4	23,5
İŞ YÖNETİMİ FAKTÖRLERİ	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**
Mola süresi	7	41,2	2	11,8	8	47,1
Çalışma süresi	3	17,6	12	70,6	2	11,8
Görev değişikliği	1	5,9	10	58,8	6	35,3
Çalışma hızı	8	47,0	0	0	9	52,9
İş kontrolü	14	82,4	2	11,8	1	5,9
İş yarattığı stres	1	5,9	11	64,7	5	29,4

OTURMA HALİNDEKİ İŞYERİ DÜZENİ	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Oturma süresi	11	64,7	6	35,3	0	0
Ekrana bakışı	14	82,3	3	17,6	0	0
Ekrana görme açısı	12	70,5	5	29,5	0	0
Kullanılan araç gereç uzaklığı	15	88,2	2	11,7	0	0
Oturuş şekli	5	29,4	12	70,5	0	0
Koltuk ayarı	0	0	17	100,0	0	0
Koltuk konumu	2	11,7	10	58,8	5	31,3
AYAKTA ÇALIŞMA İŞYERİ DÜZENİ	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**
Araçlara uzanma uzaklığı	17	100,0	0	0	0	0
İş istasyonu yüksekliği	10	58,8	5	29,4	2	11,8
Zemin esneksizliği	0	0	0	0	17	100,0
Ayakta Sabit durma	1	5,9	1	5,9	15	88,2
Çalışma alanında gezinme	17	100,0	0	0	0	0
TOPLAM	**174**	**44,5**	**124**	**31,7**	**93**	**23,8**

TARTIŞMA

Sağlığa yönelik risk faktörlerinin önlenmesinde ergonomik tasarım giderek önem kazanmaktadır. Çalışma koşulları ergonomik normlara uygun yapılandırılmadığında, çalışma ortamı ergonomik ilkelere göre düzenlenmediğinde, kısacası çalışma ortamı ergonomik olmadığında sağlığa yönelik sorunların artması kaçınılmaz olacaktır.

Çalışma yerlerinin ergonomik analizi incelenirken çalışma postürleri ve ekstremitelerin hareketleri önem kazanır. Çalışma postürleri açısından çalışanlar değerlendirildiğinde, gün boyu ayakta çalıştıkları, çalışırken daha çok üst ekstremitelerini kullandıkları gözlenmiştir. Postür ve hareketler konusunda çalışanlar ergonomik prensipleri uygulayamadıkları dolayısıyla vücudun uygunsuz bir postüral yüklenme ile karşı karşıya olduğu görülmüştür.

Janowitz'in (2006) Amerika'da 6000 hastane çalışanı üzerinde REBA yöntemi ile yaptığı çalışmada, teknik pozisyonlarda REBA skoru 5.5 ± 1.6, hemşirelerde ise 5.1 ± 1.1 olarak saptanmıştır. Janowitz'in çalışma bulgusu ile çalışmamızdaki REBA skoru (5,47 ± 2,57) uyumlu çıkmıştır. Laboratuvar çalışanlarının vücut posturü yönünden orta derece risk altındadır.

En genel tanımıyla duruş (postür), vücudun, başın, gövdenin, kol ve bacakların boşluktaki konfigürasyonu, uygun dizilimi olarak tanımlanmaktadır. Çalışma duruşu ise bu tanıma bağlı olarak, vücudun, başın, gövdenin, kol ve bacakların yapılan işe ve işin özelliklerine göre dizilimi

şeklinde tanımlanmaktadır. Uygun olmayan duruşlar ise bir veya birden fazla uzvun, hareketsiz vücut duruşundan sapması olarak tanımlanmaktadır Duruş, stres ve iş sırasında duyulan rahatsızlığın minimize edilmesi ve sağlıklı çalışmayı sağlamak, işin performans değeri kadar önemlidir. Eğer duruş doğru değilse, bu çalışana stres, yorgunluk ve ağrı olarak geri döner. Çalışan kasları kendini yenileyene kadar çalışmasına ara vermek zorunda kalır (Akay ve ark., 2003).

Çalışma sırasında hatalı duruş biçimleri iş istasyonunun kötü tasarımına bağlı olabilir. Gövdenin nötral pozisyonu ayakta, herhangi bir bükülme olmaksızın olan durumudur. Sagital düzlemde gövdenin eğilmesi, ayakta iken ellerin seviyesinin altında bir cisim kavramak veya vücuttan çok uzak bir cisme ulaşmak için olabilir. Bu nötral olmayan durumların lokal kas yorgunluğuna ve yüksek sırt ağrısı hızlarına yol açtığını göstermektedir (Güler, 2001).

Ayakta çalışanlar için çalışma alanları öyle düzenlenmelidir ki, birey dik durabilmeli ve çalışma esnasında kolunu rahatlıkla hareket ettirebilmelidir. Ayakta çalışılan yüzeyler uygun bir çalışma duruşuna izin vermelidir. Çalışma sırasında kolunu rahatlıkla hareket ettirebilmesi için dirsek, çalışılan platformdan daha yüksek olmalıdır. Yüksek bir platformda çalışma dirseklerin bükülmesine ve omuzların yukarı kaldırılmasına neden olarak, küçük kas gruplarında gerilim ve yorgunluk yaratır. Çok alçak bir platformda çalışma ise bireyin eğilmesine neden olarak sırt kaslarını yorar (İlçe, 2007).

Çalışmamızda ayakta çalışma yapılan ortamlarındaki iş yeri düzenine ait faktörler genel olarak %52,9'u düşük düzeyde, %6,9'u orta düzeyde, %40'ı yüksek düzeyde riskli olarak belirlenmiştir. Ayakta çalışma yapılan ortamlardaki iş yeri düzenine ait faktörlerin içerisinde ayakta sabit olarak çalışma yüksek düzeyde, iş istasyonunun yüksekliği (%29,4) orta derecede riskli olarak belirlenmiştir.

Oturarak çalışma oranı giderek artmaktadır. Oturma, ayak ve alt ekstremite dokularının yaptığı ağırlık etkisinin azalması, kas aktivitesinin azalmasına bağlı olarak vücudun enerji harcamasının azalması, hassas el işleri için gövdenin stabilizasyonunun sağlanması gibi nedenlerle birçok ergonomik avantaj sağlamaktadır. Temel dezavantajı ise omurga üzerindeki stresin artmasıdır (Güler, 2001).

Oturarak çalışmalarda sandalyenin durumu çok önemlidir Sandalyede en önemli noktalardan birisi sırt desteği ile oturma yüzeyi arasıdaki açıdır. Bu açı arttıkça pelvik rotasyon ve lomber düzleşme azalır. Bu, oturma tablasının hafifçe horizontaldan aşağı eğilmesiyle veya sırt desteğinin vertikalden geriye doğru eğilmesiyle sağlanabilir. Otururken işçinin öne doğru eğilmesini gerektiren işlerde öne eğimli oturma tablaları kullanılır. Ayrıca laboratuvar çalışmaları, oturma yüzeyi ile sırt desteği arasındaki açının 90-110 derece arasında değiştirilmesinin diskler arası basıncı %50 oranında azalttığını göstermektedir. Sırt desteğine lomber desteğin eklenmesi, diskler arası basıncı da azaltmaktadır (Güler, 2001).

Sandalye tasarımında oturma yüzeyinin yüksekliği ve biçimi de önemlidir. Eğer çok yüksek olursa işçinin ayağı sallanır. Kalçanın altında basınca yol açar. Eğer çok alçak olursa kalçalar oturma tablasına iyi temas edemez, çevre dokularına aşırı yük biner. Mümkün olduğunda sandalye ve çalışma ortamının uzun süreli statik postürü engelleyecek biçimde tasarımlanması gerekir (Güler, 2001).

Çalışmamızda oturma olan işyeri düzeni faktörleri orta derecede riskli çıkmıştır (10,29 ± 2.80). Oturma olan işyeri düzeni risk faktörleri en fazla sırası ile koltuk konumlandırması (2,25 ± 0,57), koltuk ayarı (2,00 ± 0,00), oturuş şekli (1,75 ± 0,44) dir.

Çalışanlar, kendilerini rahat hissettikleri iş koşullarında verimli çalışabilirler. Kötü çalışma koşulları; yetersiz aydınlatma, havalandırma, ısıtma ve benzeri gibi çalışma ortamının fiziksel koşullarının uygunsuzluğu, gürültü, az ya da çok ısı ve hava akımı gibi fiziksel koşullar çalışan bireylerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkiler (Hayta, 2007).

Çalışmamızda çevresel faktörler genel olarak %42,35'i düşük düzeyde, %30,58'i orta düzeyde, %27,05'i yüksek düzeyde riskli olarak belirlenmiştir. Çevresel faktörler içerisinde gürültü (%47,7), titreşim (%41,2) yüksek yüzeyde risklidir. Ortam sıcaklığı (%52,9) orta derecede riskli olarak belirlenmiştir

Bugün son teknolojik gelişmeler, fiziksel işlerin zorluğunu büyük ölçüde azaltmakla beraber, bu kez artan iş hızı ve iş hazırlama süresinin kısalması psiko-fiziksel iş yükünü arttırmaktadır. Bu değişiklikler çalışanların yorgunluklarını gidermeleri ve enerjilerini yeniden kazanmaları için iş-günü süresinde aralar verilmesini gerekli kılmaktadır. Bu aralar süresince çalışanların işlerini bırakmaları ve dinlenmeleri gerekmektedir. Kesintisiz

iş-gününün uygulandığı işletmelerde çalışanların serbest zamanı azalmakta ve yorgunlukları artmaktadır. Bu durum ise iş kazalarının gerçekleşmesine neden olmaktadır (Hayta, 2007).

Çalışmamızda iş yönetimi ile ilgili faktörler genel olarak %33,33'ü düşük düzeyde, %36,27'si orta düzeyde, %30,39'u yüksek düzeyde riskli olarak belirlenmiştir. İş yönetimi faktörlerinin içerisinden çalışma hızı (%52,9), dinlenme aralıkları (% 47,1) yüksek düzeyde, çalışma monotonluğu (%70,6), iş değişkenliğinin azlığı orta düzeyde riskli olarak belirlenmiştir.

SONUÇ

Çalışan sağlığı ve güvenliği açısından, laboratuvar çalışanlarının fiziksel, mental ve sosyal açıdan korunması, çalışma ortamı koşullarından kaynaklanan rahatsızlıklar nedeni ile işlerini kaybetmelerinin önlenmesi, çalışma alanlarındaki sağlığa zararlı etkenler karşısında her türlü koruyucu önlemin alınması, uygun çalışma ortamı koşullarının (ısı, nem, havalandırma, aydınlatma, gürültü, temizlik ve bakım, v.b.) sağlanması gerekmektedir.

Böyle bir çalışma ortamının sağlanması durumunda, ergonomik ortamda çalışmanın getirdiği sağlık ve güvenlikle meslek hastalıklarının azaltılması ve çalışanların daha az yorulması sağlanacaktır.

Fiziksel aktivite gerektiren laboratuvar ortamında çalışanlar kas-iskelet hastalıkları için orta düzeyde risk altındadır. İş yerinde kas-iskelet hastalıkları için riskleri kontrol altına almak amacıyla uygulanacak ergonomi eğitimlerini ve girişimlerini kapsayan katılımcı ergonomi programının yararlı olacağını düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

– **Akay Diyar, Dağdeviren Metin, Kurt Mustafa, (2003).** "Çalışma Duruşlarının Ergonomik Analizi" Gazi Üniv. Müh. Mim. Fak. Der. Cilt 18, No:3, 73-84

– **Büker N., Aslan E., Altuğ F., Cavlak U.,** "Hekimlerde Kas–İskelet Sistemi Problemlerinin Analizi" D.P.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü 10. Sayı Mayıs 2006

– **Can Ayanoğlu,** "İşyerinde Ergonomi ve Stres" İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, Yıl: 7, Sayı: 34. S. 29-31

– **Demir Yurdanur, Khorshid Leyla, (2004).** "Ergonomi ve Hemşirelik" 10. Ergonomi Kongresi.

– **Demir Mahmut,** "Konaklama İşletmelerinde Ergonominin İşgören Verimliliği Üzerine Etkileri "http://www.isguc.org/?p=article&id=143&cilt=5&sayi=2&yil=2003 (Erişim Tarihi: 15.06.2010)

– **Dickinson C., Campion K.,** "Questionnaire development: an examination of the Nordic Musculoskeletal Questionnaire" www.ssc.wisc.edu/.../Work_AppA6%20-%20Dickinson%20et, (Erişim Tarihi: 15.06.2010)

– **esd.lbl.gov** "Laboratory Ergonomic Tips Earth Sciences Division" esd.lbl.gov/files/RESOURCES/HEALTH.../ESD-Lab_Ergo_Tips.doc (Erişim Tarihi: 15.06.2010)

– **Güler Çağatay, (2001).** "Ergonomiye Giriş (ders notları)" Ankara Tabip Odası.

– **Hayta Ateş Bayazıt,** "Çalısma Ortamı Kosullarının İşletme Verimliliği üzerine etkisi" www.ttefdergi.gazi.edu.tr/makaleler/2007/Sayi1/21-41.pdf (Erişim Tarihi: 15.06.2010)

– **Hignett Sue, McAtamne Lynn, (2000).** "Technical note Rapid Entire Body Assessment (REBA)"Applied Ergonomics 31: 201-205

– **Ira L. Janowitz, (2006).** "Measuring the physical demands of work in hospital settings: Design and implementation of an ergonomics assessment "Applied Ergonomics" 37: 641–658

– **İlçe A., (2007).** "Yoğun Bakım Ünitelerinde Ergonomik Faktörlerin İncelenmesi" Doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

– **Kaya Sait,** "Ergonomi ve Çalışanların Verimliliği Üzerine Etkileri" www.izto.org.tr/NR/rdonlyres/7475BDA1.../ergonomi_sait.pdf, (Erişim Tarihi: 15.06.2010)

– **Kevin J. Costello,** "Laboratory Workers Commonly Report Work-Related Musculoskeletal Disorders from the Use of Manual Pipettes" www.LaboratoryEquipment.com (Erişim Tarihi: 15.06.2010)

– **Laboratory Ergonomic Stressors,** http://www.dehs.umn.edu/ergo_lab_Stressors.htmr" (Erişim Tarihi:15.06.2010)

– **Ohsah, Reducing the Risk of Musculoskeletal Injury in Healthcare Laboratory Technologists Performing Pipetting Tasks,** "www.ohsah.bc.ca/media/30-PU-Pipetting.pdf" (Erişim Tarihi: 15.06.2010)

– **Örücü Edip, Palaz Serap, Yumuşak Sedat,** "İşgören Verimliliğini Etkileyen Faktör Olarak Ergonomi ve Bir Araştırma" Http://Www.Mevzuatdergisi.Com/2004/12a/03.Htm (Erişim Tarihi: 15.06.2010)

– **Özcan Emel,** "Bilgisayar Kullanıcılarında Kas İskelet Hastalıkları. Sıklığı ve Risk Etkenleri Tarama Formu" www.ergonomistanbul.com/images/BilgisayarTarama.doc (Erişim Tarihi: 15.06.2010)

– **Özcan Emel,** "Mesleki Kas iskelet Risklerinin değerlendirilmesinde Quıck Exposure Check-Hızlı Maruziyet Türkçe Uyarlamasının Güvenirliği" İst Tıp Fak Derg 2007; 70: 98-102

– **Özcan Emel, Kesiktaş Nur,** "Mesleki Kas İskelet Hastalıklarından Korunma ve Ergonomi", "İş Sağlığı Ve Güvenliği Dergisi", Yıl: 7, Sayı: 34. S. 6-9.

– **Parlar Serap,** "Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı" TAF Preventive Medicine Bulletin, 2008: 7(6)

– **REBA,** "Employee Assessment Worksheet" http://personal.health.usf.edu/tbernard/HollowHills/REBA.pdf

– **Setup_Ergofellow.Exe** "http://www.fbfsistemas.com/english/download.html

– **Tamara Mitchell. (2010a).** "Laboratory Ergonomics: Risk factors and workbench assessment" http://www.working-well.org/articles/pdf/Lab_Ergo_1.pdf (15.06.2010)

– **Tamara Mitchell. (2010b).** "Laboratory Ergonomics: Pipetting, microscope use, and hood work" http://www.working-well.org/articles/pdf/Lab_Ergo_2.pdf (Erişim Tarihi:15.06.2010)

– **Tamara Mitchell, (2010c**). "Laboratory Ergonomics: Microtomes, cryostats, cell counters, micro-manipulation, lifting, and glove boxes" http://www.working-well.org/articles/pdf/Lab_Ergo_3.pdf (Erişim Tarihi: 15.06.2010)

– **Yılmaz Figen, Şahin Fusun, Kuran Banu,** "İşe Bağlı Kas İskelet Hastalıkları ve Tedavisi" http://www.nobelmedicus.com/contents/200623/15-22.htm

– **Yörükoğlu Kutsal, Arzu Sayıner, Elif Akalın, (2005).** "Occupational health hazards and safety guidelines in histopathology laboratory" Aegean Pathology Journal 2, 98-115.

– www.capp.ca "Ergonomıc Rısk Identıfıcatıon And Assessment Tool" www.capp.ca/getdoc.aspx?DocId=24984&DT=NTV

– wwww.ergoworkinggroup.org "Naval Facilities Engineering Command Ergonomic Risk Assessment for Naval Hospital", www.ergoworkinggroup.org/ewgweb/SubPages/.../WeldShop.pdf (Erişim Tarihi: 15.06.2010)

BİR SAĞLIK KURUMUNDA SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MEMNUNİYETİ

Nurhan Aytuğ Kanber*

Öznur Gürlek*

Himmet Çiçek**

Uzm. Dr. Ayşe Gözlükaya***

ÖZET

Bu araştırma bir sağlık kurumunda sağlık çalışanlarının memnuniyetine etki eden faktörleri saptayarak memnuniyeti değerlendirmeye yönelik yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Devlet Hastanesinde çalışan ve ankete katılmayı kabul eden 96 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Veriler anket formu ile bire bir görüşme yöntemi kullanılarak toplanmış ve elde edilen bilgiler SPSS 10,0 paket programı ile istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre çalışmaya katılanların %31,5'inin 31-35 yaş arasında, %76'sının kadın, %62,5'inin evli olduğu görüldü. Kişilerin %39,6'sı hastane yöneticilerine sorunlarını her zaman iletme imkanı bulduğunu, %21,9'u da hastane yönetiminin iş yerine ait sorunlarla ilgilenmediklerini ifade etmiştir. Çalışanların %83,3'ü hastane yönetiminin ödüllendirme yapmadığını, %13,5'i sık sık çalıştığı kurumdan ayrılmayı düşündüğünü söylemiştir. Araştırmaya katılanların %64,1'i çalışma mekanlarının ergonomik olmadığını ve kurumdan ayrılmak istediklerini, %71,1'i kurumda yeterli güvenlik önlemi alınmadığını ve kurumdan ayrılmak istediklerini, %81,0'ı hastane idaresinin sorunlarıyla ilgilenmediğini ve kurumdan ayrılmak istediklerini belirtmişlerdir. Sonuç olarak sağlık çalışanlarının memnuniyetlerini olumsuz etkileyen faktörlere karşı önlemlerin alınması, hizmet kalitesinin artmasına katkıda bulunacaktır.

Anahtar kelimeler: Sağlık hizmetleri, Sağlık çalışanları, İş memnuniyeti

*Uzm. Hemş., Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Eğitim Koordinatörlüğü ve Kalite Birimi, Afyonkarahisar

** VHKİ, Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Kalite Birimi, Afyonkarahisar

***Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Acil Servis ve Kalite Birimi, Afyonkarahisar

Health Care Workers Satisfaction in A Health Institution

ABSTRACT

This research has been done in order to evaluate the satisfaction by determining the factors influencing health care workers satisfaction at a healthcare organization. 92 healthcare workers working at state hospital constitutes the paradigm of the research. The data obtained through questioner and one to one interview method and they are evaluated statistically with SPSS 10.0 packet program. According to research results 31.5% of the participants are aged 31-35 years old, 76% of them are female and 62.5% of them are married. 39.6% of the people has stated that they always find the opportunity to tell their problems to the hospital administrators, 21.9% of them, however, has stated that the hospital administration does not deal with the problems related with the workplace, 83.3% of the employees has stated that the hospital administration does not make rewarding and 13.5% of them has said that they are thinking of leaving their job. 64.1% of the participants has stated that their workplace is not ergonomical and they want to leave the institution, 71.1% of them said that enough security precautions aren't taken and so that they want to leave the institution. As a result taking measurements against the factors effecting negatively the satisfaction of the health workers will contribute the increase of service quality.

Key words: Health service, Health workers, Job satisfaction

GİRİŞ

Sağlık hizmeti sunan örgütler, yapısal ve işlevsel açıdan en karmaşık örgütler arasında yer almaktadır (Aslan vd., 2004). Sağlık hizmet sunumunda memnuniyet kavramı, son yıllarda önem kazanan bir konu olmuştur (Özer ve Çakıl, 2007). Kurum ve kuruluşlarda çalışanların özellikle memnuniyet ve motivasyonlarının korunması ve bu duyguların yüksek olması hem kurum hem de çalışan için oldukça önemlidir. Mesleki doyum her iş alanı için geçerlidir. Sağlık hizmetlerinin insanı konu alması ve bu yüzden daha fazla dikkat ve hassasiyet gerektirmesi sebebiyle, sağlık çalışanlarında mesleki memnuniyet daha da önem kazanmaktadır (Aydın ve Kutlu, 2001). Memnuniyet duygusu çalışanın başarısını dolayısı ile kurumun başarısını direkt ilgilendiren bir konu olmakla beraber müşteri memnuniyetini de beraberinde getirecektir.

Tüm çalışanların katılımı ile gerçekleştirilecek iyileşme stratejisi olarak tanımlanan toplam kalite yönetimi sağlık hizmetleri içinde önemli yararlar sağlayacak bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımın benimsendiği

kuruluşlarda müşteri memnuniyetinin tam olarak sağlanması esastır (Ünalan vd., 2006). Sağlık kurumlarının memnun etmesi gereken geniş ve heterojen bir müşteri grubu bulunmaktadır. Eskiden sağlık kurumlarının müşterisi denildiği zaman sadece hastalar akla gelirken, günümüzde "sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar" müşteri olarak kabul edilmektedir. Sağlık kurumlarının müşterileri iki grupta toplanabilir. İç müşteri; sağlık kurumunda çalışan veya sağlık kurumu ile organik ilişkisi bulunan kişi ve grupları ifade etmektedir. Dış müşteri kavramı ise sağlık kurumunun hizmetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumları kapsamaktadır (Kavuncubaşı, 2000). Toplam kalite yönetimi çalışmalarında iç müşteri olarak kabul edilen personelin memnuniyeti ve iş doyumlarına öncelik verilmeden ve doyumu arttırıcı çalışmalar yapılmadan dış müşterilerin sürekli memnuniyetinin sağlanamayacağı kabul gören bir düşüncedir. Ayrıca çalışanların memnuniyetinin sağlık sisteminde kalitenin sürdürülebilirliği açısından önemli bir unsur olduğu belirtilmektedir (Ünalan vd., 2006).

Bütün işletmeler gibi hastanelerin başarısı çalışanlarının başarısına bağlı olarak artmaktadır. Gerçekte bir hastane için en önemli kaynak, çalışanlarıdır. Bununla birlikte hastane yönetimlerinin sorumluluklarından biri de çalışanların istek ve ihtiyaçlarını algılamak ve beklentilerini karşılamaktır (Alcan, 1997).

Bu nedenle hastanelerde çalışan kişilerden beklenen verimin elde edilmesi ve huzurlu bir çalışma ortamının sağlanması için, çalışanların özelliklerine göre ihtiyaçları belirlenmeli ve en iyi şekilde karşılanmaya çalışılmalıdır.

Sağlık kurumlarında kalite açısından dış müşteri kadar iç müşteri memnuniyeti de önemli yer tutmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada iç müşteri memnuniyetine etki eden faktörler saptanarak memnuniyet değerlendirilmeye çalışılmıştır.

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Bu araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığına bağlı bir devlet hastanesinde çalışan 230 kişi, örneklemini ise ankete katılmayı kabul eden 96 gönüllü sağlık çalışanı oluşturmuştur. Çalışanların büyük bir çoğunluğuna senelik izinde olma, raporlu olma ve araştırmaya katılmayı reddetme gibi nedenlerle ulaşılamamıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Devlet Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır. Veriler Sağlık Bakanlığı çalışan memnuniyet anketi örnek alınarak oluşturulmuştur. Veri toplama aracı olarak oluşturulan anketler 2 bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümü tanımlayıcı bilgilere ilişkin sorulardan ikinci

bölümü ise, kişilerin kurumdan memnuniyet ya da memnuniyetsizliğini ortaya koymaya yönelik sorular olmak üzere toplam 20 sorudan oluşmaktadır. Ortaya çıkan anket formu gönüllülerle bire bir görüşme yöntemi kullanılarak doldurulmuştur. Elde edilen bilgiler SPSS 10,0 paket programı ile istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Tablo 1. Araştırma grubunun tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Yaş, Sınırlar 21-50		
21-25	5	5,2
26-30	19	19,8
31-35	37	38,5
36-40	24	25,0
41-45	6	6,3
46-50	5	5,2
Cinsiyet		
Kadın	73	76,0
Erkek	23	24,0
Medeni Durumu		
Evli	60	62,5
Bekar	36	37,5
Eğitim		
Lise	31	32,3
Yüksekokul	65	67,7
Meslek Grubu		
Doktor	21	21,9
Hemşire	48	50,0
Sağlık memuru	13	13,5
Laborant	7	7,3
İdari memur	7	7,3
Meslekte Çalışma Süresi		
1 yıldan az	12	12,5
1-5 yıl	32	33,2
6-10yıl	21	21,9
11-15 yıl	18	18,8
16 yıl ve üzeri	13	13,5

Tablo 1. de görüldüğü gibi araştırmaya katılan kişilerin %63,5'i 35 yaşın altında, %76'sı kadın, %62,5'i evli, %50'si hemşire, %32,3'ü lise mezunu ve yine %32,3'ü de 10 yıldan fazla süredir bu hastanede görev yapmaktadır.

Tablo 2. Araştırma grubunun işyerindeki çalışma koşulları ve uygulamalar hakkındaki görüşleri

	Sayı	%
Haftalık mesai süresinden fazla çalışıyor musunuz?		
Evet	58	60,4
Hayır	38	39,6
Hastanenizde insan kaynaklarının etkin kullanıldığını düşünüyor musunuz?		
Evet tamamıyla	9	9,4
Evet kısmen	51	53,1
Hayır	36	37,5
Çalıştığınız birimde sınırları belirlenmiş yazılı bir görev tanımınızvar mı?		
Evet	41	42,7
Hayır	41	42,7
Bilmiyorum	14	14,6
Çalışma mekanınızın fiziksel sağlığınızı gözetecek şekilde düzenlendiğini düşünüyor musunuz?		
Evet yeterince	19	19,8
Kısmen düzenlenmiş	38	39,6
Hayır uygun düzenleme yok	39	40,6
Çalıştığınız bölümde iş kazalarını önlemeye yönelik teknik alt yapı var mı?		
Evet var	18	18,8
Evet kısmen var	27	28,1
Hayır yok	51	53,1
Çalıştığınız birimde yeterli güvenlik önlemleri alındığını düşünüyor musunuz?		
Evet alınıyor	25	26,0
Evet ama yetersiz	33	34,4
Hayır alınmıyor	38	39,6
Son altı ay içinde fiziksel saldırıya uğradınız mı?		
Evet uğradım	8	8,3
Hayır uğramadım	88	91,7

Hasta ve çalışan güvenliği konusunda yeterli düzenleyici önleyici faaliyet yapıldığını düşünüyor musunuz?		
Evet tamamen	11	11,4
Evet kısmen	53	55,2
Hayır	32	33,3
Son altı ay içinde size yönelik hizmet içi eğitim düzenlendi mi?		
Evet	77	80,2
Hayır	19	19,8
Hasta ve çalışan güvenliğini ihlal eden durumların raporlanması ile ilgili yeterli eğitim aldığınızı düşünüyor musunuz		
Evet tamamıyla	16	16,7
Evet kısmen	32	33,3
Hayır	48	50,0
Hastane yöneticilerine sorunlarınızı iletme imkanı buluyor musunuz?		
Evet her zaman	38	39,6
Evet bazen	46	47,9
Hayır	12	12,5
Hastane yönetiminin iş yerine ait sorunlarınızla ilgilendiğini düşünüyor musunuz?		
Evet her zaman	26	27,1
Evet bazen	49	51,0
Hayır	21	21,9
İdare tarafından çalışanların ödüllendirildiğini düşünüyor musunuz		
Evet tamamıyla	1	1,0
Evet kısmen	15	15,6
Hayır	80	83,3
Çalıştığınız kurumdan ayrılmayı düşündüğünüz oluyor mu?		
Evet sık sık	13	13,5
Evet bazen	38	39,6
Hayır	45	46,9

Tablo 2. de görüldüğü gibi araştırmaya katılanların yarıdan fazlası mesai saatinden fazla çalışmakta ve yine yarıdan fazlası insan kaynaklarının kısmen etkin kullanıldığını düşünmektedir. Kişilerin %42,7'si çalıştığı birimde yazılı bir görev tanımının olmadığını %14,6'sı da böyle bir tanımın var olup olmadığını bilmediğini söylemiştir. Çalışanların %40,6'sı çalışma mekanının fiziksel sağlıklarını gözetecek şekilde

düzenlenmediğini, %53,1'i çalıştığı ortamda iş kazalarını önlemeye yönelik teknik alt yapı olmadığını, %34,4'ü de çalıştığı birimde güvenlik önlemi alındığını ancak yetersiz olduğunu ifade etmiştir. Araştırmaya katılanların %8,3'ü son altı ay içinde fiziksel bir saldırıya uğradıklarını söylemiştir.

Kişilerin %80,2'si kendilerine yönelik hizmet içi eğitimlerin düzenlendiğini, %50,0'ı da hasta ve çalışan güvenliğini ihlal eden durumların raporlanması ile ilgili yeterli eğitim almadığını söylemiştir.

Hastane yöneticilerine sorunlarınızı iletme imkanı buluyor musunuz sorusuna %39,6'sı her zaman imkan bulduğunu, %21,9'u da hastane yönetiminin iş yerine ait sorunlarla ilgilenmediğini ifade etmiştir.

Çalışanların %83,3'ü hastane yönetiminin ödüllendirme yapmadığını söylerken sadece 1 kişi yönetimin çalışanları tamamıyla ödüllendirdiğini söylemiştir. Araştırmaya katılanların %13,5'i sık sık çalıştığı kurumdan ayrılmayı düşünürken, %46,9'u ayrılmayı düşünmediğini ifade etmiştir.

Tablo 3. Çalışma mekanının ergonomisi ile kurumdan ayrılmayı düşünme arasındaki ilişki

	Çalışma mekanı ergonomik		Hayır değil		Toplam	
Kurumdan ayrılmayı düşünüyorum	26	45,6	9	64,1	13	53,1
Hayır düşünmüyorum	31	54,4	14	35,9	45	46,9
Toplam	57	100	39	100	96	100

p=0,018

Tablo 3. de görüldüğü gibi kişilerin %64,1'i çalışma mekanlarının fiziksel sağlıklarını gözetecek şekilde olmadığını ve kurumdan ayrılmak istediklerini, %35,9'u çalışma mekanlarının fiziksel sağlıklarını gözetecek şekilde olmadığını ancak kurumdan da ayrılmak istemediklerini belirtmişlerdir. Aradaki fark istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4. Hastane idaresinin sorunlarla ilgilenmesi ile kişilerin kurumdan ayrılmayı düşünme durumu arasındaki ilişki

	İdare sorunlarla ilgileniyor		Hayır ilgilenmiyor		Toplam	
Kurumdan ayrılmayı düşünüyorum	34	45,3	17	81,0	51	53,1
Hayır düşünmüyorum	41	54,7	4	19,0	45	46,9
Toplam	75	100	21	100	96	100

p=0,004

Tablo 4. de görüldüğü gibi araştırmaya katılanların %81,0'ı

hastane idaresinin sorunlarıyla ilgilenmediğini ve kurumdan ayrılmayı düşündüklerini, %45,3'ü hastane idaresinin sorunlarıyla ilgilendiğini ve kurumdan ayrılmayı düşünmediklerini ifade etmişlerdir. Aradaki fark istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 5. Yeterli güvenlik önlemi alınması ile kişilerin kurumdan ayrılmayı düşünme durumu arasındaki ilişki

	Güvenlik önlemi alınıyor		Hayır alınmıyor		Toplam	
Kurumdan ayrılmayı düşünüyorum	24	41,4	27	71,1	51	53,1
Hayır düşünmüyorum	34	58,6	11	28,9	45	46,9
Toplam	58	100	38	100	96	100

p=0,004

Tabloda da görüldüğü gibi araştırmaya katılanların %71,1'i kurumda yeterli güvenlik önlemi alınmadığını ve kurumdan ayrılmak istediklerini belirtirken, %28,9'u güvenlik önlemi alınmadığını ancak kurumdan da ayrılmayı düşünmediklerini söylemiştir. Fark istatistiki açıdan anlamlıdır (p<0,05).

Tablo 6. Cinsiyete göre fiziksel saldırıya uğrama durumu

	Kadın		Erkek		Toplam	
Fiziksel saldırıya uğradım	7	9,6	1	4,3	8	8,3
Fiziksel saldırıya uğramadım	66	90,4	22	95,7	88	91,7
Toplam	73	100	23	100	96	100

p=0,433

Cinsiyete göre son 6 ay içersinde fiziksel saldırıya maruz kalma durumuna bakıldığında kadınların %9,6'sı erkeklerinde %4,3'ü fiziksel saldırıya maruz kaldıklarını söylemişlerdir. Aradaki fark istatistiki açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

TARTIŞMA

Doğrudan insana hizmet eden, hizmetin kalitesinde insan etkeninin çok önemli bir yere sahip olduğu sağlık sektöründe, çalışanların memnuniyetinin sağlık sisteminde kalitenin sürdürülebilirliği açısından önemli bir yeri vardır.

Sağlık personelinin kişilik özellikleri hastaya olan davranışı da etkiler. Gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, bilgi ve beceri sunma

biçimleri hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu, katılımcı olmasını sağlamaktadır (Alcan, 1997). İzmir'de hastalar üzerine yapılan bir araştırmada, katılımcıların büyük oranı güvenilirlik ve güven boyutlarını, en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirmiştir (Özer ve Çakıl, 2007; Devebakan ve Yağcı, 2005). Yani hastanın memnuniyetini en fazla etkileyen faktörler sağlık çalışanının tutum ve davranışıdır. Hastalarını memnun etmeyi hedefleyen tüm sağlık kuruluşları öncelikle çalışanlarını memnun etmek durumundadır.

Çalışmamıza katılanların özellikleri incelendiğinde kişilerin %31,5'inin 31-35 yaş arasında, %76'sının kadın, %62,5'inin evli olduğu görüldü. Çalışmaya katılanların yarıdan fazlasının yüksekokul mezunu olduğu ve üçte birinin 10 yıldan fazla süredir bu hastanede görev yaptığı belirlendi. Katılımcılar meslek gruplarına göre değerlendirildiğinde en fazla katılımın hemşirelerden (%50,0), ikinci olarak da hekimlerden (%21,9) oluştuğu görüldü. Sevimli ve İşcan (2005), çalışanların motivasyon düzeyini etkileyen, bireysel ve iş ortamına ait faktörleri incelemiş, araştırma sonuçları yaş, hizmet süresi ve işle ilgili düşünce gibi bireysel faktörlerle, statü, örgütsel ortam ve koşullar gibi iş ve iş ortamına bağlı nedenlerin memnuniyeti büyük oranda etkilediğini ortaya koymuştur.

Çalışmamızdaki kişilerin %39,6'sı çalıştıkları birimde güvenlik önlemi alınmadığını, %34,4'ü de güvenlik önleminin alındığını ancak yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Ünalan ve arkadaşlarının (2006) sekreterler üzerinde yaptıkları araştırmada da kişilerin çalıştıkları mekanlarda yeterli güvenlik önlemlerinin bulunmadıklarını (%32,9) tespit etmişlerdir. Çalışmamızın sonucu Ünalan ve arkadaşlarının çalışması ile paralellik göstermektedir.

Gyekye (2005) iş memnuniyeti ile iş yeri güvenliği arasında pozitif ilişki olduğunu belirtmiştir. Ünalan ve arkadaşlarının (2006) yaptığı araştırmada iş yerinde yeterli güvenlik önlemi bulunduğunu düşünen ve düşünmeyen kişilerin iş memnuniyet düzeyleri benzer bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise ankete katılanların %71,1'i yeterli güvenlik önlemi alınmadığını ve kurumdan ayrılmayı düşündüklerini, %28,9'u yeterli güvenlik önlemi alınmadığını ancak kurumdan da ayrılmayı düşünmediklerini bildirmişlerdir (Ünalan vd., 2006). Bizim çalışmamızda da güvenlik önlemi alınıp alınmaması ile kurumdan ayrılmayı düşünme arasında anlamlı fark çıkmıştır.

Araştırmamıza katılanların yarıdan fazlası çalıştıkları birimde iş kazalarını önlemeye yönelik teknik alt yapı olmadığını düşündüklerini

söylemişlerdir. İş yerinde memnuniyeti belirleyen önemli faktörlerden birisi de iş riski ve iş güvenliği parametreleridir. Dolayısı ile iş güvenliğinin artması ölçüsünde iş memnuniyetinin düzeyinin artması da tabidir (Ünalan vd., 2006).

Çalışma ortamındaki ergonomik ve teknik koşulların durumu da motivasyonu etkileyen önemli bir unsurdur (Kıdak ve Aksaraylı., 2009). Çalışmamıza katılan kişilerin sadece %19,8'i çalışma mekânının ergonomik olduğunu, kişilerin %64,1'i çalışma mekânlarının fiziksel sağlıklarını gözetecek şekilde olmadığını ve kurumdan ayrılmak istediklerini, %35,9'u çalışma mekânlarının fiziksel sağlıklarını gözetecek şekilde olmadığını ancak kurumdan da ayrılmak istemediklerini belirtmişlerdir. Aradaki farkın anlamlı olması (p=0,018) bize de çalışma ortamındaki ergonomik koşulların motivasyonu etkilediğini düşündürmektedir.

Hemşireler çalıştıkları ortamda hastalar tarafından özellikle sözel tacize sıkça maruz kalmaktadırlar. Arcak ve Kasımoğlu'nun (2006) araştırmasında sağlık kurumlarında çalışan hemşirelerin %21'i son bir yıl içinde hasta ve hasta yakınları tarafından tacize uğradığını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda kişilerin %8,3'ü son altı ay içinde fiziksel saldırıya uğradıklarını söylemişlerdir. Yaptığımız incelemede fiziksel şiddete uğrama durumunun cinsiyete göre farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır (p=0,433). Bu doğrultuda, hemşirelere hastaların öfke ve davranışlarını tanıma, ele alma ve hastaların öfkelerini olumlu biçimde ifade etmesine yardım etme konularında öğretim yapılması, kendi öfke düzeylerinin farkında olmalarının sağlanması ve girişkenlik eğitimi yapılması yararlı olacaktır (Doğan vd., 1999). Böylelikle hasta ve hasta yakınları tarafından oluşacak sözel ve fiziksel şiddetin de azalması beklenebilir.

İş yaşamında çalışanlar ile çalışma koşulları arasında sürekli bir etkileşim bulunmaktadır. Yönetimin ele alması gereken önemli ve öncelikli sorunu, çalışanların mal ve hizmet üretimine üst düzeyde katılmalarını sağlayacak ve bu arada çalışanların sağlıklarının fiziksel ve ruhsal açıdan korunmasına olanak sağlayacak şekilde üretimi gerçekleştirebilmektir. Bu nedenle yönetim, çalışanlarının örgüte, örgütün kurallarına ve kendilerine karşı olan tutumlarını bilmek durumundadır. Bizim çalışmamızda kişilerin %81,0'ı hastane idaresinin sorunlarıyla ilgilenmediğini ve kurumdan ayrılmayı düşündüklerini, %45,3'ü hastane idaresinin sorunlarıyla ilgilendiğini ve kurumdan ayrılmayı düşünmediklerini ifade etmişler ve ardaki fark anlamlı bulunmuştur (p=0,004). Kişilerin %42,7'si çalıştığı birimde yazılı bir görev

tanımının olmadığını %14,6'sı da böyle bir tanımın var olup olmadığını bilmediğini söylemiştir. Kişilerin %80,2'si kendilerine yönelik hizmet içi eğitimlerin düzenlendiğini, %39,6'sının hastane yöneticilerine her zaman sorunlarını iletme imkanı bulduğunu, %21,9'u da hastane yönetiminin iş yerine ait sorunlarla ilgilenmediklerini ifade etmişlerdir.

Araştırmamızda çalışanların %83,3'ü hastane yönetiminin ödüllendirme yapmadığını söylerken sadece 1 kişi yönetimin çalışanları tamamıyla ödüllendirdiğini söylemiştir. Erdem ve arkadaşları çalışmalarında sağlık hizmetlerinde çalışma koşullarının çalışan memnuniyeti üzerinde en önemli faktör olduğunu, hemşire ve ebelerde ise çalışma koşullarının yanı sıra terfi faktörünün ön plana çıktığını belirlemişlerdir (Kıdak ve Aksaraylı, 2009; Erdem vd., 2008). Bu nedenle de sağlık sektöründe memnuniyet açısından ödüllendirme önemli bir yer tutmaktadır diyebiliriz.

SONUÇ

Sağlık hizmetleri yüksek oranda emek ve teknolojinin yoğun sunulduğu hizmetlerdir. Verimliliğin sadece modern teknolojiyle sağlanamadığı, aynı zamanda insan davranışlarının da önemli bir etken olduğu bilinmektedir. Bu yüzden hizmet kalitesi modern teknolojinin kullanımı kadar, çalışanların motivasyon düzeylerini de ön plana çıkarmaktadır. Kişisel emek ve teknolojik olarak yoğun hizmet sunulan hastanelerde kurum ve çalışanın başarısı çalışan memnuniyeti ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle kurum ve kuruluşlarda çalışanların özellikle memnuniyet ve motivasyonlarının korunması ve bu duyguların yüksek olması hem kurum hem de çalışan için oldukça önemlidir.

Sonuç olarak araştırmaya katılanların üçte birlik kısmı kurumlarında güvenlik önleminin alındığını ancak alınan önlemin yetersiz olduğunu, dörtte üçü yeterli güvenlik önlemi alınmadığından dolayı kurumdan ayrılmayı düşündüklerini, yarıdan fazlası çalıştıkları birimde iş kazalarını önlemeye yönelik teknik alt yapı olmadığını, beşte biri çalışma mekânının ergonomik olduğunu ve üçte biri de çalışma mekânının ergonomik olmamasından dolayı kurumdan ayrılmayı düşündüğünü belirtmiştir. Kişilerin %8,1'i son altı ay içinde fiziksel şiddete uğradığını, %81,0'ı hastane idaresinin sorunlarıyla ilgilenmediğini ve bundan dolayı kurumdan ayrılmayı düşündüklerini, %83,3'ü de hastane idaresinin ödüllendirme yapmadığını söylemişlerdir.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; çalışma ortamının iyileştirilmesi, insan ilişkilerinin iyi olması, çalışan sorunları ile

ilgilenilmesi, güvenliğin sağlanması, çalışma başarılarının takdir edilmesi, gerçekçi çözüm önerilerinin oluşturulup ve zaman kaybetmeden hayata geçirilmesi sonucunda iş memnuniyeti ve motivasyonunun yüksek oranda sağlanacağını ve hizmet kalitesinin artacağını düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

Alcan Z., (1997). Bayındır Tıp Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Hasta Memnuniyet Anket Sonuçları, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.

Arcak R. & Kasımoğlu E. (2006). Diyarbakır Merkezdeki Hastane ve Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü ve İş Memnuniyetleri. Dicle Tıp Dergisi, 33, 23-30.

Aslan, Ş., Özata, M. & Atayeter C., (2004). Sağlık İşletmelerinde Ekip Yönetimi: Fırsatlar ve Sınırlılıklar. Standart Ekonomik ve Teknik Dergi, 43, 17-23.

Aslan Ş., Özata M. & Mete M., (2007). Sağlık Kuruluşlarında Toplam Kalite Yönetimine Ulaşmada İç Müşteri Memnuniyeti: Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi Örneği. V. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi. Antalya.

Aydın R. & Kutlu Y., (2001). Hemşirelerde İş Doyumu ve Kişilerarası Çatışma Eğilimi İle Olan İlişkisini Belirleme. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5, 37-45.

Devebakan N. & Yağcı K., (2005). Sağlık İşletmelerinin Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılmasında SERVQUAL Yönetimi. Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi Bildiri Kitabı. Ankara.

Doğan S., Güler H., Koçak E., (1999). Hemşirelerin Hastaların Öfke Davranışlarına Tepkileri ve Kendi Öfke Düzeylerinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3, 20-25.

Erdem R., Rahman S., Avcı L., Göktaş B., Şenoğlu B. & Fırat G., (2008). Investigating Job Satisfaction and Burnout Levels of the Persons Working for the Hospitals at City Center of Elaziğ, Turke, Journal of Applied Science Research, 4, 188-201.

Gyekye S.A., (2005). Workers' Perception Of Workplace Safety And Job Statisfaction. Int J Occup Saf Ergon 11, 291-302.

Kavuncubaşı Ş., (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitapevi.

Kıdak L. & Aksaraylı M., (2009), Sağlık Hizmetlerinde Motivasyon Faktörleri. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsi Dergisi, 7, 75-94.

Özer A. & Çakıl E., (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. Tıp Araştırmaları Dergisi, 5, 140-143.

Sevimli F. & İşcan Ö. F., (2005). Bireysel ve İş Ortamına Ait Etkenler Açısından İş Doyumu. Ege Akademik Bakış, 5, 55-64.

Ünalan D., Çetinkaya F., Özyurt Ö. & Kayabaşı A., (2006). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Sekreterlerde İş Memnuniyeti. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 9, 1-18.

HASTA HEKİM İLİŞKİSİNDE EMPATİNİN ÖNEMİ HAKKINDA BİR ARAŞTIRMA

Uzm. Dr. Mehmet KUTLU*

Yrd. Doç. Dr. Nurdan ÇOLAKOĞLU**

Zeynep PAY ÖZGÜVENÇ***

ÖZET

Empati, bir insanın kendisini diğer insanın yerine koyması, onun düşünce ve duygularını doğru olarak algılaması durumudur.

Empatik anlayışta hekim hastasını anlayabilmek için hastasının değerlerini kullanılır. Hekim-hasta ilişkisi, empatinin çok önemli olduğu bir süreçtir. Bu süreçte, görüşmeler sırasında edinilen izlenimler, sorunun tanımı ve çözümü açısından oldukça önemlidir. Hekimin hastasına aktardığının hasta tarafından ne kadar anlaşılabildiğinin önemi çok büyüktür. Bu görüşmelerin klinik çalışmanın temeli olduğu söylenebilir. İyi iletişim becerilerine sahip doktorlar, hastalarının problemlerini daha doğru bir şekilde ortaya koyabilmekte; hastalarının uyum ve memnuniyetini daha fazla sağlayabilmekte; mesleki memnuniyetlerini arttırırken iş streslerini azaltabilmektedirler.

Bu çalışmada, hasta ile hekim ilişkisinde empatinin önemi anket uygulaması ile irdelenmiştir. Hekimlere ve onların hastalarına karşılıklı uygulanan anketlerle; hekimlerin hastalarına karşı tutum ve düşünceleri ile, hastaların hekimlerin davranışlarını algılamaları arasındaki ilişki bilimsel kriterlere dayalı olarak ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta, Hekim, Empati, İletişim

A Study on The Importance of Empathy in Patient-Doctor Relationship

ABSTRACT

Empathy, the other person instead of a man to put himself, his thoughts and feelings in the right state of perception.

Empathic understanding of the physician patient's values are used to

* Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Uzmanı, İstanbul
** Beykent Üniversitesi, Teknik Programlar, Öğretim Üyesi, İstanbul
*** Prof. Dr. Nemci Ayanoğlu Silivri Devlet Hastanesi, Hemşire, İstanbul

understand patients. The physician-patient relationship, empathy is a process that is very important. In this process, the impression gained during interviews, the definition of the problem and its solution is crucial. Patient transferred to the patient by the physician is of great importance how much anlaşılabildiğinin. This is the basis of clinical trials can be said that the talks. Good communication skills with physicians, patients koyabilmekte problems in a more accurate way, able to provide patients with more harmony and satisfaction, professional satisfaction can reduce stress by improving the business.

In this work, the importance of empathy in the relationship between patient and physician questionnaires were evaluated by application. Different physicians and their patients a questionnaire was administered. Behavior and attitudes of doctors towards their patients based on scientific criteria and is aimed to reveal. Very important study findings were reached.

Key Words: Patients, Doctors, Empathy, Communication

GİRİŞ

İletişim hayatın merkezinde ve süreklilik arz eden bir süreçtir. Hatta diyebiliriz ki insanoğlu iletişim olmadan hayatını idame ettiremez. Çünkü insan sosyal bir varlıktır. Birbirimizin farkına varınca başlayan iletişim, çok kanallı bir süreçtir; her bir duyu organı, bir iletişim kanalı işlevini görür (Cüceloğlu, 2008: 55). Ancak bu süreç insanoğlunun doğası gereği kişisel farklılıkları da bünyesinde barındırır. Kendini tanıyan kimse, dış dünyadaki olayların ve iç dünyasında oluşan yaşantıların çoğu kez farkındadır. Bu tür biri, çevresindeki kişilerin kendisini nasıl etkilediğinin farkında olduğu kadar, kendisinin çevresindekileri nasıl etkilediğini de bilir (Cüceloğlu, 1991: 94). Bahsedilen tanımlardan da anlaşılacağı üzere, 'Farkındalık' adeta iletişimin bir belirleyicisi ve önündeki engellerin açılmasında önemli bir anahtar görevi görmektedir. İşte iletişimin daha iyi anlaşılması noktasında yeni bir kavramla karşı karşıya geliriz: Empati.

Empati Kavramı

Bir kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak olaylara onun bakış açısıyla bakması, o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi sürecine "empati" adı verilir (Dökmen, 2008: 135). Alman fenomenolog Edith Stein'a göre empatiyi eşsiz yapan şey, tesadüfen olması, dolaylı olması ve önceden hesaplanamamasıdır (http://www.pegem.net/akademi/3–8262-Empati-Nedir-Empati-Ogretilebilir-Mi.aspx). Araştırmalara göre empatinin, kendini açma, toplumsallaşma, sosyal duyarlılık ve topluma uyum ile pozitif ilişkisi

vardır. Yani diğer insanlara kişisel duygu ve düşüncelerini iyi ifade edebilen, topluma uyumlu ve sosyal duyarlılığı yüksek olan kişiler aynı zamanda empati kurma becerisine de sahiptirler (http://www.aymavisi.org/psikoloji/empati.html).

Hekim-hasta ilişkisi, empatinin çok önemli olduğu bir süreçtir. Bu süreçte, görüşmeler sırasında edinilen izlenimler, sorunun tanımı ve çözümü açısından oldukça önemlidir. Bu görüşmelerin klinik çalışmanın temeli olduğu söylenebilir. Etkili bir görüşme yapabilmek için, doktorun eğitimi, bilgi birikimi ve tecrübesi kadar, empati yeteneği de önemlidir. İyi iletişim becerilerine sahip doktorlar, hastalarının problemlerini daha doğru bir şekilde ortaya koyabilmekte; hastalarının uyum ve memnuniyetini daha fazla sağlayabilmekte; mesleki memnuniyetlerini arttırırken iş streslerini azaltabilmektedirler.

Empatik anlayış günlük yaşamın hemen her kesiminde insanları birbirine yaklaştırma, iletişimi kolaylaştırma özelliğine sahiptir. İnsanlar kendileriyle empati kurulduğunda, anlaşıldıklarını ve kendilerine önem verildiğini hissederler. Diğer insanlar tarafından anlaşılmak ve önem verilmek ise bireyi rahatlatmakta ve kendisini iyi hissetmesine neden olmaktadır. Bu da kişiler arasında iyi bir ilişki biçiminin oluşmasında önemli rol oynayarak, empati kurulan kişinin zamanla empati kuran kişiden - farkında olarak ya da olmayarak - karşısındakinin duygu, düşünce ve davranışlarını anlama becerisini kazanabilmesini sağlayabilir. Bir başka ifadeyle, kişilerarası ilişkilerde empatik beceriyi kullanan bir birey zamanla karşısındaki kişiye model olabilir. Dolayısıyla empatik beceri kişiler arasında sağlıklı iletişimin kurulmasında önemli bir role sahiptir (Yüksel, 2004: 341-354).

Öte yandan yanlış bir şekilde empati ile eş anlamlı olarak kullanılan bazı kavramlar da vardır. Bunlar sempati, acıma, özdeşim kurma ve yer değiştirmedir. Buna göre;

1. Sempati 'ortak duygu' olarak tarif edilebilir. Geçmişte olan veya bizim dışımızda gelişen bir şeyle ilgili olarak paylaşılan bir ortak duyguyu ifade eder.
2. Acıma, üzüntünün paylaşılmasıdır ve bu haliyle sempatinin bir biçimi olarak tanımlanır, ancak sempatinin yan yana olma şeklinde paylaşılan doğası, yerini ast-üst ilişkisine bırakmıştır.
3. Özdeşim kurma, birey bir başka kişi veya gruba yaklaştığında veya yöneldiği durumlarda güçlü bir duygusal bağla sonuçlanan kişilerarası bir süreçtir.

4. Yer değiştirme, yaygın bir biçimde empatiymiş gibi düşünülen bir fenomendir. Benim kendimi diğer kişinin yerinde düşündüğüm bir süreçtir. Oysa Stein, empatinin bireyin kendisini diğerinin yerindeymiş gibi düşünmesi ve hissetmesinden çok daha karmaşık bir süreç olduğunu bildirmektedir.

Bunlar tek aşamalı ve istemli olarak ortaya çıkmaları sağlanabilecek kişilerarası süreçler olmaları yönüyle birbirlerine benzerler (http://www.pegem.net/akademi/3-8262-Empati-Nedir-Empati-Ogretilebilir Mi.aspx).

İletişimde göz önüne alınması gereken bir diğer kavram da 'beden dili'dir. Çünkü empatik iletişimde sözlü olduğu kadar sözsüz iletişim de önemlidir. Hatta kelimelerden daha da önde gelen bir güce sahiptir. Yüz yüze kurulan iletişimlerde kelimeler %7, ses tonu, sesin yükselip alçalması %38 ve beden dili (görüntü) %55 önem taşımaktadır (Özkan, 2006: 32). İletişimin verimliliğini sağlayan en önemli unsur beden dilidir. Beden dili sayesinde karşımızda bulunan kişinin davranışlarından düşüncelerini anlayabiliriz. Beden dilini herkes konuşur, ama çok az kişi anlayıp yorumlayabilir. İnsanlar, konuşma yoluyla gerçek düşüncelerini gizleyebilirler, ama beden dilini gizleyemezler. Beden dili asla yalan söylemez (Özkan, 2006: 81). Sözsüz iletişimin başarısı için önerilen davranış kuralları S-O-F-T-E-N akronimi ile özetlenmektedir.

S (smile): Gülümsemek

O (open posture): Ulaşılabilir biçimde oturmak (el, kol ve bacakları çaprazlamamak)

F (forward lean): Öne eğilerek onu dinlediğini, yakınlaşma isteğini bildirmek

T (touch): Dokunmak, sıcak bir el sıkışma vb.

E (eye contact): Göz teması kurmak

N (nod): Baş hareketiyle onu dinlediğini ve anladığını göstermek onaylama değil (http://www.ailehekimirehberi.com/aile-iletisim.htm)

Hekim-Hasta İlişkisi

Hasta-hekim ilişkisi kültürel, toplumsal, ekonomik, psikolojik ve etik birçok etmen tarafından belirlenmektedir. Hasta-hekim ilişkisinin gerçekleştiği kültürde o zaman diliminde geçerli olan hekim rolü, hekim kavramına yönelik tasarım, hekimden beklenen davranış kalıpları ilişkiyi

şekillendirir ve yönlendirir (Türk psikiyatri dergisi, 2004, s:15). Hasta-hekim iletişimi konusunda sağlık personelinin yeteneklerinin geliştirilmesinin temel amacı; personelin hasta ile görüşme, öykü alma, fizik muayene yapma ve tedavisini olumlu yönde sürdürme konularında bilgi ve beceri kazanmasının sağlanmasıdır. Hekimlerin kazanacağı bu becerilerin, tüm meslek yaşamında pekiştirilerek sürdürülmesi gereklidir. Bunun için hekimler başta olmak üzere tüm sağlık personelinin, modern tıbbın önemli bir uygulaması olan, hasta haklarına uyum sağlamaları ve bu kapsamda "hasta merkezli" iletişim kurma yaklaşımlarını uygulamaları beklenmelidir (Ataç, 2009: 93).

Doktorlar, etkili iletişim kurma metotlarını tam anlamıyla uygulayarak, hastalarıyla etkili bir iletişime girebildiklerinde, kişilerin sağlık inancı modelinin de pozitif yönde gelişimine katkıda bulunabilmektedirler. İletişimsel başarı; doktorların, hastanın sahip olduğu düşünceleri anlamasına, hastaların ise doktorların ne anlattıklarını anlamalarına bağlıdır (Yağbasan, Çakar, 2005: 615).

Çağdaş tıp eğitimi, hekimlerin hasta ve sağlık ekibi ile iletişim becerilerinin sistematik bir biçimde kazandırılmasını zorunlu kılmaktadır. Yapılan araştırmalar hastaların büyük bir yüzdesinin hekimlerle karşılıklı iletişiminden memnun olmadığını göstermektedir. Bu memnuniyetsizliğin kaynağı hekimlerin teknik yetersizliklerinden ziyade, hekimlerle hastalar arasındaki etkisiz iletişimden kaynaklanmaktadır. Hastaların çoğu, hekimlere soru sormak ya da rahatsızlıkları ile ilgili konuları onlarla konuşma cesaretini bulamadıklarını ve kendilerine söylenenleri de pek anlamadıklarını ileri sürmektedir (Gezergin vd., 2006: 129).

Hasta-hekim arasındaki ilişkide hastalığın objektif verilerini (görüntüleme yöntemleri, tıbbi testler gibi) elde etmede günümüz teknolojisi oldukça ilerlemiştir. Ancak subjektif boyuta gereken önemin verilmediği söylenebilir. Hasta-hekim ilişkisinin subjektif boyutunun bilimsel yöntemlerle ölçülebilir olmaması, bunun bir kenara atılmasına neden olmamalıdır (Gold, 2004: 578).

Yöntem

Araştırmada, hekimlerin hastaları ile ilgili düşünce yapılarını ve hastaları ile ne düzeyde empati kurarak bunu ne ölçüde tedavilerine ve hasta ilişkilerine yansıttıklarını araştırmak amacıyla hazırlanmış iki farklı anket uygulanmıştır. Hekimlere ve hekimlerden birebir hizmet almış 5'er hastalarına ayrı ayrı uygulanan anketler değerlendirilerek analiz yapılmıştır.

Anketler, İstanbul Avrupa yakasında hizmet veren, hasta kapasitesi birbirine yakın üç farklı devlet hastanesinde görev yapan (Selimpaşa Devlet Hastanesi, Büyükçekmece Devlet Hastanesi, Silivri Devlet Hastanesi) toplam 45 hekim ve onların hastalarından oluşan (225 hasta) 270 kişi ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak yapılmıştır.

Hekimlere, 2002 yılında yayınlanan Am J Psychiatry dergisinde Mohammadreza Hojad tarafından kullanılan anket, Türkçeye çevrilerek uygulanmıştır. 5'li likert ölçeği ile hazırlanmış 23 sorudan oluşmaktadır. İlk üç soru hekimlerin uzmanlık alanını, cinsiyetini ve yaşını soran demografik sorular olup, diğer sorular hekimlerin hastalarına empatik yaklaşıp yaklaşmadıklarını ölçmeyi amaçlayan tutum sorularıdır.

Hastalara uygulanan anket ise 5'li likert ölçeği ile hazırlanmış 11 sorudan oluşmaktadır. İlk soru hastanın tedavi gördüğü hekimin ismini sormaktadır. Diğer sorular ise hastanın bakış açısından, tedavi hizmeti aldığı hekimin tutum ve davranışlarını ortaya çıkarmayı amaçlayan tutum ve davranış sorularıdır.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.00 istatistik paket programı yardımı ile; yüzde alma, güvenilirlik testi (Cronbach alfa katsayısı), paired samples t testi (Newbold, 2006: 394), Kruskal-Wallis testi (Nakip, 2006: 284) ve Mann-Whitney U testi (Orhunbilge, 1997: 293) kullanılmıştır.

Bulgular

Hekimlere uygulanan anketin güvenilirlik analizi yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı %74,2 bulunmuştur. Hastalara uygulanan anketin güvenilirlik analizi sonucunda ise Cronbach alfa katsayısı %75 çıkmıştır. Bu sonuçlara göre uygulanan anketlerin oldukça güvenilir olduğu söylenebilir (Nakip, 2006: 146).

Anketlerin uygulandığı hastaneler, hekim ve hasta sayıları Tablo 1' de verilmiştir.

Tablo 1. Hastanelere göre araştırmaya dahil olan hekim ve hasta sayıları

	Hekim		Hasta	
	Frekans	**Yüzde**	**Frekans**	**Yüzde**
Selimpaşa Devlet Hastanesi	14	31,1	70	31,1
Büyükçekmece Devlet Hastanesi	9	20,0	45	20,0
Silivri Devlet Hastanesi	22	48,9	110	48,9
Toplam	45	100,0	225	100,0

Silivri Devlet Hastanesi'nde görev yapmakta olan toplam 45 hekimden 22'sine anket uyulanmış olup, hekimlerin %49'u araştırmaya dahil olmuştur. Her bir hekimin 5 ayrı hastasına uygulanan anketler sonucunda, (22*5=110) 110 hastanın tedavi hizmeti aldıkları hekimlerle ilgili görüşleri alınmıştır. Büyükçekmece Devlet Hastanesi'nde görev yapmakta olan hekim sayısı 20 olup, hekimlerin 9 tanesi araştırmaya dahil edilmiş ve %45 oranında katılım sağlanmıştır. Büyükçekmece Devlet Hastanesi'nden 45 hastanın görüşleri alınmıştır. Selimpaşa Devlet Hastanesi'nde ise görev yapmakta olan 16 doktordan 14 tanesine anket uygulanmış ve %87,5 oranında katılım sağlanmıştır. Selimpaşa Devlet Hastanesi'nden çalışmaya dahil olan hasta sayısı ise 70'tir. Araştırmaya katılan doktorların %48,9'u Silivri Devlet Hastanesi'nde, %31,1'i Selimpaşa Devlet Hastanesi'nde ve %20'si de Büyükçekmece Devlet Hastanesi'nde görev yapmaktadır (Tablo 1).

Araştırmaya katılan hekimlerin %77,82'i erkek, %22,2'si ise kadın hekimlerden oluşmaktadır. Hekimlerin yaş gruplarına göre dağılımı ise Tablo 2. de verilmiştir.

Tablo 2. Cinsiyete göre hekimlerin yaş grupları

	Toplam		Kadın		Erkek	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
30-40	22	48,9	6	60	16	45,7
41-50	16	35,6	4	40	12	34,3
51-60	7	15,6	0	0	7	20,0
Toplam	45	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Cinsiyete göre hekimlerin yaş grupları incelendiğinde kadın hekimlerin %60'ının 30-40 yaş aralığında, %40'ının ise 41-50 yaş aralığında olduğu ve 51-60 yaş aralığında kadın hekim bulunmadığı görülmektedir. Erkek hekimlerin yaş dağılımı incelendiğinde ise %45,7'sinin 30-40 yaş, %34,3'ünün 41-50 yaş ve %20'sinin ise 51-60 yaş aralığında yer aldığı belirlenmiştir. Erkek hekimlerin %20 gibi azımsanmayacak bir bölümünün 51-60 yaş aralığında yer almasına rağmen, aynı yaş aralığında görev yapan bayan hekim bulunmaması dikkat çekicidir.

Hekimlere uygulanan anket sorularının dağılımı Tablo 3. de görülmektedir. Tablo 3. incelendiğinde, hekimlerin genel itibari ile hastaların tedavisi sürecinde empatik davranışlar sergiledikleri söylenebilir. Hekimlerin %91,1'i "Hastalarım duygularını anladığımda kendilerini daha iyi hissederler" şeklinde düşünmektedir. Hasta-hekim ilişkisinde sözel iletişim kadar hastaların beden dilini anlamanın da önemli olduğunu düşünen hekim oranı %84,4'tür.

Tablo 3. Hekimlerin tutum sorusu dağılımı

Sorular	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Hastalarımın ve ailelerinin duygularını anlamam tıbbi ya da cerrahi tedavi şeklimi etkilemez	14	**31,1**	3	6,7	6	13,3	5	11,1	17	**37,8**
Hastalarım duygularını anladığımda kendilerini daha iyi hissederler	3	6,7	0	0	0	0	1	2,2	41	**91,1**
Hastalarımın bakış açısından olayları görmek benim için zordur	28	**62,2**	6	13,3	2	4,4	5	11,1	4	8,9
Hasta-hekim ilişkisinde sözel iletişim kadar hastalarımın beden dilini anlamanın da önemli olduğunu düşünürüm	3	6,7	0	0	0	0	4	8,9	38	**84,4**
İyi bir espri anlayışına sahip olmanın daha iyi klinik sonuçlar almamda etkili olduğunu düşünüyorum	8	17,8	3	6,7	6	13,3	4	8,9	24	**53,3**
İnsanlar birbiriden farklı olduğundan,hastalarımın bakış açısından olayları görmek zordur	19	**42,2**	5	11,1	6	13,3	4	8,9	11	**24,4**
Hastalarımın fiziksel sağlık durumlarını sorgularken ve öykü alırken duygularına dikkat etmem gerekmez	36	**80**	0	0	2	4,4	2	4,4	5	**11,1**
Hastalarımın kişisel deneyimlerine ilgi göstermem tedavimin sonuçlarını etkilemez	21	**46,7**	4	8,9	4	8,9	3	6,7	13	**28,9**
Hastalarıma bakim sağlarken kendimi onların yerine koymaya çalışırım	5	**11,1**	1	2,2	3	6,7	9	**20**	27	**60**
Hastalarım onların hislerini anlamamı takdir ederler ve bu durum terapötik bir faktördür	2	4,4	0	0	2	4,4	6	**13,3**	35	**77,8**
Hastalar sadece cerrahi tıbbi yöntemlerle tedavi edilebilirler,bu nedenle hastalarımla aramdaki duygusal bağların cerrahi ve tıbbi sonuçlarla belirgin bir ilgisi yoktur	33	**73,3**	3	6,7	4	8,9	4	8,9	1	2,2
Hastaların kişisel hayatlarında neler olduğunu sorgulamak,onların fiziksel şikayetlerini anlamada yardımcı olmaz	35	**77,8**	2	4,4	4	8,9	1	2,2	3	6,7

Sorular	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Hastalarımın beden diline ve sözel olmayan ifadelerine dikkat ederek,onların zihninden geçenleri anlamaya çalışırım	2	4,4	1	2,2	3	6,7	11	**24,4**	28	**62,2**
Tıbbi hastalıkların tedavisinde duyguların yeri olmadığına inanmıyorum	20	**44,4**	4	8,9	2	4,4	3	6,7	16	**35,6**
Empati tedavi edici bir davranış modeli olup,empatisiz tedavinin başarısı sınırlıdır	2	4,4	3	6,7	1	2,2	5	**11,1**	34	**75,6**
Hastalarımın ve ayrıca ailelerinin de duygusal durumlarını anlamam hastalarımla ilişkimin önemli bir parçasıdır	2	4,4	2	4,4	2	4,4	7	**15,6**	32	**71,1**
Hastalarıma daha iyi tedavi verebilmek için onlar gibi düşünmeye çalışırım	6	13,3	3	6,7	5	11,1	8	**17,8**	23	**51,1**
Hastalarım ve onların aile bireyleri ile aramdaki güçlü ilişkilerin beni etkilemesine izin vermem	4	8,9	3	6,7	3	6,7	9	**20**	26	**57,8**
Tıbbi olmayan literatürü okumaktan ya da sanattan zevk almam	42	**93,3**	2	4,4	0	0	1	2,2	0	0
Empatinin,tıbbi veya cerrahi tedavide önemli bir terapötik edici faktör olduğuna inanırım	4	8,9	1	2,2	4	8,9	3	6,7	33	**73,3**

Hekimlerin %53,3'ü iyi bir espri anlayışına sahip olmanın daha iyi klinik sonuçlar almada etkili olduğunu düşünmektedir. Hastaların fiziksel sağlık durumlarını sorgularken ve öykü alırken duygularına dikkat etmek gerekir şeklinde düşünen hekim oranı %80 gibi oldukça yüksek bir orandır.

"Hastalarıma bakım sağlarken kendimi onların yerine koymaya çalışırım" düşüncesi araştırmaya katılan hekimlerin %60'ı tarafından kesinlikle katılıyorum şeklinde yanıtlanmıştır. Yine hekimlerin %77,8'i hastalarının hislerini anlama çabalarının, hastaları tarafından takdir edildiğinin de farkındadır.

Hekimlerin %73,3'ü "Hastalar sadece cerrahi tıbbi yöntemlerle tedavi edilebilirler, bu nedenle hastalarımla aramdaki duygusal bağların cerrahi ve tıbbi sonuçlarla belirgin bir ilgisi yoktur" düşüncesini taşımaktadır. Dolayısıyla hekimlerin oldukça yüksek bir bölümünün hastalarıyla duygusal bağ kurmayı uygun görmedikleri söylenebilir.

Hekimlerin %77,8'i hastaların kişisel hayatlarında neler olduğunu sorgulamanın, onların fiziksel şikayetlerini anlamada yardımcı olacağı inancındadır.

Hastaların beden diline ve sözel olmayan ifadelerine dikkat etmenin önemine inanan hekim oranı %62,2'dir. "Empati tedavi edici bir davranış modeli olup, empatisiz tedavinin başarısı sınırlıdır" şeklinde düşünen hekimlerin oranı da %75,6 gibi oldukça yüksek bir düzeydedir. Hastalar ile birlikte ailelerinin de duygusal durumlarını anlamanın önemli olduğunu düşünen hekim oranı %71,1'dir. Hekimlerin %51,1'i hastalarına daha iyi tedavi verebilmek için onlar gibi düşünmeye çalıştığını belirtmiştir.

Hekimler tıbbi literatür dışındaki yayınları takip ettikleri gibi sanatsal ve kültürel olaylarla da ilgilendiklerini belirtmiştir.

Tablo 4. Hastaların hekimlerin tutum ve davranışlarına ait görüşleri

Sorular	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Benim bakış açımdan olayları görebilir	4	1,8	2	0,9	10	4,4	35	15,6	174	**77,3**
Günlük yaşamımda neler olduğunu sorar	12	5,3	7	3,1	22	9,8	39	17,3	145	**64,4**
Ailem ve benim ile ilgilenir gibi görünür	75	**33,3**	21	9,3	19	8,4	30	13,3	80	**35,6**
Duygu ve hislerimi anlar	8	3,6	7	3,1	23	10,2	39	17,3	148	**65,8**
Sadece bedensel rahatsızlığım için değil hislerim ve ihtiyaçlarım için de kaygılanır	6	2,7	7	3,1	18	8	44	19,6	150	**66,7**
Beni muayene ederken veya benimle konuşurken gerekli mahremiyet kurallarına uyar	1	0,4	0	0	2	0,9	10	4,4	212	**94,2**
Daima acele eder,telaş içindedir	165	**73,3**	14	6,2	4	1,8	5	2,2	37	**16,4**
Sorunlarım karşısında kendimi nasıl hissettiğimi sorar	4	1,8	12	5,3	14	6,2	32	14,2	163	**72,4**
Karar verirken benim isteklerimi hesaba katar	7	3,1	4	1,8	12	5,3	29	12,9	173	**76,9**
Olayları benim gözümle değerlendirebilen bir doktordur	6	2,7	0	0	9	4	27	12	183	**81,3**

Hastalara uygulanan anket sorularının dağılımı Tablo 4' de verilmiştir.

Hastaların %77,3'ü hekimi ile ilgili olarak "Benim bakış açımdan olayları görebilir", %64,4'ü "Günlük yaşamımda neler olduğunu sorar" demektedir.

Hastaların üçte biri (%33,3'ü) hekim "Ailem ve benim ile ilgilenir gibi görünür" fikrine kesinlikle katılmazken, üçte biri (%35,6'sı) bu fikre kesinlikle katılmaktadır. Yine hastaların %65,8'i hekim "Duygu ve hislerimi anlar", %66,7'si ise "Sadece bedensel rahatsızlığım için değil hislerim ve ihtiyaçlarım için de kaygılanır" şeklinde yorum yapmıştır.

"Beni muayene ederken veya benimle konuşurken gerekli mahremiyet kurallarına uyar" düşüncesine hastaların %94,2'si katılmaktadır. Bu oran hekimlerin bu konuda ne kadar hassas davrandığını göstermektedir. Hekimin acele ve telaş içinde olduğunu düşünen hastaların oranı sadece %16,4'tür.

Hastaların %72,4'ü hekim "Sorunlarım karşısında kendimi nasıl hissettiğimi sorar" ve %76,9'u da "Karar verirken benim isteklerimi hesaba katar" düşüncelerine kesinlikle katıldığını ifade etmiştir.

"Olayları benim gözümle değerlendirebilen bir doktordur" düşüncesine ise, hastaların büyük bir çoğunluğunun (%81,3'ü) katıldığı görülmektedir.

İlişki Analizleri

Bu bölümde, hekimlerin kendileri ile ilgili görüşleri ve hastaların tedavi gördükleri hekim hakkındaki görüşleri arasındaki ilişkiler, aşağıdaki hipotezler doğrultusunda, çeşitli istatistik analiz teknikleri yardımı ile ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

H_1: Hekimlerin hastalarına karşı tutumlarına ait bakış açıları ile hastaların hekimleri ile ilgili görüşleri arasında fark vardır.

Hipotezi test etmek için hekimlerin kendileri hakkındaki görüşleri ile hastaların aynı hekim üzerindeki düşünceleri test edilmiş ve 0,05 anlamlılık düzeyinde H_1 hipotezi kabul edilmiştir (t: 3,784 sig.: 0,000). Hekimler hastalarına empati ile yaklaştıklarını düşünürken hastalar hekimleri bu anlamda yetersiz bulmaktadır.

H_2: Hekimlerin hastalarına karşı tutumları açısından hastaneler arasında fark vardır.

Araştırmada üç farklı hastanede görev yapan uzman hekimler ve onların hastaları değerlendirilmiştir. Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre 0,05 anlamlılık düzeyinde hekimlerin hastalarına karşı tutumları açısından hastaneler arasında fark olmadığı sonucuna varılmıştır (Chi-square: 2,854 sig.: 0,240).

H_3: Hastaların hekimler hakkındaki düşünceleri açısından hastaneler arasında fark vardır.

Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre (Chi-square: 0,916 sig.: 0,632); hastaların hekimler hakkındaki düşünceleri açısından hastaneler arasında fark yoktur.

H_4: Kadın hekimler ile erkek hekimlerin hastalarına karşı tutumları arasında fark vardır.

H_4 hipotezi birbirinden bağımsız iki farklı grup (kadın-erkek) söz konusu olduğu ve hekim sayısı 30'dan az olduğu için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Testin sonuçlarına göre (z: -1,873, sig.: 0,061) 0,05 anlamlılık düzeyinde kadın hekimler ile erkek hekimlerin hastalarına karşı tutumları arasında fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

H_5: Hastalar açısından kadın hekimler ile erkek hekimlerin hastalarına karşı tutumları arasında fark vardır.

H_5 hipotezinin test edilmesinde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Testin sonuçlarına göre (z: -0,560, sig.: 0,575) 0,05 anlamlılık düzeyinde hastalar açısından kadın hekimler ile erkek hekimlerin hastalarına karşı tutumları arasında fark olmadığı sonucuna varılmıştır.

H_6: Hastaların, hekimleri empati açısından değerlendirmelerinde hekim yaşı açısından fark vardır.

Hekimler üç farklı yaş grubuna ayrıldığı için (30-40, 41-50, 51-60) Kruskal-Wallis testi kullanılmış ve 0, 05 anlamlılık düzeyinde hastaların hekimleri empati açısından değerlendirmelerinde yaş gruplarına göre farklılık gözlenmemiştir (Chi-square: 0,775 sig.: 0,679).

Sonuç ve Öneriler

Bu araştırmanın amacı hekim ve hasta ilişkilerinde empatinin önemini, tedavi sürecinde ne kadar etkili olduğunu ortaya çıkarmaktır. Toplam 45 hekim ve 270 hasta ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanan anket sonucunda elde edilen veriler istatistik analiz yöntemleri ile incelenmiştir.

Bu analizlerin sonuçlarına göre;

Hekimler:

1. Üç hastane genelinde hastanede çalışan mevcut uzman hekimlerin ortalama %54'üne ulaşılmıştır.
2. Ulaşılan hekimlerin %77,8'inin erkek olduğu görülmüştür.[1]

[1] Mohammadreza Hojat, Ph. D. ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptığı "Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender And Specialty çalışmasında da ulaşılan hekimlerin %74'ünün erkek hekim olduğu görülmüştür.

3. Hekimlerin yaş ortalamasına bakıldığında ise 30-40 yaş arası hekimlerin %49 oranla çoğunluğu oluşturduğu görülmüştür.
4. Hekimlerin %91,1'i hastalarının duygularını anladıklarında hastalarının kendilerini daha iyi hissedeceklerine inanmakta ve %80 oranında hekim ise hastaların fiziksel sağlık durumlarını sorgularken ve öykü alırken duygularına dikkat etmeye gerek olmadığını düşünmektedir. %44,4'ü ise tıbbi hastalıkların tedavisinde duyguların yeri olduğuna inanmaktadır.
5. Hekimlerin %84,4'ü hastalarla olan ilişkilerinde sözel iletişim kadar hastalarının beden dilini anlamasının da önemli olduğunu düşünmektedir ve bunun paralelinde hekimlerin %62,2'si hastalarının beden diline ve sözel olmayan ifadelerine dikkat ederek, onların zihninden geçenleri anlamaya çalıştığını ifade etmiştir.[2]
6. Hekimlerin %71,1'i hastalarının ve ayrıca ailelerinin de duygusal durumlarını anlamanın hastalarıyla ilişkilerinin önemli bir parçası olduğunu düşünmekte fakat %57,8 oranında hekim ise hastalarının ve onların aile bireyleri ile arasındaki güçlü ilişkilerin kendisini etkilemesine izin vermediğini belirtmiştir.
7. Hekimlerin %60'ı hastalarına bakım sağlarken kendini hastalarının yerine koymaya çalıştığını belirtirken, %51,1 ise hastalarına daha iyi tedavi verebilmek için onlar gibi düşünmeye çalıştığını ifade etmiştir.
8. Hekimlerin %75,6'sı empatinin tedavi edici bir davranış modeli olduğunu, empatisiz tedavinin başarısının sınırlı olduğunu ve yine %73,3'ü ise empatinin, tıbbi veya cerrahi tedavide önemli terapötik edici faktör olduğuna inanmakta olduğunu belirtmiştir.
9. Hekimlerin %77,8'i hastalarının onların hislerini anlamasını takdir ettiğini ve bu durum da terapötik bir faktör olduğuna inanmaktadırlar.
10. Hekimlerin %77,8'i hastaların kişisel hayatında neler olduğunu sorgulamanın hastalarının fiziksel şikayetlerini anlamasına yardımcı olduğunu düşünmektedir.

[2] Mustafa Yağbasan ve Fatih Çakar'ın 2005 (Yağbasan, Çakar, 2005 :621) yılında hazırlamış olduğu "Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması" konulu çalışmasında hastaların %60'a yakını doktorun sert mizaçlı/sinirli olmasının soru sormalarına, iletişime geçmelerine engel olduğunu belirtmiştir. Bu sonuç çalışmamızdan çıkan sonucu desteklemektedir.

11. Hekimlerin %53,3'ü iyi bir espri anlayışına sahip olmanın daha iyi klinik sonuçlar elde etmekte etkili olduğunu düşünmektedir.
12. Hekimlerin %93,3'ü tıbbi olmayan literatür okumaktan ve sanattan zevk almaktadır.

Hastaların görüş ve düşüncelerine göre;

1. Hastaların %77,3'ü hekimlerin onların bakış açısından olayları görebildiğini ve yine bunu destekleyen bir sonuçla %81,3'ü hekimlerin olayları hastaların gözüyle görebildiğini düşünmektedir.
2. %66,7'si hekimlerin hastalarının sadece bedensel rahatsızlıkları için değil hisleri ve ihtiyaçları içinde kaygılandığını ve bunun paralelinde hekimlerin %72,4'ünün de sorunlar karşısında hastaya kendisini nasıl hissettiğini de sorduğunu belirtmiştir.
3. %65,8'i de hekimlerin hastalarının duygu ve hislerini anladığını ifade etmiştir.
4. Hastaların %94,2'si, hekimlerin muayene ederken veya onlarla konuşurken gerekli mahremiyet kurallarına uyduklarını söylemişlerdir.
5. %16,4'ü ise hekimlerin muayene yaparken daima acele ettiklerinin ve telaş içinde olduklarını belirtmişlerdir.
6. Hastaların %76,9'u hekimlerin kendileri hakkında karar verirken isteklerini hesaba kattığını ifade etmiştir.
7. Hekimlerin hastalarına karşı bakış açıları ve tutumları ile hastaların hekimleri ile ilgili görüşleri arasında fark olduğu görülmüştür.
8. Çalışmamızda hastalar açısından kadın hekimler ile erkek hekimlerin hastalarına karşı tutumları arasında fark olmadığı görülmüştür.
9. Literatürde, W. Zinn'in 1993 yılında yaptığı "The Empathic Physician" çalışmasında kadın doktorların hastalarına yaklaşımında daha çok duygusal destek mesajı sundukları oysa erkek meslektaşlarının akılcı çözümler sunma eğiliminde oldukları belirtilmiştir. Kanada'da hemşirelik ve tıp öğrencileri üzerinde yapılan başka bir araştırmada (Sayar, 1998: 19) ise hemşirelik öğrencilerinin daha empatik olduğu bulunmuş ve bu farkın mesleki konumla değil cinsiyetle ilgili olduğu belirtilmiştir.
10. Hastaların, hekimleri empati açısından değerlendirmelerinde hekim yaşı açısından fark olmadığı görülmüştür.

Öneriler

Tıbbın kavranması güç, hızlı gelişimi içinde, hasta-hekim ilişkisinin temeli karşılıklı güven ve saygıdır. Ne kadar bilgilendirilmiş olsa da, hasta tam anlamıyla özerk değildir. İlişkinin gelişimi içinde onun düşündüklerini söze dönüştürmesi yönünde yüreklendirmek, böylece eş değerli birlikteliğe doğru yaklaştırmak, güçler arasındaki dengesizliği düzeltmek gereklidir. Bu dengeli ilişkide, hasta ve hekimin karşılıklı hakları ve görevleri söz konusudur.

Hekim ve hastaların farklı kültürel dünyada yaşadıkları ve farklı gerçekliklerle karşı karşıya oldukları bilinmektedir. Hasta belli rahatsızlıkla, hekim ise hastalıkla uğraşmak durumundadır (Yağbasan, Çakar, 2005: 621).

Empati gelişimsel bir temel üzerine, deneyim, hatıra ve hayal gücünün eklenmesiyle ortaya çıkmış bir süreçtir. Empatinin eğitilebilir, geliştirilebilir, öğretilebilir bir kavram olduğu görülmektedir. Doktor ve hasta ilişkisinde yaşanan iletişimsel sorunların, doktorların empatik yaklaşım eksikliğinden ve kullandıkları özgün dilinden kaynaklandığı söylenebilir.

Sağlıklı bir iletişimin gerçekleşmesi ve doğru kararların alınabilmesi için, doktor-hasta ilişkisinin bir arkadaş ilişkisi formatında olması gerekir. Hastanın sağlığı ile ilgili olarak, kaygılarını ve şikayetlerini doktoruna açık ve net bir şekilde aktarması, doktorun da sağlık konusundaki bilgilerini hastaya açık ve anlaşılabilir olarak iletmesi gerekmektedir. İletirken beden dilini de kullanması ikili arasındaki iletişimin etkinliğini de arttıracaktır.

Hastalarıyla paternel ilişki içerisinde olan doktorların, kurum hastanelerine oranla kendi özel muayenehanelerinde iken daha farklı bir iletişim sergiledikleri ve hastaların kendilerinden memnun bir şekilde ayrılmaları için büyük bir çaba harcadıklarını rahatlıkla söylenebilir.

Gerçekten de hasta ile hekim arasında yeterli iletişim kurulamazsa hem hastanın hekime olan güveni azalacağından sıkıntılarını rahatça dile getiremez, hem de hekim hastasının güvenini kaybetmenin yanı sıra altın değerinde olan "anamnez" bilgilerinden mahrum kalır. Bu da beraberinde başarısız teşhis ve tedavi, hasta memnuniyetsizliği ile hekimin mesleki yönden başarısızlığını getirir.

Hekimler teorik olarak iletişim ve empati kurmada doğru olanı bildiklerini söyleyip uygulamaya çalışsalar da ibrenin diğer ucunda yer alan ve sağlık hizmetinin alıcısı konumundaki hastaların memnuniyetsizliği istenmeyen bir sonuç olarak karşımıza çıkabilmektedir. Buna yol

açan etmenler arasında karşılıklı anlayış ve güvene dayanan iletişimin kurulamaması, bunun için gerekli muayene ortamının oluşturulamaması, göz teması kuramama, telaş içinde ve hastayı acele davranmaya yönlendiren söz ve eylemler, zamanın kısıtlı oluşu, hastanın fiziki muayenesinin yapılmaması gibi faktörler yer almaktadır.

Öte yandan madalyonun öteki yüzünde yer alan hastaların hekimlerden beklentileri ile ilgili olarak tespitin doğru yapılması gerekmektedir. Çünkü özellikle ikinci basamakta yer alan ve her gün onlarca hasta bakan hekimlerden bu yoğun koşturma içerisinde sürekli güleryüzlü, empatiyi etkin bir şekilde kurabilmelerini beklemek için hekim başına düşen hasta sayısının azaltılarak, yoğunluktan kaynaklanabilecek sıkıntıları ortadan kaldırmak gerekmektedir. Bu anlamda yapılabilecek en önemli çalışmalardan biri aile hekimliği sisteminin yaygınlaştırılmasıdır. Hekimin hastasını ve hastanın doktorunu daha yakından tanıması ile iletişimin güçleneceği, teşhis ve tedavide hız kazanılacağı beklenebilir.

Tabiî ki tıp fakültelerinde iletişim derslerinin ağırlığının arttırılması da yeni yetişecek olan genç hekimlerin iletişim ve empati yönünden daha başarılı olmasını sağlayacaktır. Ayrıca kendi branşları ile ilgili güncel gelişmeleri ve bilgileri yakından takip eden hekimlerimizin, iletişim alanında da zaman zaman meslek içi eğitimler almaları önerilebilir.

KAYNAKLAR

– **Ataç A., (2009).** İletişim, Tıp Etiği ve Tıp Uygulamalarında Yansıması, Hacettepe Tıp Dergisi, 40: 89-95.

– **Cüceloğlu D., (2008).** İletişim Donanımları 'Keşke'siz bir Yaşam İçin İletişim, s. 55

– **Cüceloğlu D., (1991).** Yeniden İnsan İnsana, s. 94-95

– **Dökmen Ü., (2008).** İletişim Çatışmaları ve Empati, s. 135

– **Gezergin A., Şahin B., Tengilimoğlu D., Demir C., (2006).** Hastaların bakış açısıyla hekim hasta ilişkisi ve iletişimi; bir eğitim hastanesi örneği. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi; 1: 129

– **Gold M., (2004).** Is honesty always the best policy? ethical aspects of truth telling. Intern Med J ; 34: 578-80.

– **Yüksel A., (2004).** Eğitim Fakültesi Dergisi XVII (2), 2004, s. 341

– **Nakip, Mahir, (2006).** Pazarlama Araştırmaları Teknikler ve SPSS Destekli Uygulamalar, 2. Basım, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

– **Newbold, Paul, (2006).** İşletme ve İktisat İçin İstatistik, 4. Basım, Literatür Yayıncılık, Ankara.

– **Orhunbilge, Neyran, (1997).** Örnekleme Yöntemleri ve Hipotez Testleri, Avcıol Basım Yayın, İşletme Fakültesi Yayın No: 270, İşletme İktisadı Yayın no: 405, İstanbul.

– **Özkan Z., (2006).** Kazandıran Beden Dili, s. 32, 81-82

– **Sayar K., Sayar N. A., (1998).** Yeni Symposium 36(1-2):19-28, Sağlık Çalışanlarında Empati Becerisinin Değerlendirilmesi, İstanbul.

– **Türk Psikiyatri Dergisi, (2004).** 15 (1), s. 65

– **Yağbasan M., Çakar F., (2005).** Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Sayı:15, Doktor Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması, Elazığ.

– http://www.pegem.net/akademi/3-8262-Empati-Nedir-Empati-Ogretilebilir-Mi. aspx. (Erişim Tarihi: Nisan 2009)

– http://www.aymavisi.org/psikoloji/empati.html. (Erişim Tarihi: Nisan 2009)

– http://www.pegem.net/akademi/3-8262-Empati-Nedir-Empati-Ogretilebilir-Mi. aspx. (Erişim Tarihi: Nisan 2009)

– http://www.ailehekimirehberi.com/aile-iletisim.htm. (Erişim Tarihi: Nisan 2009)

KAYSERİ İLİ KAMU HASTANELERİNDE SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARININ DEĞERLENDİRMESİ

Emel GÜDEN*

Ahmet ÖKSÜZKAYA**

Kadir ÇETİNKARA***

ÖZET

Bu çalışma Kayseri İlindeki kamu hastanelerinin hizmet kalite standartlarındaki gelişimini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır. Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü Kalite Koordinatörlüğü Biriminin 2007 yılı 3. dönem ile 2009 yılı 2. dönem hastane değerlendirme sonuçları incelemeye alınmıştır. Hizmet Kalite Standartları değerlendirmesi yapılan 8 kamu hastanesinin 2007 ve 2009 yıllarındaki sonuçları değerlendirilmiştir. Veriler bilgisayarda SPSS 17.0 programı ile değerlendirilmiştir. İstatistikî analizde bağımlı kategorik değişkenleri değerlendirmek için McNemar testi kullanılmıştır. X2 değeri P <0,05 anlamlı kabul edilmiştir. Kayseri 'deki hastanelerde 2007 yılına oranla 2009 yılında hizmet kalite standartlarında gelişme yaşandığı görülmüştür. En fazla gelişme, poliklinik, ameliyathane, klinikler, acil servisler, hasta ve çalışan güvenliği uygulamaları, tesis yönetimi ve güvenlik konularında olmuştur. Hastane bilgi sistemi ve dosyalama durumu, enfeksiyon kontrolü ve sterilizasyon durumu, görüntüleme hizmetleri durumu, laboratuvar hizmetleri durumunda önemli bir değişim görülmemiştir. Kurumsal hizmet yönetimi durumunda ise gerileme olduğu belirlenmiştir**. Kayseri'deki kamu hastanelerinin hizmet kalite standartlarını sağlamada çaba gösterdiği ancak yeterli seviyede olmadığı görülmüştür.** Hastane çalışanlarının hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitilmesi, yöneticilerin ise hastane ile ilgili planlama, düzenleme ve satın alımlarda kalite ekipleri ile birlikte hareket etmesi uygun olacaktır. Hastane kalite ekiplerinin araştırma ve geliştirme faaliyetleri ile kendini yenilemesi ve araştırıcı olması, örnek uygulamalar ortaya çıkaracaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta kalite, Devlet hastaneleri, Hasta güvenliği, Çalışan güvenliği

* Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü
** Kayseri İl Kalite Koordinatörü
*** Kayseri İl Sağlık Müdürü

Evaluation Quality Standards In State Hospitals Kayseri

ABSTRACT

The purpose of this study is to evaluate the improvement of the service quality standards of state hospitals in Kayseri. The hospital supervision results of 2007 3rd period and 2009 2nd period of Kayseri municipality health management quality coordination unit were studied. The results of 2007 and 2009 results of 8 state hospitals which service quality standards evaluation was done were evaluated. Data has been evaluated with SPSS 17.0 program using a computer. In the statistical analysis, McNemar test was used to evaluate cathegorized multiple correlations. The value of X is accepted as meaningfull with P <0,05. It is observed that there has been a development in the hospitals in Kayseri about service quality standards in 2009 compared to 2007. Fastest improvement were observed in polyclinics, operating room, clinics, emergency services, patient and staff safety applications, facility management and safe facilities. There was no important change observed in hospital information systems and filing status, infection control and sterilization, imaging services, laboratory services. A deterioration of the status about institutional management has been observed. It is observed that hospitals in Kayseri are trying to improve their service quality standards but they do not show enough effort on this subject. It will be appropriate to train the hospital staff about patient and staff safety and the administrators to actively act with quality teams about planning, regulating and procurements of hospitals . the quality teams of the hospitals by being researcher and self renovative it will lead to sample applications

Key words: Health Quality, Satate Hospitals, Patient Safety, Employee Safety

GİRİŞ

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yaratılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alan olarak görülmelidir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastaneleri; "hastaları kontrol altında tutan, tanı ve tedavilerinin yanı sıra rehabilitasyon hizmetleri veren sağlık kuruluşları" olarak tanımlamıştır. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde hastaneler, "hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar" olarak tanımlanmaktadır.

Hastanelerde kalite çalışmaları, hastanelerin bu fonksiyonlarının gerçekleştirilmesini sağlayan süreçlerle doğrudan ilişkilidir. Bu süreçler;

teşhis, tedavi ve bakım süreçleri ile bunları destekleyen alt süreçlerden oluşmaktadır. Örneğin; poliklinik süreci, klinik süreci, ameliyathane süreci, acil servis süreci, laboratuvar süreci ele alındığında ve bu süreçlerin her biri tek tek irdelendiğinde, hizmetlerin birbirleri ile aşırı ilintili olduğu görülmektedir. İdari ve destek süreçlerinin ise, tıbbi süreçlere kesintisiz katkı sağlaması gerekmektedir.

Bireylerin geçmiş deneyimleri ve beklentileri, hizmet sunanların tutum ve davranışları, kişisel kalite algısına yol açmaktadır. Algılanan kalite ve teknik kalitenin bileşimi, genel kalite düzeyini (yüksek, düşük) belirlemektedir. Yüksek kaliteli hizmet sunumu kurumun verimliliğini ve karlılığını olumlu yönde etkilemektedir (Kavuncubaşı, 2000).

Tıp biliminin ilk ve en temel öğelerinden biri "Önce zarar verme" ilkesidir. Bu ilke doğrultusunda kurgulanan sağlık hizmeti sunumu öncelikle hastaların ve sağlık çalışanlarının güvenliğine odaklanmaktadır. Ancak sağlık hizmeti sunumunda ortaya çıkan hatalar sağlık çalışanı ve hastaların zarar görmesine neden olmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda göz ardı edilmemesi gereken konular hasta ve çalışan güvenliğidir (Kurutkan, 2009).

Institute of medicine (IOM) tarafından 1999 yılında Amerika'da yayınlanan raporlar ile sağlık hizmeti sunumunda; tıbbi hatalar ve kalite dikkate alınması gereken en önemli iki sorun olarak ortaya konmuştur. Amerika'da sağlık hizmetleri konusunda sunulması gereken sağlık hizmeti ile sunulan sağlık hizmeti arasında bir uçurum bulunduğu ve bu sorunun ana nedeninin kötü insan gücü değil, kötü sistem olduğu yargıları konuşulmaktadır (Demirbaş, 2009).

Sağlık hizmetlerinin her açıdan daha iyi bir noktaya taşınması için her ülke uluslararası tecrübeleri de dikkate alarak kendine özgü uygulamalar geliştirmektedir. Bakanlık olarak 2003 yılında başlatılan çalışmaların bileşenlerinden biri de sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesi ve artırılmasıdır. Bundan hareketle Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda hizmet kalitesinin artırılması amacıyla bir dizi çalışma başlatılmış ve bu kapsamda dönemsel olarak kurumlarımızda değerlendirmeye esas bir dizi standart belirlenmiştir. Belirlenen bu standartlar zaman içerisinde gelişerek tüm kurumlarımızda hizmet sunum şartlarında yönelimi belirlemeye başlamıştır. 20.09.2010 tarihli Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesinin Ek 1 listesindeki Hizmet Kalite Standartları 21 ana başlıktan ve bu başlıkların alt bölümlerinden oluşmaktadır (www.performans.saglik.gov.tr). Hizmet kalite standartlarının yanında hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin Sağlık Bakanlığı 29 Nisan 2009 tarihinde 27214 sayılı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ yayımlanmıştır.

Sağlık kurum ve kuruluşları hasta ve çalışan güvenliği kapsamında,

a. Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,
b. Sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin geliştirilmesi,
c. İlaç güvenliğinin sağlanması,
d. Kan transfüzyonunda güvenli uygulamaların sağlanması,
e. Enfeksiyon risklerinin azaltılması,
f. Hasta düşmelerinin önlenmesi,
g. Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması,
h. Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi,
i. Çalışan güvenliği için gerekli önlemlerin alınması,
j. Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması (Mavi Kod uygulaması),
k. Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod uygulaması),
l. Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması,
m. Afetler (deprem, yangın, sel) ve olağan dışı durumlarda tedbir alınması, temel hedefler olarak belirlenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kayseri ilinde yapılan bu çalışma Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü Kalite Koordinatörlüğü biriminin 2007 yılı 3. dönem ile 2009 yılı 2. dönem hastane değerlendirme sonuçları incelenerek yapılmıştır. 2007 yılına ait Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'nın standart Kurum Alt Yapı ve Süreç Değerlendirme Formu (Ek 2) ve 2009 yılına ait versiyonu bulunan Hizmet Kalite Standartları (Ek 1) Formu kullanılmıştır. 2007 yılına ait Ek 2 Formda 19 ana başlık altında toplam 150 değerlendirme sorusu incelenmiş olup; evet-hayır ve değerlendirme dışı seçenekleri bulunmuştur, 2009 yılına ait Ek 1 Formda 21 ana başlık altında 384 değerlendirme sorusu; evet- hayır ve değerlendirme dışı seçenekleri incelenmiştir. Her iki değerlendirme formu içerisinden öne çıkan 11 temel konu seçilerek 113 değerlendirme kriterinin 2007 ve 2009 yılları arasında ki gelişim sürecini belirlemek amaçlanmıştır. Değerlendirilecek olan hastanelerin seçiminde Hizmet Kalite Standartları değerlendirmesine tabii tutulması gerekliliği temel belirleyici olmuştur. Entegre Hastaneler ile Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi değerlendirme dışı bırakılarak, değerlendirmeye 3 merkez ve 5 ilçe devlet hastanesi alınmıştır.

Veriler bilgisayarda SPSS 17.0 programı ile değerlendirilmiştir. İstatistikî analizde bağımlı kategorik değişkenleri değerlendirmek için McNemar testi kullanılmıştır. X^2 değeri P <0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırma kapsamında değerlendirilen hastanelerin dağılımı Tablo 1. de sunulduğu gibi 8 hastaneden oluşmaktadır. Devlet hastanelerinin tamamı ilçe devlet hastanesidir. Yatak sayısı 0–30 olan hastane sayısı % 37,5 ile en yüksek iken 1000 ve üzeri yatak sayısı bulunan hastane sayısı 1 adettir. Hastanelerin %75'inin kalite belgesi bulunmamaktadır.

Tablo 1. Değerlendirmeye Alınan Hastane Durumu (2009)

Hastane Tipi	**Sayı**	**Yüzde**
Eğitim Araştırma	1	12,5
Dal hastanesi	2	25
Devlet hastanesi	5	62,5
Yatak Sayıları	**Sayı**	**Yüzde**
0-30	3	37,5
31-50	1	12,5
51-100	1	12,5
101-250	2	25
251-500	0	0
501-1000	0	0
1000-↑	1	12,5
Kalite Belgesi Bulunan	**Sayı**	**Yüzde**
Kalite belgesi olan	2	25
Kalite belgesi olmayan	6	75
Toplam	8	100

Kayseri ilinde bulunan ve hizmet kalite standartları değerlendirmesine tabii tutulan hastanelerin poliklinik hizmetleri değerlendirme sonuçları Tablo 2. de verilmiştir. Hasta hakları birimi, emzirme odası, özürlüler için düzenlemeler, hekim seçme hakkı, yeterli hasta kabul görevlisi bulunması kriterleri, her iki dönem için de %100 uygulama başarısı sağlanan konular olmuştur. Diğer tüm kriterlerde 2007'ye göre 2009'da artış görülürken hastane içi yönlendirme kriterinde düşüş gözlenmiştir**.** % 62,5 gibi bir artış ile laboratuvar sonuçlarının polikliniklerden görüntülenmesi kriteri en fazla düzelme yaşanan hizmet türü olmuştur.

Tablo 2. Poliklinik Hizmetleri Durumu (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009			
	S	%	S	%	X^2	P
Web	4	50	5	62,5	1	P>0,05
Hasta hakları birimi	8	100	8	100	8	P>0,05
Polikliniklerde doktor ünvanı	6	75	6	75	1,7	P>0,05
Kadın doğum polikliniğinde USG bulunması	2	25	5	62,5	2,6	P>0,05
Laboratuvar sonuçlarının poliklinikden alınması	1	12,5	6	75	1	P>0,05
Emzirme odası	8	100	8	100	8	P>0,05
Hastane içi yönlendirme	8	100	6	75	0,5	P>0,05
Özürlüler için düzenlemeler	8	100	8	100	8	P>0,05
Hekim seçme hakkı	8	100	8	100	8	P>0,05
Bariyersiz hasta kabul masası	4	50	4	50	1	P>0,05
Yeterli hasta kabul görevlisi	8	100	8	100	8	P>0,05
Yeterli danışma görevlisi	7	87,5	8	100	1	P>0,05
Yeterli bekleme koltuğu	5	62,5	7	87,5	0,5	P>0,05
Poliklinik bekleme süresini belirleyen	3	37,5	5	62,5	0,5	P>0,05
Poliklinik elektronik sistem	3	37,5	7	87,5	0,12	P>0,05
Her doktora poliklinik odası	5	62,5	7	87,5	0,5	P>0,05

Hastanelerin laboratuvar hizmetleri değerlendirmelerinde en fazla iyileşme laboratuvar güvenlik prosedürü oluşturma kriterinde yaşanmıştır. Laboratuvar sonuçlarının zamanında verilmesine ilişkin düzenlemeler her iki dönem içinde tam puan almıştır. İnternal kalibrasyon çalışmaları, numune red ve kabul kriterlerinin belirlenip uygulanması ve kit verimlilik hesaplarının yapılması yüzdesi düşen kriterlerden olmuştur. Panik değer bildirimi uygulamalarında anlamlı derecede artış gözlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Laboratuvar Hizmetleri Durumu (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009			
	S	%	S	%	X^2	P
External kalibrasyon	5	62,5	5	62,5	0,2	P>0,05
İnternal kalibrasyon	6	75	5	62,5	0,14	P>0,05
Numune red ve kabul kriterleri	8	100	7	87,5	4,5	P>0,05
Kit verimlilik	7	87,5	4	50	0,14	P>0,05
Cihaz yönetim dosyası	0	0	5	62,5	0,06	P>0,05
Panik değer bildirimi	3	37,5	8	100	0,008	P<0,05
Temizlik ve dezenfeksiyon	8	100	8	100	8	P>0,05
Laboratuvar güvenlik prosedürü	1	12,5	7	87,5	1	P>0,05
Belirlenen sürede sonuç verme	8	100	8	100	8	P>0,05

Hastanelerin tamamı TAEK (Türkiye Atom Enerjisi Kurumu) lisansına sahip radyoloji cihazlarını kullanmaktadır. Çalışan güvenliğini sağlama konusunda dozimetre kullanımı her iki dönemde %100'dür. Hastalara istenen tetkik randevusu ve sonuç verme süreleri de her iki dönem de %100 başarılı bulunmuştur**.** 2007 de %100 olan kurşun yelek kullanım oranı 2009 yılında %50 seviyesine inmiştir. Tekrar çekim sayılarının belirlenmesi ve düzenleyici faaliyetler oranı da %25'lik bir düşüş yaşamıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Görüntüleme Hizmetleri Durumu (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009			
	S	%	S	%	X^2	P
Tekrar çekim faaliyetleri	6	75	4	50	0,6	P>0,05
Taek lisansı	8	100	8	100	8	P>0,05
Dozimetre kullanımı ve takibi	8	100	8	100	8	P>0,05
Kurşun yelek kullanımı	8	100	4	50	0,1	P>0,05
Önerilen sürede randevu verme	8	100	8	100	8	P>0,05
Önerilen sürede sonuç verme	8	100	8	100	8	P>0,05

Hastanelerimizin %62,5'inde ameliyathane hizmetleri verilmektedir. Ameliyathanelerde hepafiltre kullanımı 2007 yılında %40 iken 2009 yılında %80 oranına ulaşmıştır. Ameliyathane bekleme alanları 2007'de %60 iken 2009 yılında %100 olmuştur. UPS (Uninterruptible Power Supply-Kesintisiz güç kaynağı) kullanım oranı da 2009 yılında %100 seviyesine gelmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Ameliyathane Hizmetleri Durumu* (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009			
	S	%	S	%	X^2	P
Ameliyathane alan belirleme	5	100	5	100	0,14	P>0,05
Hepafiltre kullanımı	2	40	4	80	0,33	P>0,05
UPS Kullanımı	3	60	5	100	3	P>0,05
Bekleme alanı	3	60	5	100	3	P>0,05
Onamlar	5	100	5	100	5	P>0,05

*Toplam 5 hastane ameliyathane hizmetler, değerlendirmesine tabii tutulmuştur. 3 hastane değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Tablo 6. Klinik Birimler Durumu (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009			
	S	%	S	%	X^2	P
CPR Malzemesi bulundurma	7	87,5	8	100	6	P>0,05
Kırmızı yeşil reçete*	8	100	8	100	8	P>0,05
Hasta odalarında lavabo bulunma	4	50	5	62,5	0,25	P>0,05
Hasta odalarında tuvalet bulunma	1	12,5	1	12,5	4,5	P>0,05
Hasta başı gaz sistemi	1	12,5	7	87,5	0,03	P<0,05
Hasta başı çağrı sistemi	1	12,5	4	50	0,2	P>0,05
Banyo-wc çağrı sistemi	0	0	4	50	0,12	P>0,05
Refakatçi koltuğu bulundurma	1	12,5	6	75	0,06	P>0,05
Hasta eğitimi	7	87,5	8	100	1	P>0,05
Cihazların kalibrasyonu	8	100	8	100	8	P>0,05

*Kırmızı-yeşil reçeteye mahsus ilaçların kilitli dolaplarda saklanması, kayıt sisteminin bulunması.

Hastanelerin klinik birimleri değerlendirmesinde kırmızı-yeşil reçeteye mahsus ilaçların kilitli dolaplarda muhafaza edilerek kayıtlarının tutulması kriteri her iki dönem için de tam puan almıştır. Hastanelerin kullanmış oldukları cihazların kalibrasyon ve bakımına öteden beri önem verdikleri ortaya çıkmıştır. Klinik birimlerde en fazla yükselen kriter hasta odalarında yatak başı gaz sistemleri olmuştur (P<0,05). Hasta odalarında refakatçi koltuğu bulundurma oranı da 1 hastaneden 6 hastaneye ulaşmıştır. Hasta odalarında tuvalet bulunması kriterinde herhangi değişim yaşanmamıştır (Tablo 6).

Tablo 7. Acil Servis Hizmetleri Durumu (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009			
	S	%	S	%	X^2	P
Acil servis girişi *	5	62,5	7	87,5	1	P>0,05
Acil yönlendirme levhaları	7	87,5	7	87,5	1	P>0,05
Acil servis gözlem hemşire çağrı sistemi	1	12,5	4	50	0,2	P>0,05
Acil servis yazılı order	3	37,5	6	75	0,2	P>0,05
Konsültan çağrı ve süresi	3	37,5	6	75	0,2	P>0,05
Müşahede süresi takibi	0	0	4	50	0,2	P>0,05
Ambulans ilaç listesi	8	100	8	100	8	P>0,05
Canlandırma techizatı	8	100	8	100	8	P>0,05
Ambulans personel eğitimi	8	100	8	100	8	P>0,05
Triaj uygulaması	6	75	8	100	0,5	P>0,05

*Acil servis girişi üzerinin kapalı olması

Hastanelerin acil servislerinde en fazla artış müşahede süresinin takibi ve değerlendirmesi konusu olmuştur. Eğitim ve malzeme başlıklı kriterler her iki dönem de tam puan alan konulardır. Hastanelerdeki triaj uygulaması %100'e ulaşmıştır (Tablo 7).

Tablo 8. Enfeksiyon Kontrolü ve Sterilizasyon Durumu (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009			
	S	%	S	%	X^2	P
Enfeksiyon programı	6	75	7	87,5	1	P>0,05
Sterilizasyon ünitesi	7	100	7	87,5	1	P>0,05
Sterilizasyon indikatörleri	7*	100	4	57,1	0,14	P>0,05
Sterilizasyon ünitesi alan belirleme	1	12,5	5	71,4	1,2	P>0,05
İzolasyon odası	8	100	5	62,5	0,03	P<0,05
Enfeksiyon hemşiresi	2	25	2	25	0,62	P>0,05
UHESE Enfeksiyon veri girişi	2	25	7	87,5	1,2	P>0,05

* 1 hastane değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Değerlendirme yapılan hastanelerin %87,5'inde enfeksiyon programı olduğu görülmüştür. Sterilizasyon ünitesi olan hastane sayısı 7 dir. Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağına (UHESA) veri girişi yaparak enfeksiyon hızı hesaplayan hastane oranı %25'den % 87,5 ulaşmıştır (Tablo 8).

Tablo 9. Hasta ve Çalışan Güvenliği Durumu (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009			
	S	%	S	%	X^2	P
Sözel order	0	0	7	87,5	0,01	P<0,05
Mavi Kod	0	0	7	87,5	0,01	P<0,05
Kol bandı uygulaması	8	100	8	100	8	P>0,05
Güvenli cerrahi kontrol listesi*	5	100	4	80	4	P>0,05
Hasta düşmelerini engelleme	7	87,5	8	100	1	P>0,05
İğne ucu yaralanmaları	8	100	8	100	8	P>0,05
Personel sağlık taramaları	6	75	7	87,5	1	P>0,05
El hijyeni programı	7	87,5	5	62,5	0,6	P>0,05
El dezenfektanı kullanımı	0	0	8	100	0,008	P<0,05
Çalışan güvenliği programı	8	100	8	100	8	P>0,05
Hasta güvenliği programı	8	100	8	100	8	P>0,05
Bilgi güvenliği	8	100	8	100	8	P>0,05
İlaç güvenliği	3	37,5	8	100	0,06	P>0,05
Güvenli kan transfüzyonu*	1	20	3	60	1,8	P>0,05

*5 hastane değerlendirmeye alınmış olup 3 hastane değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin uygulamaların bir kısmı 2007 standartlarında bulunmamasına rağmen 2009 kontrollerinde hastanelerden istenen kriterler olmuştur. Bunlardan sözel order ve mavi kod uygulaması 0 dan % 87,5 oranına ulaşmıştır (P<0,05). Hastanelerde hasta ve çalışan güvenliği programlarının hazır olması, bilgi güvenliğine dikkat edilmesi, iğne ucu yaralanmaları ve kol bandı uygulaması her iki dönem içinde %100 tam puan almıştır. Hasta düşmelerini engelleme, el antiseptiği kullanımı, ilaç güvenliği programı 2007 yılında yetersiz iken 2009 yılında tam puan alan başlıklardır. Güvenli cerrahi kontrol listesi kullanımı ve el hijyeni programı puanı az da olsa düşen kriterler olmuştur (Tablo 9).

Tablo 10. Kurumsal Hizmet Yönetimi Durumu (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009			
	S	%	S	%	X^2	P
Yaka kartı kullanımı	8	100	7	87,5	1	P>0,05
Hizmet içi eğitim uygulamaları	8	100	8	100	8	P>0,05
Hasta görüş ve öneri değerlendirme	8	100	8	100	8	P>0,05
Hasta memnuniyet anketleri	8	100	5	62,5	0,2	P>0,05
Mevzuata uygun komiteler	8	100	7	87,5	1	P>0,05
Çalışan görüş ve öneri değerlendirme	8	100	7	87,5	1	P>0,05

Kurumsal hizmet yönetimi başlıkları 2007 yılında tüm hastanelerde tam puan alırken, 2009 yılında Hasta memnuniyet anketlerinin usule uygun doldurulması, yaka kartı kullanımı, mevzuata uygun kriterlerin oluşturulması ve çalışan görüş öneri değerlendirmelerinde düşüş yaşanmıştır (Tablo 10).

Tablo 11. Hastane Bilgi Sistemi ve Dosyalama Durumu (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009			
	S	%	S	%	X^2	P
HBYS*	8	100	8	100	8	P>0,05
Yedekleme	8	100	6	75		
MKYS**	8	100	8	100	8	P>0,05
İKYS***	8	100	8	100	8	P>0,05
İl Ambulans Veri Girişi	8	100	8	100	8	P>0,05
Ameliyat Notu Günlük Yazımı****	5	100	5	100	5	P>0,05
İnternetten Sonuç Verme	4	50	4	50	0,12	P>0,05
Standart Dosya	1	12,5	5	62,5	0,2	P>0,05

*HBYS:Hastane bilgi yönetim sistemi, **MKYS:Materyal kaynaklı yönetim sistemi, ***İKYS:İnsan kaynakları yönetim sistemi, ****3 hastane değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Hastanelerin HBYS, MKYS, İKYS, ameliyat notlarının günlük yazılması ve il ambulans merkezine veri girişi puanları her iki dönem için de tam puan almıştır. Yedekleme uygulaması 2007'de tam puanken 2009 yılında %75'e düşmüştür. Hastalara internetten sonuç verme oranı %50'nin üzerine çıkamamıştır. Standart dosyaya sahip hastane sayısında %50 oranında artış yaşanmıştır (Tablo11).

Tablo 12. Tesis Yönetimi ve Güvenlik Durumu (2007-2009)

Hizmet türü	2007		2009			
	S	%	S	%	X^2	P
24 saat güvenlik görevlisi	4	50	4	50	0,12	P>0,05
Tehlikeli madde bertarafı	1	12,5	8	100	0,01	P<0,05
Morg hizmetleri	7	87,5	8	100	1	P>0,05
Çamaşırhane hizmetleri*	5	62,5	6	85,7	0,5	P>0,05
Mutfak hizmetleri**	5	71,6	5	71,4	5	P>0,05
Depolama alanları	4	50	5	62,5	1	P>0,05
Su deposu	7	87,5	8	100	1	P>0,05
Atık Deposu	7	87,5	8	100	1	P>0,05

*Çamaşırhanesi olan hastane sayısı 2007 de 8 iken 2009 yılında 7 dir.
**Mutfak hizmeti veren 7 hastane değerlendirilmiştir.

Tesis yönetimi ve güvenlik konusunda en fazla artışın tehlikeli madde bertarafında olduğu görülmüştür (P<0,05). 24 saat güvenlik görevlisi bulundurma durumunda herhangi bir değişim yaşanmamıştır (Tablo 12).

TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinin bireye ve topluma eldeki en son profesyonel bilginin ışığında ve arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaşacak şekilde sunulmasına sağlıkta kalite denir (Aydın, 2009). Sağlık sektöründeki hızlı gelişim ve devamında yaşanan değişim Sağlık Bakanlığı, hastane yöneticileri, sağlık çalışanları, hastaları ve çeşitli sektörleri hareketlendirmektedir. Sağlık kuruluşları ulusal alanda rekabet ederken, uluslararası alanlardan hasta çekmek için çaba sarf etmektedir. Tüm bu uğraşlar sağlık kuruluşlarını kaliteli hizmet sunma anlayışına itmektedir (Aydın, 2009).

Bu anlamda ülkede yaşanan sağlıkta dönüşüm programı kapsamında Sağlık Bakanlığı 2007 yılında Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığını kurmuştur. Aynı yıl "Kurum Alt Yapı ve Süreç Değerlendirme Formu" eşliğinde hastanelerde standart kalite uygulamalarına başlamıştır (www.performans.saglik.gov.tr).

2009 yılı Nisan ayında Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ yayınlanmış ve hizmet kalite standartlarına yeni boyutlar eklenmiştir. Mayıs 2009 tarihinde Hizmet Kalite Standartları oluşturulmuş ve en son 2009 Aralık döneminde değerlendirmeler bu standartlar doğrultusunda yapılmıştır (www.performans.saglik.gov.tr).

Kayseri ilinde toplam 9 hastane Hizmet Kalite Standartları doğrultusunda değerlendirmeye tabii tutulmuş ve 8 tanesi incelemeye alınmıştır. Bu hastanelerin %62,5' i devlet hastanesi dir. 1000 ve üzeri yatak sayısına sahip hastane sayısı 1'dir. Toplam 2 hastanenin kalite yönetim belgesi bulunmaktadır (Tablo 1).

Hastanelerin, hasta hakları birimi, özürlüler için düzenleme, hekim seçme hakkı, önerilen sayıda hasta kabul görevlisi bulundurma ve önerilen sayıda danışma görevlisi bulundurma oranı her iki dönem için de %100'dür (Tablo 2). Bu oranlar Tekingündüz'ün çalışmasında Bingöl ilindeki hastanelerde en fazla %100 iken en düşük oran %77 olarak değerlendirilmiştir (Tekingündüz, 2010).

Hasta hakları birimleri ilgili yönerge doğrultusunda 2005 yılında tüm hastanelerde kurulması gereken birimlerden birisidir (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005). Aynı zamanda Ekim 2007'de Hekim Seçme Yönergesi yayınlanmış ve hastanelerin gereken alt yapıyı oluşturarak, hastaların hekim seçme hakkına olanak sağlamaları istenmiştir (www.saglik.gov.tr). Ön çalışmalar nedeni ile 2007 Aralık döneminde hekim seçme ve hasta hakları uygulamalarının %100 başarı göstermesi beklenen bir sonuçtur.

Hasta kabul biriminde kullanılan masaların %50 'si bariyersiz ve engel teşkil etmeyen özellik taşırken hasta kabul görevlisi sayısının önerilen sayıda olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Masalarda standart oluşturamamanın temel nedeninin ekonomik, fiziki ve hastalara karşı kontrol güçlüğü yaşayabilme endişesinin neden olduğunu düşünülmüştür.

Polikliniklerde bekleme süresinin belirlenmesinde 2009 yılında 2007 yılına oranla %25 oranında bir artış görülmüştür (Tablo 1). Bu kriterin belirlenmesinde hastane yazılım şirketlerinin büyük katkısı vardır. Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılı Mart ayı içerisinde başlatmış olduğu Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS) kapsamında, Kayseri'nin pilot il kapsamında olması nedeni ile bu maddenin daha fazla hastanede sağlanması beklenmektedir. Poliklinik kapılarında muayene olmak için bekleyen hasta ve yakınlarının sıra beklerken yaşayabilecekleri olumsuzluklardan birisi; sırasını beklemeyen hasta ve ziyaretçilerdir. Poliklinik girişlerinde hastaların sıra takibini görsel olarak yapabilecekleri, adaletli bir sıralama sistemi,

elektronik görüntüleme sistemleridir. Kayseri ilinde hastanelerin %87,5'i bu sistemi kullanmaya başlamıştır. 2007 yılında %37,5 olan bu uygulama hastanelerin kendi döner sermaye sisteminden karşılanarak beklenen seviyelere ulaşmıştır.

Poliklinik kapılarında doktor unvanı yazılı olan hastane oranı her iki dönemde de %75'dir (Tablo 2). Çok sayıda doktorun çalıştığı büyük hastanelerde, her uzmanın standart odasının olmaması, günlük poliklinik odası değiştirmeleri, rotasyonlu çalışmaları, binanın fiziki yetersizliği nedeni ile poliklinik imkânı bulamayan hekimlerin olması beklenen bir durumdur. Bu anlamda Personel Dağılım Cetveli (PDC) belirlemesinde, hastane idaresi ile birlikte karar alınması ve dağılım cetveline göre hekim bulundurulması, hekim sayısı kadar polikliniğin hazır edilmesi doğru olacaktır. Bu sayede isteyen hasta, istediği hekime alışmış olduğu poliklinik şartlarında muayene olabilecektir. Doktorlar açısından bakıldığında ise, kendi standardını oluşturmuş olduğu poliklinik odasında çalışabilmek, motivasyonu artırırken, kendi konforu içinde çaba sarf edebilecektir.

Muayene olan hastalar, laboratuvar, röntgen gibi uygulamalar nedeni ile polikliniklere defalarca girip çıkmaktadır. Bu durum poliklinik kapısında sıra bekleyen hastalarda huzursuzluğa neden olurken, muayene olan hastaların da mahremiyeti tehdit edilmektedir. Üstelik başka bir oda ve ya da birimde ultrasonografi yapılacak ise hasta ek olarak ultrason sırası beklemektedir. Bu durum zaman kaybına sebep olmaktadır. Kadın doğum polikliniklerinde sıklıkla yaşanan bu durumu düzenlemek adına her polikliniğe bir ultrasonografi cihazı yerleştirme konusu önerilmiştir. Hastanelerimizin %62,5'i bu kriteri yerine getirmiştir. 2007 yılında %25 olan bu kriter düzenleme sayesinde istenilen seviyelere ulaşmıştır. Diğer hastanelerde radyoloji uzmanı bulunması nedeni ile poliklinik şartlarında ultrasonografi bakılmadığı düşünülmüştür.

Laboratuvar sonuçlarının polikliniklerden görüntülenmesi hasta trafiğini azaltacak ve yanlış sonuçların hastaya verilmesini engelleyecek önlemlerden birisidir. Kayseri'deki hastanelerin %75'i bu şartı taşırken bu oran 2007 yılında %12,5 olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Hastaneler içerisinde hastaların aradıkları bölümleri rahatlıkla bulabilecekleri yönlendirmeler bulunmalıdır. Yönlendirmeler konusunda, özürlülere, okuma-yazması olmayanlara özel uygulamalar yapmış olsa da fonksiyonel olması en önemli kriterdir. Göz yormayan, az ve düzgün ifade eden yönlendirmeler kafa karıştırmayacaktır. İlimizdeki hastanelerin % 75'i işlevsel yönlendirme kullanmaktadır. 2007 yılında %100 olan bu kriter ek bina uygulamaları ve işlevsellik yönünden değerlendirildiği zaman yetersiz olduğu görüldüğünden düşürülmüştür.

Emzirme odaları hasta anne ve bebeklerin, emzirme, bebek bakımı ve bebekleri sakinleştirme ihtiyacını karşılayabilecekleri mekânlar olarak düşünülmüş ve tasarlanmıştır. Hastanelerimizin tamamında bebek bakım odaları bulunmaktadır. Bu odalar el hijyeni sağlayabilecek lavabosu, sıvı sabunu, havlusu, bebek bakım masası, emzirme koltuğu ve bebek bakımına ilişkin broşürleri ile ihtiyaç duyan annelere hizmet vermektedir (Tablo 3).

Toplumun hemen her kesiminde özürlü vatandaşlarımız için düzenlemeler yapılmaya başlanmıştır. Bu konu Avrupa Birliği uyum sürecinde aksiyon kazanmış bir insan hakkıdır. Birçok resmi kurum eski yapı binalara sahip olmasından ötürü özürlüler için düzenleme yoluna gitmiştir. Bu anlamda hastanelerin tamamında düzenlemelerin gerçekleştirdiği görülmüştür (Tablo 3).

Laboratuvar çalışmalarında kaliteyi yakalamak hasta, çalışan güvenliğini sağlamanın yanında mali kayıpların da önüne geçilmesine neden olacaktır. 2007 yılına oranla 2009 yılında belirli konularda iyileşmeler görülmüştür. En anlamlı iyileşme panik değer bildirimi uygulamalarında yaşanmıştır. Eksternal ve internal kalibrasyon, laboratuvar sürecinde verilen hizmetin doğruluğunu ve yanılma payını ortaya koymaktadır. Kalibrasyon kriteri yüzdesinde yıllara göre bir değişim yaşanmamıştır. Ancak uygulaması bulunmayan hastanelerin 2010 yılı içerisinde kalibrasyon sistemine geçmeleri doğru olacaktır. Kit ve solüsyonların verimli bir şekilde kullanılıp-kullanılmadığını anlamak adına kit verimlilik çalışmaları yapmak ve düzenleyici faaliyetlerde bulunmak gerekir. Hangi solüsyonun daha fazla kullanıldığı, hangisinin daha fazla fire verdiği ortaya çıkartılarak laboratuvar alımlarına ilişkin planlama yapılabilir. Bu hesaplamayı yapan hastane oranında 2009 yılında % 37,5 oranında düşüş görülmüştür. Hesaplama yapmayan hastanelerin, hesaplamaya ilişkin verileri düzenli tutmadıkları, otomasyon sisteminin yetersizliğinden dolayı yapmadıkları düşünülmüştür. Otomatik ölçümler sayesinde aylık veriler alınarak düzenlemeler yapılabilir. Düzenlemeleri yapabilmek için ilk alımlarda her cihazın cihaz yönetim dosyası bulunması gerekmektedir. Yönetim dosyasında, bakım formları, kalibrasyon takip formu, kalibrasyon çıktıları, internal kontrol sonuçları, firma bakım formları, firma bakım taahhüdü, cihazda çalışılan testler, test prospektüsleri, hazırlanması gereken reaktif ve solüsyonların stabilite süreleri, kalibrasyon ve kontrol değerleri, firma aplikasyon ve teknik servis telefonları, cihaz kullanım kılavuzu bulunması önerilmektedir. 2007 yılında hiçbir hastanemizde cihaz yönetim dosyası bulunmaz iken 2009 yılında %62,5 oranında bulunduğu görülmüştür. Hastanelerimizin tamamı önerilen sürelerde laboratuvar sonucu verebilmektedir.

Laboratuvarda güvenlik yönetimi oldukça önemlidir. Güvenlik prosedürü içerisinde elektrik, gaz, soğutucular, kimyasal madde, yanıcı ve patlayıcı maddeler, havalandırma sistemi, korunma, güvenlik gereçleri, uyarı işaretleri, temizlik ve dezenfeksiyon uygulamaları bulunmalıdır. Hastanelerimiz içerisinde güvenlik prosedürü oluşturanların oranı 2007 yılında %12,5'iken 2009 yılında %87,5'dir (Tablo 3).

Hastanelerin görüntüleme hizmetleri, her iki dönem değerlendirmelerinde en yüksek puanı alan birimler olmuştur. Tüm hastaneler Türkiye Atom Enerjisi Kurumu lisansına sahip cihaz kullanmakla birlikte dozimetre kullanım oranı da %100'dür. Bingöl'deki hastanelerin görüntüleme hizmetlerindeki başarı oranı en yüksek %100 iken en düşük %90 olmuştur (Tekingündüz, 2010). Hastalara önerilen sürelerde randevu ve sonuç verilmektedir. Ancak kurşun yelek kullanım oranında 2009 yılında 2007'ye oranla %50 oranında düşüş gözlenmiştir (Tablo 4). Ülkemizde genel anlamda insan hakları, dar anlamda da hasta hakları ihlalleri en çok röntgen uygulamalarında yaşanmaktadır. Röntgen uygulamalarına bağlı zararların anında ortaya çıkmayışı bu ihlalin fark edilmemesine neden olmaktadır. AB ve ABD röntgen uygulamaları konusunda son derece hassas davranmakta ve toplumun radyasyon maruziyetini en aza indirmek için de gerekli tüm önlemleri almaktadır (Şaşkın, 2010).

Röntgen uygulamalarında hak ihlallerine maruz kalanlar sadece hastalar değildir. Radyoloji teknisyenleri de bu karmaşa içinde radyasyona maruz kalmakta kanser ve genetik risklerle iç içe görev yapmaktadır. Ülkemizde meslek grupları içerisinde troid hastalıklarına en çok yakalananlar röntgen teknisyenleridir (Şaşkın, 2010). Korunma amacı ile uygun nitelikte kurşun yelek kullanımı hem hasta yakını, hem de çalışan için önerilmektedir.

Hastanelerimizin %62,5'inde ameliyathane hizmetleri verilmektedir. Ameliyathanelerde hepafiltre kullanımı 2007 yılında %40'iken 2009 yılında %80 oranına ulaşmıştır. Ameliyathane bekleme alanları 2007'de %60 iken 2009 yılında %100 olmuştur. UPS kullanım oranı da 2009 yılında %100 seviyesine ulaşmıştır (Tablo 5). Hastanelerdeki **tüm havalandırma sistemlerinde iki ayrı filtre sisteminin bulunması; bunlardan birincisinin etkinliğinin %30 veya üzerinde, ikincisinin etkinliğinin ise %90 veya üzerinde olması gereklidir.** Bu filtrelere "High Efficiency Particulate Air" (HEPA) filtresi adı verilir. Bu sistemin pahalı olması nedeniyle hastanenin özel bölümlerinde tercih edilmesi uygundur (http://hastaneler.erciyes.edu.tr).

Ameliyathanede üç farklı alan **(steril alan, temiz alan, temiz olmayan alan)** olmalıdır. **Steril alan,** ameliyat odaları ve steril aletlerin hazırlandığı

odalardan oluşur. **Temiz alan,** ameliyat odalarına giden koridorlar, preoperatif ve postoperatif hasta takibinin yapıldığı odalar, dinlenme odaları, steril depolardan oluşur. **Temiz olmayan alanlar** ise hasta bekleme odaları, ayılma odaları, tuvaletlerden oluşur. Bu alanların birbirinden ayırımının tam olarak yapılması gereklidir. Personelin bu alanlar arasında geçişi kontrollü olmalıdır (http://hastaneler.erciyes.edu.tr).

İlimizdeki hastanelerin tamamında her iki dönem de ameliyathanelerin alan belirlemesi yaptığı görülmüştür (Tablo 5). Ameliyat öncesi bilgilendirilmiş onam formu kullanan hastane sayısı her iki dönem için de %100 olmuştur. Son yıllarda artan malpraktis vakalarının %53'ü cerrahi tedavi sonrası ortaya çıkmıştır (www.gata.edu.tr). Bu nedenlerden dolayı hastayı olabilecek komplikasyonlar konusunda bilgilendirmek hem hasta açısından hem de doktorun sorumluluğunun belirlenmesi noktasında etkili bir kayıt olacaktır.

Hastanelerin klinik birimleri değerlendirmesinde kırmızı-yeşil reçeteye mahsus ilaçların kilitli dolaplarda muhafaza edilerek kayıtlarının tutulması kriteri her iki dönem için de tam puan almıştır. Hastanelerin kullanmış oldukları cihazların kalibrasyon ve bakımına öteden beri önem verdikleri ortaya çıkmıştır. Klinik birimlerde en anlamlı artış hasta odalarında yatak başı gaz sistemleri bulundurma olmuştur. Hasta odalarında refakatçi koltuğu bulundurma sayısı da 1 hastaneden 6 hastaneye ulaşmıştır. Hasta odalarında tuvalet bulunması kriterinde herhangi değişim yaşanmamıştır(Tablo 6). Hasta odalarının fiziki yönden değerlendirmesinin yapıldığı kriterlerde önemli bir değişim yaşanmamıştır. Oda düzenlemesi yapılırken, inşaat planlaması noktasından hareket edilmesi uygun olacaktır. Hasta odalarını nitelikli hale getirmek için yeni projeler üretirken, yatak sayılarında düşüşe neden olunmaktadır. Banyo ve tuvalet imkânını bulamayan hastaneler, hasta odasına lavabo düzenlemesi yoluna gitmiştir. Hasta başı hemşire çağrı sistemleri 2007 yılında 1 hastanede bulunurken 2009 yılında 4 hastaneye ulaşmıştır (Tablo 6).

Acil servislere ulaşım ve birim içerisindeki yönlendirmeler bazen hayati öneme sahiptir. İlimizdeki hastanelerin %87,5'inin yönlendirmelerinin yeterliliği gözlenmiştir (Tablo 7). Acil servis ünitelerinin giriş kapılarının üzerinin kapalı olması hastaları rahatlatacak bir uygulamadır. Hava yağışından sedyede yatan hastanın etkilenmemesi için koruyucu etkinliği olacaktır. Değerlendirme yapılan hastanelerin %87,5'i bu uygulamayı gerçekleştirmiştir.

Hastanelerin acil servislerinde en fazla artış müşahede süresinin takibi ve değerlendirmesi konusunda olmuştur. 2008 yılında hiç müşahede süresi takibi yapılmaz iken 2009 yılında hastanelerin yarısı uygulamaya başlamıştır.

Müşahede sürelerinin takibi açısından otomasyon sistemi üzerinde müşahede alanı oluşturularak, gözleme alınan hastanın teşhis, tedavi, tetkik ve süreleri belirlenebilecektir. Otomasyon sisteminde uyarı sistemleri kurularak, belirlenen sürenin üzerinde gözlemde tutulan hastaların, neden bekletildiği araştırılabilecektir. Bu uygulama sayesinde büyük ölçekli hastanelerde günlerce acil servis gözetim odasında bekleyen hastalar için düzenleme yapılabilir. Müşahede odalarında bekleyen hastaların yaşadıkları sorunlarla ilgili olarak hemşire çağrı sistemine ihtiyaç duyabilecekleri bir gerçektir. 2007 yılında 1 hastanede bulunan çağrı sistemi 2009 yılında 4 hastanede uygulanmaya başlanmıştır. Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesinde de bu kriterin 2008 yılında karşılanamadığı görülmüştür (Koç, Şentürk, Yorgun, 2009).

Acil servis personelinin eğitimi ve standartlara uygun malzeme başlıklı kriterler her iki dönem değerlendirmesinde tam puan alan konulardır. Hastanelerdeki triaj uygulaması 2009 yılında %100'e ulaşmıştır (Tablo 7). Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi örneğinde de bu kriterin karşılandığı görülmüştür (Koç, Şentürk, Yorgun, 2009). Triaj acil servise başvuran hastaların önceliklerini belirleyerek bekleyemeyecek durumda olanları tespit etmektir. Hastaları geliş sırasına göre değil durumlarının aciliyetine göre kabul etmek gerekmektedir (http://www.gata.edu.tr). Acil servislerde tedavi uygulamaları geleneksel yöntemlerde, sözel order üzerinden yapılmaktadır. Hasta güvenliğini sağlama konularından birisi olan doğru hastaya doğru tedavi uygulaması için yazılı order alınması önerilmektedir. Hastanelerimizde yazılı order kullanımı %37,5'den %75'e ulaşmıştır. Acil servise çağırılan konsültan hekimin çağırılma ve ulaşma süresi hasta güvenliği açısından önemli başlıklardan birisidir. Hastanelerdeki bu oran 2009 yılında %75'e ulaşmıştır. Bingöl'deki çalışmada acil servis hizmetlerinin bütününden tam puan alan hastane sayısı 1 iken en düşük puan %38 olmuştur (Tekingündüz, 2010).

19.08.2005 tarihli Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği hakkındaki genelge doğrultusunda hastanelerin enfeksiyon kontrol programı oluşturulması gerekmektedir. Aynı yönetmeliğin 13. Maddesine göre her 250 yatağa bir enfeksiyon kontrol hemşiresi görevlendirilmesi gerekmektedir (http://tr.wikipedia.org). Hastanelerimizin %87,5'inde enfeksiyon kontrol programı oluşturulmuştur (Tablo 8). Bingöl ilinde enfeksiyon kontrolü konusunda tam puan alan 1 hastane bulunurken en az puan %27 olmuştur (Tekingündüz, 2010). Her iki yılda da enfeksiyon hemşiresi bulunan hastane sayısı 2'yi geçememiştir. Sterilizasyon ünitesi olan hastane sayısı 7'dir. Sterilizasyon sisteminin denetimini yapan testlerin çalışılma oranı %100'den %57,1 oranına düşmüştür. Sterilizasyon ünitesinin

eğitimli bir ekip tarafından düzenlenmemiş olması, kullanılacak testler konusunda bilgi sahibi olmama veya cihazın gereken testi çalışamaması neden olarak gösterilebilir. Sterilizasyon ünitesi olup alan belirlemesi yapan hastane sayısı 2009 yılında %71,4'e çıkmıştır. Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağına (UHESA) veri girişi yaparak hastane enfeksiyon hızı hesaplayan hastane oranı %25'den % 87,5'e ulaşmıştır (Tablo 8). Hastanelerde izolasyon odası uygulaması yapanların oranı %100'den % 62,5'e düşmüştür. İlk değerlendirmelerde talimatın varlığı yeterli görülürken, 2009 kontrollerinde içerik, oda düzeni ve işlevsellik kontrolü yapılması düşüş nedenini açıklamaktadır.

Hasta ve çalışan güvenliği uygulamaları, hastane kalite değerlendirmelerinde önemli bir yere sahiptir. Nisan 2009'da yayınlanan Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ'e göre yeni uygulamalar söz konusu olmuştur. Bu uygulamalar 2007 yılı değerlendirmelerinde sorgulanmaz iken 2009 değerlendirmelerinde sorgulanmıştır. Hasta ve çalışan güvenliği programı bulunan hastane oranı her iki dönem de %87,5'dir (Tablo 9). Sözel order kullanımı ve mavi kod uygulamaları oranı anlamlı bir yükseliş göstererek tüm hastanelerde uygulanmaya başlanmıştır. Mavi Kod sistemleri, bir hastanın solunumsal veya kardiyak arresti durumunda, eldeki çok kısıtlı zamanı hastaya en hızlı ve verimli resüsitasyonu sağlamaya yönelik çalışan iletişim sistemleridir. Başarılı mavi kod durumu resusitasyon sonucu için kullanacak uyarı sistemi teknolojisi kadar, hastanedeki mavi kod sorumluları, mavi kod prosedürü, kullanılacak ekipman ve personel eğitimi de önemlidir. Mavi Kod Ekibi hastanede Kardiyo Pulmoner Resusitasyon (CPR) konusunda deneyimli ve eğitimli uzman hekim ve hemşirelerden oluşan müdahale ekibidir. Genellikle anestezi uzmanı, kardiyoloji uzmanı ve acil servis hemşiresinden oluşur (http://tr.wikipedia.org). Bingöl ilinde hasta ve çalışan güvenliğini sağlama konusunda tam puan alan 1 hastane bulunurken diğer hastanelerin kriterlerin tamamını karşılamadığı görülmüştür (Tekingündüz, 2010).

El antiseptiği kullanım oranı da önemli artış görülen kriterlerdendir. 2007 yılında hiçbir hastanede kullanılmayan dezenfektanlar 2009 yılında tüm hastanelerde kullanılmaya başlanmıştır. Ancak el hijyeni programı bulunan hastane oranı %87,5'den %62,5'e düşmüştür. İncelemeler esnasında konu hakkında yeterli bilgisi bulunmayan hastane personelinin rehberlik etmesi ve cevap veremediği konular olması nedeni ile düşüş yaşandığı düşünülmüştür. Hastanelerin %87,5'inde enfeksiyon kontrol programı olması nedeni ile el hijyeni programının da olması beklenmektedir (Tablo 8). El antiseptiği kulanım oranları, el sabunlama oranı gibi verilerin

oluşturulması gerekmektedir. Aksoy'un çalışmasında sağlık çalışanlarının %72'sinin sabun ,%25'inin antibakteriyel sabun, %3'ü alkol bazlı el antiseptiğini kullandığı görülmüştür (Aksoy, 2009).

Hastanelerde ilaç güvenliği uygulamaları %100 başarı ile yürütülmektedir. Sağlık hizmeti verenler, hastalar ve eczacılar arasındaki iletişimin güçlendirilmesi ilaç hataları olasılığını azaltmada önemlidir. Reçete yazma, ilaç verme, hazırlama ve dağıtımdan veya ilacı izlemekten sorumlu sağlık hizmetleri profesyonelleri arasındaki iletişim, tedaviyi optimize etmek açısından çok önemlidir. İlaçların kullanımıyla ilgili iletişimin değerinin anlaşılması ve mükemmel iletişimi destekleyen bir ortamın teşvik edilmesi, ilaç hatalarının meydana gelmesini ve bunların hastaya verdiği zararı azaltabilir (Kurutkan M.N., 2009).

Doğru tedavi uygulamalarını destekleyen diğer bir kriter hastalara kol bandı uygulamasıdır. Kol bandı rengi konusunda 2007 yılı hizmet kalite kriterleri ile hasta güvenliği tebliği arasında farklılıklar görülmüştür. 2009 değerlendirmelerinde hasta güvenliği tebliği esas alınarak hareket edilmiştir. Hastanelerimizin tamamında kol bandı uygulaması yapıldığı görülmüştür (Tablo 9).

Güvenli Cerrahi kontrol listesine uyum konusunda 5 hastane değerlendirmeye tabi tutulmuştur. 2007 yılında tamamında başarı sağlanırken 2009 yılında 4 hastane uygulamayı gerçekleştirmiştir. Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi, anestezi verilmeden önceki 'Giriş', cilt kesisi yapılmadan önceki 'Ara' ve hastanın ameliyathaneden çıkarılmadan önceki 'Çıkış' evresine ait soruların bulunduğu tek sayfalık bir formdan oluşmaktadır (WHO, 2009). Cerrahi hataların engellenmesi için bu uygulamanın doğru yapılması gerekmektedir.

Hasta güvenliği kapsamında değerlendirilen önemli unsurlardan birisi de düşmelerdir. Amerika'da ortak komisyon 1995–2006 yılları arasında 4064 sentinel olayın 224 (%5,5)'ünün düşmelerden meydana geldiğini açıklamıştır (Kurutkan M.N., 2009).

Düşme riskini belirlerken kullanılan en iyi yöntem ölçek oluşturmak ve oluşturulan ölçeğin uygulanmasını sağlamaktır. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğinde yer alan Hemşirelik Hizmetleri Değerlendirme Formunda kullanılan ölçek Hendrich 2 düşme skalasıdır (Hasta ve Çalışan Güvenliği Tebliği, 2009).

Çalışan güvenliği kapsamında batıcı ve kesici yaralanmaların takibi programını yürüten hastane her iki dönem de %100 olmuştur. Sağlık personelinin sağlık taramalarının takibini yapıldığı hastane sayısı önceki döneme göre %12,5 oranında artış göstererek %87,5'e ulaşmıştır.

Kurumsal hizmet yönetimi başlıkları 2007 yılında tüm hastanelerde tam puan alırken, 2009 yılında hasta memnuniyet anketlerinin usule uygun doldurulması, yaka kartı kullanımı, mevzuata uygun kriterlerin oluşturulması ve çalışan görüş öneri değerlendirmelerinde düşüş yaşanmıştır (Tablo10). Bingöl ilinde bu kriteri karşılayan 2 hastane bulunurken en düşük %81 puan alındığı görülmüştür (Tekingündüz, 2010).

Tesis yönetimi ve güvenlik konusunda en fazla artışın tehlikeli madde bertarafında yaşandığı görülmüştür. 24 saat güvenlik görevlisi bulundurma durumunda herhangi bir değişim yaşanmamıştır. Hastanelerin sadece %50'sinde 24 saat güvenlik görevlisi bulunmamaktadır (Tablo 12). Hastane acil servisleri başta olmak üzere, çalışanlara yönelik şiddet olayları ülkenin birçok hastanesinde meydana gelmektedir. Çalışan güvenliğini sağlamak adına hastanelerin tamamında güvenlik görevlisi bulundurulması gerekmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinde yaşanan hızlı kalite yolculuğu hastane yönetimlerini yeni arayışlara sürüklemektedir. Çalışanlar hem kendi güvenliklerini hem de hasta güvenliğini sağlamaya yönelik çabalara katkıda bulunmaktadır. Hatta kaliteli sağlık hizmeti sürecinin lokomotifini çalışanlar oluşturmaktadır. Hastane yöneticileri, kalite birimlerinin kurulma aşamasında, vizyon sahibi, gelişime açık ve eğitim destekli ekiplerden oluşturmalıdır. Dünyada yaşanan gelişmeleri takip ederek, beklenti, girdi ve sonuç değerlendirmeleri yapması istenmelidir. Hastane işletim prensiplerini, hasta ve çalışan memnuniyeti üzerine kuran kuruluşların kazançlı çıkacağı kaçınılmazdır. Ülkemizde Hizmet Kalite Standartları verilerinin kullanıldığı çalışmaların yetersizliği nedeni ile iller arası kıyaslama ve durum değerlendirmesi yapma olasılığı mümkün olamamaktadır.

Kayseri'deki hastanelerde 2007 yılına oranla 2009 yılında iyileşmelerin yaşandığı görülmüştür. En fazla iyileşme poliklinik, ameliyathane, klinikler, acil servisler, hasta ve çalışan güvenliği uygulamaları, tesis yönetimi ve güvenlik konularında olmuştur.

Hastane Bilgi Sistemi ve Dosyalama Durumu, Enfeksiyon Kontrolü ve Sterilizasyon Durumu, Görüntüleme Hizmetleri Durumu, Laboratuvar Hizmetleri Durumunda önemli bir gelişme görülmemiştir. Kurumsal Hizmet Yönetimi Durumunda ise gerileme olduğu belirlenmiştir.

Bu değerlendirmelerin ışığında hastanelerin:

1. Yönetim kademesinin hasta ve çalışan güvenliği uygulamaları konusunda eğitim alması,
2. Personelin hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitilmesi,
3. Proje ve yapılanmalarda hastane kalite yönetim birimlerinden destek alınarak standartlara uygun hareket edilmesi,
4. Kalite yönetim birimi çalışanlarının eğitimi için çaba sarf edilmesi,
5. Her hastanenin kendine kalite yol planı hazırlayarak hareket etmesi,
6. Enfeksiyon kontrol hemşireliği eğitimi alması için ilçe hastanelere kontenjan tanınması, hatta öncelik verilmesi,
7. Yeni hastane projelendirmelerinde geleceğe dönük planlar yapılması,
8. Eski hastanelerin tadilatı yapılırken kar ve zarar hesapları ile projelendirilmesi,
9. Personel dağılımı yapılırken hastane yönetimlerinin fikirlerinin alınarak, ihtiyaç duyulan birimlere cevap verilmesi,
10. Hastanelerin hizmet kalite standartlarını yakalamak için yaptıkları harcamaları döner sermayeden karşılamaları genel bir uygulamadır. Ancak döner sermayesi düşük olan ilçe devlet hastanelerinin ödenek yolu ile desteklenerek, eksikliklerinin giderilmesi kaliteli hastane imkanlarının yakalanmasını sağlayacaktır.
11. Sterilizasyon ünitesi olmayan hastanelerin, en yakın sterilizasyon ünitesi ile çalışabilmesi için anlaşma yoluna gitmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

– **Aksoy A., (2009).** Sandıklı Devlet Hastanesi Sağlık Çalışanların El Hijyeni Konusundaki Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Ankara. (2). 67-75

– **Aydın B., (2009).** Sağlıkta Kalite. Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta -Güvenliği Dergisi. 1, (1), 58.

– **Koç D., Şentürk M., Yorgun S., (2009).** Hizmet Kalite Standartları ve Acil Servis Hizmetlerine Katkıları "Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi". Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Ankara. (2). 297-306

– **Demirbaş F., (2009).** Hasta Güvenliği Uygulamalarında Ölçümlenme, Türkiye Modeli "Hasta Güvenliği Endeksi". Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi.1, (1), 20.

– **Hasta Hakları Uygulama Yönergesi. (2005)**

– **Kavuncubası Ş., (2000).** Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara. Siyasal Kitabevi.

– **Kurutkan M.N., (2009).** Hasta ve Çalışan Güvenliği Tebliği İçin Genel Bir Değerlendirme. Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi. 1, (1), 66.

– **Kurutkan M.N., (2009).** Hasta Güvenliği Çözümleri .Ankara. Sage Yayıncılık.(1). 33-34

– **Kurutkan M.N., (2009).** Ölümcül Hataları Engelleme Programı. Ankara. Sage Yayıncılık.(1). 57-64

– **Tekingündüz S., (2010).** Kamu Hastaneleri Kalite Çalışmalarının Değerlendirilmesi, 2.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Ankara. (1). sf: 541-548

– **Şaşkın G., (2010).** Radyolojide Hasta ve Çalışan Güvenliği. Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon Ve Hasta Güvenliği Dergisi. 1, (5), 72–75.

– **Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta ve Çalışan Güvenliği Tebliği, (2009)**

– **Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, (1983)**

– **Who Guidelines For Safe Surgery (2009).** 27.08.2010

– http://hastaneler.erciyes.edu.tr/pdf/hastane%20havalandirmasi.pdf, 26.08.2010

– http://hastaneler.erciyes.edu.tr/pdf/ameliyathanelerde%20enfeksiyon%20kontrol%c3%bc.pdf, 26.08.2010

– http://www.gata.edu.tr/cerrahibilimler/aciltip/esı.pdf, 27.08.2010

– http://tr.wikipedia.org/wiki/mavi_kod_sistemi, 26.08.2010

– www.performans.saglik.gov.tr/index.php?pid=14, 26.08.2010

– www.saglik.gov.tr/tr/genel/dosyagoster.aspx

– www.gata.edu.tr.dahilibilmler/ichastaliklari/files/dersler/358.pdf, 26.08.2010

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 değerlendirmeye 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 eleştiri, öneri 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 yayınlansın - yayınlanmasın hiçbir nedenle geri verilmez. Yayımlanmayacak yazılar, sahibine 2 ay içerisinde iade edilir.

8. Belirtilen ilkelere uygun olarak hazırlanmış yazılar e-posta yoluyla **spkdergisi@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) Yazar Adları: 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.apastlye.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.

Süreli Yayınlar:

Yazar, A. A., Yazar, B. B., & Yazar, C. C. (1994). Makalenin adı. Süreli 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.tr** adresine elektronik ortamda gönderilmelidir. E-posta ekinde yazarların özgeçmişleri ve detaylı iletişim bilgilerini içeren sunum yazısı yeralmalıdır.

Basım Yeri: Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hiz. Ltd. Şti.
Anadolu Bulvarı Meka Plaza No: 5/15
Gimat - Yenimahalle / ANKARA
T: 0312 397 16 17 • **F:** 0312 397 03 07
www.basakmatbaa.com

Sağlıkta Performans ve Kalite

PERFORMANS YÖNETİMİ
KALİTE GELİŞTİRME
DAİRE BAŞKANLIĞI

www.performans.sağlık.gov.tr