

Güncel Gelişmeler Işığında Sağlık Yönetimi-II

Editör: Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Bozkurt



Güncel Gelişmeler Işığında Sağlık Yönetimi-II

Editör:

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Bozkurt



Published by

Özgür Yayın-Dağıtım Co. Ltd.

Certificate Number: 45503

📍 15 Temmuz Mah. 148136. Sk. No: 9 Şehitkamil/Gaziantep

☎ +90.850 260 09 97

📞 +90.532 289 82 15

🌐 www.ozguruyayinlari.com

✉ info@ozguruyayinlari.com

Güncel Gelişmeler Işığında Sağlık Yönetimi-II

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Bozkurt

Language: Turkish

Publication Date: 2024

Cover design by Mehmet Çakır

Cover design and image licensed under CC BY-NC 4.0

Print and digital versions typeset by Çizgi Medya Co. Ltd.

ISBN (PDF): 978-975-447-913-3

DOI: <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub466>



This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0). To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>
This license allows for copying any part of the work for personal use, not commercial use, providing author attribution is clearly stated.

Suggested citation:

Bozkurt, İ. (ed) (2024). *Güncel Gelişmeler Işığında Sağlık Yönetimi-II*.

Özgür Publications. DOI: <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub466>. License: CC-BY-NC 4.0

The full text of this book has been peer-reviewed to ensure high academic standards. For full review policies, see <https://www.ozguruyayinlari.com/>



Ön Söz

“Güncel Gelişmeler Işığında Sağlık Yönetimi” adlı kitabın devamı niteliğinde olan kitabımız, son zamanlarda meydana gelen gelişmeler ışığında sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili bazı konuları, yazar ve akademisyenler tarafından hazırlanan bölümler halinde sağlık yönetimi bakış açısı ile ortaya koymaktadır.

Kitabımız, “Hastanelerde Etkili Liderlik Türleri ve Hizmet Sunumuna Yansımaları, Yaşlı Nüfus ile Sağlık Göstergeleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Doğal Afetlerde Bulaşıcı Hastalıklar ve Yönetimi, Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Hemşire Yöneticilerin Liderlik Davranışlarının Önemi, Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisi ve Belirleyicileri, Sağlık Yönetimi Bakışıyla Deprem Süreçlerinde Hijyen, Sağlık Kurumlarında Çalışan İyilik Hali, Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis, Türkiye’nin Sağlık Turizmi Açısından Değerlendirilmesi” başlıklarına sahip bölümlerden oluşmaktadır.

Bu kitap ve kitabı oluşturan bölümlerin, sağlık yönetimi alan yazınına zenginleştireceğine ve katkı sağlayacağına, sağlık yöneticileri ve tüm okurlara da faydalı olacağına inanmaktayız.

Bu kitabın hazırlanmasında emeği geçen tüm değerli yazar ve akademisyenlere katkılarından dolayı müteşekkirim. Ayrıca, bu süreçte katkı ve desteklerinden dolayı Özgür Yayınları yayın kurulu ve çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim BOZKURT

İçindekiler

Ön Söz

iii

Bölüm 1

Hastanelerde Etkili Liderlik Türleri ve Hizmet Sunumuna Yansımaları	1
<i>Tutku Ekiz Kavukoğlu</i>	

Bölüm 2

Yaşlı Nüfus ile Sağlık Göstergeleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	23
<i>Şehadet Bulut</i>	

Bölüm 3

Doğal Afetlerde Bulaşıcı Hastalıklar ve Yönetimi	47
<i>Nuriye Nesrin İpekçi</i>	

Bölüm 4

Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Hemşire Yöneticilerin Liderlik Davranışlarının Önemi	61
<i>Funda Gül Bilgen</i>	

Bölüm 5

Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisi ve Belirleyicileri	75
<i>Samed Gülocak</i>	
<i>İbrahim Bozkurt</i>	

Bölüm 6

Sağlık Yönetimi Bakışıyla Deprem Süreçlerinde Enfeksiyon ve Hijyen	97
<i>Fatma Esen Sarıgüllü Önalın</i>	
<i>Filiz Uçan Türkmen</i>	

Bölüm 7

Sağlık Kurumlarında Çalışan İyilik Hali	109
<i>Tuba Arslan</i>	

Bölüm 8

Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis	123
<i>Merve Koç</i>	

Bölüm 9

Türkiye'nin Sağlık Turizmi Açısından Değerlendirilmesi	147
<i>İlkay Sevinç Turaç</i>	

Hastanelerde Etkili Liderlik Türleri ve Hizmet Sunumuna Yansımaları

Tutku Ekiz Kavukoğlu¹

Özet

Etkili liderlik örgütsel başarıda önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. Çalışmalar örgütsel başarının etkili liderliğe bağlı olduğunu ve bunun hastaneler dâhil tüm örgütler için geçerli olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırmalar hastanelerde görev yapan liderlerin rollerinin her geçen gün genişlediğini, dolayısıyla sağlık alanındaki liderlerin etkinliklerinin değerlendirilmesinin önemli olduğunu göstermektedir. Etkili liderler, çalışanları örgütsel hedeflere ulaşma konusunda yönlendirme gücüne ve yeteneğine sahip kişilerdir. Hastanelerde görev yapan liderlerin etkililiği, farklı uzmanlık alanlarında görev yapan sağlık çalışanlarını entelektüel bir şemsiye altında birleştirebilmesine bağlı olmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda en büyük paya sahip olan hastanelerde görev yapan liderler, kuruluşlarının sundukları hizmet kalitesi, mali ve yönetsel başarısı gibi konularda çok önemli rol oynadığından, liderin etkililiğinin en üst düzeye çıkarılması kritik bir konudur. Bu nedenle hastanelerde etkili liderlik türlerinin neler olabileceğinin güncel paradigmalarda ışığında incelenmesi önem arz etmektedir.

1. Giriş

Liderler, bir kurumu etkili bir şekilde ileriye taşıma, mevcut misyon durumundan yeni ve daha iyi bir vizyon durumuna ulaştırmakla görevli kişilerdir (Taylor ve ark., 2008). Liderliğe olan inanç, kuruluşların nasıl çalışması gerektiği ve kuruluşlardaki insanların nasıl davranması gerektiğine ilişkin görüşün merkezinde yer alır (Spicker, 2012). Liderliğin modern çalışma koşulları ve organizasyonlar için önemi gittikçe artmaktadır. Buna göre etkili liderliğin bir kurumu başarıya götüren en önemli faktörlerden biri olduğu ifade edilmektedir (Mah'd Alloubani ve ark., 2014). Bu nedenle

1 Arş. Gör., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, tutku.ekiz@marmara.edu.tr, 0000-0002-8498-630X

modern organizasyonların, güçlü liderliğin organizasyon performansı ve başarısı üzerindeki etkilerinin farkında olmaları gerekmektedir.

Her kuruluşun mutlaka geçmiş başarılarından ve deneyimlerden bilgi üretmesi ve bu bilgileri gelecekte daha iyi performans elde etmek için kullanması gerekmektedir. Liderler bu bilgilerin kullanılmasında önemli roller üstlenmektedir. Rekabetin yoğunlaştığı günümüz dünyasında sıradan yöneticilere değil, organizasyonları farklı ve başarılı kılacak liderlere ihtiyaç duyulmaktadır (Fener & Cevik, 2015).

Liderlik, son yıllarda sağlık sektöründe önemli bir konu haline gelmektedir (Huertas-Valdivia ve ark., 2022). Tahmin edilemeyen ve çoğunlukla kaotik özellik gösteren sağlık hizmeti sunumunda liderlik, sağlık çalışanlarının tutum ve davranışlarına temel oluşturarak hasta deneyimini olumlu yönde etkilemek için gerekli olan hizmet sunumunun sağlanması açısından kritik öneme sahiptir. Hastanelerde liderliğin, hizmet kalitesi, hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin iyileştirilmesi açısından giderek daha önemli olduğu düşünülmektedir (Berghout ve ark., 2017).

Literatüre bakıldığında gerek hastanelerde gerekse farklı sektörde faaliyet gösteren organizasyonlarda liderlik davranışının bireysel ve örgütsel performansı etkilediği doğrulanmaktadır (Kılınc ve Öztürk, 2019; Gelmez ve Ürtürk, 2019; Uysal ve ark., 2012). Sağlık sektöründe etkili liderlik, dinamik çalışma ortamı ve hasta ihtiyaçlarındaki hızlı değişimler nedeniyle çalışanlara ilişkin kalite göstergelerine ulaşmada temel bir unsur olarak kabul edilmektedir.

Liderlik türlerinin, sağlık çalışanlarının kendilerine saygı duyulduğunu ve onaylandıklarını hissetmelerine, refahlarının liderleri için bir öncelik olduğunu algılamalarına katkısı farklılık göstermektedir (Huertas-Valdivia ve ark., 2019). Lideri hastanelerde daha etkili kılan yeni özellikler, davranışlar, liderlik türleri ve bağlamsal faktörler sürekli olarak araştırılmaktadır. Terglav ve ark. (2016)'na göre bunun nedeni liderliğin başarısızlığının organizasyon için maliyetli oluşudur. Bu nedenle hastanelerde hangi liderlik tarzlarının en uygun olduğu konusunda tartışmalar devam etmektedir.

2. Liderlik Kavramı

Stogdill (1950)'e göre, liderliği tanımlamaya çalışan kişilerin sayısı kadar farklı liderlik tanımı bulunmaktadır. Bu, liderliğin ne olduğu konusunda bir fikir birliğine varılamadığı ve dolayısıyla daha iyi bir tanım arayışının devam ettiği anlamına gelmektedir. Liderlik kavramının zaman içinde geliştiği ve uzun süre kişisel bir nitelik olarak ele alındıktan sonra, bireysel bir özellikten

çok daha fazlası olduğu, takipçilerin ve bağlamın önemli bir role sahip olduğu anlaşılmıştır (Silva, 2016).

Kotter (2008) ve Stogdill (1950)'e göre liderlik sadece kişisel bir nitelik değil, bir süreçtir. Liderlik süreci, birçok yazar tarafından tanımlandığı gibi yalnızca liderin takipçiler üzerindeki etkisi değil, aynı zamanda lider ve takipçiler arasındaki etkileşim ile karakterize edilmektedir. Liderlik süreci belirli bir bağlamda gerçekleşir. Koşullar değişirse liderlik süreci de farklı olacaktır. Liderlik süreci, insanların, yani takipçilerin, birisini liderleri olarak kabul etmelerini gerektirir.

Liderler güç kullanarak takipçileri üzerinde etki yaratabilir (Volckmann, 2012) veya bu etki takipçiler tarafından isteyerek kabul edilebilir. Çünkü takipçiler liderin belirli bir bağlamda kendilerine liderlik edecek uygun kişi olduğunu algırlarlar (Stogdill, 1950). Liderlik sürecinin amacı, lider ve takipçileri arasındaki ortak hedefleri gerçekleştirmektir. Takipçiler liderin kendileri adına hareket etmediğini algılasa liderlik süreci olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Silva, 2016).

Yukl (2012)'e göre liderin etkililiği kurumun hedeflerine ulaşması, takipçilerin algı ve tutumları, liderin ekiplerce gerçekleştirilen süreçlerin kalitesine olan katkısı ve liderin kariyer yolculuğu olmak üzere dört unsuru kapsamaktadır. Literatüre bakıldığında liderliği teşvik etmenin, insanları lider olmaları için eğitmenin, bireylerin liderlik becerilerini geliştirmenin ve liderin etkililiğini artırmanın kaçınılmaz olduğu ifade edilmektedir (Spicker, 2012).

3. Hastanelerde Liderliğin Önemi

Hargett ve ark. (2017) tarafından sağlık hizmeti liderliği, hastaların ve toplumun yararı için başkalarını etkili ve etik olarak etkileme yeteneği olarak tanımlanmıştır. Duke Sağlık Hizmetleri Liderlik Modeli olarak adlandırılan modele göre etkili sağlık hizmeti liderliğinin merkezinde hasta odaklılık yer almakla birlikte, duygusal zekâ, özverili hizmet, bütünlük, eleştirel düşünme, takım çalışması unsurları yer almaktadır (Hargett, 2017).

Günümüzde hastaneler değişen hasta beklentileri ve talepleri, mali kısıtlamalar, tıbbi bakıma erişime yönelik artan talep, hasta odaklı bakımı iyileştirme zorunluluğu, hizmet kalitesine ilişkin beklentiler ve işgücüne ilişkin sorunlar ile karşı karşıyadır. Literatüre bakıldığında liderliğin kalite ve hasta güvenliğinde iyileştirmelerin sağlanması ve sürdürülmesinde kritik öneme sahip olduğu görülmektedir (Daly ve ark., 2014). Bu bağlamda hastanelerde sunulan hizmetin yönetiminin etkililiğini en üst düzeye çıkarmak açısından liderlik önem arz etmektedir.

Hastaneler, çeşitli uzmanlık alanlarından meslekleri içinde barındıran ve sağlık hizmetini kesintisiz bir şekilde sunmak zorunda olan organizasyonlardır. Sağlık sektöründe yer alan hastaneler, emek yoğun organizasyonlar oldukları için, diğer sektörlere göre insan kaynağının daha büyük bir önem taşıdığı bilinmektedir (Keklik, 2012; Tengilimoğlu ve Yiğit, 2005). Sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışanlarının artan sayıda hastayla karşı karşıya kalması, aynı zamanda maliyet kontrolünü ve belirli standartlarda hizmet kalitesini sağlama baskısı gibi unsurlar iş stresini artırmaktadır (Mah'd Alloubani ve ark., 2014).

Hastanede görev yapan sağlık çalışanlarının stresli ve yoğun çalışma saatleriyle başa çıkmaları gereken bir ortamda, liderlerin sergiledikleri davranış biçimi, söylemleri, farklılıklara ve hatalara yaklaşım tarzı çalışanların motivasyon ve performansını önemli ölçüde etkileyen bir faktördür (Koçak ve Özüdoğru, 2012). Bu nedenle hastanelerde görev yapan liderlerin, çalışanlarına nezaket ve saygıyla yaklaşmaları, amaçlarını ve performans beklentilerini açıkça onlara iletmeleri, çalışanların başarılarını takdir etmeleri ve gerektiğinde onları ödüllendirmeleri sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırmaktadır (Bulut ve Çavuş, 2015). Ayrıca liderlik, sağlık hizmeti sunumunda nitelikli organizasyon kültürünün ve etkili performansın geliştirilmesinde önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir (Sfantou ve ark., 2017).

4. Sağlık Hizmetlerinde Öne Çıkan Liderlik Türleri

Literatüre bakıldığında pragmatik liderlik, vizyoner liderlik, stratejik liderlik, demokratik liderlik, karizmatik liderlik, otokratik liderlik, ideolojik liderlik, bürokratik liderlik, katılımcı liderlik, otantik liderlik, paternalist liderlik, etik liderlik, hizmetkar liderlik şeklinde farklı liderlik sınıflandırmalarının yapıldığı görülmektedir (Gedik, 2020).

Aşağıda sağlık hizmetlerinde daha sıklıkla konu edilen transformasyonel (dönüşümcü) liderlik, transaksiyonel (etkileşimci, işlemsel) liderlik, paternalist (babacan) liderlik, karizmatik liderlik ile henüz yeni yaygınlaşan değer temelli liderlik, paradoksal liderlik ve resonant (ahenk veren) liderlik kavramları ele alınmaktadır.

4.1. Değer Temelli Liderlik

Değer temelli liderlik, liderin yöneticilik faaliyetlerini sergilerken temel değerlere bağlı olması şeklinde tanımlanmaktadır. Bu değerler toplum tarafından kabul görmüş her türlü değer olabilmektedir (Garg ve Krishnan, 2003). Değerler temelli liderlik, kişisel kazanç odaklı olmadan, tedarikçilere,

ortaklara, tüketicilere ve kuruma değer getiren bir liderlik felsefesi olarak tanımlanmaktadır.

Değer temelli liderler, astlarına geniş bir otorite verir; güç kullanma, manipülasyon veya zorlama ile değil; örnek olma yoluyla önderlik ederler. Kişisel güçlerini arttırmaya değil, takipçilerinin ihtiyaçlarını ve isteklerini yerine getirmeye hizmet ederler. Bu tür liderler idealist olmaları dolayısıyla hırslıdır. Değer temelli liderler pratikte bireysel girişimleri desteklerken; aynı zamanda içsel ve stratejik birliği de sağlar. Değer temelli liderler değişim sürecinde, takipçilerinin ihtiyaçlarını önemser; adeta onların kendi amaçlarıymış gibi sahiplenecekleri ahlaki amaçların peşinden gitmelerini sağlar (Çiçek ve Deniz, 2017).

Değer temelli liderliğin hâkim olduğu organizasyon yapılarında formalizasyon (biçimselleşme) derecesinin düşük olması beklenir. Ancak, Garg ve Krishnan (2003) tarafından yapılan araştırmada değer temelli liderliğin desantralizasyon (yetki ve sorumlulukların belli ölçüde devri) ve formalizasyon (kuruluş içerisinde işlerin standartlaştırılma derecesi) ile pozitif bir ilişkisi olduğunu saptamışlardır. Bu da değer temelli liderliğin açık, taviz verilmez ahlaki prensipler ekseninde var olması ile açıklanabilir. Değer temelli liderin özelliklerini aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür (Garg ve Krishnan, 2003):

- **Bütünlük:** Değer temelli liderlerdik anlayışında liderlerin her kelimesi ve eylemi birbiriyle tutarlıdır. Her şeye rağmen, amaçları asla gözden kaçırmazlar, nihai amaçtan uzaklaşmazlar ve ilkelerinden ödün vermezler. Bu anlamda prensipli ve pragmatiktirler. Bu tip liderler için kişilerin amaçlarını başarılı bir şekilde gerçekleştirmeleri sadece etkili liderliğin en açık göstergesi değil, aynı zamanda yaşam boyu süren amaç tutarlılığını da yansıtır.
- **Vizyon:** Değer temelli liderlik ilham verici bir vizyona dayanmaktadır. Bu tarz liderlikte en önemli görev, takipçilerin benimseyebilecekleri bir vizyon oluşturmaktır. Bu tarz bir anlayışta liderin vizyonu takipçilerin ihtiyaçları ve istekleri üzerine kurulu olduğundan nihayetinde liderin vizyonu takipçilerinin vizyonu olur.
- **Güven:** Değer temelli liderler, hizmet etmek, fedakarlık etmek, sebat etmek ve değişime öncülük etmek konularında takipçilerine güven ve umut verirler. Takipçilerin sadakatini kazanırlar.
- **Dinleme:** Değerler temelli liderler, izleyicilerini dinler çünkü onlara saygı duyarlar. Organizasyonda farklı fikirleri teşvik ederler.

- **Takipçilere Saygı:** Liderlik ettikleri kişilerin saygınlıklarına inanır ve ona göre hareket eder. Tüm çalışanların başta saygı görme olmak üzere belirli hakları olduğunun bilinciyle hareket eder.
- **Açık Düşünme:** Takipçilerinin ihtiyaçlarını, fikirlerini ve beklentilerini dinlerler ve bunlara uygun şekilde cevap verirler.
- **Katılım:** Değer temelli liderlik, takipçilerin tam katılımını gerektirir. Değer temelli liderlik tüm takipçilerine organizasyona katkıda bulunma şansı verir.

Değer temelli liderlik, örgüt kültürü içerisinde, örgüte kimlik sağlayıcı bir davranış olarak da karşımıza çıkmaktadır. Bu tarz bir liderlik anlayışı örgüt üyelerinin faaliyetlerini gerçekleştirirken değerlere uygun davranmasını ve karşılaştıkları sorunlara değerlere uygun çözümler geliştirmesini sağlamaktadır. Ayrıca değer temelli liderlik, birbirine zıt görüşlere ya da uç fikirlere sahip örgüt üyelerini adeta birbirine bağlayan bir tutkal görevi de görmektedir (Baloğlu, 2012). Değer temelli liderliğin, etik hesap verebilirlik, sosyal sorumluluk ve insanlarla alçak gönüllülükle çalışmak olmak üzere üç temel niteliği olduğu ifade edilmektedir (Piper, 2013).

Değer temelli liderliğin en önemli yaklaşımı pragmatist, yani faydayı gözetken bir yaklaşıma sahip olmasıdır. Buna göre değer temelli liderler aniden gelişen olaylarda kaybetmekten çekinmez, asıl amacın nihai hedeften şaşmamak olduğu bilinciyle hareket ederler. Bu yönüyle değer temelli liderlik hastanelerin stratejik planlarında yer alan orta/uzun vadeli hedeflere dayalı politika oluşturma ve uygulama, nihai sonuçlara ve performansa odaklanma prensipleri ile bağdaşmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2013; Garg ve Krishnan, 2003).

4.2. Resonant (Ahenk Yaratan) Liderlik

Resonant liderlik, yüksek düzeyde duygusal zekâ sergileyen, etrafındakilerin duygularıyla uyum içinde olan, güçlü ve güvence dayalı ilişkiler kuran, bağlılığa önem veren, iyimserlik iklimi yaratmak için empatiyi kullanan ve kendi duygularını etkili bir şekilde yöneten liderlik tarzıdır. Resonant liderler insanların sahip olduğu duyguların bulaşıcı olduğunun farkındadır. Bu nedenle kendi duygularının çalışanların duygularına, dolayısıyla onların performansına etki edeceğinin bilinciyle hareket ederler (McKee ve Massimilian 2006).

Empati veya başkalarının duygularını anlama yeteneği resonant liderliğin anahtarı olarak kabul edilir. Resonant liderlik takipçilerin fikirlerini paylaşmalarına, birbirlerinden öğrenmelerine, işbirliği yoluyla kararlar

almalarına ve hedeflere ulaşmalarına olanak tanıyan bir rahatlık düzeyi hissetmelerine imkân sağlar. Bu özellikler, güvenli ve kaliteli çalışma ortamının temini için gerekli unsurlardır. Resonant liderlik yeni ve gelişen bir kavramdır; dolayısıyla, onu ve sonuçlarını inceleyen çok az sayıda çalışma vardır (Akyüz, 2019; Squires ve ark., 2010).

Resonant lider çalışanlar için görünür ve erişilebilir konumdadır. Takipçilerinin kaygılarını dinler, onların gelişimlerine önem verir ve onları yenilikçi adımlar atmaları konusunda cesaretlendirir. Resonant liderlik, dönüşümcü liderlik tarzıyla benzerlik göstermektedir. Dönüşümcü ve resonant liderlik türlerinin her ikisi de ilişkilere önem verir ve çalışan katılımını teşvik eden olumlu iş ortamları yaratırlar. Ancak resonant liderleri dönüşümcü liderlerden ayıran özellik, onun tüm bu olumlu faaliyetleri yüksek duygusal zekâsıyla yapması olarak ele alınmaktadır (Sürtücü ve Yıkılmaz, 2021; Laschinger ve ark., 2014).

4.3. Transformasyonel (Dönüşümcü) Liderlik

Dönüşümcü liderlik ilk defa James McGregor Burns tarafından 1978'de kavramsallaştırılarak; liderlerin ve takipçilerinin birbirlerini daha yüksek motivasyon ve ahlak düzeylerine yükselttikleri bir süreç olarak tanımlanmıştır (Lett, 2002). Dönüşümcü liderler bireyleri başlangıçta yaptıklarından daha fazlasını hatta amaçlanan ve çoğu zaman mümkün olduğunu düşündüklerinden daha fazlasını yapmaya motive eden bir liderlik türüdür. Bu yönüyle dönüşümcü liderler takipçilerini hem olağanüstü sonuçlar elde etmeleri hem de kendi liderlik kapasitelerini geliştirmeleri için teşvik eden ve onlara ilham veren kişilerdir.

Bass & Riggio (2006)'a göre liderlik yalnızca tepedeki insanların yetkisinde değildir. Liderlik her düzeyde ve herhangi bir birey tarafından gerçekleştirilebilir. Bass & Riggio (2006) aslında liderlerin takipçilerinin de liderlik becerileri geliştirmelerinin önemli olduğuna vurgu yapmaktadır. Bu anlayış, dönüşümcü liderlik paradigmasının merkezinde yer almaktadır. Bu teoriden türetilen ilkeler etkili liderliğin temelini oluşturur ve işten aileye, spordan sınıf ortamına, daha da önemlisi sosyal değişim konularına kadar yaşamın birçok alanına geniş çapta uygulanabilir.

Dönüşümcü liderler takipçilerinin kararlılığına ve memnuniyetine önem verir. Dahası, dönüşümcü liderler takipçilerinin liderlik potansiyellerini geliştirmelerine yardımcı olmak için onları güçlendirir. Bireyin ve içerisinde bulunduğu grubun/organizasyonun amaçlarını ve hedeflerini uyumlu hale getirmeye özen gösterir. Dönüşümcü liderliğin, takipçilerini kendilerinden

beklenen performans düzeyini aşmaya yöneltebildiği ve organizasyona bağlılığı sağladığı bilinmektedir (Bass & Riggio, 2006).

Dönüşümcü liderler, vizyon sağlayarak ve başkalarını güçlendirerek niyeti gerçeğe dönüştürür ve sürdürürler. Bunu, vizyon yoluyla takipçilerin dikkatini çekme, iletişim yoluyla vizyona anlam kazandırma, konumlandırma yoluyla güven sağlama ve takipçilerin benliğinin konuşlandırılması şeklinde sıralanan stratejiler yoluyla sağlarlar. Dönüşümcü liderlik teorisinin sağlık sektörüne ilişkin literatürde geniş çapta benimsendiği ifade edilmektedir (Lett, 2002).

4.4. Transaksiyonel (Etkileşimci, İşlemsel) Liderlik

İşlemsel, diğer bir adıyla etkileşimci liderlik kavramı ilk defa James McGregor Burns tarafından 1978'de kavramsallaştırılmıştır. İşlemsel liderlik çoğunlukla liderler ve takipçileri arasındaki maliyet-fayda alışverişi olarak açıklanır. İşlem veya değişim, liderin sahip olduğu veya kontrol ettiği şeyler ile takipçilerin hizmetlerinin karşılığında istedikleri arasında gerçekleşmektedir. Bu tür liderler, sosyal değişim yoluyla liderlik eden kişilerdir. İşlemsel liderler takipçilerin üretkenliği karşısında onlara ödüller sunarlar (Bass & Riggio, 2006).

İşlemsel liderlik, liderlerin amaç ve hedefleri netleştirmesini, çalışanlarının işbirliğiyle örgütsel hedeflere ulaşmasını sağlamak için görev ve faaliyetleri organize etmesini ve gerekli iletişimi sağlamasını içerir. Bu tür lider-takipçi ilişkisinin başarısı, hiyerarşik farklılıkların ve karşılıklı beklentilerin varlığının kabulüne bağlıdır (Tavanti, 2008).

İşlemsel liderlik tarzı değerleri içerebilir ancak bu değerler dürüstlük, sorumluluk ve karşılıklılık gibi değişim süreçleriyle ilgili değerlerdir. Bu tür liderlerin, astlarının kişisel çıkarlarına, bu çıkarlar astların yaptığı işin değeriyle orantılı olduğu sürece duyarlı oldukları bilinmektedir (Purwanto ve ark., 2020).

İşlemsel liderlik, astların ve sistemlerin açık bir emir komuta zinciri altında daha iyi çalıştığı varsayımına dayanmaktadır. Bu tarz liderlik anlayışında lider-takipçi ilişkisindeki örtülü inanç, insanların ödüller ve cezalar tarafından motive edildiği yönündedir. Bu yaklaşımın sınırlamalarını vurgulayan çok sayıda çalışmaya rağmen, etkileşimci liderlik, liderler ve yöneticiler arasında popüler olmaya devam etmektedir. Bu liderlik yaklaşımı lider-yönetici yelpazesinin yönetici ucuna daha yakın görülmektedir (Tavanti, 2008).

4.5. Karizmatik Liderlik

House tarafından 1977'de geliştirilen karizmatik liderlik teorisi, karizmatik bir liderin davranışsal yönünü açıklamakta ve lider ile takipçileri arasındaki ilişkiyi vurgulamaktadır. Buna göre karizmatik bir lider, yeterlilik izlenimi yaratır, bir rol model olarak hareket eder, yüksek beklentiler belirler, takipçilerine güçlü bir vizyon sunar ve takipçilerinde üretken olma motivasyonunu uyandırır (Hazzam & Wilkins, 2023).

Tarih boyunca en örnek ve etkili liderlerden bazıları karizmatik liderler olarak tanımlanmıştır. Yönetim dünyasında tanınmış girişimciler ve kurumsal değişim temsilcileri genellikle karizmatik liderler olarak tanımlanır. Karizmatik liderliği anlamak için, bu liderlik türünün takipçilerin algılarına ve liderlerinin davranışlarına ilişkin yorumlarına dayandığının farkına varmak önemlidir. Karizmatik liderliği karizmatik olmayan liderlikten ayıran bir dizi lider davranışı vardır ve bunlar başkalarına liderlik etme sürecinde ortaya çıkar. Karizmatik liderlikle ilişkilendirilen tek bir davranışın varlığı nadiren tek başına yeterli olur. Bunun yerine kritik bir davranış kümesinin mevcut olması gerekmektedir (Conger, 2015).

Conger ve Kanungo'ya (1994) göre karizmatik liderlik, takipçilerin liderlerinin davranışlarını gözlemleyerek yaptıkları olarak tanımlanır ve bu süreç üç aşamadan oluşur: Birincisi, karizmatik lider, takipçilerinin ihtiyaçlarına ve örgütsel fırsatlara duyarlılık gösterir. İkincisi, karizmatik lider ilham verici bir vizyon oluşturur ve bunu takipçilerine iletir. Son olarak karizmatik lider rol model olarak hareket eder ve örgütün yararına riskler alır. Ayrıca karizmatik liderlik, ilham verici bir vizyon geliştirme ve iletme yeteneği, kendilerinin ve rollerinin olağanüstü olduğu izlenimini yaratan davranışlarla diğer liderlik türlerinden ayrılır (Conger, ve ark., 2000). Karizmatik liderler, misyona olan inancını ve tutkusunu her fırsatta gösterir ve mesajlarını canlı hale getirmek için sembolik bir şekilde iletişim kurar (Banks vd., 2017).

4.6. Paternalist (Babacan) Liderlik

Farh ve Cheng (2000) tarafından kavramsallaştırılan paternalist liderlik, ahlaki bütünlüğü, otoriteyi, disiplini ve bir babanın yardımseverliğini birleştirir. Paternalist kültürlerde liderler astlarına karşı dikkatli davranır ve karşılığında da sadakat beklerler (Pellegrini ve Scandura, 2006).

Ailede "baba figürü" ile simgelenen paternalist liderliğin temelinde, başkalarının yararına karar almayı gerektiren, kendi istek ve çıkarlarını göz ardı eden, fedakar ve korumacı anlayış yatmaktadır. Bu anlamda paternalist liderliğin kökeni, liderler ve takipçileri arasında görev ve sorumluluk

paylaşımından ziyade, örgütte oluşan aile atmosferinden kaynaklanan manevi bağa dayanmaktadır. Paternalist liderler, çalışanların kişisel ve ailevi sorunlarını ele almak ve çalışanların dayanışma, dostluk ve birlik içinde teşvik etmek için çalışırlar. Böylelikle çatışmaları ve işteki izolasyonu azaltarak çalışanların işlerine katılımını artırabilmektedirler (Sungur ve ark., 2019).

Uzak Doğu ülkelerinde yaygın olarak kullanılan paternalist liderlik, güçlü disiplin ve otoriteyi, baba şefkati ve ahlaki dürüstlüklerle birleştiren bir liderliği ifade etmektedir. Her ne kadar Batılı ülkelerde paternalist liderlik bir diktatörlük olarak görülmesine rağmen, bir liderin paternalist tutumu Türkiye, Hindistan, Pakistan, Malezya, Çin, Tayvan ve Japonya gibi ülkelerde özellikle önemlidir (Sürücü ve ark., 2023).

Paternalist liderlik, liderler ve takipçileri arasındaki güç mesafesi ve eşit olmayan otorite ile karakterize edildiğinden, Batı'nın bireycilik ve eşit muamele inançlarıyla çelişmesine rağmen Batılı olmayan kültürlerin değerleriyle uyumlu olarak görülmektedir (Bedi, 2020).

4.7.Paradoksal Liderlik

Paradoksal liderlik, liderlerin takipçilerin taleplerini aynı anda ve zaman içinde karşılamaya yönelik görünürde rekabet eden ancak birbiriyle ilişkili davranışları olarak tanımlanmaktadır (Zhang ve ark., 2015). Rekabet ortamının yoğunluğunun artmasıyla birlikte liderler, organizasyonlarda standardizasyon ve kişiselleştirme, merkezileşme ve merkezileşme gibi giderek artan sayıda yönetsel paradoksla karşı karşıya kalmaktadır (Knight ve Paroutis, 2017). Buradan hareketle Zhang ve ark. (2015) paradoksal liderlik kavramını ortaya atmış ve bu kavramı liderlerin davranışsal olarak denge kurmaya ve örgütlerdeki çatışan talepleri birbirleriyle entegre etmeye yönelik "hem, hem de" yaklaşımı olarak tanımlamışlardır.

Zhang ve ark. (2015) tarafından "hem, hem de" terminolojisinin beş unsuru olduğu ifade edilmektedir:

1. Ben merkezliliği sürdürürken eş zamanlı olarak karşı tarafın ihtiyaç ve beklentilerine özen göstermek,
2. Çalışanlarla kişilerarası bağlar kurarken eş zamanlı olarak hiyerarşik ayrımları da sürdürmek,
3. Çalışanlara tutarlı davranırken eş zamanlı olarak bireysel hususları da dikkate almak,
4. Esnekliğe izin verirken iş gerekliliklerini uygulamak,
5. Özerkliğe izin verirken karar kontrolünü sürdürmek.

Bu liderlik yaklaşımı liderleri, zıtlıkları en baştan özümsemeye ve karşıtlıkların aynı anda varlığını kabule davet etmektedir. Bu yaklaşıma göre görünürde birbirine zıt gibi duran istekler arasında seçim yapmak kısa dönemli fayda sağlar, ancak liderlerin uzun dönemli verimliliği sağlayabilmeleri paradoksal talepleri kabul etmelerine ve bu talepleri eş zamanlı olarak uyumlaştırmalarına bağlı olmaktadır. Liderlerin paradoks olgusunu nasıl karşıladıkları, hedeflenen örgütsel çıktılara ulaşmada ve sürdürülebilirliği sağlamada önem arz etmektedir (Akça & Tuna, 2019; Zhang ve ark., 2015).

Örneğin, örgütte lider konumunda olan bir kişi hem güçlü bir lider hem de takipçilerini güçlendirmeyi kolaylaştırıcı olanaklar sunan bir özellik sergileyebilir. Onun tek bir davranışı liderlik yönlerini tam anlamıyla ifade etmeyebilir, bu sebeple çift taraflı bakış açısına sahip olmak gerekmektedir. “Hem, hem de” yaklaşımı, organizasyonel ortamda saçma gibi görünen zıtlıkların anlamlandırılması ve bunların yeni fırsatlar olarak değerlendirilmesi yoluyla paradoksal durumların sebep olduğu kısıtların üstesinden gelinmesine olanak sunmaktadır (Akça & Tuna, 2019).

Literatüre bakıldığında paradoksal liderliğin faydalarına dair önemli kanıtlar sunulurken, bunun etkilerine ilişkin araştırmalar hastaneler bağlamında yeterince ilgi görmemiştir. Hastanelerin dinamik ortamlarla ve farklı hasta ihtiyaçlarıyla karşı karşıya olduğu göz önüne alındığında, karmaşık taleplerle başa çıkmayı kolaylaştıran paradoksal liderlik (Zhang vd., 2015) hastaneler için de öneme sahiptir.

5. Hastanelerde Etkin Liderlik Türlerine İlişkin Yapılan Çalışmalar

Literatüre bakıldığında sağlık sektöründe ve hastanelerde liderlikle ilgili yapılan araştırmalarda etkili liderin taşıması gereken özelliklere ve farklı liderlik türlerinin sağlık çalışanları üzerindeki etkilerine odaklanıldığı görülmektedir. Hargrett ve ark., (2017) tarafından yapılan çalışmada sağlık hizmetlerinde etkili liderin taşıması gereken özellikler incelenmiştir. Buna göre katılımcılardan sırasıyla en yüksek puan alan ifadelerin “kişisel dürüstlikle hareket etmek”, “etkili iletişim kurmak”, “mesleki etik değerlerle hareket etmek”, “mükemmelliği takip etmek”, “ilişki kurmak ve sürdürmek” ve “eleştirel düşünmek” olduğu gözlemlenmiştir.

Pillay (2010) tarafından yapılan çalışmada ise hastanelerde görev yapan liderlerin etkililiğinin hangi faktörlerden etkilendiği araştırılmış ve bu faktörler dört kategoride sınıflandırılmıştır. İlk faktör insanlarla çalışma yeteneği, ekip oluşturma, yetki devri, organizasyonel çatışmaları çözme ve bilgi paylaşımına dönük becerilerden, ikinci faktör kişisel yaşamda ve iş yerinde sorumluluk alma gibi özyönetim becerilerinden, üçüncü faktör

finansman ve bilgi teknolojisiyle ilgili yönetsel becerilerden, dördüncü faktör ise hastaların ihtiyaçlarını ve beklentilerini anlama becerisinden meydana gelmektedir. Bu becerilere sahip olmanın hastanelerde görev yapan liderleri diğer organizasyonlarda görev yapan liderlerden farklılaştırdığı ifade edilmektedir. Bu sınıflandırmanın, hastanelerde liderliğin etkililiğini şekillendiren çeşitli faktörlere yönelik olarak uygun bir çerçeve sağladığı ifade edilmektedir (Asiabar & Ardestani, 2018).

Literatür incelendiğinde sağlık çalışanları tarafından algılanan liderlik türünün onların iş doyumunu üzerinde etkili olduğu görülmektedir (Kurt & Yiğit, 2017). Jiménez ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada dönüşümcü liderliğin, yüksek performanslı ekipler ve gelişmiş hasta bakımı ile ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Dönüşümcü liderlik sağlık sektöründeki araştırmalarda sıklıkla kullanılan bir terimdir. Ancak Jiménez ve ark. (2017) tarafından dönüşümcü liderliğin, hasta sonuçlarını iyileştirmek için her yerde deva olmadığı, ekibin performansını optimize etmek için diğer liderlik becerileriyle birlikte kullanılması gerektiği ifade edilmiştir.

Keklik (2012) tarafından yapılan çalışmada da dönüşümcü liderlik ve paternalist liderlik türlerinin hasta ile daha yakın temasta olan klinik personel için idari personelden daha fazla önem arz ettiği saptanmıştır. Hastanelerde görev yapan ve hasta ile ilgili çok çeşitli durumlara ve ani değişimlere tanıklık eden klinik personelin değişme açık olan ve kolay uyum sağlayabilen dönüşümcü liderlik tarzını tercih ettiği görülmektedir. Bunun yanı sıra çalışma saatlerinin çeşitliliği nedeniyle günlerinin büyük bir kısmını hastanede geçiren klinik personelin kendisini aile ortamında hissetme ihtiyacı paternalist liderlik tarzının da öne çıkmasında etken olarak değerlendirilmektedir. Yanı sıra, Sürücü ve ark. (2023) tarafından hastanelerde yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar da paternalist liderliğin sağlık çalışanlarının yaratıcılığını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Wang ve ark. (2019) tarafından yapılan çalışmada da bir liderin yüksek düzeyde paternalist davranış sergilemesinin çalışanların işleriyle ilgili kaynaklara kolayca erişmelerine olanak tanıyarak çalışanların vizyonunu teşvik edeceği ortaya konulmuştur. Sungur ve ark. (2019) tarafından yapılan çalışmada ise paternalist liderlik ile örgütsel sinizmin boyutları arasında negatif ilişki saptanmıştır. Bu çalışmada katılımcıların paternalist liderlik algıları arttıkça bilişsel, duygusal ve davranışsal sinizmin azaldığı görülmüştür.

Karizmatik liderlik, özellikle kriz ve değişim zamanlarında takipçileri üzerinde olumlu bir etki yarattığı için sağlık profesyonelleri için önemli bir beceri olarak kabul edilmektedir. Moura ve ark. (2019) tarafından hastanelerde yapılan çalışmada karizmatik liderliğin insiyatif odaklı davranış

üzerinde olumlu bir etkisi olduğu gözlemlenmiştir. Buradan hareketle hastane yöneticilerinin sağlık profesyonelleri arasında insiyatif odaklı davranışları teşvik etmek için karizmatik bir liderlik tarzı benimsemeleri gerektiği ifade edilmektedir. Bu nedenle karizmatik liderlik, hastanelerde ekip yönetiminde önemli bir yeterlilik olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık sektöründe paradoksal liderlik ile ilgili yapılan çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte farklı sektörlerde yürütölen araştırmalar, paradoksal liderlik ile güçlendirmenin aracılık ettiği işe bağlılık arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Huertas-Valdivia ve ark., 2019). Araştırmalar, paradoksal liderliğin yaratıcılık, bireysel gelişim ve performans gibi konularda çalışanların tutum ve davranışlarını teşvik etmede hayati bir rol oynadığını göstermektedir (Li vd., 2018; Zhang ve ark., 2015). Liderliğe yönelik çeşitli yaklaşımlardan özellikle paradoksal liderlik, değişen hasta ihtiyaçlarıyla başa çıkma ve özelleştirilmiş hizmetler sunma arasında bir denge kurmada önemli bir liderlik yaklaşımı olarak değerlendirilmektedir (She ve ark., 2020).

Bawafaa ve ark. (2015) tarafından hastanelerde yapılan çalışmada resonant liderlerin daha yüksek iş tatmini ve daha düşük duygusal tükenmişlik sağlayarak güçlendirici çalışma ortamı yaratmada etkili olduğu ortaya konulmuştur. Benzer olarak Laschinger-Spence ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada da resonant liderliğin personel güçlendirmeyi olumlu anlamda etkilediği saptanmıştır. Bu nedenle, sağlık kuruluşlarındaki liderler arasında bu tarz liderlik becerilerinin geliştirilmesine odaklanmak, iş tatminini teşvik eden sağlıklı çalışma ortamlarının yaratılmasına katkı sağlayabilmektedir. Literatüre bakıldığında, özellikle hemşireler ile yapılan çalışmalarda dönüşümsel ve resonant liderlik türlerinin daha düşük hasta mortalitesi ile ilişkili olduğu, ilişkisel ve görev odaklı liderlik türlerinin ise daha yüksek hasta memnuniyeti ile önemli ölçüde ilişkili olduğu bilinmektedir (Sfantou ve ark., 2017; Wong, 2015).

Sağlık sektöründe değer temelli liderlikle ilgili yapılan çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte farklı sektörlerde yürütölen araştırmalar, değer temelli liderliğin ahlaki ve etik ilkelere bağlı kalındığında daha iyi kurumsal sonuçlar sağlamanın ötesinde faydaları olduğunu ortaya koymaktadır (Copeland, 2014). Buna göre etik, özgün, ahlaki bir referans çerçevesine sahip liderlerin, bu değerlerden yoksun olanlara göre lider olarak daha başarılı olduklarını göstermektedir. Eiff ve ark. (2021)'a göre değer temelli liderlik sağlık sektöründe liderlerin gerçekleştirecekleri eylemleri yönlendirmede pusula görevi görmekte birlikte özellikle, hastanelerin ve sağlık çalışanlarının kültürel ve davranışsal yönlerini şeffaf karar alma yapılarıyla ilişkilendirmeye olanak sağlamaktadır. Yanı sıra değer merkezli liderlik örgütsel verimliliği arttıran önemli bir faktör olarak ele alınmaktadır (Baloğlu, 2012).

6. Sonuç

Son yıllarda liderlik araştırmalarında, liderliği resmi rollerdeki bireyler tarafından “yapılan” bir Őey olarak incelemekten ziyade, onu organizasyon içindeki biręok insanın faaliyetlerinden ortaya ęıkan bir Őey olarak goren daha kapsayıcı bir bakış açısına doğru bir değişim gorumektedir (Penlington & Holmstrom, 2013). Bu değişim perspektifiyle, resmi rollerdeki bireylerle ilişkilendirilen bir isim olan liderlikten, orgut içindeki kolektif eylemlerle ilişkili bir fiil olan liderliğe doğru bir donuşum yaşanmaktadır. Otoriter liderler hâlâ var olmalarına rağmen artık norm değiller. Gunumuzde liderlerin takipçileri dinlemesi, onların ihtiyaçlarına ve endişelerine duyarlı olması ve onları karar alma sureçlerine dâhil etmesi beklenmektedir. Mentorluk, koçluk, guçlendirme, geliştirme, destekleme ve önemseme sadece beklenen lider davranışları değil aynı zamanda gunumuzün etkili lideri için olmaz konulardır.

Liderliğe olan ilgi gerek özel, gerekse de kamu sağlık kuruluşlarında gittikçe artmaktadır. Liderlik becerilerinin daha da geliştirilmesi yoluyla sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinin önemini vurgulayan çeşitli araştırmalar bulunmaktadır. En önemli hizmet kuruluşlarından biri olan sağlık kuruluşları için etkili liderlik vazgeçilmez unsurlardan biridir. Bu, sağlık hizmetlerinin kalitesinin yanı sıra organizasyonel sureçlerin iyileştirilmesi açısından da önemlidir. Sonuç olarak liderlik, orgütsel üretkenliğin ve kapasitenin geliştirilmesinde merkezi bir unsur olarak gorumektedir (Mah'd Alloubani ve ark., 2014).

Sağlık kuruluşları dinamiktir; orgütsel ve kültürel yapı ile uygulamalar açısından sürekli değişmektedir. Sağlık hizmetlerine ilişkin yeni ve geniş çapta kabul goren bilgiler hastaların, uygulayıcıların ve toplumların beklentilerini artırmaktadır. Yeni sağlık teknikleri ve teknolojileri, sağlık profesyonellerinden oluşan ekiplerle verimli ęalıřabilmek için farklı ve yeni liderlik yaklaşımlarını gerektirmektedir. Bu nedenle sağlık sektörü yeni zorluklarla ve yeni hedeflerle karşı karşıyadır. Sağlık sektörlerinde sürekli iyileştirmeye yönelik gelişmiş insan kaynakları yönetimine dayanan yeni yaklaşımlar geliştirilmektedir. Liderlik hakkındaki yeni yaklaşımlar, bir dizi çağdaş liderlik yaklaşımları ve yöntemleri hakkındaki düşüncenin değişmesine neden olmaktadır.

Al-Touby (2012)'a göre görev tek başına sağlık hizmeti liderliğinin odak noktası olamaz. Geçmiş anlayışın aksine gunümüz liderinin dinleme, empati, farkındalık, ikna, öngörü, insanların gelişmesine bağlılık ve topluluk oluşturma becerilerine sahip olması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri liderlerinin aynı zamanda dürüstlük, fedakarlık ve özgünlüğe de sahip olması ve yenilik ile mükemmelliği teşvik eden bir yapıda olması gerektiği ifade

edilmektedir (Sonnino, 2016). Hastanelerin hem klinik hem de idari hedefleri yerine getirmesi gerektiği için hastanelerde liderlik yapan bireylerin klinik ve idari yönetim faaliyetleri arasında denge kuracak şekilde hareket etmesi gerekmektedir (Berghout ve ark., 2017). Liderlik yalnızca hastanelerde klinik sonuçları iyileştirmekle kalmayıp, aynı zamanda çalışanların süreçlere katılımını teşvik ederek ve tükenmişliği azaltarak hizmet sağlayıcıların refahını da iyileştirdiğinden, etkili hastane liderliğinin önemi göz ardı edilemez. Lider-üye ilişkilerinin kalitesinin artırılması çalışma ortamı sorunlarının iyileştirilmesini olumlu yönde etkileyerek ve sağlık çalışanlarının duygusal yükünü azaltabilmektedir (Squires ve ark., 2010).

Hastanelerde etkili liderlik için örgüt içi ve dışı bağlantı becerilerine sahip olma, bilgi paylaşımı, takım çalışması yeteneği, çalışanları motive ve teşvik etme, yeniliği teşvik etme ve sorunları çözebilme gibi unsurlar farklı çalışmalarda vurgulanan en önemli faktörler arasında yer almaktadır. Ancak hastanelere özgü kural ve düzenlemeler ile organizasyon yapısına ilişkin bilgi sahibi olmak, kaynakları doğru yönetebilmek, adil davranmak, hedef koymak, hastane ortamlarını doğru anlayabilmek gibi diğer faktörler de göz ardı edilemeyecek önemli faktörler arasındadır. Bir liderin temel rolü, takipçilerini ortak bir hedefe ulaşmaya teşvik etmektir (Yukl 2012). Yetenekli bir hastane lideri, takipçilerinin ihtiyaç ve isteklerini örgütün hedefleriyle uyumlu hale getirmeyi amaçlayan kişidir. Bunu yaparken, takipçilerinin organizasyona karşı bağlılıklarını artırarak onları beklenen performans düzeyini aşmaya teşvik etmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

- Akça, İ., & Tuna, M. (2019). Paradoksal liderlik davranışı: Bir ölçek uyarlama çalışması. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 11(4), 2972-2989.
- Akyüz, M. (2019). Bilgi çağında yeni bir liderlik: Resonant (ahenk yaratan) liderlik. *OPUS International Journal of Society Researches*, 14(20), 1819-1834.
- Al-Touby, S. S. (2012). Functional results-oriented healthcare leadership: A novel leadership model. *Oman medical journal*, 27(2), 104. doi: 10.5001/omj.2012.22
- Asiabar, A. S., & Ardestani, A. S. (2018). Factors affecting the leadership effectiveness of hospital managers: A systematized review. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 32, 6. doi: 10.14196/mjiri.32.6.
- Baloğlu, N. (2012). Değerler temelli liderlik ile dağıtımcı liderlik arasındaki ilişkiler: Okul müdürünün davranışını değerlendirmeye dönük nedensel bir araştırma. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 12(2), [Supplementary Special Issue] Spring, 1367-1378.
- Banks, G. C., Engemann, K. N., Williams, C. E., Gooty, J., McCauley, K. D., & Medaugh, M. R. (2017). A meta-analytic review and future research agenda of charismatic leadership. *The Leadership Quarterly*, 28(4), 508–529. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2016.12.003>
- Bass, B. M., & Riggio R. E. (2006). *Transformational leadership*. Second Edition. Taylor & Francis e-Library
- Bawafaa, E., Wong, C. A., & Laschinger, H. (2015). The influence of resonant leadership on the structural empowerment and job satisfaction of registered nurses. *Journal of Research in Nursing*, 20(7), 610-622. <https://doi.org/10.1177/1744987115603441>
- Bedi, A. (2020). A meta-analytic review of paternalistic leadership. *Applied Psychology*, 69(3), 960-1008. <https://doi.org/10.1111/apps.12186>
- Berghout, M. A., Fabbriotti, I. N., Buljac-Samardžić, M., & Hilders, C. G. (2017). Medical leaders or masters?—A systematic review of medical leadership in hospital settings. *PloS one*, 12(9), e0184522. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184522>
- Bulut, E. ve Çavus, G. (2015). The Use of Partial Least Squares Path Modeling in Investigating the Relationship between Leadership, Motivation and Rewarding. *Cankiri Karatekin University Journal of the Faculty of Economics and Administrative Sciences*, 5(2), 591-614.
- Conger, J. (2015). Charismatic leadership. *Organizational Behavior*, 11, 1-2. <https://doi.org/10.1002/9781118785317.weom110122>
- Conger, J. A., & Kanungo, R. N. (1994). Charismatic leadership in organizations: Perceived behavioral attributes and their measurement. *Journal*

- of Organizational Behavior, 15(5), 439–452. <https://doi.org/10.1002/job.4030150508>
- Conger, J. A., Kanungo, R. N., & Menon, S. T. (2000). Charismatic leadership and follower effects. *Journal of Organizational Behavior*, 21(7), 747–767. [https://doi.org/10.1002/1099-1379\(200011\)21:7<747::AID-JOB46>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1099-1379(200011)21:7<747::AID-JOB46>3.0.CO;2-J)
- Copeland, M. K. (2014). The emerging significance of values based leadership: A literature review. *International journal of leadership studies*, 8(2), 105-135.
- Çiçek, B., & Deniz, M. (2017). Liderlere ve organizasyonlara değer temelli yaklaşım: Değer merkezli liderlik ve etik iklim ilişkisi üzerine bir araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 9(2), 150-168.
- Daly, J., Jackson, D., Mannix, J., Davidson, P. M., & Hutchinson, M. (2014). The importance of clinical leadership in the hospital setting. *Journal of Healthcare Leadership*, 6, 75-83. <https://doi.org/10.2147/JHL.S46161>
- Farh, J. L., & Cheng, B. S. (2000). A cultural analysis of paternalistic leadership in Chinese organizations. In *Management and organizations in the Chinese context* (pp. 84-127). London: Palgrave Macmillan UK.
- Fener, T., & Cevik, T. (2015). Leadership in crisis management: Separation of leadership and executive concepts. *Procedia Economics and Finance*, 26, 695-701. [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(15\)00817-5](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(15)00817-5)
- Garg, G., & Krishnan, V. R. (2003). Transformational leadership and organizational structure: The role of value-based leadership. *Transformational leadership: Value-based management for Indian organizations*, 82-100.
- Gedik, Y. (2020). Dönüşümsel ve işlemsel liderlik. *Uluslararası Liderlik Çalışmaları Dergisi: Kuram ve Uygulama*, 3(2), 19-34.
- Gelmez, M., & Ürtürk, E. A. (2019). Özel Bir Hastanede Liderlik Stillerinin Ve Çalışan Performansının İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(1), 51-72.
- Hargett, C. W., Doty, J. P., Hauck, J. N., Webb, A. M., Cook, S. H., Tsipis, N. E., Neuman, J. A., Andolsek, K. M., & Taylor, D. C. (2017). Developing a model for effective leadership in healthcare: A concept mapping approach. *Journal of healthcare leadership*, 69-78. <https://doi.org/10.2147/JHL.S141664>
- Hazzam, J., & Wilkins, S. (2023). The influences of lecturer charismatic leadership and technology use on student online engagement, learning performance, and satisfaction. *Computers & Education*, 200(4), 104809. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2023.104809>
- Huertas-Valdivia, I., Gallego-Burín, A. R. & Lloréns-Montes, F. J. (2019). Effects of different leadership styles on hospitality workers. *Tourism Management*, 71, 402-420.

- Huertas-Valdivia, I., González-Torres, T., & Nájera-Sánchez, J. J. (2022). Contemporary leadership in hospitality: a review and research agenda. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 34(6), 2399-2422.
- Jiménez, P., Winkler, B., & Dunkl, A. (2017). Creating a healthy working environment with leadership: The concept of health-promoting leadership. *The International Journal of Human Resource Management*, 28(17), 2430-2448. <https://doi.org/10.1111/jan.13049>
- Keklik, B. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Benimsenen Liderlik Tiplerinin Belirlenmesi: Özel Bir Hastane Örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(1), 73-93.
- Kılınc, K. Ö., & Öztürk, H. (2019). Hemşirelikte otantik liderlik. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(6), 55-63. doi:10.5222/SHYD.2019.09226
- Knight, E., & Paroutis, S. (2017). Becoming salient: The TMT leader's role in shaping the interpretive context of paradoxical tensions. *Organization studies*, 38(3-4), 403-432.
- Koçak, R. D. ve Özüdoğru, H. (2012). Yöneticilerin Liderlik Özelliklerinin Çalışanların Motivasyonu ve Performansı Üzerindeki Etkileri: Kamu ve Özel Hastanelerinde Bir Uygulama. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1), 76-88.
- Kotter, J. P. (2008). *Force for change: How leadership differs from management*. New York: Simon and Schuster.
- Kurt, S., & Yiğit, V. (2017). Hastanelerde Algılanan Liderlik Davranışlarının Çalışanların İş Tatminine Etkisi: Bir Üniversite Hastanesinde Uygulama. *Journal of Suleyman Demirel University Institute of Social Sciences*, 28(3), 107-131.
- Laschinger, Heather, Spence Carol Wong, Greta G. Cummings ve Ashley L. Grau. (2014). Resonant Leadership and Workplace Empowerment: The Value of Positive Organizational Cultures in Reducing Workplace Incivility. *Nursing Economics*, 32(1): 5–15.
- Laschinger-Spence, H.K., Wong, C.A. Cummings, G.G. ve Grau, A.L. (2014). Resonant leadership and workplace empowerment: The value of positive organizational cultures in reducing workplace incivility. *Nursing Economics*, 32(1), 5- 17.
- Lett, M. (2002). The concept of clinical leadership. *Contemporary Nurse*, 12(1), 16-21. <https://doi.org/10.5172/conu.12.1.16>
- Li, Q., She, Z., & Yang, B. (2018). Promoting innovative performance in multidisciplinary teams: The roles of paradoxical leadership and team perspective taking. *Frontiers in psychology*, 9, 1083. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01083>

- Mah'd Alloubani, A., Almatari, M., & Almkhtar, M. M. (2014). Effects of leadership styles on quality of services in healthcare. *European Scientific Journal*, 10(18), 118-129.
- McKee A. & Massimilian D. (2006) Resonant leadership: a newkind of leadership for the digital age. *The Journal of BusinessStrategy*, 27(5), 45–49
- Moura, A. A. D., Hayashida, K. Y., Bernardes, A., Zanetti, A. C. B., & Gabriel, C. S. (2019). Charismatic leadership among nursing professionals: an integrative review. *Revista brasileira de enfermagem*, 72, 315-320. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0743>
- Pellegrini, E. K., & Scandura, T. A. (2006). Leader–member exchange (LMX), paternalism, and delegation in the Turkish business culture: An empirical investigation. *Journal of international business studies*, 32(2), 264-279.
- Penlington, C., & Holmstrom, K. (2013). Practitioner leadership: a missing link in leadership theory. *The International Journal of Leadership in Public Services*, 9(1/2), 32-46. <https://doi.org/10.1108/IJLPS-04-2013-0008>
- Pillay, R. (2010). The skills gap in hospital management: a comparative analysis of hospital managers in the public and private sectors in South Africa. *Health Services Management Research*, 23(1), 30-36. <https://doi.org/10.1258/hsmr.2009.009015>
- Piper, L. E. (2013). The Affordable Care Act: The ethical call for value-based leadership to transform quality. *The Health Care Manager*, 32(3), 227-232. doi: 10.1097/HCM.0b013e31829d7355
- Purwanto, A., Bernarto, I., Asbari, M., Wijayanti, L. M., & Hyun, C. C. (2020). Effect of transformational and transactional leadership style on public health centre performance. *Journal of Research in Business, Economics, and Education*, 2(1), 304-314.
- Sfantou, D. F., Laliotis, A., Patelarou, A. E., Sifaki-Pistolla, D., Matalliotakis, M., & Patelarou, E. (2017). Importance of leadership style towards quality of care measures in healthcare settings: A systematic review. *Healthcare*, 5(4), 73-90. doi:10.3390/healthcare5040073
- She, Z., Li, Q., Yang, B., & Yang, B. (2020). Paradoxical leadership and hospitality employees' service performance: The role of leader identification and need for cognitive closure. *International Journal of Hospitality Management*, 89, 102524. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2020.102524>
- Silva, A. (2016). What is leadership?. *Journal of business studies quarterly*, 8(1), 1-5.
- Sonnino, R. E. (2016). Health care leadership development and training: progress and pitfalls. *Journal of healthcare leadership*, 8, 19-29. <https://doi.org/10.2147/JHL.S68068>

- Spicker, P. (2012). Leadership: A perniciously vague concept. *International Journal of Public Sector Management*, 25(1), 34-47. <https://doi.org/10.1108/09513551211200276>
- Squires, M. A. E., Tourangeau, A. N. N., Spence Laschinger, H. K., & Doran, D. (2010). The Link Between Leadership And Safety Outcomes In Hospitals. *Journal Of Nursing Management*, 18(8), 914-925.
- Stogdill, R. M. (1950). Leadership, membership, and organization. *Psychological Bulletin*, 47(1),1-14.
- Sungur, C., Özer, Ö., Saygili, M., & Uğurluoğlu, Ö. (2019). Paternalistic leadership, organizational cynicism, and intention to quit one's job in nursing. *Hospital topics*, 97(4), 139-147. <https://doi.org/10.1080/00185868.2019.1655509>
- Sürücü, L., & Yıkılmaz, İ. (2021). Resonant Liderlik Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 16(62), 739-753.
- Sürücü, L., Yıldız, H., & Sağbaş, M. (2023). Paternal leadership and employee creativity: The mediating role of psychological safety. *Kybernetes*, Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print. <https://doi.org/10.1108/K-01-2022-0011>
- T.C. Kalkınma Bakanlığı (2013). Kamuda Stratejik Yönetim Çalışma Grubu Raporu. Ankara. <http://www.sp.gov.tr/tr/kutuphane/s/59/> Erişim Tarihi: 06.11.2023
- Tavanti, M. (2008). Transactional leadership. *Leadership: The Key Concepts*, 166-170.
- Taylor, J. S., de Lourdes Machado, M., & Peterson, M. W. (2008). Leadership and strategic management: Keys to institutional priorities and planning. *European Journal of Education*, 43(3), 369-386.
- Tengilimoğlu, D. ve Yiğit, A. (2005). Hastanelerde liderlik davranışlarının personel iş doyumuna etkisini belirlemeye yönelik bir alan çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 374-400.
- Terglav, K., Konečnik Ruzzier, M.&Kaš, R. (2016). Internal branding process: Exploring the role of mediators in top management's leadership-commitment relationship. *International Journal of Hospitality Management*, 54, 1-11.
- Uysal, Ş. A., Keklik, B., Erdem, R., & Çelik, R. (2012). Hastane yöneticilerinin liderlik özellikleri ile çalışanların iş üretkenlik düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 15(1), 25-57.
- Volckmann, R. (2012). Fresh perspective: Barbara Kellerman and the leadership industry. *Articles from Integral Leadership Review*. 2012-06-08.
- Von Eiff, M. C., Von Eiff, W., & Ghanem, M. (2021). Value-based leadership in turbulent times: Lessons from the Corona crisis and recommendations for post-pandemic management in the health sector. *Leadership, Educa-*

- tion, *Personality: An Interdisciplinary Journal*, 3(2), 157-169. <https://doi.org/10.1365/s42681-022-00029-w>
- Wang, Y., Tang, C., Naumann, S., & Wang, Y. (2019). Paternalistic leadership and employee creativity: A mediate dmoderation model. *Journal of Management and Organization*, 25(1), 137-156.
- Wong, C. A. (2015). Connecting nursing leadership and patient outcomes: state of the science. *Journal of nursing management*, 23(3), 275-278. <https://doi.org/10.1111/jonm.12307>
- Yukl, G. (2012). *Leadership. Cases in Leadership*. (3rd. ed. pp. 1-42). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Zhang, Y., Waldman, D. A., Han, Y. L., & Li, X. B. (2015). Paradoxical leader behaviors in people management: Antecedents and consequences. *Academy of management journal*, 58(2), 538-566. <https://doi.org/10.5465/amj.2012.0995>

Yaşlı Nüfus ile Sağlık Göstergeleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Şehadet Bulut¹

Özet

Dünya nüfusu her geçen gün yaşlanmaktadır. Doğum oranlarının giderek azalmasına karşılık beklenen yaşam süresinin uzaması, kaçınılmaz olarak nüfus yapısının yaşlılar lehine değişmesine neden olmaktadır. Nicelik olarak artış, her zaman nitelik olarak da artış olduğu anlamına gelmemektedir. Önemli olan, yaşlı nüfusun nicelik olarak artışının yanında, yaşlı nüfusa hizmet edecek sağlık insan gücünün artması, gerekli tıbbi ihtiyaçlarının karşılanması, sosyal hayatta etkin olmalarının sağlanması ve hayatlarının son evrelerinde mümkün olduğu kadar kaliteli bir yaşam sürmelerinin temin edilmesidir. Özellikle yaşa bağlı olarak artan sağlık hizmeti ihtiyacı karşısında, ülkelerin Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'sındaki (GSYİH) sağlık harcamalarının oranını arttırması, ebe, hemşire ve hekim sayılarının yanında hastanelerdeki yatak kapasitesinin de arttırması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmada dünyanın en yaşlı nüfusuna sahip ülkelerle Türkiye'nin sağlık göstergelerinin karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Bu amaçla; birinci bölümde yaşlı nüfus ve doğumda beklenen yaşam süreleri karşılaştırılmaktadır. İkinci bölümde sağlık harcamaları kapsamında cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si), yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si) ve yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si) verileri değerlendirilmektedir. Üçüncü bölümde ise; diğer sağlık göstergeleri kapsamında 1000 kişi başına düşen hekim, hemşire- ebe ve yatak sayıları karşılaştırmalı olarak ele alınmaktadır.

1.GİRİŞ

İnsanoğlu doğal yaşam seyri içerisinde doğar, büyür, çocukluk ve gençlik dönemlerinin ardından hayatının son evresi olan yaşlılık dönemine geçer. Yıllar içerisinde gelişen teknolojiler, sağlığa verilen önemin artması, hastalıklara

1 Dr. Öğr. Üyesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi. Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi. Sağlık Yönetimi Bölümü, schadetbulut@kilis.edu.tr, Orcid: 0000-0002-8467-3290

karşı yeni ilaçların bulunmasının yanı sıra hem düşük doğurganlık hem de daha uzun yaşam beklentisinin bir sonucu olarak, yaşlı insanların oranı tüm dünyada artmaktadır. Bu durum, insanoğlunun dünyadaki son evresi olan yaşlılık süresinin de uzamasına neden olmaktadır. Ancak yaşlılık süresinin uzaması beraberinde farklı sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Çünkü bir ülkede doğum oranlarının az, buna karşılık doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması ile birlikte ülkenin toplam nüfusu içerisinde yaşlı oranı artmakta, yaşa bağlı ortaya çıkan hastalıklar nedeniyle yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri düşmekte, beraberinde ülkedeki sağlık harcamaları ve sağlık insan gücüne olan ihtiyaç artmaktadır.

Yaşlı bireylerin sayılarındaki artış, kamu sektörünün büyüyerek harcamalarındaki artışa neden olmaktadır (Sanz ve Velazquez, 2007). Kamunun sağlık harcamalarını gerektiği kadar arttırmadığı durumlarda, özel ve cepten yapılan harcamalarla sağlık hizmeti ihtiyacı karşılanmaktadır.

Kişilerin elde ettikleri gelir de yapılacak harcamalar konusunda belirleyici olmaktadır. Yaşlı bireyler, emeklilik yaşına doğru gelirlerinde azalış olacağı varsayımıyla harcamalarının yönünde değişikliğe giderek eğitim ve aile harcamalarına daha az rağbet etmektedirler (Krieger ve Ruhose, 2013). Eğitim harcamaları ile yaşlanma arasında negatif bir ilişki söz konusu iken, yaşlanma ile sağlık harcamaları ve sosyal güvenlik harcamaları arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır (Cattaneo ve Wolter, 2009). Yaşlılığın kamu harcamalarını arttırmasına rağmen, yaşlılığın kamu harcamaları içerisinde önemli bir yer tutan sağlık harcamalarını hangi oranda artıracakını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Geleceğe yönelik olarak sağlık harcamaları tahmin edilirken, sağlık harcamaları üzerinde kişilerin yaşı, sağlık durumları ya da bireylerin ölmeden önceki son yılları gibi hangi faktörlerin ne kadar etkili olduğunu belirlemek son derece güçtür. Dolayısıyla sağlık harcamaları ile yaşlı nüfus arasındaki ilişkide birden çok faktörün göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Bu çalışmada; Birleşmiş Milletler 2022 yılı dünya nüfus tahminlerine göre, dünyanın en yaşlı nüfusuna sahip 10 ülkesi (Monako, Japonya, İtalya, Finlandiya, Portekiz, Yunanistan, Almanya, Bulgaristan, Hırvatistan, Letonya) ile Türkiye'nin, Dünya Bankası'ndan (World Bank, 2024) elde edilen beklenen yaşam süreleri, yaşlı nüfus oranları, sağlık harcamaları, sağlık insan gücü ve yatak sayılarının istatistiki olarak karşılaştırmalı bir değerlendirmesi yapılmaktadır.

2.YAŞLI NÜFUS VE DOĞUMDA BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ

Bu bölümde, yaşlı nüfus ve doğumda beklenen yaşam süresi kavramları ele alınarak, dünyanın en yaşlı nüfusuna sahip ülkelerle Türkiye'nin 65 yaş ve üzeri nüfus ile beklenen yaşam süreleri karşılaştırılmaktadır.

2.1.Yaşlı Nüfus Tanımı

Genel olarak hem dünyada hem de ülkemizde “yaşlı nüfus” olarak ifade edilen yaş grubu, 65 ve üzeri yaştaki bireylerden oluşmaktadır. Azalan doğum oranları, doğumda ve yaşlılıkta beklenen yaşam sürelerinin uzaması gibi nedenlerle özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfus sayısı ve toplam nüfus içerisindeki payı artmaktadır (Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020). Yaşlılık normatif olarak fiziksel, bilişsel ve sosyal alanlardaki kayıplarla ilişkilidir (Urry ve Gross, 2010). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre ise yaşlılık; “çevresel faktörlere uyum sağlama beceri ve yetisinin gittikçe azalmasıdır” şeklinde ifade edilmektedir (Ergün vd., 2003).

2.2. Yaşlanmanın Nedenleri

Yaşlılığın fizyolojik nedenleri incelendiğinde; dokulardaki biyokimyasal bileşimdeki değişiklikler nedeniyle yağ dokusunun yüzdesinin yaşla birlikte arttığı, fizyolojik kapasitede ilerleyici azalmaların olduğu, çevresel uyaranlara uyum sağlama yeteneğinin azaldığı ve hastalıklara karşı artan duyarlılık ve hassasiyetin olduğu görülmektedir (Troen, 2003).

Yaşlanma süreci her kişide aynı olmamaktadır. Genetik, cinsiyet, çevresel faktörler, yaşam koşulları gibi etmenler nedeniyle yaşlanma süreci farklılık gösterebilmektedir. Hatta tek yumurta ikizlerinde bile bu süreç değişebilmektedir.

Yaşlanmayı etkileyen nedenler aşağıdaki şekilde ifade edilebilir;

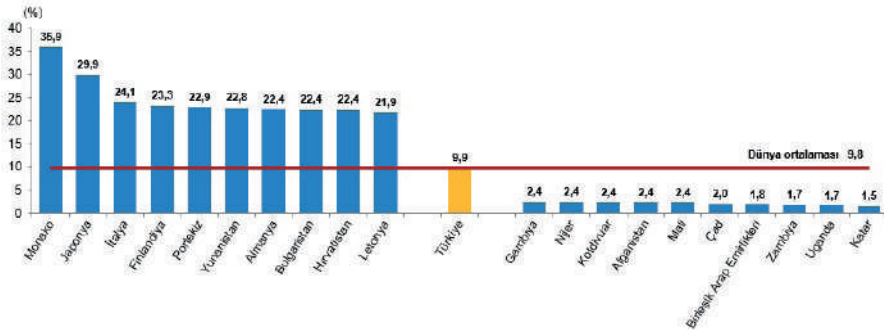
1. Verimli olarak bir işte çalışmamak ve zorunlu olarak pasif kalmak,
2. Zamanla fiziksel gücün zayıflaması ve kişilerde bedensel şikayetlerin ortaya çıkması,
3. Hayatta zevk veren eğlence ve deneyimlerden vazgeçmek veya bu sevinçlerin dışında bırakılmak,
4. Ölüme gittikçe daha fazla yaklaşmanın bilincinde olmaktır (Dik vd., 2004).

Yaşlılık döneminde, yaşlıdaki fizyolojik değişiklikler nedeniyle yaşam kalitesinde bir miktar gerilemenin olması doğal bir durumdur. Ancak yaşlıların kendi bağımsızlıklarını sürdürebilmesi ve hayat kalitelerinin artması yönünde alınacak tedbirler ve yapılacak düzenlemeler bu gerileme biraz olsun telafi edebilecektir. Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan kronik hastalıkların tedavi edilmesi, toplumun her kesiminde ve özellikle yaşlılarda sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması, yaşlılar için güvenli ve sağlıklı ortamların oluşturulması ve sağlığı etkileyen olumsuz koşulların giderilmesi gibi önlemlerle sağlıklı bir yaşlanma süreci temin edilecektir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Aşağıda yer alan grafiklerde Dünyanın en yaşlı ve en genç nüfusa sahip ülkeleri ile AB üyesi ülkelerde 65 ve üzeri yaştaki yaşlı nüfus oranları yer almaktadır.

Grafik 1' de Birleşmiş Milletler dünya nüfus tahminleri yer almaktadır. Bu tahminlere göre 2022 yılında toplam nüfus içerisinde 65 ve üzeri yaştaki yaşlı nüfus oranının en fazla olduğu ülke %35,9 ile Monako'dur. Bu ülkeyi %29,9 ile Japonya, %24,1 ile İtalya izlemektedir. Yaşlı nüfus oranının en düşük olduğu ülke ise %1,5 ile Katar olurken, bu ülkeyi %1,7 ile Uganda ve Zambiya izlemektedir.

Dünya ortalamasının yaşlı nüfus oranı % 9,8'dir. Türkiye'de bu oranın % 9,9 ile dünya yaşlı nüfus ortalamasının hemen üzerinde olduğu görülmektedir.



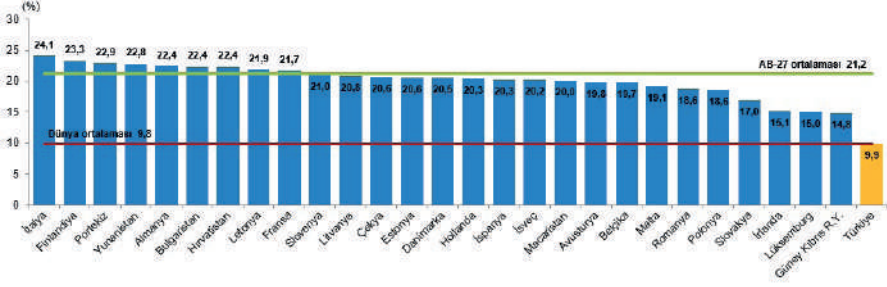
Grafik 1: Dünyanın En Yaşlı ve En Genç Nüfusa Sahip Ülkeleri

Kaynak: TÜİK, 2023 Dünya Nüfus Günü İstatistikleri

Aşağıda yer alan Grafik 2 incelendiğinde; Birleşmiş Milletler dünya nüfus tahminlerine göre 2022 yılında AB üyesi 27 ülke içerisinde en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip olan ülkenin %24,1 ile İtalya olduğu görülmektedir. İtalya'yı, %23,3 ile Finlandiya ve %22,9 ile Portekiz takip etmektedir. AB

üyesi ülkeler arasında en düşük yaşlı nüfus oranına sahip olan ülke %14,8 ile Güney Kıbrıs Rum Yönetimi'dir.

Avrupa Birliği üye ülkelerinin ortalama yaşlı nüfusu %21,2 iken, Türkiye'nin yaşlı nüfus oranının % 9,9 ile bu oranın altında olduğu gözlenmektedir.



Grafik 2: Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerin Yaşlı Nüfus Oranları

Kaynak: TÜİK, 2023 Dünya Nüfus Günü İstatistikleri

2.3. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi Tanımı

Doğumda beklenen yaşam süresi; yeni doğmuş bir bireyin yaşamı boyunca, yaşa özel ölümlülük hızlarına maruz kalması ile birlikte yaşaması beklenen ortalama yıl sayısını ifade etmektedir (TÜİK, 2020). Doğumda beklenen yaşam süresi, ülkelerin yaşam kalitesinin ve sosyo-ekonomik durumlarının bir göstergesidir. Doğumda beklenen yaşam süresi, ülkelerin ölümlülük düzeylerini karşılaştırmada ve gelişmişlik seviyelerini ölçmede kullanılmakta olup, bir toplumdaki ortalama ömrü göstermektedir. Genel olarak gelişmiş ülkelerde ortalama ömür daha yüksektir (Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, 2023).

Aşağıdaki tabloda çalışma kapsamındaki ülkelerin doğumda beklenen yaşam süreleri ile 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içerisindeki % si yer almaktadır.

Tablo 1 incelendiğinde, 2021 yılında doğumda beklenen yaşam süresinin en fazla olduğu ülkenin 84,45 ile Japonya, en düşük olduğu ülkenin ise 76,03 ile Türkiye olduğu görülmektedir. 2021 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun, toplam nüfus içerisindeki payının en yüksek olduğu ülke % 35,92 ile Monako, en düşük olan ülke % 8,38 ile Türkiye'dir. Diğer ülkelerin de toplam nüfusun içerisinde 65 yaş ve üzeri nüfusun % 21'in üzerinde olduğu yani nüfuslarının beşte birinin yaşlı nüfusa sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 1: En Yaşlı Nüfusa Sahip Ülkelerin ve Türkiye'nin Beklenen Yaşam Süresi ve 65 Yaş Nüfus Yüzdesi (2000-2021)

ÜLKELER		2000	2005	2010	2015	2021
Monako	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	*	*	*	*	*
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	22,23	23,10	27,37	34,39	35,92
Japonya	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	81,08	81,96	82,84	83,79	84,45
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	17,80	20,60	23,60	27,33	29,79
İtalya	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	79,78	80,78	82,04	82,54	82,80
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	18,31	19,71	20,41	22,01	23,68
Finlandiya	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	77,47	78,82	79,87	81,48	81,93
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	14,92	15,94	17,26	20,21	22,89
Portekiz	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	76,31	78,07	79,03	81,12	81,07
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	16,27	17,43	18,59	20,55	22,56
Yunanistan	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	77,89	79,24	80,39	81,04	80,18
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	16,90	18,36	19,25	20,80	22,51
Almanya	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	77,93	78,93	79,99	80,64	80,90
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	16,43	18,99	20,45	20,95	22,17
Bulgaristan	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	71,66	72,56	73,51	74,61	71,51
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	16,79	17,63	18,44	20,51	22,42
Hırvatistan	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	72,81	75,24	76,48	77,28	76,42
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	15,66	17,22	17,89	19,39	21,97
Letonya	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	70,31	71,36	73,48	74,48	73,28
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	15,15	17,38	18,60	19,95	21,61
Türkiye	Doğumda beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	71,86	73,53	75,07	76,65	76,03
	65 yaş ve üzeri nüfus (toplam nüfusun % si)	5,37	5,84	6,36	7,09	8,38

*Kaynak: World Bank'tan elde edilen veriler yazar tarafından derlenmiştir. *Veri bulunmamaktadır*

3.SAĞLIK HARCAMALARI

Son yıllarda yaşanan teknolojik gelişmeler, yaşlı nüfusun ve buna bağlı olarak kronik hastalıkların daha sık görülmesi, insanların sağlık bilinç düzeylerindeki artan farkındalıklar gibi nedenlerle sağlık harcamaları oldukça artmıştır. Bu bölümde sağlık harcamalarının tanımına, sınıflandırılmasına yer verilerek sağlık harcamaları ile yaşlı nüfus arasındaki ilişki istatistiki verilerle karşılaştırılmaktadır.

3.1.Sağlık Harcamaları Tanımı

Sağlığın geliştirilmesi veya korunması amacını benimseyen tüm koruma, tanı, tedavi, acil program, bakım ve beslenme için yapılan harcamalar “Sağlık Harcaması” olarak kabul edilmektedir (Atasever, 2014). Sağlık hizmeti kapsamında yapılan her işlem ve harcama, sağlık harcaması kapsamında ifade edilmektedir.

Sağlık hizmetinin bir lüks mü yoksa bir ihtiyaç malı mı olduğu tartışma konusu olmuştur. Eğer kişi sağlık bakımının bir gereklilik olduğunu kabul ederse, bu durumda çoğu zaman halkın sağlık hizmetlerine daha fazla katılımı fikrini desteklemesi gerekmektedir. Tersine, sağlık hizmetlerinin lüks olduğunu savunanlar bunun da diğer emtialar gibi bir meta olduğunu ve yalnızca piyasa güçlerine bırakılmasının en iyisi olduğunu savunacaktır (Moscone ve Tosetti, 2010). Bu bakış açıları da uygulanacak sağlık politikasını ve yapılacak sağlık harcamasını etkileyecektir.

Ülkeler sağlığı üretmek, korumak ve geliştirmek için farklı düzeylerde sağlık harcaması yapmaktadır. Ülke nüfuslarının demografik yapısı, teknoloji düzeyleri, halkın sağlık hizmetlerine erişim olanakları, sağlığa verilen değer, kişi başına düşen gelir ve GSYİH seviyeleri gibi nedenler sağlık harcamalarını etkilemektedir (Arı, 2018).

3.2. Sağlık Harcamalarının Sınıflandırılması

Sağlık hizmeti sunucularına göre toplam sağlık harcaması, cari sağlık harcaması ile yatırım harcamasının toplamını ifade etmektedir. Toplam sağlık harcamasından yatırım harcamalarının çıkartılması sonucunda cari sağlık harcaması elde edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Cari sağlık harcamaları, genel olarak etkilerinin geçici olduğu, bir defada kullanılıp tüketilen mal ve hizmetler için yapılan sağlık harcamalarını ifade etmektedir (Atasever, 2014). Cari sağlık harcamaları kapsamında hastaneler, evde hemşirelik bakımı, ayakta bakım sunanlar, perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar, halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi,

genel sağlık yönetimi ve sigorta ve sınıflandırılmayan diğer kategoriler yer almaktadır (TÜİK, 2022).

Toplam sağlık harcamalarının ne kadarının kamu, ne kadarının özel sağlık harcaması tarafından yapıldığı ülkelerin uyguladıkları sağlık politikaları açısından önemlidir. GSYİH içerisinde sağlık harcamalarına ayrılan pay da ülkeler için önemli bir harcama kalemidir. Sağlık harcamaları ile GSYİH arasındaki ilişki ile ilgili olarak yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular dört gruba ayrılmaktadır. Birinci olarak sağlık harcamalarında meydana gelen artış GSYİH'yi tek yönlü olarak arttırmaktadır. İkincisi; sağlık harcamaları ile GSYİH arasında çift yönlü bir etkileşim söz konusudur. Sağlık harcamalarındaki artış GSYİH'yi artırırken; GSYİH' daki artış da sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Üçüncü yaklaşıma göre; sağlık harcamaları ile GSYİH arasında düzenli bir ilişki bulunmamaktadır. Dördüncü ve son yaklaşıma göre ise; sağlık harcamaları ekonomik büyümeyi negatif yönde etkilemektedir (Akar, 2014).

Sağlık harcamalarının belirleyicilerinin neler olduğu konusunda yapılan araştırmalarda ise, ilk sırada gelirin yer aldığı belirtilmektedir. İkinci olarak yaşanan nüfus, üçüncü olarak ise ölüme yakınlık gelmektedir. Sağlık harcamalarının diğer belirleyicileri olarak teknolojik ilerlemeler ve sağlık hizmetlerinin bölgesel olarak dağıtılması sayılabilmektedir (Martin vd., 2011).

3.3.Sağlık Harcamaları ve Yaşlı Nüfus

Genel olarak yaşlı nüfus oranının yüksek olduğu ülkelerde sağlık harcamalarının diğer ülkelere kıyasla daha fazla olduğu görülmektedir. Yaşlanma ile sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi ele alan birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalardan bazılarında, ülkelerin nüfus yapısının sağlık harcamalarını etkilemediği bulgusuna ulaşılmakta (Aísa vd., 2014; Vandersteegen vd., 2015), sağlık harcamalarındaki artışın nüfus yapısındaki yaşlı oranından daha çok politik içerikli ve maliyetle ilgili problemlerden meydana geldiği öne sürülmektedir (Getzen, 1992). Bu çalışmaların yanında, yaşlanma ile doğurganlık ve beklenen yaşam süresi arasında herhangi bir ilişkinin olmadığı ancak yaşlanma ile sağlık harcaması arasında tek yönlü nedensellik ilişkisinin olduğu bulgusuna ulaşan çalışmalar da literatürde yer almaktadır (Boz ve Özsarı, 2020).

Nüfus yaşlanmasının sağlık harcamalarında artışa neden olduğu yönündeki çalışmalarda, sağlık harcamalarının yaşlılıktan ziyade ölüme yaklaşan yıllarda daha fazla olduğu belirtilmektedir (Zweifel vd., 1999). Bu çalışmayı destekler nitelikteki bir diğer çalışmada, bireylerin ölümünden önceki 15 yıl

içinde sağlık harcamalarında son derece ciddi artışlar olduğu belirtilmektedir. Kişilerin ölümünden önceki 5 yıl içerisinde yapılan sağlık harcamalarının bireyin tüm yaşamı boyunca yapmış olduğu sağlık harcamalarından en az on kat fazla olduğu öne sürülürken, 65 yaşından 85 yaşına kadar geçen süre içerisinde ise sağlık harcamalarında % 30'dan fazla artışın olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (Seshamani ve Gray, 2004).

Farklı çalışmalarda, yaşlanan nüfus oranı ile kişi başı sağlık harcamaları arasında da doğru yönlü bir ilişki olduğu ortaya konulmaktadır (Felder vd., 2000; Breyer vd., 2010). Benzer şekilde yaşlanma ile sağlık harcamaları arasında karşılıklı bir etkileşimin söz konusu olduğunu ileri süren çalışmalarda, sağlık harcamalarının artması, sağlık hizmetlerinin daha çok kullanılmasına neden olmakta ve doğumda beklenen yaşam süresi uzamaktadır. Dolayısıyla sağlık harcamaları arttıkça yaşlı nüfus oranını da beraberinde artış göstermektedir. Aynı şekilde, yaşlı bireyler sağlık hizmetlerinden daha sık yararlandıkları için yaşlı nüfusun artması sağlık harcamalarını da artırmaktadır (Konca vd., 2021). Yapılan tahminlerde günümüz koşulları dikkate alındığında sağlık harcamalarının 2075 yılında 4 kat artacağı öngörülmektedir. Bu artışın nedeninin yaşlı nüfus oranındaki artıştan kaynaklanacağı belirtilmektedir (Lee ve Miller, 2002).

Aşağıdaki tabloda, çalışma kapsamında yer alan ülkelerin GSYİH içindeki cari sağlık harcamalarının oranı ile bu harcamalar içerisindeki yurt içi devlet sağlık harcamaları ve yurt içi özel sağlık harcamalarının payı yer almaktadır.

Tablo 2 incelendiğinde; 2020 yılında GSYİH içerisinde cari sağlık harcamalarının payının en yüksek olduğu ülke % 12,82 ile Almanya, en düşük olduğu ülke % 1,67 ile Monako'dur. Türkiye'de bu oran % 4,62'dir. Yurt içi genel devlet sağlık harcamalarının cari sağlık harcamaları içerisindeki payının en yüksek olduğu ülke % 86,90 ile Monako, oranın en düşük olduğu ülke ise % 53,97 ile Yunanistan olurken Türkiye'de bu oran % 78,85'tir. Devletin sağlık harcamaları içerisindeki payının en yüksek olduğu ülke olan Monako'da özel sağlık harcamalarının cari sağlık harcamaları içerisindeki payı % 13,10 ile en düşük olurken, bu oranın en yüksek olduğu ülke % 45,88 ile Yunanistan'dır. Türkiye'de özel sağlık harcamalarının cari sağlık harcamaları içerisindeki payı ise % 21,15'tir.

Aşağıdaki tabloda çalışmaya konu olan ülkelerin kişi başı cari sağlık harcamaları (cari ABD Doları) ve yurt içi özel sağlık harcaması ile yurt içi genel devlet sağlık harcamasının payları yer almaktadır.

Tablo 2: En Yaşlı Nüfusa Sahip Ülkelerin ve Türkiye'nin Genel Sağlık Harcamaları (2000-2020)

ÜLKELER		2000	2005	2010	2015	2020
Monako	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	1,74	2,12	2,33	2,03	1,67
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	80,03	81,07	81,44	80,88	86,90
	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	19,97	18,93	18,56	19,12	13,10
Japonya	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	7,03	7,66	9,06	10,75	10,90
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	80,43	81,17	81,93	84,08	84,24
	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	19,57	18,83	18,07	15,92	15,76
İtalya	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	7,57	8,34	8,92	8,86	9,63
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	72,64	77,49	78,45	74,44	76,08
	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	27,36	22,51	21,55	25,56	23,92
Finlandiya	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	7,09	8,29	9,14	9,65	9,61
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	75,73	77,81	78,54	78,56	81,34
	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	24,27	22,19	21,45	21,44	18,65
Portekiz	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	8,60	9,65	10,03	9,32	10,55
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	69,74	70,90	66,52	61,67	64,45
	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	30,22	29,06	33,44	38,27	35,48
Yunanistan	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	7,24	8,56	9,60	8,22	9,51
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	61,63	60,83	68,90	57,67	53,97

	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	38,37	39,17	31,08	40,72	45,88
Almanya	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	9,89	10,31	11,10	11,18	12,82
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	78,20	75,67	75,69	76,96	78,44
	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	21,80	24,33	24,31	23,04	21,56
Bulgaristan	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	5,83	6,89	7,10	7,39	8,52
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	59,56	59,57	55,24	55,90	59,84
	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	40,44	40,43	44,76	44,10	38,13
Hırvatistan	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	7,64	6,85	8,02	6,70	7,77
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	85,03	84,99	83,41	83,11	81,88
	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	14,97	15,01	16,59	16,88	18,12
Letonya	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	5,43	5,83	6,10	5,65	7,45
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	50,75	55,70	60,18	58,68	63,44
	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	49,25	43,99	39,81	41,34	36,39
Türkiye	Cari sağlık harcamaları (GSYİH'nin % si)	4,60	4,89	5,02	4,12	4,62
	Yurt içi genel devlet sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	61,68	67,75	78,00	78,13	78,85
	Yurt içi özel sağlık harcamaları (cari sağlık harcamalarının % si)	38,32	32,25	22,00	21,87	21,15

Kaynak: World Bank'tan elde edilen veriler yazar tarafından derlenmiştir

Tablo 3 'te yer alan verilere göre 2020 yılında kişi başı cari sağlık harcamasının en yüksek olduğu ülke 4726 Dolar ile Finlandiya'dır. Bu harcamanın 881 Doları yurt içi özel sağlık harcaması iken 3844 Doları yurt içi genel devlet sağlık harcamasına aittir. Kişi başı cari sağlık harcamasının en düşük olduğu ülke ise 395 Dolar ile Türkiye'dir. Bu harcamanın yaklaşık 84 Doları yurt içi özel sağlık harcaması iken 312 Doları yurt içi genel devlet sağlık harcamasına aittir. Tabloya göre; Yunanistan'da kişi başı cari sağlık harcamaları 1675 Dolar iken, yurt içi özel sağlık harcamalarının payı 768 Dolar, yani %46 ya yakın bir oranla yurt içi özel sağlık harcamalarının payının en yüksek olduğu ülkedir. Genel devlet sağlık harcamalarının payı diğer ülkelere göre çok daha azdır.

Aşağıdaki tabloda mevcut sağlık harcamaları içerisinde cepten yapılan sağlık harcamalarının payları yer almaktadır.

Tablo 3: En Yaşlı Nüfusa Sahip Ülkelerin ve Türkiye'nin Kişi Başına Sağlık Harcamaları (2000-2020)

ÜLKELER		2000	2005	2010	2015	2020
Monako	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	1394,28	2767,59	3766,98	3453,88	3085,44
	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	278,43	524,04	698,97	660,32	404,24
	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	1115,85	2243,55	3068,01	2793,56	2681,21
Japonya	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	2756,24	2895,21	4074,34	3754,92	4388,10
	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	539,38	545,23	736,35	597,67	691,43
	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	2216,86	2349,98	3337,99	3157,25	3696,67
İtalya	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	1524,24	2677,55	3217,68	2675,67	3057,04
	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	417,06	602,76	693,30	684,02	731,34

	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	1107,18	2074,80	2524,39	1991,65	2325,70
Finlandiya	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	1726,74	3236,87	4251,59	4128,40	4726,14
	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	419,00	718,28	911,95	884,94	881,51
	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	1307,64	2518,54	3339,34	3243,41	3844,34
Portekiz	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	995,34	1814,35	2259,30	1790,53	2341,64
	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	300,81	527,19	755,41	685,24	830,74
	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	694,13	1286,41	1502,78	1104,22	1509,12
Yunanistan	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	885,41	1935,27	2564,37	1481,42	1675,12
	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	339,76	757,96	796,91	603,26	768,49
	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	545,65	1177,30	1766,96	854,24	904,10
Almanya	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	2344,35	3558,21	4611,42	4624,63	5930,33
	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	510,96	865,55	1121,06	1065,59	1278,58
	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	1833,39	2692,67	3490,38	3559,04	4651,75
Bulgaristan	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	94,52	267,74	484,75	521,42	856,70

	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	38,22	108,24	216,94	229,96	326,66
	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	56,29	159,50	267,77	291,46	512,65
Hırvatistan	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	371,06	727,13	1126,37	795,51	1094,53
	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	55,57	109,15	186,88	134,31	198,31
	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	315,50	617,98	939,50	661,19	896,20
Letonya	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	181,57	440,81	689,08	775,86	1313,35
	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	89,42	193,90	274,31	320,77	477,95
	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	92,15	245,52	414,72	455,29	833,20
Türkiye	Kişi başına cari sağlık harcaması (cari ABD Doları)	196,78	360,65	532,93	446,76	395,24
	Kişi başına yurt içi özel sağlık harcaması (cari ABD Doları)	75,41	116,31	117,25	97,69	83,61
	Kişi başına yurt içi genel devlet sağlık harcaması (cari ABD Doları)	121,37	244,33	415,68	349,07	311,63

Kaynak: World Bank'tan elde edilen veriler yazar tarafından derlenmiştir

Tablo 4'te yer alan verilere göre 2020 yılında mevcut sağlık harcamaları içerisinde cepten yapılan harcamaların payının en yüksek olduğu ülke % 36,58 ile Bulgaristan olurken bu ülkeyi % 33,44 ile Yunanistan, % 32,09 ile Letonya takip etmektedir. Mevcut sağlık harcamaları içerisinde cepten yapılan harcamaların payının en düşük olduğu ülke % 7,19 ile Monako olurken Türkiye'de bu oran % 16,43'tür.

Tablo 4: En Yaşlı Nüfusa Sahip Ülkelerin ve Türkiye'nin Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları (2000-2020)

ÜLKELER		2000	2005	2010	2015	2020
Monako	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	7,01	5,81	5,37	6,02	7,19
Japonya	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	15,92	15,67	14,57	12,95	12,57
İtalya	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	26,46	21,61	20,55	23,47	21,28
Finlandiya	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	21,63	19,58	18,80	18,63	16,41
Portekiz	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	25,71	23,68	24,71	29,53	27,80
Yunanistan	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	36,27	36,88	28,26	36,03	33,44
Almanya	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	12,29	14,12	13,96	13,09	12,54
Bulgaristan	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	40,38	38,87	43,14	42,51	36,58
Hırvatistan	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	13,86	13,39	13,96	10,95	10,45
Letonya	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	47,66	41,69	37,19	40,54	32,09
Türkiye	Cepten yapılan harcamalar (mevcut sağlık harcamalarının yüzdesi)	28,60	24,18	16,87	16,95	16,43

Kaynak: World Bank'tan elde edilen veriler yazar tarafından derlenmiştir

Sağlık harcamalarının ne kadarının devlet tarafından karşılandığı, ne kadarının özel sağlık harcaması kapsamında olduğu ülkelerin sağlık politikaları ile yakından ilgilidir. Örneğin Türkiye'de, sağlık hizmeti ve finansmanını büyük oranda kamunun üstlendiği karma sistem uygulanmaktadır. Kamu ve özel kesim tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanı primler, özel

sağlık sigortaları, tıbbi tasarruflar, vergiler ve cepten yapılan harcamalarla karşılanmaktadır (Atasever vd., 2017).

Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde herhangi bir sağlık güvencesi olmayan bireylerin cepten yaptıkları sağlık harcamaları en önemli sağlık sorunları arasında bulunmaktadır (Arı, 2018). Cepten yapılan harcamalar bireylerin/hane halklarının ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alamamalarına ya da hizmet almak istediklerinde önceden tahmin edilemeyen harcama riski ile karşı karşıya kalmalarına ve yoksullaşmalarına neden olabilmektedir (Özgen, 2007).

4. DİĞER SAĞLIK GÖSTERGELERİ

Sağlık göstergeleri, bir ülkede uygulanan sağlık sisteminin başarısını ölçmedeki en önemli araçlardandır. Ülkeler sağlık göstergeleri sayesinde uygulayacakları sağlık politikalarını planlamaktadırlar (Sarı, 2023). Yaşlanan nüfusla birlikte, hastanelerdeki yatak kapasitesi, sağlık insan gücü kapsamında hekim, hemşire ve ebe sayılarının önemi giderek artmaktadır.

Hastane yatağı, 24 saatten daha fazla bakım ve tedavi yapılması amacıyla hastaların yatırıldığı, hasta odalarında ya da hastalara sürekli tıbbi bakım hizmeti verilen birimlere yerleştirilen yataklara verilen isimdir (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Yaşlı bireylerin aylık sağlık bakımı harcamaları, artan yaş ile birlikte büyük oranda yükseliş göstermektedir. Yaşlanma ile birlikte artan bakım ihtiyacı sonucunda hastanede yatan yaşlı sayısında artış olmakta, bu durum da uzun dönemli bakım harcamalarının yükselmesine sebebiyet vermektedir (Yang vd., 2003).

Sadece hastanelerde değil huzurevlerinde de hem tıbbi hem fizyolojik bakıma ihtiyaç duyan yaşlı nüfus sayısında artış gözlemlenmektedir. Bu da profesyonel anlamda hemşireye olan ihtiyacı arttırmaktadır. 2018 yılında Almanya'da yaklaşık 3,4 milyon kişinin yardıma veya profesyonel bakıma ihtiyacı olduğu ve bunların 818.289'unun huzurevinde yaşadığı belirtilmektedir. Eş zamanlı olarak yalnızca 395.000 hemşire istihdam edilmekte ve vasıflı işçi oranı düşmektedir. AB çapında işgücü piyasasındaki hemşire eksikliği son zamanlarda oldukça dikkat çekmektedir. Bu nedenle, personel alımında ve elde tutulmasında zorluklar yaşanmaktadır. 2030 yılına kadar uzun süreli bakımda 130.000 hemşireye daha ihtiyaç duyulacağı öngörülmektedir. Finlandiya ve Japonya yaşlı nüfusun hızla arttığı ülkeler arasındadır. Yaşlıların sayısının artmasıyla birlikte onlara bakım verecek hemşire sayısı da azalmaktadır (Jacobs vd., 2020). Ayrıca hemşireler yaşlı bakımından ziyade genç hastaları tercih edebilmekte, yaşlı hastaları hayattan

izole olmuş ve inaktif olarak değerlendirerek onlara yapılacak bakımı “zaman kaybı” olarak düşünebilmektedirler (Higgins vd., 2007).

Hasta başına düşen hekim sayısı ülkelerin sağlık politikalarına göre değişebilmektedir. Örneğin; Japonya 1980’lerde sağlık harcamalarını azaltmak amacıyla tıp fakültesi kontenjanlarını sınırlama yoluna gitmiş, 1980 den 2006 ya kadar % 7,8 oranında azalan tıp fakültesi öğrenci kontenjanı ilerleyen yıllarda doktor sıkıntısına ve yetersiz hasta bakımına neden olmuştur. 2007 yılından itibaren tıp fakültesi öğrenci kontenjanında arttırma yoluna gidilse de Japonya, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) üyesi ülkelerden Meksika, Güney Kore ve Türkiye ile birlikte 1000 kişi başına düşen doktor sayısının en az olduğu ülkeler arasında yer almaktadır (Takata vd., 2011).

Hekim ihtiyacının artarak devam etmesi nedeniyle yapılan bir çalışmada (Sklar, 2013) iş gücü dinamikleri modeli geliştirilmiştir. Bu modelde hekim işgücü yeterliliği, üç aşamaya ayrılmaktadır;

1. Aşama: Hekimlerin ve diğer hizmet sunanların üretimi ve sisteme akışı olarak ifade edilmektedir. Bu aşama, hizmet sağlayıcıların üretimi, tıp öğrencilerinin sayısı ve özellikleri, uluslararası tıp mezunları, ileri düzey eğitilmiş hemşireler ve lisansüstü tıp eğitimi gibi unsurları içerecektir.

2. Aşama: Nüfus talebi, hizmet sağlayıcı arzı ve verimliliği ile dağıtım sistemi dinamiklerini içermektedir. Hizmet sağlayıcılar eğitimlerini tamamladıktan sonra 2. aşamaya geçerler. Bu aşamada hastaların hizmet talebi, hizmet sisteminin özellikleri ve hizmet sağlayıcıların verimliliği iş gücü yeterliliğinde önemli rol oynamaktadır. Sağlayıcıların özelliklerine ve dağıtım sisteminin dinamiklerine ek olarak, nüfusun hizmetlere olan talebi de işgücünün yeterliliğini etkileyecektir. Nüfus arttıkça, ortalama yaş artmaktadır. Bu durumda daha fazla kronik hastalık gelişmekte ve hasta bakımına olan talep de artmaktadır. Hizmetlere olan talep aynı zamanda ekonomik büyümeden ve sağlık hizmetlerine ayrılan para miktarından da etkilenmektedir.

3. Aşama: Ölüm, emeklilik, işten çıkarma veya sakatlık nedeniyle hizmet sağlayıcıların kaybı ve işten ayrılmasıdır. İşgücü modelinin son kısmı olan bu aşamada hizmet sağlayıcıların iş faaliyetlerinden uzaklaştırılmasıyla ilgilidir. Sağlayıcılar çalışmayı bırakabilir, yarı zamanlı çalışmayı tercih edebilir, başka eyaletlere veya ülkelere göç edebilir, sakat kalabilir ya da ölebilir. Kaynakların kısıtlı olduğu bir ortamda halkın artan sağlık ihtiyaçlarını karşılarken aynı zamanda yüksek kalitede sağlık bakımını sürdürmek ve hasta güvenliğini sağlamak için yeterlisayıda sağlık hizmeti sağlayıcısını eğitmek gerekmektedir.

Aşağıdaki tabloda; diğer sağlık göstergeleri kapsamında çalışmada yer alan ülkelerin 1000 kişi başına düşen hastane yatak sayıları, hemşire ebe sayıları ve hekim sayıları yer almaktadır.

Tablo 5'te yer alan verilere göre 2015 yılında 1000 kişi başına düşen hastane yatağının en yüksek olduğu ülke 13,17 ile Japonya'dır. Japonya aynı zamanda 83,79 ile 1000 kişi başına düşen hemşire ebe sayısının da en yüksek olduğu ülkedir. 1000 kişi başına düşen hekim sayısının en yüksek olduğu ülke ise 18,63 ile Finlandiya'dır. Türkiye sırasıyla 2,68; 2,59; 1,77 ile 1000 kişi başına düşen hastane yatağının, hemşire ebe sayısının, hekim sayısının en düşük olduğu ülkedir.

Tablo 5: En Yaşlı Nüfusa Sahip Ülkelerin ve Türkiye'nin 1000 Kişi Başına Hemşire-Ebe, Hekim ve Yatak Sayıları (2000-2015)

ÜLKELER		2000	2005	2010	2015
Monako	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	*	*	*	*
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	*	*	*	*
	Hekimler (1.000 kişi başına)	*	*	*	*
Japonya	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	14,69	14,08	13,51	13,17
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	81,08	81,96	82,84	83,79
	Hekimler (1.000 kişi başına)	1,94	*	2,21	*
İtalya	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	4,71	4,04	3,64	3,20
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	5,74	5,22	5,47	5,75
	Hekimler (1.000 kişi başına)	3,44	3,71	3,78	3,87
Finlandiya	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	7,54	7,05	5,85	4,35
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	16,96	11,19	12,37	13,35
	Hekimler (1.000 kişi başına)	21,63	19,58	18,80	18,63
Portekiz	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	3,71	3,56	3,37	3,37
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	76,31	78,07	79,03	81,12
	Hekimler (1.000 kişi başına)	3,20	3,50	3,98	4,75
Yunanistan	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	4,77	4,78	4,48	4,25
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	2,90	3,53	3,71	3,45
	Hekimler (1.000 kişi başına)	..	5,00	5,80	5,91
Almanya	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	9,12	8,47	8,25	8,13
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	8,85	9,56	10,18	10,95
	Hekimler (1.000 kişi başına)	3,27	3,45	3,73	4,12

Bulgaristan	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	7,41	6,41	6,62	7,24
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	4,40	4,44	4,61	4,74
	Hekimler (1.000 kişi başına)	3,40	3,61	3,68	3,97
Hırvatistan	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	6,15	5,45	5,78	5,56
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	4,87	5,19	5,72	6,16
	Hekimler (1.000 kişi başına)	2,30	2,51	2,82	3,16
Letonya	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	8,77	7,90	5,68	5,69
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	4,73	5,22	5,20	4,85
	Hekimler (1.000 kişi başına)	2,85	2,97	3,10	3,18
Türkiye	Hastane yatakları (1.000 kişi başına)	2,10	2,50	2,74	2,68
	Hemşire ve ebeler (1.000 kişi başına)	1,73	1,77	2,26	2,59
	Hekimler (1.000 kişi başına)	1,33	1,47	1,69	1,77

Kaynak: World Bank'tan elde edilen veriler yazar tarafından derlenmiştir

SONUÇ

Tüm dünyada yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Genel olarak yaşlı nüfus oranındaki artış, sağlık harcamalarındaki artışı da beraberinde getirmektedir. Sağlık harcamalarındaki artışın yapısı da hükümetlerin izlediği sağlık politikalarıyla yakından ilgilidir.

Birleşmiş Milletler'in yaptığı dünya nüfus tahminlerine göre; ülkelerin toplam nüfusları içerisindeki 65 ve üzeri yaştaki yaşlı nüfus oranları incelendiğinde, 2022 yılında en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip 10 ülke sırasıyla; Monako, Japonya, İtalya, Finlandiya, Portekiz, Yunanistan, Almanya, Bulgaristan, Hırvatistan ve Letonya'dır. Bu ülkelerden toplam nüfusları içindeki 65 ve daha yukarı yaştaki yaşlı nüfus oranı en yüksek olan ülke % 35,9 ile Monako'dur.

Araştırma kapsamında yer alan ülkelerin doğumda beklenen yaşam süreleri, 65 yaş ve üzeri nüfusları, sağlık harcamaları ve diğer sağlık göstergeleri incelendiğinde; 2021 yılında doğumda beklenen yaşam süresinin en fazla olduğu ülkenin 84,45 ile Japonya, en düşük olduğu ülkenin ise 76,03 ile Türkiye olduğu görülmektedir. 2021 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun, toplam nüfus içerisindeki payının en yüksek olduğu ülke %35,92 ile Monako, en düşük olan ülke %8,38 ile Türkiye'dir.

2020 yılı verilerine göre; GSYİH içerisinde cari sağlık harcamalarının payının en yüksek olduğu ülke %12,82 ile Almanya'dır. Kişi başı cari sağlık harcamasının en yüksek olduğu ülke 4726 dolar ile Finlandiya'dır. Yunanistan'da kişi başı cari sağlık harcamaları 1675 dolar iken, yurt içi özel sağlık harcamalarının payı 768 dolar, yani % 46 ya yakın bir oranla yurt içi özel sağlık harcamalarının payının en yüksek olduğu ülkedir. Genel devlet sağlık harcamalarının payı diğer ülkelere göre çok daha azdır. Mevcut sağlık harcamaları içerisinde cepten yapılan harcamaların payının en yüksek olduğu ülke ise % 36,58 ile Bulgaristan'dır.

Sağlık göstergeleri incelendiğinde; 2015 yılında 1000 kişi başına düşen hastane yatağının en yüksek olduğu ülke 13,17 ile Japonya'dır. Japonya aynı zamanda 83,79 ile 1000 kişi başına düşen hemşire ebe sayısının da en yüksek olduğu ülkedir. 1000 kişi başına düşen hekim sayısının en yüksek olduğu ülke ise 18,63 ile Finlandiya'dır. Türkiye sırasıyla 2,68; 2,59; 1,77 ile 1000 kişi başına düşen hastane yatağının, hemşire ebe sayısının ve hekim sayısının en düşük olduğu ülkedir.

Sağlık harcamalarının yapısı, ülkelerin benimsediği finansman sistemiyle çok yakından ilgilidir. Dolayısıyla araştırma kapsamında yer alan ülkelerin benimsediği finansman sistemi ve sağlık politikası yaşlı nüfus ile sağlık harcaması arasındaki ilişkiyi etkilemektedir. Ayrıca, yaşlıların aktif olarak yaşama dahil olmaları yaşlıların yaşam memnuniyetini arttırdığı ve sosyal güvenlik üzerindeki baskıyı azaltması nedeniyle, ülkeler bunu sağlayacak politikalar geliştirmelidir (Aysan ve Yüce, 2023).

Yaşlanma hayatın doğal döngüsü içerisinde yer almakta olup, yaşlıları ekonomik ve politik sistemlerden bağımsız, müstakil bir azınlık olarak ele almak ve onların yaşlanma veya emekliliğe bireysel uyum sağlama konusundaki sorunlarını ele almak yeterli olmamaktadır. Yaşlı işçiler, sermaye veya sermaye kurumları tarafından ihtiyaç duyulmadığında, emeklilikleri ödenmekte ve sıklıkla işgücünden zamanından önce çekilmeleri teşvik edilmekte ve onların beceri, kabiliyet ve bilgileri “modası geçmiş”, “üretken olmayan” ve “verimsiz” gibi aşağılayıcı terimlerle göz ardı edilmektedir (Walker, 1981). Kaldı ki bir diğer önemli husus, ülkeler arasında emeklilik yaşında büyük farklılıkların olmasıdır. 22 yaşından itibaren kesintisiz çalışmanın ardından 2020 yılında emekli olan bir birey için emeklilik yaşı Almanya'da, 65,7, Portekiz'de 65,3, Japonya ve Finlandiya'da 65, İtalya ve Yunanistan'da 62, Türkiye'de kadınlar için 49, erkekler için 52'dir (Aysan ve Yüce, 2023). Yaşlıların emekli olmalarına rağmen kendilerine uygun farklı işlerde çalışmalarının sağlanmasına yönelik politikaların benimsenmesi yaşlıların yaşama dair umudunu ve memnuniyetini arttıracaktır.

Yaşlı bakımında robotlardan yararlanılması son yıllarda gündemde olan bir durumdur. Japonya ve Finlandiya için yapılan bir çalışmada yaşlıların uzun süreli bakımında, yataktan sandalyeye geçerken, yıkanırken, giyinirken ve tuvaleti kullanırken robot kullanımına bakış açısı değerlendirilmiş ve genel olarak Japon bakım personelinin, robotların kullanılabilirliğini Finli meslektaşlarına göre daha olumlu değerlendirdiği belirlenmiştir. Ayrıca, Japon bakım personeli, bakım robotlarının kullanıma sunulmasının yaşlılarda yalnızlığı arttıracığı konusunda daha az endişe duymaktadır. Finli bakım personeli, bakım robotlarının fiziksel bakım sağlamadaki kullanılabilirliğine, kaygı veya yalnızlığı giderme potansiyeline güvenmemektedir. Farklı kültürel faktörler ile bakım robotlarına yönelik tutum ve anlayışlar arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç bulunmaktadır. Bakım personeli açısından yaşlı bakımında yeni teknolojiler ve bakım robotları uygulanırken yaşlıların saygı ve bağımsızlığının, sosyal ve kültürel yaşama katılım haklarının dikkate alınması önemli konular arasında yer almaktadır (Coco vd., 2018).

Toplumda yaşlılar arasında gelir eşitsizliğinin olması önemli bir sorundur. Örneğin; İngiltere’de yaşlıların gelir birimleri arasındaki fark Amerika Birleşik Devletleri ve Danimarka’ya göre daha dardır. Ancak gelir düzeyleri daha düşüktür. Bununla birlikte, İngiliz toplumunda yaşlılar arasında, varlıkların farklı mülkiyeti ve gelir hakkı nedeniyle geniş eşitsizlikler bulunmaktadır (Walker, 1981). Gelir eşitsizliği, genel harcamalarının yanında sağlık harcamalarını da etkileyecektir. Bu nedenle toplumda yaşlılar arasında gelir eşitsizliği ve dolayısıyla yoksulluk sorunu özellikle ilgilenilmesi gereken bir durumdur.

Yaşlı sağlığının ve refahının geliştirilmesi amacıyla yaşlılar için rahat edebilecekleri uygun ortamların hazırlanması, evde ya da hastanede sunulacak sağlık bakım hizmetlerinin planlanması, sosyal güvenlik vesosyal koruma gibi kamusal hizmetlerin artırılması ve devletlerin yaşlılara dönük politikalar üretmesi her geçen gün artan yaşlı nüfus üzerinde son derece önemli katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

- Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2020). Yaşlı nüfus istatistikleri bülteni.
www.aile.gov.tr/media/89041/yasli_nufus_istatistik_bulteni.pdf. (Erişim Tarihi: 02.01.2024).
- Aísa, R., Clemente, J., & Pueyo, F. (2014). The influence of (public) health expenditure on longevity. *International Journal of Public Health*, 59(5), 867-875.
- Akar, S. (2014). Türkiye’de sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının nisbi fiyatı ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(1), 311-322.
- Arı, H.O. (2018). *Türkiye’de sağlık harcamaları: Ulusal sağlık hesapları sonuçlarının genel değerlendirilmesi 1999-2016*. TUSPE Analiz: 2018/4, TUSPE Yayınları, Ankara.
- Atasever, M. (2014). *Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi 2002-2013 dönemi*. Bakanlık Yayın No: 983, Ankara.
- Atasever, M., Karaca, Z., & Örnek, M. (2017). Türkiye’de sağlık harcamaları analizi. *Sasam Enstitüsü, Analiz, Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi*, Yıl:3, Sayı: 10.
- Aysan, M. F., & Yüce, B. (2023). Yaşlanan nüfus ve yaşlılar. *Marmara Üniversitesi Nüfus ve Sosyal Politikalar Uygulama ve Araştırma Merkezi*. Politika Notları; No 1.
- Boz, C., & Özsarı, S. H. (2020). The causes of aging and relationship between aging and health expenditure: an econometric causality analysis for Turkey. *International Journal Health Planning Management*, 35:162–170
- Breyer, F., Costa-Font, J., & Felder, S. (2010). Ageing, health, and healthcare. *Oxford Review of Economic Policy*, 26(4), 674–690.
- Cattaneo, M.A., & Wolter, S.C. (2009). Are the elderly a threat to educational expenditures?, *Eur. J. Polit. Econ.* 25(1), 225–236.
- Coco, K., Kangasniemi, M., & Rantanen, T. (2018). Care personnel’s attitudes and fears to ward care robots in elderly care: a comparison of data from the care personnel in Finland and Japan. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(6), 634-644.
- Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı (2023). Doğuştaki beklenen yaşam süresi. cevresestergeler.csb.gov.tr/dogusta-beklenen-yasam-suresi-i-85714 (Erişim Tarihi: 28.12.2023).
- Dik, A., Yenice, Z., & Tanlı, S. (2004). Yaşlılarda evde bakım ve yaşam kalitesine katkısı. *Aktüel Tıp Dergisi Geriatri Özel Sayısı*, 9(2-3): 51-53.

- Ergün, U.G.Ö., Bozdemir, N., Uğuz, Ş., Güzel, R., Burgut, R., Saatçı, E., & Akpınar, E. (2003). Adana huzurevinde yaşayan yaşlılar ile aile hekimliği polikliniğine başvuran yaşlıların medikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi. *Geriatry*, 6: 89-94.
- Felder, S., Meier, M., & Schmitt, H. (2000). Healthcare expenditure in the last months of life. *Journal of Health Economics*, 19(5), 679-695.
- Getzen, T.E. (1992). Population Aging and the Growth of Health Expenditures. *Journal of Gerontology*, 47(3), 98-104.
- Higgins, I., Der Riet, P. V., Slater, L., & Peek, C. (2007). The negative attitudes of nurses to wards older patients in the acute hospital setting: A qualitative descriptive study. *Contemporary Nurse*, 26(2), 225-237.
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (2020). *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege-aber woher?* (p. 336). Springer Nature.
- Krieger, T., & Ruhose, J. (2013). Honey, I shrunk the kid's benefits-revisiting inter generational conflict in OECD countries. *Public Choice*, 157(1), 115-143.
- Konca, M., Balçık, P. Y., & Biçer, İ. (2021). Yaşlı nüfus ile sağlık harcamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi: Panel veriye dayalı bir uygulama. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (26), 314-324.
- Lee, R., & Miller, T. (2002). An Approach to forecasting health expenditures, with application to the U.S. Medicare System. *Health Services Research*. 37(5), 1365- 1386.
- Martín, J. J. M., Puerto Lopez del Amo Gonzalez, M., & Dolores Cano Garcia, M. (2011). Review of the literature on the determinants of healthcare expenditure. *Applied Economics*, 43(1), 19-46.
- Moscone, F., & Tosetti, E. (2010). Healthcare expenditures and income in the united states. *Health Economics*, 19(12), 1385-1403.
- Özgen H. (2007). Sağlık hizmetleri finansmanında cepten harcama: Nedir? Neden Önemlidir? *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(2):201-228.
- Sağlık Bakanlığı (2021). *Türkiye sağlıkla yaşlanma eylem planı ve uygulama programı 2021-2026*. Yayın No:1242, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2022). Sağlık istatistikleri yılı 2020, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1240, Ankara
- Sanz, I. & Velazquez, F. (2007). The role of ageing in the growth of government and social welfare spending in the OECD. *Eur. J. Polit. Econ*, 23(1), 917-931.
- Sarı, M. (2023). Türkiye ve Küba'nın sağlık göstergelerinin karşılaştırılması. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 377-383.

- Seshamani, M., & Gray, A. (2004). A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs. *Journal of Health Economics*, 23(1), 217-235.
- Sklar, D. P. (2013). How many doctors will we need? A special issue on the physician workforce. *Academic Medicine*, 88(12), 1785-1787.
- Takata, H., Nagata, H., Nogawa, H., & Tanaka, H. (2011). The current short age and future surplus of doctors: a projection of the future growth of the Japanese medical work force. *Human resources for health*, 9, 1-7.
- Troen, B. R. (2003). The biology of aging. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 70(1), 3-22.
- TÜİK (2020). Hayat tabloları, 2017-2019. tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tabloları-2017-2019-33711 (Erişim Tarihi: 04.01.2024).
- TÜİK (2022). Sağlık harcamaları istatistikleri, 2022. tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamaları-Istatistikleri-2022-49676 (Erişim Tarihi: 04.01.2024).
- TÜİK (2023). tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2023-49688 (Erişim Tarihi: 02.01.2024).
- Urry, H. L., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation in old age. *Current Directions in Psychological Science*, 19 (6), 352-357.
- Vanderstegen, T., Marneffe, W., Cleemput, I., & Vereeck, L. (2015). The impact of no-fault compensation on healthcare expenditures: An empirical study of OECD countries. *Health Policy*, 119(3), 367-374.
- Walker, A. (1981). Towards a political economy of old age. *Ageing & Society*, 1(1), 73-94.
- World Bank (2024). databank.worldbank.org/source/world-development-indicators# (Erişim Tarihi: 03.01.2024).
- Yang, Z., Norton, E. C., & Stearns, S. C. (2003). Longevity and healthcare expenditures: the real reasons older people spend more. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(1), 2- 10.
- Zweifel, P., Felder, S., & Meiers, O. G. (1999). Ageing of population and health expenditure: a redherring. *Health Economics*, 8(1), 485-496.

Doğal Afetlerde Bulaşıcı Hastalıklar ve Yönetimi

Nuriye Nesrin İpekçi¹

Özet

Doğal afet, yaşandığı bölgede büyük zararlara can ve mal kaybına neden olabilecek bir olaydır. Yaşanan afetlerden sonra insanlarda bulaşıcı hastalıkların görülmesi ve enfeksiyon oluşma oranı yükselmektedir. Enfeksiyon oluşumu genellikle afet sonrası toplu yaşam alanlarından etkilenerek sosyal mesafenin korunamaması, temiz su ve gıdaya erişimde zorluklar, altyapı sorunları, temel sağlık hizmetlerinde kesintiler gibi durumlara yol açmaktadır. Salgınların nedenleri yaşanan afetin türüne göre değişebilmektedir. Salgın hastalıklar kontamine su ve yiyeceklerden kaynaklanan fekal-oral hastalıkların yanı sıra sosyal konutlardan ve kalabalık ortamlardan kaynaklanan damlacık, solunum ve temas enfeksiyonları nedeniyle artabilir. Tüm bu hastalıkların salgın halinde kontrol edilmesi zor olabileceğinden, etkili bir sürveyans sisteminin olması salgının kontrol altına alınabilmesinde ve yönetiminde önemli olacaktır. Bir afet sonrasında hızlı bir risk değerlendirmesi yapılmalı, birincil önleme tedbirlerinin yeniden tesis edilerek kontrol tedbirlerinin hızlı bir şekilde uygulanmasına öncelik verilmelidir. Bu bölümde afetler, afetlerden sonra görülen bulaşıcı hastalıklar ve bulaşıcı hastalıkların yönetimi, ihbarı ve bildirim, doğal afetlerden sonra oluşabilecek bulaşıcı hastalıklardan korunma önlemlerinden bahsedilecektir.

1. Giriş

Afetler genel olarak “Fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplara neden olan, normal yaşamı ve insan faaliyetlerini durdurarak veya bozarak toplumları olumsuz yönde etkileyen, bunların normal gidişatını değiştiren doğal, teknolojik veya insan kaynaklı olaylar” olarak tanımlanmaktadır (Kaya ve Şahinöz, 2021).

Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu afeti; “Etkilenen toplumlarda insani, ekonomik ve çevresel zarara neden olan ve toplumun

1 Dr. Öğr. Üyesi, Kilis Aralık Üniversitesi. Yusuf Şerefoglu Sağlık Bilimleri Fakültesi. Hemşirelik Bölümü, nesrinepekci@kilis.edu.tr, Orcid: 0000-0001-9945-8115

işleyişini ciddi şekilde bozan ani ve yıkıcı bir olay” şeklinde ifade etmiştir (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2017). En sık görülen afetler deprem, salgın hastalık, yangın, tsunami, su baskını ve toprak kaymasıdır. Afetlerden kaynaklanan can kayıpları, yaralanmalar ve ekonomik kayıplar afetin büyüklüğünü göstermektedir (Yel ve Karadakovan, 2023).

Doğal afetler aynı zamanda yerinden edilmiş nüfuslar (ülke içinde yerinden edilmiş kişiler ve mülteciler) gibi “sonraki etkilerle” de sonuçlanır. Sonraki etkiler, hayatta kalanlar arasında bulaşıcı hastalıkların bulaşmasını artırır. Kötü sağlık koşulları, tahliye merkezinde aşırı kalabalık alan ve sınırlı sağlık malzemeleri bulaşıcı hastalık salgını olasılığını artırabilmektedir. Bir hastalığın yayılmasında tahliye edilenlerin sayısının artması bu ihtimali daha da artırır (Pascapurnama vd., 2018).

Sel, yangın, fırtına, iklim değişikliği, kuraklık, deprem ve benzeri afetlerde, konut ve altyapı hasarları veya çökmeleri, tekrarlanan ve uzun süreli elektrik kesintilerinin olması, kullanma ve içme suyunun bulunmaması sonucu ölüm ve yaralanmalar görülebilmektedir. Mevcut sorunlar, insanların evlerinden çıkması, hijyenik gıdanın olmayışı ve güvensizliği ve bu süreçte çeşitli bulaşıcı hastalıkların ve salgın hastalıkların ortaya çıkması doğal afetlerin en büyük sorunlarından. Bu sorunlar genellikle koordinasyon ve afet yönetimi eksikliğinden kaynaklanabileceği gibi, kamu yönetimindeki zayıflıklar, öngörülemeslik ve krizleri önleme konusundaki zayıflıklardan da kaynaklanabilmektedir. (Özyurt vd., 2022).

Bulaşıcı hastalıklar sağlık risklerinin ortaya çıkmasını belirleyen faktörlerden biridir (Pascapurnama vd., 2018) ve bulaşıcı hastalık sıklığı bir ülkenin gelişmişliği hakkında bilgi veren önemli bir parametredir (Akın ve Güler, 2006). Bu ve diğer zorlukların üstesinden gelmek için bulaşıcı hastalıklarda afet sonrası önleyici tedbirlerin alınmasına yönelik işbirliği, afet riskinin azaltılmasına entegre edilmelidir (Pascapurnama vd., 2018).

Yönetim planları yalnızca hükümet tarafından yapılmamalıdır. Afetlerden kaynaklanan sorunlara çözümlerin yerel ve ulusal otoritelerin denetiminde, sivil toplum kuruluşu ve kâr amacı gütmeyen kuruluşlar, insanî yardım profesyonelleri, halk sağlığı uzmanları ve çevre sağlığı çalışanlarının rehberliğinde yapılması gerekmektedir (Dereli ve Yıldırım, 2023; Pascapurnama vd., 2018).

2. Doğal Afetlerde Bulaşıcı Hastalıkların Etkileri ve Yönetimi

Bulaşıcı hastalıklar tarih boyunca insanlık için ciddi sorunlara yol açmıştır. Geçmişten günümüze birçok bulaşıcı hastalık salgını

yaşanmıştır. Veba, kolera, cüzzam, tifüs, çiçek hastalığı, grip, sarıhumma, sıtma ve frengi bu salgın durumlarına örnektir. Bireyi, aileyi ve toplumu etkileyen bulaşıcı hastalıklar toplumsal huzuru bozmakta; ölüm ve sakatlığın ortaya çıkmasına, sağlık maliyetlerinin artmasına, iş kaybı ve iş verimliliğinin azalması gibi doğrudan ve dolaylı mali kayıplara neden olabilmektedir (Yıldırım Öztürk ve Uyar, 2022).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bir bulaşıcı hastalık salgını, bir hastalığın normal beklentinin üzerinde ortaya çıkmasıdır. Etiyolojik ajanın yanı sıra önceki ve mevcut maruziyetin büyüklüğü ve tipine göre de vaka sayısı artabilir veya değişiklik gösterebilir (Charnley vd., 2021).

Dünya geneline bakıldığı zaman, birçok ülkede doğal afetler yaşanmaktadır. Doğal olaylarla karşılaşmaya diğer ülkelerden daha yatkın bir ülke olarak Japonya; tayfun, şiddetli yağış, şiddetli kar gibi afetler, seller, depremler, tsunamiler, volkanik patlamalar ve diğer afetlerin yaşandığı afet oranının yüksek olduğu bir ülkedir. Doğal afetler yaşandığında bazı insanlar mülkleriyle olan bağlarını kaybederek tahliye merkezlerinde veya barınaklarda yaşamak zorunda kalabilmektedir. Bu tür doğal afetler yaşandığında afet sonrası salgın riskinin arttığı, tahliye edilenlerin yaşam koşullarında dramatik değişiklikler görüldüğü, çeşitli bulaşıcı hastalıklara yakalandıkları görülmektedir. Bunlara ek olarak su temini, elektrik altyapısı ve gaz kaynağının hasar görmesi durumunda gıda zehirlenmesi riskinde de artış görülebileceği rapor edilmiştir (Izumikawa, 2019).

Birleşmiş Milletler 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi'nde; hepatit, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıkların ve salgın hastalıkların tekrarının önlenmesini amaçlamaktadır. Ayrıca su kaynaklı hastalıklar, HIV/AIDS ve diğer bulaşıcı hastalık salgınlarının da durdurulması gerekiyor. Ölümlerin yanı sıra doğal afetler altyapının tahrip olması, sağlık tehlikeleri ve özellikle bulaşıcı hastalıkların yayılmasıyla da bağlantılıdır. Afetler sonrasında bulaşıcı hastalıklardan bazılarının ortaya çıkması muhtemeldir (Pascapurnama vd., 2018).

Doğal afetler nüfusları yerinden eder, altyapıya zarar verir, ekonomik büyümeyi ve faaliyeti engeller, ölüm ve yaralanmalara neden olur ve bulaşıcı hastalık salgınları riskini artırır (Canbulat, 2023; Suk vd., 2019). Doğal afetler sağlığı etkiler ve ciddi halk sağlığı sorunları yaratabilir. Daha spesifik olarak, doğal afetler, hastalık salgınlarına neden olabilir. Aynı zamanda bulaşıcı hastalık salgınlarının ticaret, turizm ve sağlık dâhil olmak üzere toplum üzerinde yıkıcı etkileri vardır. Doğal afetlerin kademeli etkilerinin nasıl sonuçlanabileceğini anlamak, bulaşıcı hastalık salgınlarının hazırlık stratejilerine bilgi sağlamak açısından kritik öneme sahiptir (Suk vd., 2019).

İnsan hayatını oldukça olumsuz etkileyen doğal afetler, bütün toplumları etkileyebilecek ciddi nüfus hareketlerine neden olmaktadır. Günümüzde yetersiz altyapı ve kanalizasyon sistemleri, kötü beslenme, göç ve ulaşım koşulları, vektörlerin yayılması, altyapı ve kanalizasyon sistemlerinin eksikliği gibi faktörler nedeniyle afetler, bulaşıcı hastalıkların yayılmasına neden olmaktadır. Türkiye'nin ticari faaliyetleri, turizm potansiyeli, kültürel alışverişleri, coğrafi konumu ve iklim koşulları dikkate alındığında enfeksiyon riski her geçen gün artmaktadır (Kaya ve Şahinöz, 2021).

Afetlerden sonraki ilk birkaç günde enfeksiyon sayısında bir artışın beklenmediği bildirilmesine (Kınıklı ve Cesur, 2020) rağmen, bir afet sonrasında bulaşıcı hastalıkların (dizanteri, kızamık, tifo, Hepatit A gibi) ve salgınların ortaya çıkma potansiyeli mutlaka dikkate alınmalıdır. Ayrıca, aşı ve gebelik ile ilgili hastalıkların gözetimi gibi temel sağlık hizmetlerinin sunumundaki aksaklıklar, tuvalete erişim sorunları ve temiz su temini eksikliği afet bölgelerinde salgın hastalık riskinin artmasına neden olmaktadır (Açkın ve Tokem, 2023).

Doğal afetler potansiyel bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır. Altyapının zarar görmesi, doğal afetlerden sonra bulaşıcı hastalıkların yaygın bir nedeni olarak kabul edilebilir. Halk sağlığını korumak için alınan önlemlerin aksatılması durumunda afetler uzun süreli olumsuz etkilere neden olabilir. Afetlerden sonra bulaşıcı hastalık salgınlarının nadir olduğu yönündeki yanlış kaniya rağmen, afetler düşük vakalılı endemik hastalıkların üreme alanı olabilir. Bir sel felaketinin ardından ortam, daha önce zorluklarla karşı karşıya kalan mantar ve küf gibi hastalıkların yayılması için uygunlaşmıştır. Konutlarda ve yapılarda sel sonucunda oluşan su baskını yeni bulaşıcı hastalık tehlikesini oluşturabilmektedir. Enfeksiyonların epidemiyolojisi ve doğası hakkında bilgi veremeyen güvenilir verilerin bulunmaması nedeniyle, doğal afetlerden sonra bulaşıcı hastalıkların varlığını ve yayılmasını tahmin etmek zordur (Canbulat, 2023).

Afetlerden sonra; sağlık, beslenme, çevre, sosyo-ekonomik ve barınma sorunları ortaya çıkmakta, bu sorunlar çözülmediği takdirde daha sonra toplumda felakete yol açabilecek bulaşıcı hastalıkların görülme riski artacaktır. Bulaşıcı hastalıklar tüm insan ırkını etkileyerek kıtalara yayılarak felakete neden olabilmektedir. İnsanlık uzun zamandır sel, kuraklık, deprem, heyelan, çığ gibi doğal afetlere maruz kalmış ancak çok azı, kısa sürede geniş alanlara yayılan ve milyonlarca insanı etkileyen bulaşıcı hastalıklar kadar zarara neden olmuştur (Kaya ve Şahinöz, 2021).

Afet sonrasında sanitasyon olanaklarının ve temiz suyun bulunmaması, genital hastalıkların yanı sıra salgın hastalık ve bulaşıcı hastalık riskini de

artırmaktadır. Fiziksel duyarlılıkla ilgili olarak istatistiklere bakıldığında; kadınların bulaşıcı hastalıklara erkeklerden daha duyarlı olduğu görülmektedir (Ünir, 2021).

Bir afet sonrasında ilk olarak olası riskler değerlendirilmeli ve olası bulaşıcı hastalıklar tespit edilmelidir. Acil tıbbi müdahale sisteminin amacı salgın hastalıkları önlemek, kontrol etmek ve afet mağdurlarının sağlık durumlarını iyileştirmektir. Ayrıca önleme ve kontrol tedbirlerinin afet yaşamış bireylerin yanı sıra halk sağlığı ve insani yardım ekipleri tarafından da dikkatle uygulanması gerekmektedir. Halk sağlığı ekipleri, afetin etkilerini ve sağlık ihtiyaçlarını belirlemek için afetin ilk haftasında hızlı hastalık risk değerlendirmeleri yapmalıdır. Bulaşıcı hastalık riskini en aza indirmek için acil durum önleme ve kontrol önlemlerine, uygun vaka yönetimi ve sürveyans sistemlerine ihtiyaç vardır (Kouadio vd., 2012).

Afetlerde bulaşıcı hastalıklara yönelik sürveyans sisteminin planlanması, hastalığa bağlı mortalite ve morbiditenin azaltılması, salgınların öngörülmesi ve önlenmesi için bilgilerin eşit şekilde toplanması ve uygun stratejilerin geliştirilmesi açısından önemlidir (Kaya ve Şahinöz, 2021). Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği'ne göre; *“Sürveyans: Bulaşıcı hastalıklara dair verilerin, uygun koruyucu ve karşı önlemlerin önerilmesi, alınması ve uygulanması amacıyla; özellikle yer ve zaman ilişkisi temelinde hastalık yayılma eğilimleri, hastalıklara yakalanmadaki risk faktörlerinin analizi ve epidemiyolojik çalışmaların yapılması dâhil, sürekli ve sistematik bir şekilde toplanması, analiz edilmesi, yorumlanması ve ilgili taraflarla paylaşılması”* ifade etmektedir (Bulaşıcı hastalıklar sürveyans ve kontrol esasları yönetmeliği, 2007). Sürveyans sisteminde bir sağlık sorununun halk sağlığı perspektifinden ele alınmasında; sorunun ne olduğu, risk faktörlerinin belirlenmesindeki nedenler, girişim değerlendirilirken yapılması gerekenler, uygulamanın nasıl yapıldığı sorularına yanıt aranır (Çetin Seçkin ve Akalın, 2008). Doğal afet öncesi sürveyans verilerinin bulunmadığı durumlarda birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden canlandırılıp iyileştirilmesi ve kontrol tedbirlerine öncelik verilmesi gerekmektedir (Kouadio vd., 2012).

Herhangi bir coğrafyada ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar, sadece o bölgede sınırlı kalmayacağı için bütün dünya teyakkuz haline geçmektedir. Bu riskler göz önüne alındığında her ülkenin sağlık sisteminin olası bulaşıcı hastalıklara karşı geliştirilmesi zorunlu hale gelmiştir. Türkiye’de bu konuda önemli çabalar sarf edilmektedir (Kaya ve Şahinöz, 2021). Doğal afetler sonrası bulaşıcı hastalıkların daha iyi anlaşılması, doğal afet sonrası bulaşıcı hastalıklara ve salgın hastalıklara karşı daha iyi planlama ve hazırlık yapılmasına olanak tanır. Sonuçta, doğal afetler ve krizler nüfusları

yerinden eder, altyapıya zarar verir, ekonomik büyüme ve faaliyetleri bastırır, ölüm ve yaralanmalara neden olur ve bulaşıcı hastalık riskini artırır (Canbulat, 2023).

Hastalıklar arasında salgınların çeşitli etkenler (gıda, su, sanitasyon, sağlık sistemleri) ve bu faktörler arasındaki karmaşık etkileşimler nedeniyle durum daha da kötüleşebilir. Bulaşıcı hastalık salgınları birer felakettir ve afet sonrası salgınlar kapsamlı bir şekilde rapor edilmelidir (Charnley vd., 2021).

3. Afetlerde Bulaşıcı Hastalıklar ve Bildirimi

Doğal afetlerde ortaya çıkan bulaşıcı hastalıkların bildirimini yapılması zorunludur. Bildirime esas bulaşıcı hastalıklar listesi aşağıdaki gibidir:

-Aşı ile önlenebilir hastalıklar: Boğmaca, Difteri, Kabakulak, Kızamık, Kızamıkçık, Konjenital Rubella,Tetanoz, Neonatal Tetanoz, Çocuk felci, Çiçek, Haemophilusinfluenza Tip b Menenjit,Influenza gibi.

-Cinsel yolla bulaşan hastalıklar: Chlamydiatrachomatis enfeksiyonları, Gonore, Sifiliz, AIDS, HIV enfeksiyonu.

-Viral hepatitler: Hepatit A, Hepatit B, Hepatit C, Hepatit D, Hepatit E gibi.

-Gıda ve su kaynaklı hastalıklar ve zoonozlar: Botulismus, Bruselloz, Kolera, Leptospiroz, Akut kanlı ishal, Şarbon, Tularemi, Veba, Trişinoz, Ekinokokkoz, Giardiaintestinalis enfeksiyonu, Entamoebahistolytica, Kala-azar, Şark Çıbanı, Şistozomiyaz, Sıtma, Toksoplazmoz, Kuduz ve Kuduz Riskli Temas, ViralHemorajik Ateş Sendromu, Sarı humma, Epidemik Tifüs, Q-ateşi gibi.

-Solunum (hava) yolu ile bulaşan hastalıklar: Lejyoner hastalığı, Meningokokkal hastalık, Tüberküloz, Pnömonokenfeksiyonları gibi.

-Diğer hastalıklar: Varyant Creutzfeldt-Jakob's hastalığı, Lepra, Trahom gibi (Bulaşıcı hastalıklar sürveyans ve kontrol esasları yönetmeliği, 2007).

Doğal afetlerden sonra ortaya çıkan, bulaşıcı hastalıklara neden olan bazı enfeksiyon kaynakları ve çeşitli faktörler enfeksiyonların yayılmasına neden olur. Bunlardan bazıları; su, gıda, hava, vektörler, yara ve yaralanmalardan kaynaklı enfeksiyonlardır.

3.1. Su ve gıdalardan kaynaklanan enfeksiyonlar

Afet öncesi su, sanitasyon ve hijyen sistemlerinin yetersiz olması afet sonrasında bulaşıcı hastalık riskini artırmaktadır. Doğal afet sonrasında görülen

salgınlar genellikle taşıma ve depolama sırasında suyun enfekte olması, su ve yiyecek kaplarının paylaşılması, kirlenmiş gıda tüketimi ve yetersiz sabun ve sanitasyon ile bağlantılıdır. İshali hastalıklar afet bölgelerindeki ölümlerin başlıca nedenlerinden biridir. Gelişmekte olan ülkelerde doğal afetlerden sonra ortaya çıkan ishal salgınları yaygındır. *Vibrio cholerae* ve *Salmonella* gibi etkenin endemik olduğu ve mikrobiyoloji laboratuvarlarının az olduğu yerlerde görülebilmektedir. Gelişmiş bölgelerde bu faktörler nadir olmakla birlikte norovirüs vakaları da görülebilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde leptospirosis, enfekte olmuş hayvanların idrarı, kirlenmiş su, yiyecekler ve kemirgen üreme alanlarındaki toprak ile temas yoluyla yayılabilir. Viral hepatit A ve E, mevcut sanitasyon, hijyen ve bağışıklama sisteminin yeterli olmadığı ülke veya bölgelerde vakalar ve salgınlar halinde ortaya çıkabilir (Kouadio vd., 2012).

Su ve gıdalardan kaynaklı enfeksiyonlarda dikkat edilecek durumlar; ishal salgınları, leptospiroz, Hepatit A ve Hepatit E'dir (Türkiye enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlık derneği, 2024).

Afet deneyimleri, temiz suya erişim eksikliğinin mağdurlarını hasta edebileceğini, bulaşıcı hastalık riskini artırabileceğini ve bunların hızla yayılmasına yol açabileceğini gösteriyor. İlk 72 saatte su ve gıda hijyeni sorunu nedeniyle hayatını kaybedenler arasında; gastroenterit, dizanteri, kolera, tifo, hepatit, çocuk felci, gıda zehirlenmesi gibi hastalıkların yanı sıra gelecekte uyuz, dermatit, konjonktivit ve trahom gibi durumlar da ortaya çıkabilir. Besinlerin saklanması ve tüketilmesi açısından ilk 3 gün önemlidir. Afet kurtarma sürecinde çevre sağlığı hizmetlerinin koordine edilmemesi ve izlenmemesi gıda bozulmaları, bulaşıcı hastalıklar, zehirlenmeler, atıklar ve çevre kirliliği gibi çeşitli sorunlara yol açabilmektedir (Dereli ve Yıldırım, 2023).

3.2. Akut solunum yolu enfeksiyonları

Solunum yolu ile bulaşan enfeksiyonlar sıklıkla doğal afetlerden sonra ortaya çıkar. Afet nedeniyle tesislerdeki yetersiz hijyen, temiz su bulamama ve sağlık hizmetlerinin tam olarak işleyememesi nedeniyle salgınlarda artış gözlenebilmektedir. Bu durum özellikle etkilenen popülasyonlardaki düşük aşılama oranları nedeniyle daha da kötüleşmektedir. Evlerini kaybeden insanlar barınaklarda, çadırlarda ya da günlük yaşam desteğinin sınırlı olduğu topluluklarda yaşamlarını sürdürmek zorunda kalabilmektedir. Ayrıca mağdurların bağışıklık sistemleri yaşadıkları şok, yorgunluk ve gıda teminindeki eksiklik nedeniyle zayıflayabilir. Afet sonrası ortaya çıkan bu enfeksiyonlar; grip ve pnömokokların neden olduğu akut solunum yolu

enfeksiyonlarını, aspirasyon pnömonisini, tüberkülozu ve tüberküloz dışı mikobakteriyel enfeksiyonları içerir. 2019 yılında başlayan ve halen devam eden yeni koronavirüs hastalığı (COVID-19) salgını, afetler sırasında sorun yaratan solunum yolu enfeksiyonlarından biridir (Ağalar ve Engin Öztürk, 2021).

Solunum yolları sorunlarına neden olabilen ve normal nefes almayı bozabilen akut solunum yolu enfeksiyonları, çeşitli virüsler, bakteri enfeksiyonları, dang humması, sıtma, kızamık ve tetanoza neden olur (Pascapurnama vd., 2018).

Yetersiz olanaklarla kapalı bir yerde yaşayan gruplar, havalandırma yapılmaması sonucunda kolaylıkla grip ve norovirüs salgınlarına maruz kalabilmektedirler. Enfeksiyon, tüberküloz gibi çeşitli bulaşıcı hastalık oranı artar. Legionella pnömonisi, yara enfeksiyonu, travma, tetanoz, gazlı gangren, aspirasyon pnömonisi ve kontamine suyun solunması ve diğer bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanabilir. Leptospirosis ve Rickettsia hastalıkları da aynı aşamada rapor edilmiştir. Ayrıca, afet sonrasında tahliye edilenlerin, tahliye merkezlerinde ve barınaklarda grup halinde yaşaması, yeterli donanıma sahip olmayan tesislerde kişiler arasında yakın temas sağlanması, havalandırma ve hijyenik olmayan durumlarda kolaylıkla solunum, mide-bağırsak ve cilt enfeksiyonlarının geliştiği bildirilmektedir (Izumikawa, 2019).

3.3 Vektörlerden kaynaklanan hastalık riski / ortam değişimiyle ilgili hastalıklar

Vektör kaynaklı mikroorganizmaların (sinek, sivrisinek, kene, pire, bit, salyangoz vb.) neden olduğu bulaşıcı hastalıklara vektör kaynaklı enfeksiyonlar denir. (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, 2023; Çelebi, 2021).

Sıtma, dang humması, sarı humma, Zika virüsü, Batı Nil ensefaliti, Japon ensefaliti, Chikungunya, leishmaniasis, schistosomiasis, trypanosomiasis ve Kırım-Kongo kanamalı ateşi, (Çelebi, 2021), kolera, viral hemorajik ateşler (Ebola, Marburg virüsü hastalığı gibi) en yaygın vektör kaynaklı enfeksiyon hastalıklarıdır (Pıçakçıefe, Medeni ve İlhan, 2023).

Dikkat edilecek durumlar; sivrisinek ile bulaşabilecek hastalıklardır (Türkiye enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlık derneği, 2024). Doğal afetlerden sonra vektörlerden kaynaklanan enfeksiyonlar özellikle kasırga, şiddetli yağış, sel gibi atmosferik olaylardan sonra görülmektedir. Oluşan su birikintileri özellikle sivrisinekler için yeni üreme alanları oluşturmakta, bunun sonucunda da sivrisineklerin yaydığı hastalıklar artmaktadır. Bu bağlamda sıtma iyi bilinen bir olgudur (Çelebi, 2021).

3.4 Yaralar ve yaralanmalardan kaynaklanan enfeksiyon riski

Doğal afetler sırasında oluşan yaralar, kirli bir çevreye maruz kalma ve tıbbi bakıma sınırlı erişim nedeniyle enfeksiyon kapabilir. Enfeksiyonun ana kaynakları çevresel patojenler ve yarayı temizlemek için kullanılan kontamine sudur. Ortamdaki mikroorganizmaların kirlenmesi, ölü ve parçalanmış dokuların yabancı cisim varlığında bakteri üremesi ve istilası için uygun bir ortam oluşturur. Enfeksiyon riskini artıran faktörler arasında bağışıklık sisteminin zayıflaması, doku kaybı, yetersiz veya gecikmiş yara debridmanı veya yaranın erken kapatılması yer alır. Yaralanma sonrası yara iyileşme süresinin uzatılması ve yaranın hemen kapatılması enfeksiyon açısından çok önemlidir (Altunsoy ve Güner, 2023).

Deprem yaralarında yara enfeksiyonunun türü ve ciddiyeti, yaranın ortamına ve çevresel mikroorganizmalarla kontaminasyonuna, yaranın büyüklüğüne, insan derisi florasına, yara iyileşmesi sırasında karşılaşılan mikroorganizmalara, sağlık ve bağışıklık sistemine göre belirlenir (Mavrouli vd.,2023).

Doğal afetlerden sonra oluşabilecek yaralanmalardan kaynaklanan enfeksiyon etkenleri; genellikle polimikrobiyal, *Acinetobacter baumannii*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter cloacae*, *Aeromonas spp.*, *Clostridium tetani*/ anaerobik etkenler, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Leptospirosis*, *Skabies*, deri şarbonu, Mukormikoz, a tipik mikobakterilerdir (Uzar ve Çakır, 2023).

Afet sonrası yaralanmada dikkat edilecek durumlar: tetanoz, göçük altında kalınan süre, fasiotomi ve renalreplasman tedavisi uygulanmasıdır(Türkiye enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlık derneği, 2024).

4. Doğal Afetlerden Sonra Oluşabilecek Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma Önlemleri

Yakın zamana kadar toplumun afet algısı 19. yüzyıl bakış açısına göreydi. 20. yüzyılın başlarında insanlar hastalıklara öngörülemeyen, istenmeyen, kaçınılmaz, günlük yaşamın bir parçası olarak bakıyordu. Toplumdaki gelişme, bilim alanındaki ilerleme ve insanların yaşamına verilen önemin artmasıyla birlikte toplumun afetlere bakış açısı değişmeye başlamış ve hastalıklar gibi afetlerin de gerekli önlemlerin alınması durumunda önlenilebileceği veya en az hasarla giderilebileceği ortaya çıkmıştır (Yılmaz, 2012).

Afet sonrasında yapılan sürveyans çalışmaları, afet sonrası enfeksiyonlardan kaynaklanan ölümlerin en yaygın nedenlerinin ishal, akut solunum yolu enfeksiyonları (pnömoni), kızamık ve sıtma olduğunu göstermektedir. Ancak doğal afetlerden etkilenen bir bölgede, daha önce bu bölgede karşılaşılmayan bulaşıcı hastalıklara yakalanma riski bulunmaktadır.

Afetlerde alınması gereken enfeksiyon kontrol önlemleri;

- Temiz suya erişim ve temini
- Etkili sanitasyon (dışkı imhası)
- Katı atıkların yönetimi
- Su ve gıda hijyeni
- Beslenme ve besin takviyeleri
- Bağışıklama çalışmalarının yapılması
- Vektörlerin kontrolü
- Kişisel hijyen (el yıkama vb.)
- Hasta izolasyonu
- Önleyici bakım
- Yaralanma/yara bakımı
- Sağlık eğitimi
- Hastalık yönetimi/tedavi / destekleyici bakım (Gündüz Cebeci ve Akın, 2023; Uzar ve Çakır, 2023).

Kamp alanlarında ve toplanılan alanlarda enfeksiyondan korunmak için alınacak önlemler oldukça önemlidir. Yerleşim ve kamp alanları bulaşıcı hastalık riski taşıyan bölgelerden uzak olmalı, temiz suyun kolaylıkla bulunabildiği ve kişisel temizlik için sabunun bulunduğu bir alan seçilmelidir. Vektörlerin kontrolü, ölümlerin uzaklaştırılması ve uygun şekilde gömülmesi sağlanmalıdır. Afet mağdurlarının enfeksiyonun bulaşma yolları ve kontrol önlemleri konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Afet bölgesinin koşullarına uygun bir veri toplama sisteminin kurulması ve elde edilen verilerin analiz edilmesi gerekmektedir (Gündüz Cebeci ve Akın, 2023).

5. Sonuç ve Öneriler

Ülkemiz jeopolitik konumu nedeniyle doğal afetlerin sıklıkla görüldüğü bir ülkedir. Doğal afetler nedeniyle toplumda ve bireylerde pek çok sorun yaşanabilmektedir. Oluşan bu sorunlar bireylerin ve toplumun can güvenliği, temel gereksinimlerinin karşılanması (temiz içme ve kullanma suyu, beslenme, barınma, temel sağlık hizmetlerine erişim) gibi halk sağlığının önemli konularını kapsamaktadır. Yaşanan afetlerin toplum ve bireyler üzerindeki etkilerinin en aza indirgenmesi için tüm sağlık ekibinin afetler ve afet yönetimi ile ilgili becerilere sahip olması çok önemlidir (Üçel ve Tümer, 2023).

Afetler, bir toplumun yaşamını kısa sürede alt üst eden, insanları zayıflatan, büyük sıkıntıya sokan, çok sayıda ölüm, hastalık ve yaralanmaya neden olan doğal ve insan yapımı olaylardır.

Bu tür istisnai durumlar sıklıkla bulaşıcı hastalık salgınları, yoğun göç veya doğal afetler sırasında ortaya çıkar (Işık ve ark.,2012). Doğal afetlerden sonra ortaya çıkabilecek salgından sonra görülebilecek olası bulaşıcı hastalık riskleri konusunda sağlık personelinin hazırlıklı olması, salgının fazla yayılmadan önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Afetlerde tüm sağlık ekibine ve sağlık profesyonellerinden biri olan hemşirelere, afetin her aşamasında büyük sorumluluk düşmektedir (Magnaye vd.,2011).

Sağlık hizmetlerinin iyi planlanması ve işletilmesi enfeksiyon hastalıkları ve salgın görülme riskini azaltacaktır. Afetlerden sonra oluşabilecek salgın durumlarını önlemek için; afet yönetimi ve afetin önlenmesine yönelik güçlü bir afet hazırlık planı, erken vaka tespiti ve tedavisi için sürveyans sistemleri, uluslararası yönergelere uygun yeterli alan planlaması bulunmalıdır. Ayrıca afet öncesi aşılama bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan mortalite ve morbiditeyi ve salgın riskini azaltacaktır. Afet öncesi ve sonrasında bireylere ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerin sağlanması, düzenli veri toplanması ve analizi, sağlık ekibi ve yerel halk için bilgilendirme eğitimlerinin planlanması, sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde organize edilmesi, bulaşıcı hastalık ve salgın hastalık riskini önemli ölçüde azaltacaktır. Yine afet sonrasında afetin yaşandığı bölgede temiz suyun ve sanitasyon sistemlerinin uygun yönetimi, yeterli miktarda gıda tedariki ve depolama, güçlü bir vektör kontrolü ve bağışıklama programları yapılmalıdır.

Afetlerin olumsuz etkilerinden biri olan bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması ancak başarılı afet risk yönetimi ve toplumun afet direncinin artırılmasıyla azaltılabilir (Demirbaş vd., 2013; Vecenema, 2007).

Kaynaklar

- Açkın B., & Tokem Y. (2023). Afetlerde Geriatrik Yaklaşım. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 8(2): 653-659.
- Ağalar C., & Engin Öztürk D. (2021). Afetlerde solunum yolu enfeksiyonları. Köse Ş, editör. *Afetler ve Enfeksiyonlar*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 47-51.
- Akın, L. & Güler, Ç. (2006). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. *Hacettepe Üniversitesi Yayınları*. Ankara.
- Altunsoy A., & Güner R. (2023). Deprem yaralanmalarında enfeksiyon yönetimi. *TOTBİD Dergisi*, 22:613-615.
- Bulaşıcı hastalıklar sürveyans ve kontrol esasları yönetmeliği. (2007). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070530-9.htm>. Erişim: 25.01.2024
- Canbulat Ş. (2023). Doğal afetler ve olağanüstü durumlarda görülen salgın hastalıklar. *Tarsus Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(1), 47-64.
- Charnley GE, Kelman I, Gaythorpe KA, & Murray KA. (2021). Traits and risk factors of post-disaster infectious disease outbreaks: a systematic review. *Scientific Reports*, 11(1):1-14. doi.org/10.1038/s41598-021-85146-0.
- Çetin Seçkin R., & Akalın H. (2008). Bulaşıcı Hastalıklarda Sürveyans: Niçin? Nasıl? Ne Durumdayız? *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 34 (3) 135-142.
- Çelebi G. (2021). Afetlerde vektör kaynaklı bakteriyel ve viral enfeksiyon hastalıkları. Editör: Köse Ş. *Afetler ve Enfeksiyonlar*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 95-8.
- Demirbaş H., Sezer A., & Ergun A. (2013). Afet Yönetiminde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları. *Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(2), 122-128.
- Dereli F., & Yıldırım B. (2023). Afetlerde Çevre Sağlığı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2): 711-716.
- Gündüz Cebeci K., & Akın L. (2023). Deprem Sonrası Bulaşıcı Hastalık Kontrolü. *HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı Deprem Kaynaklı Afetlere Yönelik Toplum İçin Bilgilendirme Dizisi 2023/4*. <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/>
- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. Depremde (afetlerde) vektör kontrolü. <https://hasuder.org/Dokumanlar/EkIndir/9a7741b8-ae1-88d2-a5d1-3a-0966a48eb9>. Erişim: 10.12.2023
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2017). What is a disaster? Retrieved 10.04.2023 from <http://www.ifrc.org/en/what-wedo/disaster-management/about-disasters/what-is-a-disaster/>

- Işık Ö., Aydınlioğlu HM., Koç S., Gündoğdu O., Korkmaz G. & Ay A. (2012). Afet Yönetimi ve Afet Odaklı Sağlık Hizmetleri. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 28(Ek sayı 2):82-123, doi:10.5222/otd.supp2.2012.082.
- Izumikawa K. (2019). Infection control after and during natural disaster. *Acute Medicine & Surgery*,6:5–11. doi: 10.1002/ams2.367.
- Kaya N., & Şahinöz T. (2021). Bulaşıcı Hastalık Bildirimlerinin Afet Yönetimi Açısından İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1): 21-31.
- Kınıklı S., & Cesur S. (2020). Afetlerde enfeksiyon kontrol önlemleri. *Int J ContHealthSci*; 1: 15-23.
- Kouadio IK., Aljunid S., Kamigaki T., Hammad K. & Oshitani H. (2012). Infectious diseases following natural disasters: prevention and control measures. *Expert Rev. Anti Infect. Ther.* 10(1), 95–104.
- Magnaye, B., Lindsay, S., Ann, M., Gilbert, R., & Heather, J. (2011). The role, preparedness and management of nurses during disasters, *International Scientific Research Journal*, 3(4): 270-294.
- Mavrouli M, Mavroulis S, Lekkas E, & Tsakris A. (2023). The impact of earthquakes on public health: A narrative review of infectious diseases in the post-disaster period aiming to disaster risk reduction (Review). *Microorganisms*, 11:419.
- Özyurt M, Tez M, & Afacan İ. (2022). Afetlerde bulaşıcı hastalık sorunu. Vehid S, editör. Afetlerde Güncel Bilgi ve Yaklaşımlar. 1. Baskı. Ankara: *Türkiye Klinikleri*, p.24-31.
- Pascapurnama DN, Murakami A, Chagan-Yasutan H, Hattorid T, Sasakia H, & Egawa S. (2018). Integrated health education in disaster risk reduction: Lesson learned from disease outbreak following natural disasters in Indonesia. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 29 94–10.
- Pıçakçıfe M., Medeni V., & İlhan MN. (2023). Halk sağlığı acillerinde ve doğal afetlerde iş sağlığı ve güvenliği “tehlikeler, riskler, önleme ve kontrol” kılavuzu, Ankara, 1-39.
- Suk JE., Vaughan EC., Cook RG., & Semenza JC. (2019). Natural disasters and infectious disease in Europe: a literature review to identify cascading risk pathways. *The European Journal of Public Health*, Vol. 30, No. 5, 928–935.
- Türkiye enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlık derneği. Deprem gibi doğal afet sonrası görülebilecek enfeksiyonlar. <https://www.ekmud.org.tr/140-deprem-gibi-dogal-afet-sonrasi-gorulebilecek-enfeksiyonlar>. Erişim. 10.01.2024.
- Uzar H, & Çakır B. (2023). Afetlerde Deri Enfeksiyonları. *HÜTF Halk Sağlığı AD Deprem Kaynaklı Afetlere Yönelik Toplum İçin Bilgilendirme Serisi-2023/10*. <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/Erişim:02.02.2024>.

- Üçel S., & Tümer A. (2023). Afet yönetimi ve halk sağlığı hemşiresinin rolü. Sağlık & Bilim 2023 Hemşirelik-IV-, Editör: Hale Uyar Hazar, 27-38.
- Ünür E. (2021). Afet yönetiminde toplumsal cinsiyet eşitsizliği: doğal afetlerde cinsiyete dayalı zarar görülebilirlik farkı. *İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 351-381
- Veenema, G. T. (2007). Disaster preparedness, Disaster Nursing on Emergency Preparedness for Chemical, Biological on Radiological Terrorism Disaster Nursing on Emergency Preparedness for Chemical, Biological on Radiological Terrorism and Other Hazards and Other Hazards. 2nd ed., Springer Publishing Company, New York, 1-18. Yel P., & Karadakovan A. (2023). Afetlerde Diyabet Yönetimi ve Hemşirelik. *Türk Diyabet Hemşireliği Dergisi*, 3(1): 14-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.29228/tjdn.69709>.
- Yıldırım Öztürk E.N., & Uyar M. (2022). Bulaşıcı hastalıkların Türkiye’de ve dünyada güncel durumu ve Türkiye’de bulaşıcı hastalık kontrol programları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 31(4):254-263. doi:10.17827/akt.1129146.
- Yılmaz A. (2012). Türkiye’de afetlerde karşılaşılan sorunlar. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 1(1), 61-81.

Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Hemşire Yöneticilerin Liderlik Davranışlarının Önemi

Funda Gül Bilgen¹

Özet

Dünya çapında, sağlığın iyileştirilmesine yönelik sağlık hizmetlerinin yönetimini anlama açısından eski paradigmalardan giderek geçerliliğini yitiriyor olup yeni fikirler, yeni bakış açıları ve yaklaşımlar hayata geçiriliyor. Bu değişim doğrultusunda en iyi hizmeti verebilmek için sağlık liderlerinin yenilikçi düşünme, çözüm odaklı etik davranış ve yaşa uygun liderlik tarzı geliştirmeleri gerekmektedir. Sağlık ekibi içerisinde çalışan her bir üyenin varlığı çok önemlidir. Bu nedenle sağlık hizmetleri içerisinde hemşirelik mesleğinin geleceği kucaklayabilmesi için bilimselleşme sürecinde postmodern ve çağdaş düşünceleri mesleğine uyarlaması gerekmektedir. Hemşirelik, kendine özgü uzmanlık alanları ve pratiğe dayalı uygulamalara sahip, araştırma ve sorgulamayı ön planda tutan bir meslek dalıdır. Hemşireler, hastaların tedavi ve bakımına ilişkin ortaya çıkan problemleri çözmek için planlar oluşturur, bu planları uygular ve sonuçlarını değerlendirirler. Mesleki rolleri gereği, toplum içinde çeşitli gruplara rehberlik ederken, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak adına önemli görevler üstlenirler. Örgüt içerisinde personeli, hasta bakımını ve organizasyonları olumlu yönde etkileyebilmeleri için hemşire liderlerinin işyerinde başarılı olmaları çok önemlidir. Hemşirelik mesleğinde hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin artmasında yönetici hemşirelerin astlarına karşı sergiledikleri liderlik özellikleri oldukça önem arz etmektedir. Bu nedenle çalışma hemşire yöneticilerinin liderlik algı ve davranışlarının araştırılması amacıyla derleme türünde gerçekleştirilmiştir.

1. Giriş

Liderlik, insanların topluluk içerisinde yaşamaya başlamasından itibaren önem kazanmış olup literatürde birçok çalışmayla ele alınmıştır. Özellikle gerçekleştirilen mesleklerin, kültürlerin, kişiliklerin farklılığı, teknolojinin

1 Öğr.Gör., Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü fundabilgen@kilis.edu.tr, ORCID: 0000-0003-1076-8825

ilerlemesi ve toplumsal değişimlerin oluşması sebebiyle farklı liderlik tanımları bulunmaktadır (Seymenoğlu Torpil, 2020). Aynı zamanda yaşam kalitesine gösterilen değer artmasıyla sağlık hizmetlerinde görülen hızlı ilerlemeler, gelişmeler ve yoğun kişilerarası ilişkiler yönetici olan bireyin yönetim işlevini yerine getirebilmek için farklı liderlik davranışlarında bulunmasını gerekli kılmıştır (Çalışkaner, 2021).

Rekabet koşullarının giderek artması ve zorlaşması tüm Dünya üzerinde etkisini göstermektedir. Bu nedenle, ekonomik, kaliteli ve erişilebilir sağlık hizmetleri sunmak için yöneticilerin liderlik özelliklerini sergilemeleri gerekmektedir. Sağlık kurumlarında liderlik, görevlerin ve önceliklerin belirlenmesinde, hastaların bakım ve tedavisinin sağlanmasında, ihtiyaçların karşılanmasında ve hizmetlerin şekillendirilmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Bu nedenle sağlık sektöründeki liderlik türleri giderek daha fazla ilgi görmeye başlamıştır (Sinha vd., 2013).

Günümüz koşullarında, sağlık bakım masraflarının karşılanmasındaki zorluklar ve buna bağlı olarak ülkenin sağlık politikalarındaki değişiklikler sonucu geleneksel tedavi ve sağlık bakımından daha çok yenilikçi, verimli ve etkili yöntemlerin geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu sorumluluğu üstlenmek ve sağlık hizmetlerinde kalite ile verimliliği güvence altına almak için güçlü liderlik niteliklerine olan ihtiyaç gün geçtikçe daha belirgin hale gelmektedir (Duygulu ve Kublay, 2008).

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve mevcut standartlara uygunluğun sağlanması ve kuruluşlar içindeki uyum problemlerinin çözülmesinde sağlık yöneticilerinin rolü oldukça önemlidir. Hemşirelik hizmetleri sağlık sektörü içerisinde sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Hemşirelik hizmetleri içinde yakın ve aynı zamanda yoğun kişilerarası ilişkilerin ve de karmaşık teknolojinin yer alması önemli yönetim zorlukları yaratmaktadır. Bu sektördeki başarı veya belirlenen amaç ve hedeflere ulaşılma durumunu yöneticinin liderlik özelliği etkileyecektir. Hemşirelik çalışmalarında etkililik ve verimlilik gösterilen liderlik davranışıyla çok yakından ilişkilidir (Gündüz ve Karadağ, 2019).

Sağlık hizmetlerinde liderlik, diğer kuruluşlardaki liderlik anlayışıyla kıyaslandığında çok daha farklı ve kompleks bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. Sağlık kuruluşlarında sağlık personelinin sağlık hizmeti çerçevesinde birden fazla kişiyle birlikte çalışma ortamı söz konusudur. Yönetimi zor olan sağlık çalışanlarının sağlık hizmetleri içerisinde ekip çalışması önemli bir faktördür. Sağlık sonuçlarının iyileştirilmesinde etkili bir yer tutmaktadır (Karakaya ve Daşlı, 2021).

Hemşirelik mesleği küresel anlamda önemli bir meslek haline gelmiş olmasına rağmen, hastanelerimizde hemşirelik yönetiminde ve diğer rollerde çalışan personelin net iş tanımlarının olmayışı, bu kişilerin uzmanlıklarından yeterince yararlanılmamasına neden olmaktadır. Bu durum çalışanları olumsuz etkilemekte ve verimli çalışmalarını engellemektedir. Etkin bir organizasyon yapısına ulaşmak için yönetim ilkelerine uyulması ve kararların bu ilkelere göre alınması ve örgütün de düzgün bir şekilde organize edilmesi gerekmektedir (Çalışkaner, 2021).

1. Liderliğin Tanımı

Liderlik kavramı köklü bir geleneğe sahip olup insanlık tarihine yerleşmiştir. Tarih boyunca liderliğin birçok tanımı yapılmıştır (Gündüz ve Karadağ, 2019). Özellikle kültürlerin, mesleklerin, bilim dallarının farklılığı ve toplumsal değişimin gerçekleşmesi gibi birçok faktör literatürde birden çok liderlik tanımını barındırmaktadır. Liderlik kelimesi yol göstermek, yön vermek, kılavuz etmek, rehber anlamına gelen “lead” kelimesinden “leader” sözcüğünün türetildiği tespit edilmiş olup Türkçe karşılığı “önder, kılavuz, baş, rehber, lider” anlamlarına karşılık gelmektedir (Küçüközkan, Y., 2015; Seymenoğlu Torpil, 2020)..

Bireyler istek ve ihtiyaçlarını gerçekleştirmek ve kişisel hedeflerine ulaşmak için bir gruba ihtiyaç duyarlar ve grup içinde hareket etme zorunluluğu hissederler. Bu nedenle insanlar yaşamlarını gruplar içerisinde sürdüren sosyal varlıklardır. Oluşan grupları kontrol edecek ve onları hedeflerine yönlendirecek liderlere de ihtiyaç duyarlar. Liderlik belli bir grup insanı gerçekleştirilmek istenen belirli amaçlar ve hedefler doğrultusunda yönlendirmek ve harekete geçirmektir (Küçüközkan, Y., 2015; Seymenoğlu Torpil, 2020).

Liderlik, bir grup bireyin ortak hedeflere doğru ilerlemesini sağlayan etkileşimli bir süreci temsil eder. Bir lider, insanların davranışlarını etkileyen, öğreten, yönlendiren, tahminde bulunan, aydınlatan, emir ve talimat veren, aynı zamanda insanların istek ve ihtiyaçlarını zamanında hisseden yaratıcı proaktif bir kişidir (Gündüz ve Karadağ, 2019). Ayrıca liderlik bir vizyonu gerçekleştirmek üzere belirlenmiş olan hedef ve amaçlar kapsamında başkalarını etkileme ve harekete geçirme gücüdür. Başkalarının göremediği fırsatları yakalama ve bunu örgüt yararına yansıtmaya yeteneğidir (Duygulu, 2018). Bu sebeptendir ki liderler; organizasyon içinde çalıştığı kişileri ve örgütü iyi tanıyan, onların ihtiyaçlarını isteklerini bilen ve hakim olan, kişiden kişiye farklı etkileme ve aynı zamanda yönlendirme kapasitesi ve becerisinde olmalıdır (Taşer vd., 2022). Liderler takipçilerinin ihtiyaç ve

beklentilerine çözüm üretebilir, hedeflerle uyumlu stratejiler oluşturabilir ve örgüt başarısını hedefleyecek adımlar atar. Uzmanlıkları izleyiciyi istedikleri sonuçlara yönlendirmede ve etkilemede yatmaktadır (Seymenoglu Torpil, 2020).

Günümüzde lider, vizyon sahibi, değişime açık, organizasyonlara değişimi ve yenilikleri benimseten, astlarında örgütsel bağlılık oluşturan, potansiyellerini daha iyi şekilde kullanmaları için astlarını etkileyen, yönlendiren ve motive eden bir kişi olarak kabul edilmektedir (Huber, 2014; Ünalı Baydın vd., 2017). Birçok tanıma göre liderlik; belirli vizyon ve amaçlar doğrultusunda grup üyelerini/izleyenleri etkileme süreci, harekete geçirme süreci, başarıya ulaştırma süreci olarak belirtilmektedir (Huber, 2014; Sullivan ve Decker 2001; Duygulu, 2018). Bu çerçevede liderlikle ilgili yapılan tanımlara bakıldığında ilişkili kavramların “vizyon”, “amaç - hedefler”, “etkileme”, “harekete geçirme”, “önder” ve “süreç” şeklinde ele alındığı görülmektedir. (Tablo 1)

Tablo 1: Liderlik Sürecinin Unsurları

LİDERLİK	
Lider	Etkileme
Vizyon	Harekete geçirme
Amaç-Hedefler	Süreç
Önder	

(Duygulu, 2018; Huber, 2014).

Liderlik, birçok sektörde olduğu gibi değişimin özellikle çok daha hızlı yaşandığı sağlık sektöründe de önemli konulardan biridir. Sağlık hizmetleri içerisinde diğer sağlık ekip üyeleri ile beraber çalışan hemşireler sağlıklı/ hasta bireylere güvenli ve kaliteli sağlık bakım ve tedavilerini uygulamada var olan güçlerini, bilgilerini, yönetim ve liderlik özelliklerini etkin bir şekilde uygulama durumundadır (Duygulu, 2018).

Etkili bir lider izleyenler üzerinde etkilemeyi ve gücünü nasıl kullanacağını bilen, ikna etme yeteneği güçlü, örgüt içinde aktif olan ve kişilerarası iletişimi olumlu yönde yönlendirebilendir (Duygulu, 2018). İyi bir lider olabilmenin özelliklerini liderlerle yaptıkları çalışmada ele alan Kouzes ve Posner (2003) bu konuda 10 özellik belirlemişlerdir. Bu özellikler şu şekilde belirtilmiştir;

- Birey kendini iyi tanımalı,

- Yaptıkları ve uyguladıkları kapsamda geri bildirim almalı,
 - Duygularını kontrol edebilmeli,
 - Öncü ve girişimci olmalı,
 - Örgüt içi veya dışında bir koçu olmalı,
 - Amaç ve hedefler kapsamında planlar yapabilmeli
 - Bilgilerini uygulamaya dökabilmeli
 - Zamanı geldiğinde kendini ödüllendirebilmeli
 - Dürüst, güvenilir ve alçakgönüllü olabilmeli
 - Belirlenen amaca ilerlenen yolda ölçme ve değerlendirmeyi yapabilmeli
- (Kouzes ve Posner, 2003).

2. Yöneticiliğin Tanımı

20.yüzyıldan itibaren liderlik yöneticiliğin önemli bir parçası ve konusu olmaya başlamıştır. Örgütlenme ve yönetim kavramlarında liderlik merkezi bir konumda bulunmaktadır. Yönetici ve lider kurum ve kuruluşların başarı ve başarısızlıklarını önemli derecede etkileyen faktörlerdir. Örgütlerdeki grupları veya bireyleri belirli hedefler doğrultusunda yönetme ve yönlendirme çabası, liderlik ile yönetim arasındaki temel benzerliklerden biridir. Günümüzde yönetici bir bireyin başarı sağlayabilmesi için liderlik vasıflarına da sahip olması gerekmektedir (Seymenoğlu Torpil, 2020).

Yönetim kavramı insanlığın varoluşuyla birlikte varlığını gösteren ve her dönemde amaç ve hedeflere ulaşmak için bir araç olarak kullanılan önemli bir alandır. Farklı bilim dalları tarafından yapılan çeşitli çalışmalar sonrasında çok farklı tanımlamaları bulunmaktadır. Yapılan bu tanımlamalara bakıldığında yönetim kavramı “belirli amaç ve hedeflere ulaşmak için var olan kaynakları etkin ve verimli kullanabilecek kararlar alabilme ve uygulayabilme sanatıdır”. Farklı bir ifadeyle ise yönetim diğer bireyler aracılığıyla planlanan süreçlere ve amaçlara ulaşabilme bilimidir. Yönetici ise bu süreci yöneten kişidir (Ardahan ve Konal, 2017).

3. Yöneticilik ve Liderlik Arasındaki İlişki

“Liderlik” ve “yöneticilik” terimleri genellikle birbirinin yerine kullanılsa da, iş dünyası literatüründe ve liderlik konseptinde farklı anlamlar taşıyabilirler. Bazı kişiler liderlik ve yöneticilik rollerinin birbirinden tamamen farklı olduğunu ve bu iki rolü aynı kişinin başarıyla yerine getiremeyeceğini düşünebilirler. Ancak, bu tamamen zıt görüşe karşı çıkanlar da vardır. Bazı

uzmanlar, liderlik ve yöneticilik özelliklerinin birbirini tamamlayabileceğini, bu iki rolün birleştirilebileceğini ve organizasyonlarda başarıya ulaşmak için her iki yaklaşımın da önemli olduğunu savunmaktadır. Yani, iyi bir lider aynı zamanda iyi bir yönetici olabilir ve bu durumun tersi de mümkündür. Bu konudaki görüşler kişisel tercihlere, zamana, ortama ve organizasyonun ihtiyaçlarına bağlı olarak değişebilir. Bazı organizasyonlar liderlik ve yöneticilik rollerini farklı kişilere ayırabilirken, diğerleri bu iki rolü aynı kişide birleştirebilmektedir (Herdman, 2012).

Liderlik ve yöneticilik arasındaki ayrımın ötesine geçen bir bakış açısına göre, bu iki rolün birbirini tamamladığı ve değişen dünyada birinin diğeri olmaksızın eksik kaldığı öne sürülmektedir. Bu yaklaşım, liderlerin değişimi hızlandırdığını ve vizyon oluşturduğunu, yöneticilerin ise istikrarı sürdürdüğünü öne sürer. Bu çift dinamik, organizasyonlara hem inovasyon hem de süreklilik sağlayarak, çelişen gereksinimlere aynı anda hitap etme yeteneği sunar. Bu bakış açısına göre, liderlik ve yöneticilik rolleri arasındaki karşıtlıkların, organizasyonun başarısı için gerekli olan dengeyi oluşturduğu düşünülmektedir. Liderler, değişen koşullara adapte olma ve geleceği şekillendirme konusunda etkili olurken, yöneticiler, mevcut süreçleri optimize etme ve işleri düzenleme konusunda uzmanlaşır. İki rolün bir araya gelmesi, bir organizasyonun hem hızla evrilen bir dünyada rekabet avantajı elde etmesine hem de güçlü temellere dayalı bir istikrarı sürdürmesine olanak tanır (Kotter, 1990; Herdman, 2012). Liderlik örgütün veya bireylerin belirlenmiş amaçlara ulaşabilmesi için kişileri etkileme yönlendirme durumu iken, yönetim ise bu hedeflere ulaşmada harcanan çabayı ifade eder. Liderlik ve yöneticilik ikisi de aslında örgütün/organizasyonun hedeflediği ve amaçladığı işler kapsamına destek olup yönetme ve yönlendirme çerçevesinde yarar sağlarlar. İyi ve başarılı bir yöneticinin çok iyi liderlik özelliklerine de sahip olabilmesi oldukça önemlidir (Seymenoğlu Torpil, 2020).

Liderin yöneticiye göre işlevi daha zordur. Çünkü insanları amaçlar doğrultusunda etkilemesi gerekmektedir. İnsanları etkileme olayını gerçekleştirebiliyorsa ve yönlendirebiliyorsa izlediği yol doğrudur. Yönetici ise astlarına karşı gücünü bulunmuş olduğu otorite ve yetkiden alır (Seymenoğlu Torpil, 2020).

Yöneticilik ve liderlik arasında ortak yönler olabildiği gibi farklı olan yönleri de vardır.

Tablo 2. Yöneticilik ve Liderlik Arasındaki Farklılıklar

Yöneticilik	Liderlik
Katı, bürokratikdir	Esnektir
İdarecidir, yönetir	Yenilikçidir
Planlama ve örgütlemeye uğraşır	Heyecan ve şevk oluşturarak motivasyonu sağlar
Güç ve yetkisini yasal pozisyonundan alır	Güzünü karizma, özdeşlik ve uzmanlık gibi kaynaklardan alır
Ne zaman ve nasıl sorularını sorar	Niçin ve neden sorularını sorar
Durumu kabullenir, devamlılığı sağlar	Durumu amaçlar doğrultusunda değiştirmeye çalışır.
İşi doğru yapar	Doğru işi yapar
Var olan dengeyi devam ettirir	Risk almayı sever
İş yönelimlidir	İnsan yönelimlidir
Kısa süreli bakış açısı hakimdir	Uzun süreli bakış açısı hakimdir
Örnek alır, kopya oluşturur	Örnek alınır, özgünlüğünü yansıtır
Kontrol eder	Güven verir

(Ardahan ve Konal, 2017; Duygulu, 2018; Yücel vd.,2018).

Lider örgüt içerisinde amaçlara ulaşmak için bireyleri etkileme, güdüleme stratejileriyle uğraşır. Yönetici ise bu iş görme faaliyetleri çerçevesinde uğraşır ve yöneticilik bir meslektir. Liderlik aynı zamanda insanlara yol gösterme, motive etme, vizyon geliştirme, süreçte bulunmalarını destekleme, iletişimde bulunma, çalışanı güçlendirme gibi etkinlikleri gerçekleştiren bir süreçtir. Yöneticilik ise örgütün yararı için belirlenen amaçlara ulaşmada kararlar alan uygulayan ve iş odaklı çalışandır. Yönetimin unsurları olan kontrol, kalite, planlama, organize etme, problem çözme ve karar verme aşamaları liderlik unsurlarından farklı işlemektedir (Yücel vd.,2018).

Tablo 3. Liderlik ve Yönetim Unsurlarının Gösterimi

Yönetim	Liderlik
Problem çözme	Vizyon stratejisi geliştirme
Planlama	Motivasyon sağlama
Karar verme	İletişim
Organize etme	Sosyal yetenekler
Kalite	Çalışanı güçlendirme
Kontrol	Ekip oluşturma

(Yücel vd.,2018).

4. Hemşirelikte Yöneticilik ve Liderlik

Sağlık hizmetleri içerisinde hemşirelik hizmetleri yönetimi, hasta bakımı için gerekli tüm fırsatları sağlayan, hastanenin amaç ve politikalarına ulaşmayı hedefleyen koordineli bir faaliyetler sistemidir. Sağlık hizmetlerinde yaşanan hızlı değişim ve gelişmeler, sağlık hizmetlerinde kullanılan teknoloji ve uygulamalarda da değişime yol açmaktadır. Her ne kadar bu durum sağlık bakım maliyetlerini artırsa da günümüzün rekabet ortamı ve sınırlı kaynakları, uygun fiyatlı, kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulmasını gerektirmektedir. Bütün bunlar sağlık hizmetlerinde yönetimin önemini daha da artırmaktadır. Bu nedenle ülkemize hizmet veren sağlık kuruluşlarında yönetim bilgileriyle donanımlı, liderlik vasıflarına sahip, eğitilmiş profesyonel yöneticilere olan ihtiyaç gün geçtikçe artmaktadır (Çalışkaner, 2021).

Sağlık hizmetlerinde verimlilik ve etkinlik sürecin her alanında ön plandadır. Bu kapsamda liderlik özelliklerini yansıtan yöneticilik pozisyonları günümüzde giderek önem kazanmaktadır (Çiftçioglu ve Tunç, 2022). Hemşirelik mesleği sağlık alanındaki sorumlulukları ve konuları sebebiyle toplum içerisinde çeşitli toplulukları yönetme ve yönlendirme durumundadır. Hemşirelerin görev ve sorumluluklarının gereği olarak grupları doğru hedefe ve doğru şekilde yönlendirebilmeleri aynı zamanda hemşirelerin liderlik davranışlarıyla da ilgilidir. Ayrıca liderlik davranışı sergileyen hemşireler verdikleri hizmetlerde daha etkili olmaktadır. Hemşirelerin bilimdeki yeni gelişmeleri izlemesi, hemşirelik mesleğindeki yenilikleri uygulaması, hastanın/sağlıklı kişinin değişen ihtiyaçlarını tespit etmesi ve buna göre değişim yaratması gerekmektedir. Yönetici hemşire liderlerin mesleğin geleceğe taşınmasında çok önemli etkileri bulunmaktadır. Hemşireliği modernleştirmek için hemşirelerin iyi bir yönetici ve lider olmaları gerekir (Ardahan ve Konal, 2017).

Sağlık hizmetlerinde hemşire liderler psikolojik, fiziksel veya sosyal olumsuzluklara uyum sağlamak ve organizasyonun makro ve mikro düzeylerinde değişimi etkilemek için oldukça kompleks beceriler gerektiren karmaşık zorluklarla her zamankinden daha fazla karşı karşıyadır. Hemşireler çalışma ortamını olumlu yönde etkilemeli ve başarılı ekipler oluşturmalıdır. Liderin rolü çalışanların motive olmasında, performansının artırılmasında ve desteklenmesinde etkinliği çok büyüktür (Frangieh vd., 2023).

Tüm tıbbi ve tedavi hizmetlerinin kaliteli olabilmesi için çalışanların çalışma yaşamlarının da kaliteli olması gerekmektedir. Bu da hemşirelerin yönetim politikaları ve ilkeleri gibi işletmeyi ve yönetimi etkileyen faktörlere ilişkin görüşlerinin dikkate alınmasını ve kaliteli hasta bakımının sağlanmasına yönelik kaygıyı gerektirir (Çalışkaner, 2021).

Sağlık hizmeti sunan organizasyonların yönetimi, yönetim alanındaki en zorlu görevlerden birini içermektedir. Bu organizasyonlarda çalışan hemşirelerin rolleri, sadece hastalara bakım sunmakla sınırlı kalmaz; aynı zamanda yönetim işlevleri, etkili iletişim, eğitim, sağlık politikalarının oluşturulması ve bu politika ve programların etkili bir şekilde uygulanması gibi geniş bir yelpazede görevleri içerir. Hemşirelerin bu sorumlulukları yerine getirme başarıları, sergiledikleri liderlik nitelikleriyle yakından ilişkilidir (Uyurdağ ve Çerçi, 2023).

Hemşirelerin, sağlık sektörü ve sağlık ekibi içerisinde karar sisteminde yer alması ve sağlık politikalarında bulunabilmesi için liderlik becerilerini güçlendirmesi ve üst düzey yöneticilik kadrolarında yer alması uluslararası sektördeki etkinliklerini artıracaktır. Bununla beraber hemşire yöneticilerin etkin liderlik davranışları sağlık örgütleri veya hastanelerdeki hizmetlerin iyileştirilmesinde, hemşirelerin yetiştirilmesinde, çalışan hemşirelerin memnuniyetinin artırılmasında ve hemşirelik uygulamalarındaki amaçlanan kalitenin sağlanmasında çok önemli bir rol oynamaktadır. Sunulan liderlik stilleri de, hemşirelerin değişiklikleri kabul etmesine, daha verimli ve etkili bir şekilde yüksek kalite sağlamasına olanak sağlamaktadır (Baykal vd., 2006; Öztürk vd., 2012).

Hemşirelik mesleğinin geleceğini şekillendirmede, liderlik niteliklerine sahip hemşireler ve yönetici hemşireler kritik bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda, değişim ve dönüşüm yaratabilecek lider ve yönetici hemşirelere olan ihtiyaç büyük önem taşımaktadır. Liderlik, tüm hemşirelerin sahip olması gereken temel yetkinliklerden biri olarak kabul edilir; çünkü bu özellik, hemşirelerin yeniliklere adapte olabilmeye, değişimi yönlendirme ve bakım kalitesini artırma konularında vazgeçilmez bir role sahiptir. Çalıştığı birimdeki tedavi ve bakım uygulamalarını gerçekleştirirken, aynı zamanda bakım kalitesini artırmak adına önemli bir itici güç oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra, hemşireler sahip oldukları mesleki bilgi, beceri ve deneyimler doğrultusunda yönetim basamaklarında da etkin rol almaktadır. Hemşirelerin sağlık hizmetlerinin yönetiminde yer alması, örgütsel performansın gelişimine olumlu bir katkı sağlamaktadır (Çiftçioğlu ve Tunç, 2022; Uyurdağ ve Çerçi, 2023).

Hemşirelik gün geçtikçe değişim ve gelişim içerisinde olan bir meslektir. Teknoloji ve bilimin gelişmesi ile göçler, savaşlar, hasta hakları, kadın hakları, insan hakları, sağlıklı yaşam çabaları, nüfus artışının yaşanması gibi durumlar hemşireliğin geleneksel rollerinde çağdaş rollere yönelimini artırmaya sebep olmuştur. Özellikle bu çerçevede hemşire hastasına araştırmacı, eğitici, karar verici, savunucu ve yönetici rolleri çerçevesinde nitelikli bakım ve

tedavi uygulamalarını gerçekleştirir (Boz Yüksekdağ, 2015). Hemşirelerin bakım ve tedavi uygulamalarında robotların ve yapay zeka teknolojilerinin kullanımının benimsenmesi hemşireliğe katkısını artıracaktır. Bu yenilikler ve dönüşümün benimsenmesi ile birlikte liderlik rolü de yine ayrı bir öneme sahip olacaktır. Teknolojik aletlerin kullanımı, öğretilmesi, hasta bakımında uygulanması ve teknik uzman ekiplerle iletişime geçmek gibi birçok karmaşık işlevlerde verimi artırmada yönetici hemşirenin liderlik davranışı önemli bir etki gösterecektir. Aynı zamanda gelişmekte olan bir teknolojinin alana uyumunun sağlanması, benimsenmesi elbette gelişime açık, araştırmacı, değişime uyum gösteren lider hemşirelerin varlığı ile mümkün olacaktır (Çalışkaner, 2021).

Kurumun, tüm sağlık hizmetleri yönetiminin ve hemşirelik hizmetleri yönetiminin bütüncül ve kapsamlı, değişime açık bir bakış açısına sahip olması ve bu anlayışın başarıya yansması özellikle etkin liderlik becerisine sahip yönetici hemşirelerin varlığıyla esastır. Bu durum hem kurumu, örgütü, hem de hemşirelik hizmetlerini başarıya götürecektir (Çamlıbel vd., 2013).

Bu sebeplerle, etkili ve verimli hizmet sunumunda yönetici hemşirelerin sergilediği liderlik davranışları son derece hayati bir öneme sahiptir. Doğru liderlik becerileri ve davranışları gösterildiğinde, çalışma ortamlarında grup bütünlüğü, iş doyumu ve hasta memnuniyetinde belirgin bir artış gözlenir. Ayrıca, stres, tükenmişlik ve işten ayrılma oranlarında düşüş yaşanır. Hemşirelerin daha bağımsız oldukları iş ortamlarında, güçlü ve olumlu bir örgütsel atmosferin oluştuğu gözlemlenir (Çalışkaner, 2021; Uyurdağ ve Çerçi, 2023). Yapılan çalışma bulguları yönetici hemşirelerin astlarına karşı göstermiş oldukları liderlik tarzları genellikle dönüşümcü liderlik ve iş odaklı liderlik tarzı olduğunu göstermektedir. İş odaklı liderlik tarzında yönetici daha çok işin gerçekleşmesine başarılmasına ve astların yapmış olduğu işe yoğunlaşma gösterir. Dönüşümcü liderlik tarzında ise lider kişi astlarının gereksinimini, değer algılarını, inançlarını etkileyen ve astlarında gelişim ve değişimi sağlamayı amaçlar (Yılmaz ve Kantek, 2016).

Sonuç ve Öneriler

Sağlık sistemlerindeki hızlı değişime ayak uydurabilmek, hemşireliğin etkin liderlere ve liderlik ruhunu benimsemiş yönetici hemşirelere ihtiyaç duyulmaktadır. Hemşireler tüm yetenek ve güçlerini kullanarak hemşirelik mesleğini geleceğe taşımak için yöneticilik ve liderlik davranışlarını öğrenmeli, geliştirmeli ve bu bilgiyi gelecek nesillere aktararak lider hemşirelerin yetişmesini sağlamalıdır. Bu nedenle, hemşirelik personelinin mutluluğu, huzuru, kuruma olan bağlılığı ve memnuniyeti artırmada, aynı zamanda hastane

içinde verimli ve kaliteli hizmet sunumunda kritik bir rol oynayan yönetici hemşirelerin liderlik tutum ve davranışlarının etkisi son derece önemlidir. Yönetici hemşirelerin astları tarafından gözlemlenip değerlendirilmesinin önemli bir adım olduğu, astlarının huzuru, motivasyonu, işe bağlılığı, hasta bakım uygulamalarındaki performansın artması göstermiş olduğu liderlik davranışlarının yansıması olduğuna inanılmaktadır. Hemşireleri takip eden/gözleyen personelin bakış açısından liderlik etkinliğini değerlendirmek, bu alandaki güçlü yönleri vurgulamak ve geliştirmek için değerli bir araç olabilir. Hemşirelik mesleğini sağlık hizmetleri yönetiminde arzu edilen noktaya taşıyabilmek için lider hemşireleri yetiştirmek önemli bir gerekliliktir.

Kaynakça

- Ardahan, M. & Konal, E. (2017). Hemşirelikte yöneticilik ve liderlik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 140 - 147
- Baykal, Ü., Altuntaş, S. & Seren, Ş. (2006). Yönetici hemşirelerin örgütsel bağlılık ile kişisel ve mesleki durum değişkenleri, liderlik tarzları ve denetim odağı arasındaki ilişkinin belirlenmesi.
- Bennis, W., & Nanus, B. (1985). The strategies for taking charge. *Leaders, New York: Harper. Row*, 41.
- Boz Yüksekdağ, B., (2015), "Hemşirelik Eğitiminde Bilgisayar Teknolojisinin Kullanımı", *Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi*, 1: 103-118.
- Çalışkaner, D. (2021). Hemşirelik hizmetleri yönetiminde profesyonellik, etik davranışlar, liderlik ve teknolojinin etkisi. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 3(2), 124-139. ISSN: 2757-5888
- Çamlıbel, N., Gül, G., Bol, P. & Erbaycu, A.E. (2013). Çalışan hemşireler tarafından yönetici hemşirelerden beklenen ve algılanan liderlik davranışlarının karşılaştırılması (Bir eğitim ve araştırma hastanesi örneği). *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 100-112.
- Çiftçiöğlü, G., & Tunç, G. (2022). Yönetici hemşirelerin değişen rolleri. *Artuklu International Journal of Health Sciences*, 2(2), 23-30. doi.org/10.29228/aijhs.19
- Duygulu, S. (2018). Önderlik. In Tatar Baykal Ü. & Türkmen Ercan E. (Ed.), *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi* (s. 125-143). İstanbul, Türkiye: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Duygulu, S. & Kublay, G. (2008). Yönetici hemşirelerin ve birlikte çalıştıkları hemşirelerin liderliğe ilişkin değerlendirmeleri ve yönetici hemşirelerin sahip oldukları liderlik özellikleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 1-15.
- Frangich, J., Hughes, V., & Mewborn, E. (2023). Nurse leaders thriving: A conceptual model and strategies for application. *Nursing Management (Springhouse)*, 54(10):p 18-26, doi: 10.1097/nmg.0000000000000054
- Gündüz, S. & Karadağ, S. (2019). Klinik liderlikte akademik başarının etkilerinin belirlenmesi. *Akademik Hassasiyetler*, 6(12), 427-444
- Herdman, E.A. (2012). Liderlik ve Yönetim: Teori Var Pratik Yok? *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9 (1): 3-9
- Huber, D.L. (2014). Leadership and management principles. In: Huber, D.L., editor. *Leadership and Nursing Care Management*. (5th ed, ss. 1-36). St Louis, M.O.: Elsevier.

- Karakaya, A. & Daşlı, Y. (2021). Sağlık çalışanlarının klinik liderlik anlayışının ekip çalışmasına etkisi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(2), ISSN-2149-6161, <http://dergipark.gov.tr/usaysad>
- Kotter, J. A. (1990) force for change: How leadership differs from management. New York: Free Press.
- Kouzes, M.J., & Posner, B.Z. (2003). The leadership challenge. 3 rd edition. Jossey-Bass AWiley Imprint: San Francisco.
- Küçüközkan, Y. (2015). Liderlik ve motivasyon teorileri: Kuramsal bir çerçeve. *Uluslararası Akademik Yönetim Bilimleri Dergisi*, 1(2), 86-115.
- Öztürk, H., Bahçecik, N., & Paslı Gürdoğan, E. (2012). Hastanelere göre yönetici hemşirelerin liderlik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 20(1):17-25 ISSN 1304-4869
- Reinhardt, A.C., Leon, T.G., & Summers, L. O. (2022). The Transformational Leader in Nursing Practice – an approach to retain nursing staff. *Administrative Issues Journal: Connecting Education, Practice, and Research*. Spr, 12(1):1-12,doi: 10.5929/2022.12.1.1
- Seymenoğlu Torpil, N. (2020). Sağlık çalışanlarının algılarına göre sağlık kuruluşlarında görev yapan yönetici kadınların liderlik tarzları (Yüksek lisans tezi). Biruni Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı.
- Sinha, S., Chaudhry, S., & Mah, B. (2013). A snapshot of diverse leadership in the health care sector. Toronto: The Maytree Foundation And Mount Sinai Hospital.
- Sullivan, E.J. & Decker, P.J. (2001). Effective leadership and management in nursing. Fifth edition. Prentice Hall: New Jersey.
- Taşer, A., Semiz, T., & Kanbay, T. (2022). Sağlık yönetiminde uygulanan liderlik modelleri üzerine bir inceleme. *Sakarya İktisat Dergisi*, 11(1), 33-45.
- Uyurdağ, N., & Çerçi, S. (2023). Yönetici hemşirelerin liderlik davranışlarının değerlendirilmesi. *Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 52-62
- Ünaldı Baydın, N., Topçu, İ., Tiryaki Şen, H., Ateş, N., Erdem, B., & Yıldırım, A. (2017). Kamu hastanelerinde çalışan yönetici hemşirelerin liderlik davranışları üzerine bir araştırma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(4), 89-97, e-ISSN:2149-018X, doi:10.5222/SHYD.2017.089
- Yılmaz, H., & Kantek, F. (2016). Türkiye'deki yönetici hemşirelerin liderlik tarzları: Literatür inceleme. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(3), 110-117, doi:10.5222/SHYD.2016.110
- Yücel, U., Kurt, A., & Moralılar Cansever, S. (2018). Ebelikte yönetim ve liderlik. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 93-100. ISSN: 2146-9601 e-ISSN: 2147-2238

Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisi ve Belirleyicileri 3

Samed Gülocak¹

İbrahim Bozkurt²

Özet

Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar arasında bilgi ve iletişim açısından dengesizlik olduğunu ifade eden bir kavramdır. Bu durumda, sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastalara göre daha fazla bilgiye ve uzmanlığa sahiptir. Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi, çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilir. Bunlar arasında sağlık hizmeti sağlayıcılarının eğitim ve deneyim farkı, hastaların sağlıkla ilgili konularda sınırlı bilgiye sahip olması, tıbbi terminolojinin karmaşıklığı ve sağlık hizmeti sağlayıcıları ile hastalar arasındaki iletişim sorunları bulunmaktadır. Bu bilgi asimetrisi, hastaların sağlık hizmetleriyle ilgili kararlarını etkileyebilir. Hastalar, sağlık durumlarıyla ilgili doğru bilgilere erişimde zorluk yaşayabilir, tedavi seçeneklerini tam olarak anlamayabilir ve sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından sunulan bilgileri doğru bir şekilde değerlendirmekte güçlük çekebilir. Ayrıca, hastaların kendi sağlık bilgilerine erişebilmeleri ve sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla aktif bir şekilde iletişim kurabilmeleri için geliştirilecek teknoloji tabanlı çözümler, hastaların bilgiye erişimini kolaylaştırabilir ve bilgi asimetrisini azaltabilir.

Bu bölümde, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar arasındaki bilgi asimetrisinin belirleyicisi olarak değerlendirilebilecek bazı kavramlar ve hizmetin sunumuna dair etkilerinin incelenmesine yer verilmektedir.

- 1 TezliYüksek LisansÖğrencisi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi ABD samedgulocak@gmail.com, Orcid: 0009-0004-3943-5041
- 2 Dr. Öğr. Üyesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, ibrahim.bozkurt@kilis.edu.tr, Orcid: 0000-0002-5446-9862

1.GİRİŞ

Canlıların ve dolayısıyla insanların, var olduğu süre boyunca sağlık ihtiyacı duyulan en önemli yaşamsal süreçlerden biridir. Kişinin doğumunda başlayan süreç ölümüne kadar sürer ve bu süre içerisinde sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyar. Sağlık kavramını objektif ve subjektif olmak üzere iki farklı açıdan tanımlanabilir. Subjektif olarak kişi kendini iyi hissediyorsa, herhangi bir sağlık sorunun olduğunu düşünmüyorsa ve yaşamı boyunca sadece fiziksel sağlığı kendisi için yeterli geliyorsa bu kişi subjektif olarak sağlıklı olduğu sonucuna varabilir. İnsanların görüşleri kişiden kişiye göre değişebilir ve her birey sağlık kavramını kendisi için farklı tanımlayabilir. Ancak insanların sağlığını korumak, tedavi etmek, geliştirmek gibi bilimsel yaklaşımlar söz konusu olduğunda bireylerin subjektif sağlık görüşlerine göre hareket etmek ve sonuçlar beklemek bilimsel bir yaklaşım olmayacaktır. Öte yandan, bireyin sağlığını en üst düzeye çıkartmak için bilimsel, gerçek, kanıtlanabilir ve objektif sağlık hizmetlerine uygun çalışmalar yapılmalıdır. Burada ise objektif olarak sağlık kavramından bahsetmek gerekir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1946’da sağlık kavramını “sadece hastalık ve engellilik durumunun olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006). Birey WHO’nun tanımına göre sağlıklı olabilmek adına doğduğu ülke, bulunduğu toplum, ırkı gibi durumlar ne olursa olsun doğduğu andan kısa veya uzun geçecek olan yaşamının sonuna kadar sağlık ve hastalık kavramlarıyla iç içe yaşamak zorundadır (Bozkurt, 2019). Hastalık algısı bireyler ve hekimler için farklılaşmaktadır (Kocaman vd., 2007). Bireyler hastalığını hayatını olumsuz etkileyen durumlar başladığında kabullenir ancak hekimler tıbbi bilgiler doğrultusunda bireyin hasta olduğuna karar verebilir. Dolayısıyla insanlar içgüdüsel olarak varlığını devam ettirmek ve neslini sürdürebilmek için sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır (Akdur, 2006). Sağlık hizmetlerinin en önemli özelliklerinden birisi ikame edilemiyor olmasıdır. İhtiyaç anında tüketilmek zorundadır ve bir sağlık sigortası güvencesine sahip olma gerekliliği kaçınılmazdır. (Bilgili ve Ecevit, 2008). Bireyler yaşamlarını sürdürebilmek adına sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu anda talep karşılanmalıdır. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan birey kendi isteğiyle hizmeti alabilir veya kendi iradesi dışında zorunlu olarak almak durumunda kalabilir (Weisbrod, 1991). Sağlık hizmetlerindeki arz ve talep dengesinin varlığı, büyük ölçüde önem arz etmektedir. Aksi takdirde bireyler ve toplumlar risk altında kalabilir, salgın hastalıklarda korunmasız kalınabilir, genel sağlık sorunlarında ihtiyaçlar giderilemeyebilir ve bu bağlamda kaliteli bir yaşam sürdürülemez hatta hayatın devamı tehlike altına girebilir. Bireyler için sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın önemi konusundaki farkındalık,

insanlarda araştırma ihtiyacı hissini doğurmaktadır (Uçak, 1997). Birey hasta olduğunu hissettiği an veya hasta olabileceğini düşündüğü an günümüzde teknolojik imkanlar dahilinde hastalığını araştırabilir veya aynı sorunları yaşayan kişilere danışabilir. Hastalığı veya sağlık durumu hakkındaki bireyin duyduğu bilgi ihtiyacı kişiyi çeşitli yollara götürebilir ve yaptığı araştırmalar sonucu birtakım bilgiler elde edebilir. Herhangi bir sağlık hizmetine ihtiyacı olduğunu yaptığı araştırmalar sonucunda öğrenebilir veya fikir edinebilir. Hekime başvurmadan önce bilgi ihtiyacını karşılamak adına hissettiği ağrı ve rahatsızlığın hangi sebeplerden dolayı oluşabileceğini araştırabilir. (Shorbaji ve Shorbaji, 2021). Dolayısıyla birey hekime başvurduğu zaman karşılıklı bir iletişim söz konusu olacaktır. Bu iletişimde güvenin payı büyüktür. Hekim hastadan daha çok bilgi sahibi olduğu için büyük oranda tedavi sürecinde karar mekanizmasıdır. Hastanın tıbbi bilgi düzeyinin hekimden az olması sebebiyle, yanlış karar vermemek ve durumun bilinmezliğinin herhangi bir soruna yol açmamasını isteyerek kontrolü hekime verecektir. Hastalarla sürekli iç içe olduğundan dolayı bir sağlık profesyoneli olarak hekimler, sağlık hizmetlerinin yapı taşı olmaları sebebiyle hastayla iletişim konusunda büyük bir öneme sahiptirler. (Ünal, 2016). Hekim tıbbi açıdan tam bir yeterlilik içerisindeyken hasta ise hastalığının ne olduğunu dahi anlamayacak düzeyde olabilir. Karar mekanizması olarak hekimler hastanın bilgi ihtiyacını karşılayabilir. Hastalığın başlangıcı, tedavisi, rehabilitasyonu vd. aşamalar ile ilgili hastayı bilgilendirebilir, güven düzeyini arttırabilir ve hastanın kafasındaki soru işaretlerini gidermeye çalışabilir (Bozkurt, 2019). Bu bağlamda hekim-hasta arasındaki bilgi asimetrisinin varlığını ve sonuçlarını farklı şekillerde etkileyebilecek faktörleri belirlemek ve ortaya koymak, sağlık hizmetlerinin sunumuna önemli katkılar sağlayacaktır.

2.1. BİLGİ KAVRAMI

Tarihten günümüze kadar insanlar sadece kendi yaşamlarında elde ettikleri deneyimlerle ve edindikleri bilgilerle sınırlı kalmamışlardır. Bilgi insanların ilk var olduğu günlerden itibaren nesilden nesle aktarılarak birikmiş ve hala da birikmektedir. Günlük hayatımızda her zaman iç içe olduğumuz bilgi kavramının tanımını keskin çizgilerle çizmek ve bu kavramın net bir şekilde anlaşılmasını sağlamak bir hayli zordur (Fidan, 2013).

Bilgi, bir kişi veya bir toplum tarafından öğrenilen, anlaşılabilir veya elde edilen gerçekler, veriler ve anlayışlardır. Bilgi, deneyim, gözlem, araştırma veya öğrenme yoluyla kazanılabilir. Bilgi, insanların düşünme, anlama, karar verme ve problem çözme süreçlerinde temel bir rol oynar (Bower, 1981). Bilgi, gerçeklikle uyumlu ve doğrulanabilir olmalıdır. Doğru, güvenilir ve geçerli bilgilere dayanarak bilinçli kararlar alınabilir ve hedeflere ulaşmak için

kullanılabilir. Bilgi, farklı alanlarda uzmanlık gerektirebilir ve disiplinler arası bir yaklaşım gerektirebilir (Uçak, 2010). Bilgi, insan yaşamının her alanında önemli bir role sahiptir. Eğitim, araştırma, teknoloji, sağlık, iş dünyası, iletişim ve kültür gibi birçok alanda bilgi, ilerlemeyi ve gelişmeyi sağlar. Bilgi, insanların dünyayı anlamalarına, sorunları çözmelerine ve kendilerini geliştirmelerine yardımcı olur (Topdemir, 2009).

2.1.1. Bilginin Tanımı ve Kapsamı

Bilgi konusunda insanların ilk yoğun çalışmasının felsefe alanında olduğunu görmekteyiz. İlk çağlardan itibaren bilgi kavramı, bilgiyi tanımlama ihtiyacı ve insanların bilgiye nasıl ulaştığı, filozoflar tarafından sıkça üzerinde durulmuştur. Bilginin doğuştan varlığı konusu veya tam tersi bir düşünce olan John Locke'un Tabula Rasa'sı yani doğuştan bilgi sahibi olmama; zihnimizde doğuştan gelen bir fikrin ve bilginin olmayışı savunan çalışması bilgi hakkında üzerinde durulan çalışmalardandır. Freud'un psikanaliz çalışmalarından biri olan Totem ve Tabu kitabında düşüncelerin, bilginin ve eylemin üzerinde durulmuştur. Bu bağlamda ilkel insan ile nevrotik kişi arasındaki ayrım şu şekilde yapılmıştır: "Nevrotik kişi özellikle de eyleme geçmek konusunda ketlenmiştir, düşünce tamamen eylemin yerine geçmiştir. İkel insan ise ketlenmemiştir, düşünce eyleme dönüşüverir, denebilir ki, eylem onda düşüncenin yerini almıştır; bu nedenle vardığım kararın doğru olduğu iddiasında bulunmadan, tartıştığımız konu bağlamında şunu varsayabileceğimiz görüşümdedir: Başlangıçta eylem vardır." (Freud, 2021). Bilgi kavramının yönü oldukça geniştir. Bu kavramı açıklarken felsefeyi temel almak araştırmanın ruhuna aykırı olmayacaktır çünkü bilgi felsefeden doğmuştur. Freud'un psikanaliz araştırmaları felsefe ve psikoloji alanında büyük önem arz etmektedir. Freud çalışmasında; nevrotik kişilik bozukluğu olan kişilerin düşüncelerini yani bilgilerini eyleme geçiremeyeşinden ancak ilkel insanların eylemleri sonucu bilginin ve düşüncenin ortaya çıkmasından bahsetmektedir. Ve her şeyden önce eylemin olduğu sonucuna varmıştır. Yani bilgi kavramının ortaya çıkmasında eylem birinci harekettir. Bilgi, eylem sonucu oluşmaya başlamıştır (Freud, 2021). Bilgi kavramı sadece felsefi açıdan değil birçok farklı açıdan da ele alınmıştır. Dolayısıyla bilgi bazı sınıflandırmalara tabi tutulmuştur.

2.1.2. Bilginin Sınıflandırılması

Bilgi bir bütün oluşturabilir. Yani düzenlenmiş bilgiler topluluğuna bilim diyebiliriz. (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2000). Bilim, belirli bir alandaki bilgilerin bütünüdür. Bilgi olmadan bilimin varlığından bahsetmemiz pek doğru olmayacaktır. Ekonomik bilgi, tıbbi bilgi gibi birçok bilgiyi içeren

bütüne bilim diyebiliriz. Anlaşılacağı üzere bilgi alana ve bakış açlarına göre değişiklik göstermektedir. (Uçak, 2010). Felsefede, genel anlamıyla bilginin bütünü ile uğraşan bilim dalına epistemoloji adı verilmektedir. Platon bilgi konusunu ikiye ayırmaktadır. İlk temel soru insanın bilgiyi nasıl bildiğidir, diğer soru ise bilgi türlerinin neler olduğudur (Güzel, 2003).

Klein (1998) bilgiyi genel hatlarıyla ikiye ayırmıştır:

- **Propositional Knowledge (Bildirimsel Bilgi):**

Tanımlayıcı bilgi olarak da geçen bildirimsel veya önergesel bilgiler bilimsel gerçeklere dayanan bilgilerdir. Örneğin $2+2=4$ bir önerme bilgisidir.

- **Non-propositional Knowledge (Bildirimsel Olmayan Bilgi)**

Literatürde “Know- How” terimi olarak geçen bu bilgi türü pratik yetenekler veya bir beceri bilgisini ifade eden bilgilerdir. Örneğin nasıl bisiklet sürüleceğini bilmek, nasıl yüzmeyi bilmek gibi teknik bilgiler olarak sıralayabiliriz.

“Bilgi, sosyal olgularda karşımıza çıkan davranış ve olayları anlamamıza yardım eden işaret ve kavrayışlardır” (Bozkurt, 2019). Bilgi genel olarak gözlemlenebilen, ölçülebilen veya hesaplanabilen davranışlara ait değerlerdir. Bilgi belirli bir süreçten geçmiş ve işlenmiş bilgiler yani veriler olarak tanımlanabilir. (Dura ve Atik, 2002).

Martensson (2000)’a göre bilginin sahip olduğu temel özellikler şunlardır (Aktan ve Vural, 2019);

- Kolaylıkla biriktirilip saklanamaz.
- Çoğunlukla depo edilemez, kodlanamaz veya istiflenemez.
- Bilgi, insan zihni ile enformasyonun işlenmesi, oluşturulması, düzenlenmesi veya kullanılmasıdır. Deneyim, açıklama ve içinde bulunulan koşulları bünyesinde barındıran enformasyondur.
- Kullanılmadığı zaman herhangi bir mana ifade etmez.
- Karar vermeye ve harekete geçmeye hazır yüksek kıymete sahip enformasyondur.

Bilgi çok kapsamlı ve geniş bir alana sahiptir. Bilgiyi sadece bilimsel bilgi olarak sınıflandırmak pek doğru olmayacaktır. Gündelik bilgiler, teknik bilgiler, sanat bilgisi, dini bilgiler ve felsefi bilgiler olarak sıralayabiliriz. Her bilgi türünün kendine has özellikleri tutumları vardır. Örneğin bilimsel bilgi subjektif olamaz, akılcı ve tarafsız olmalıdır. Bilimsel bilginin özelliklerini sıralamak gerekirse; (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2000).

- Bilim mantıklıdır
- Bilim gerekircidir
- Bilim geneldir
- Bilim tutumludur
- Bilim kesindir
- Bilim deneysel olarak doğrulanabilir
- Bilim nesneldir
- Bilim değişime açıktır.

Bilgi türlerini Türk Bilişim Derneği (2006) şu şekilde sıralamıştır; işaretli bilgi, deneysel bilgi, girişimci bilgi, kurumsal bilgi, idealist bilgi, pragmatik bilgi ve otomatik bilgi.

Bilgi türleri kapsamına tam bilgi ve asimetric bilgi kavramlarını da ekleyebiliriz. Ekonomi alanında sıklıkla kullanılan bu bilgi türleri sağlık sektöründe de mevcut olan kavramlardır.

2.2. BİLGİ ASİMETRİSİ KAVRAMI

Bilgi asimetrisi kavramını tanımlamadan önce, simetric ve asimetric bilgi kavramlarına değinmek yerinde olacaktır. Simetric bilgi, konuyla alakalı ilgili tüm bilgilerin tarafların hepsi tarafından bilindiği bir durumu ifade etmektedir. Asimetric bilgi ya da diğeri bir ifade ile bilgi asimetrisi, bir konudaki tarafların birbirinden farklı bilgi derecesine sahip olduğu durumları ifade etmektedir. (Afzal et al., 2008). Bilgi asimetrisi kavramını ilk kez George A. Akerlof kullanmıştır. “The Market for Lemons: Quality, Uncertainty, and The Market Mechanism” isimli makalesinde 1970 yılında kullanmıştır. (Temel ve Aydın, 2018).

İktisatta alıcı ve satıcıların pazar hakkında, sağıkta hastanın ve hekimin tıbbi boyutta aynı düzeyde bilgiye sahip olmaları gerçek hayatta mümkün görülmemektedir. Bunun aksine tarafların birbirinden farklı boyutta bilgiye sahip olduğu, bir tarafın diğeri taraftan daha fazla bilgili olduğu görülmektedir. (Sarıkaya, 2002).

Bilgi asimetrisi, bir veya daha fazla tarafın diğeri tarafın sahip olduğu bilgiden daha az bilgiye sahip olması durumudur. Bu durum, ekonomi, finans, sağık hizmetleri, eğitim gibi çeşitli alanlarda karşılaşılabilen bir kavramdır. Tarafların tam bilgiye sahip olmadığı, bir alan hakkındaki bilgilerin toplumun geneline eşit olarak ulaşmamasından dolayı tarafların bilginin bir kısmına ulaştığı belirtilmektedir. (Hayek, 1937). Piyasa

başarısızlığına sebep olan eksik bilgi ve belirsizlik Arrow, (1959)'a göre bu durumun sebeplerindendir.

Literatüre göre tam bilgi kuramının karşısında yer alan tarafların birbirinden farklı bilgiye sahip olduğu durumları ifade eden kavram bilgi asimetrisidir (Şahin, 2022). Kalıpcı Çağırın (2019) da bilgi asimetrisi kavramına yönelik; bilginin pek çok alanda asimetrik olarak bireylerin karşısına çıktığını belirtmiştir. En basit haliyle, alışverişte bulunan iki tarafın birinin diğerinden daha çok bilgiye sahip olması durumunda bilgi asimetrisinin mevcut olduğunu belirtmiştir.

Tam bilgi, bilgilerin her iki tarafta da bilinmesi durumu iken, asimetrik bilgi kavramı tarafların birbirinden farklı açılarda bilgiye sahip olduğu anlamına gelmektedir. Bilgi çok yönlüdür ve her bireyin tüm alanlarda eşit bilgiye sahip olması, bilim dallarında tam bilgiye erişmesi mümkün değildir. Bu bağlamda bilgi asimetrisi insan doğasında vazgeçilmez bir gerçektir. Tarafların tümünün tam bilgiye sahip olması ütöpik bir dünyada düşünülebilir. Ancak böyle bir durumda da insanlar kendi becerilerinin yettiği tüm konularda yardım almaksızın her şeyin üstesinden gelebilir. Ancak böyle bir durum gerçek dünya için ulaşılamaz bir gerçektir (Temel ve Aydın, 2018).

Asimetrik bilginin oluşmasında bilginin üretildikten sonra paylaşılması konusunda sorunların yaşanması durumu mevcuttur. Bunlar bilginin denetlenmesinden, saklanması, kısıtlanmasından ve çarpıtılmasından kaynaklanmaktadır. Bu durumlar asimetrik bilginin temel sebeplerindendir (Karakaş ve Şimşek, 2007).

Bilgi asimetrisi piyasa çeşitli sorunlara yol açmaktadır. Bilgi kümelerinin taraflar arasında aynı olmamasından kaynaklı oluşan bilgi asimetrisi durumu ekonomik olarak ortaya çıkmış bir kavram olsa da her türlü bilgi akışının mevcut olduğu ortamlarda meydana gelen bir durumdur. Bilgi asimetrisinin yol açtığı piyasa bozukluğu, ters seçim (adverse selection), ahlaki tehlike (moral hazard) ve vekalet sorunu (agency problem) gibi sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Bozkurt, 2019).

2.2.1. Bilgi Asimetrisinin Neden Olduğu Problemler

2.2.1.1. Ters Seçim

Bilgi asimetrisinin yol açtığı sorunlar arasında önemli bir etmen olan ters seçim, bir bireyin diğer bir bireyden herhangi bir ürün özellikleri açısından daha fazla bilgiye sahip olması sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Gerekli ölçüde bilgisi olmayan müşterilerin, iyi olmayan kalitede bir malı

normalinden daha yüksek fiyatlara satın alma riskiyle karşı karşıya kaldığı ve yanlış seçim yapma durumları ters seçim olarak adlandırılmaktadır (Mishkin, 1996).

Akerlof, 1970 yılında limon piyasalar üzerine yaptığı çalışmada ters seçim kavramını literatüre kazandırırken ters seçimi ikinci el otomobil piyasası üzerinden örneklendirmiştir. İkinci el otomobil piyasasında satıcılar ve alıcılar arasındaki bilgi asimetrisi nedeniyle, ortalama fiyattan daha yüksek olan limon yani kötü otomobillerin daha fazla talep görmesi ve iyi otomobillerin satışının sınırlanması örneğinde, düşük kaliteli arabalar yüksek kaliteli arabaları piyasadan dışlamaktadır (Şahin, 2022).

2.2.1.2. Ahlaki Tehlike (*Adverse Selection*)

Herhangi bir anlaşma sonrasında, iktisadî işlemin taraflarından birinin yalnızca kendi çıkarlarına hizmet edecek ahlak dışı faaliyetlerde bulunması durumunda, işlemin karşı tarafı zarara uğratma tehlikesi vardır (Bozkurt, 2019). Bu tehlike bilgi asimetrisi kapsamı içerisinde ahlaki tehlike problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu faaliyetler ahlaki olmayan bir yapıya sahiptir ve taraflardan yalnızca birinin menfaatini sağlama tehlikesine sahiptir. Ahlaki tehlike ile ters seçim arasında bir karşılaştırma yapılacak olursak, gizli bilgi ters bir karara yol açarken gizli eylem ahlaki tehlikeye yol açabilmektedir. Daha açıkça söylemek gerekirse, ahlaki tehlike taraflardan birinin anlaşma yapıldıktan sonra gerçekleştirdiği eylemin diğer taraf tarafından saklanması ile ortaya çıkmaktadır (Stiglitz, 2001).

Ahlaki tehlike durumunu, üst kademe yöneticilerinin kendi çıkarlarını şirket çıkarlarından daha fazla önemsemesi ve sigorta yaptıran bir kişinin otomobilini daha az dikkatli sürmesi gibi örneklerde görmek mümkündür (Sarıkaya, 2002).

2.2.1.3. Vekalet Problemi (*Agency Problem*)

Şirketlerin büyümesinin getirdiği karmaşıklık ve uzmanlaşma, şirket sahiplerinin her alanda bilgi sahibi olmalarını zorlaştırmıştır. Bu nedenle, şirket sahipleri profesyonel yöneticiler istihdam etme yoluna gitmişlerdir. Bu yaklaşım, karmaşıklaşan örgütsel görevleri yönetmek için etkili bir çözüm sunarken, istihdam edilen yöneticilerin kişisel davranışları ile şirket sahiplerinin asıl hedefleri arasında bir farklılık yaratmıştır (Meydan ve Çetin, 2012). Bu nedenle Vekâlet Teorisi, organizasyon sahipleri ile yöneticiler arasında ortaya çıkabilecek beklenti, niyet ve bilgi farklılıklarını ortadan kaldırmak için kontrol mekanizmaları geliştirmeyi amaçlamaktadır (Ürek ve Erigüç, 2018). Temsilcilik problemini, ahlaki tehlikeden ayıran özellik

yapılan sözleşmedir. Bu nedenle, bir tarafın diğer tarafa iş yaptırmasını içeren sözleşmeler temsilcilik sorunudur. (Jensen ve Mechling, 1976).

2.3. Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisi

Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi, sağlık hizmeti sunucuları ve hastalar arasındaki bilgiye erişimde ve paylaşımında ortaya çıkan dengesizlik veya farklılıktır. Bu durum, sağlık sektöründe birçok soruna neden olabilir ve etkileyebilir.

Birincil olarak, sağlık hizmeti sunucuları (doktorlar, hemşireler, uzmanlar) genellikle tıbbi bilgiye sahiptirler ve hastalıkların teşhis ve tedavisinde uzmandırlar. Ancak, hastalar bu bilgiye genellikle sınırlı erişimle sahiptirler ve genellikle tıbbi terimleri, teşhisleri veya tedavi seçeneklerini tam olarak anlamazlar (Beyaztaş ve Demirkan, 2001).

Bilgi asimetrisi ayrıca sağlık hizmeti sunucuları arasında da ortaya çıkabilir. Örneğin, bir doktor başka bir doktordan daha fazla uzmanlığa veya deneyime sahip olabilir ve bu durumda hasta, daha az deneyime sahip bir doktordan sağlık hizmeti alırken, karar verme sürecinde bilgi açısından eksik kalabilir (Bloom vd., 2008).

Bilgi asimetrisi, hasta-doktor ilişkisinde de sorunlara yol açabilir. Hasta, doktorun önerilerini veya teşhislerini sorgulama veya anlama fırsatına sahip olmadığında, kararlarını tam bilgiye dayandırmakta zorlanabilir. Ayrıca, sağlık hizmeti sunucuları bazen hastalara tam bir bilgi vermek yerine, bilgileri sınırlı bir şekilde sunabilir veya daha fazla bilgi paylaşmaktan kaçınabilirler (Ama J Ethics, 2016).

Sağlık hizmetleri kapsamında koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici amaçlı her türlü işlemin yer aldığı mal ve hizmetler sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan kişiler, bu hizmetleri alabilmek için belirli bir zaman ve para harcamak zorunda kalarak sağlık hizmeti piyasasını oluşturur. Sağlık hizmetleri piyasasında talep, arz ve finansman şekilleri sağlık hizmetlerinin doğası gereği sahip olduğu özellikler nedeniyle diğer hizmet türlerinden ayrılmaktadır (Bilgili ve Ecevit, 2008).

Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisinin temel çıkış noktası hasta-hekim arasındaki ilişkiler, sağlık sigortacılığı, sağlık ile ilgili tüm bilgiler ve iletilerdir. Bu alanlarda oluşturulan bilgiler hasta tarafından tam olarak bilinmemektedir. Bu bağlamda hasta-hekim arasında asimetric bilgi oluşmaktadır (Saraçoğlu ve Öztürk, 2017). Çağımızda yaygınlaşan internet kullanımı, sosyal medya kullanımı, teknolojinin her alanda etkin bir şekilde kullanımı ve son zamanlarda artan yapay zeka kullanımı ile birlikte bilgiye

ulaşmak epeyce kolaylaşmıştır. Ancak bilgiye ulaşmak, doğru bilgiye ulaşmak değildir. Artan teknoloji kullanımı bilgiye ulaşmayı kolaylaştırmasının yanı sıra kirli bilgilere ulaşma şansını da yükseltmiştir. Çok hızlı bir şekilde yayılan viral videolar, iletiler, açıklamalar, asparagas haberler, internet sitelerinde kazanç sağlamak için oluşturulan yanlış bilgi içeren reklam kutucukları, tıklanma sayısını arttırmak için oluşturulan clickbait (tık tuzağı) içerikler bilgiye doğru bir şekilde ulaşmayı engelleyen faktörlerdir. Bu bağlamda kişilerin hekime başvurmadan önce yapmış oldukları ön araştırma kişiyi yanlış bilgilere götürebilir ve bu doğru olmayan bilgileri yayma konusunda girişimlerde bulunabilir. Hastalarda ve hasta yakınlarında oluşan bu bilgi ihtiyacı doğru kaynaklardan, doğru verilerden elde edilmelidir. Teknolojinin yaygın kullanımı her ne kadar bireylere ve toplumlara kolaylık sağlasa da bu faktörden zararlı bir şekilde etkilenmek de bilinçsiz kullanıcılar için kaçınılmaz olacaktır.

Medyanın toplum üzerindeki etkisi göz önünde bulundurulduğunda, bu tür sağlık bilgilerinin eksik, yanlış ya da yanıltıcı olarak dağıtılması toplumsal sağlığını tehlikeye atacak durumlar oluşturabilir (Bozkurt, 2019). Bilgi asimetrisi aynı zamanda sağlık hizmetlerinin mali boyutunda da etkili olabilir. Sağlık sigortası şirketleri veya devlet sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmetleri hakkında daha fazla bilgiye sahip iken, hastalar genellikle sağlık sisteminden ve sağlık hizmeti maliyetlerinden habersiz olabilirler. Bu durum, hastaların sağlık hizmetlerinin fiyatını ve maliyetini tam olarak anlamamalarını ve karar verirken bilinçli seçimler yapmalarını engelleyebilir (Gökkaya ve Erdem, 2017).

Bilgi asimetrisini azaltmak için bazı adımlar atılmaktadır. Sağlık hizmeti sunucuları, hastalara daha iyi bir şekilde bilgi sunmaya çalışarak bilgi asimetrisini azaltabilirler. Hasta eğitimi ve bilinçlendirme, hastaların sağlık hizmetleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalarını sağlayabilir. Ayrıca, sağlık hizmeti sunucuları arasında daha iyi iletişim ve bilgi paylaşımı da bilgi asimetrisini azaltmaya yarayan faktörler arasında sayılabilir (Bozkurt, 2019).

Sağlık hizmeti sunmak için tek bir davranış modeli yoktur, bu nedenle her bir doktorun tedavi ve hizmet sunma şekli farklı olabilir. Herhangi bir neden olmadan hekim kendi uygun gördüğü ve beklentileri doğrultusunda bir tedavi önerebilir. Bu durum hekimin testlerden ve işlemlerden sonra gereksiz tedavi uygulamasına yol açabilir (Krupat vd., 2000). Bazı durumlarda ise tedavi gibi işlemler gerekmediği halde sağlık hizmeti talebi artabilir ve kaynakların boşa kullanımına yol açabilir (Schneider, 2004). Bu nedenle bilgi asimetrisinin varlığı hem hasta hem de hastanın sağlık sigortasını karşılayan taraf için sorunlara yol açabilir. Hasta ve hekim arasındaki bilgi

farkı, hastanın hangi tedavilerin ne kadar sürede, ne kadar büyüklükte ve ne kadar paraya mal olacağını bilmemesine neden olur (Şekerci, 2016,).

Hastakame edilemeyen, vazgeçilemeyen, tahmin edilemeyen, ölçülemeyen ve değerlendirilemeyen sağlık sorunlarına katlanmak zorundadır. Bu durum, onu doktor önünde mahkûm ve biçare bırakmaktadır (TTD, 2019).

2.3.1 Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisinin Neden Olduğu Sorunlar

Bilgi asimetrisinin neden olduğu problemler olan ters seçim, ahlaki tehlike ve vekalet problemi gibi hususlar, sağlık hizmetlerinde de çeşitli şekillerde ortaya çıkabilmektedir.

2.3.1.1 Sağlık Hizmetlerinde Ters Seçim Problemi

Sağlık sektöründe ters seçim, hastaların sigorta şirketlerinden daha fazla bilgiye sahip olmaları ve bu bilgiyi sigorta şirketlerinden gizlemeleriyle ortaya çıkan bir durumdur (Feldstein, 2005). Bu durum, hastaların kişisel sağlık durumları ve risk seviyeleri hakkında daha ayrıntılı bilgiye sahip olmaları nedeniyle sigorta şirketlerinin risk seviyesi algılarını yanıltabilmeleri anlamına gelir. Risk grubu yüksek olan hastaların sağlık hizmetlerini daha çok tüketmeleri kaçınılmazdır (Bozkurt, 2019).

Risk grubu yüksek olan hastalar, kronik hastalıklara veya ciddi sağlık sorunlarına sahip olma eğilimindedirler. Bu tür hastalar düzenli kontroller, tedaviler, ilaçlar ve diğer sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyabilirler. Risk grubu yüksek olan hastaların daha fazla sağlık hizmeti tüketmelerinin birkaç nedeni vardır. Bu nedenleri risk grubu yüksek olan bireylerdeki kronik hastalıklar, komplikasyon riski (öngörülemediği halde önlenemeyen sonuçlar), bu risk grubundaki hastaların acil durumlarla sık karşılaşmaları gibi şekilde sıralayabiliriz. Risk grubu yüksek olan hastaların daha fazla sağlık hizmeti tüketmeleri, sağlık hizmetlerinin planlanması ve kaynakların yönetilmesi açısından önemli bir faktördür. Sağlık sistemleri, bu tür hastalara etkili ve sürekli bakım sağlamak için kaynakları planlamalı ve bu ihtiyaçları karşılamak için uygun politikalar geliştirmelidir. Düşük risk grubundakileri piyasada tutabilmek için sigorta şirketlerinin risk grubundakilerin sigorta primlerini risk düzeyine göre ayarlaması gerekmektedir (Shmanske, 1996).

Bir sigorta şirketi risk grubu yüksek olan bir hastayı poliçesine dahil etmek istediğinde, hastanın sağlık geçmişi ve risk durumu hakkında yeterli bilgiye sahip olmayabilir. Hastalar, sigorta şirketlerine sağlık durumları hakkında eksik veya yanıltıcı bilgiler sunarak daha düşük primler ödemek veya daha

kapsamlı bir sigorta kapsamı elde etmek gibi avantajlar sağlamaya çalışıyor ise ters seçim problemi ortaya çıkmış demektir (Ürek ve Erigüç, 2018).

2.3.1.2 Sağlık Hizmetlerinde Ahlaki Tehlike Problemi

Bilgi asimetrisinden kaynaklanan diğer bir problem ise ahlaki tehlikedir. Sağlık hizmetlerinde ahlaki tehlike; sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar arasında ahlaki değerlere ve ilkelerine aykırı durumların ortaya çıkmasıdır (Ünal, 2021). Bu durumlar, hastaların haklarının ihlal edilmesi, etik standartlara uymama, sağlık hizmeti sunucularının çıkarlarının hastaların çıkarlarının önüne geçmesi gibi durumları içerebilir. Örneğin, bir sağlık hizmeti sağlayıcısı, hastanın bilgisi veya onayı olmadan gereksiz tıbbi işlemler yapabilir veya gereksiz ilaçlar reçete edebilir. Hastanın kâr amacı güden bir sağlık kuruluşunun veya sağlık çalışanının çıkarlarının yaratacağı sonuçlar, hastanın sağlık ve refahı üzerinde problemler oluşturabilecektir. Bu örnek ahlaki tehlike probleminde arz kaynaklı bir durumdur. Arz kaynaklı talep olarak adlandırılan bu sorun, hekimin hastanın talep eğrisini kendi çıkarları doğrultusunda değiştirmeye yönelik hareketlerde bulunması şeklinde tanımlanmaktadır (Nguyen, 2011).

Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisine neden olan ahlaki tehlike problemi arz kaynaklı olabileceği gibi talep kaynaklı durumları da içerebilmektedir. Bireyler, sigortanın ödeyeceğinden şüphe duymadıkları için, hasta olmasalar bile sağlık hizmetlerini gereksiz veya aşırı kullanmaya meyil gösterir vesâğlıklarına pek dikkat etmeyebilirler. Çünkü hastalanırlarsa sigortanın ödeme yapacağından şüpheleri yoktur (Ürek ve Erigüç, 2018).

Sağlık sigortasındaki ahlaki tehlike, hastane maliyetlerinin kasıtlı olarak artırılması veya hastaların bilinçli olarak pahalı hastaneleri tercih etmesi ve gereksiz yere farklı tedavi yöntemleri uygulaması şeklinde de kendini gösterebilir (Arrow, 1963).

2.3.1.3 Sağlık Hizmetlerinde Vekalet (Temsilcilik) Problemi

Sağlık hizmetlerinde vekalet ilişkisi, sağlık hizmeti talebinde bulunan hastaların, bilgi asimetrisi nedeniyle ne gibi hizmetten hangi derece faydalanması gerektiğini bilmemesinden kaynaklı kendilerine bir temsilci yani vekil tayin ettiği sağlık hizmeti sunucularının, kullanılacak olan sağlık hizmetini belirlemesi ve hasta adına hareket etmesi olarak tanımlanır (Vick ve Scott, 1998).

Sağlık hizmetlerinde vekalet (temsiliyet) problemi, hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarının kararlarını ve eylemlerini tam olarak kontrol etme veya anlama yeteneğine sahip olmamasından kaynaklanan bir durumdur.

Bu durumda, hastalar sağlık hizmeti sağlayıcılarına güvenmek ve onların profesyonel bilgi ve deneyimlerine dayanarak kararlar almalarına izin vermek zorundadır (Ürek ve Erigüç, 2018).

Vekalet problemi, hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarının kararlarını sorgulayamaması veya sağlık durumları ve tedavi seçenekleri hakkında tam bilgi sahibi olmamaları durumunda ortaya çıkabilir. Hastalar, sağlık hizmeti sağlayıcılarına sağlık kararlarını almada tam bir yetki verirken, karar sürecine tam olarak katılamayabilmektedir. Bu durumda, vekalet problemi çeşitli sorunlara yol açabilir. Hastalar, kendi tercihlerine uygun olmayan veya ihtiyaçlarına tam olarak yanıt vermeyen tedavileri kabul etmek zorunda kalabilirler. Sağlık hizmeti sağlayıcıları ise hastaların bilgilerine ve tercihlerine tam olarak uygun tedavileri sunamayabilirler (Öztürk ve Doğuç, 2022).

2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisine Etki Eden Faktörler

Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi oluşmasına yol açan çeşitli faktörler vardır. Bunlar bilgilendirme, bilgi edinme yolları, güven ve diğer faktörler olarak sıralanabilir.

2.3.2.1. Bilgilendirme

Hastalara doktorların sunduğu her türlü sağlık hizmeti hakkında bilgi vermek tıbbi bakımın en önemli unsurlarından biridir. Tıp alanında, hastalara verilen sağlık hizmetlerine ilişkin ne kadar bilgi verileceği ve ne kadar belirsizliğin korunacağı sürekli olarak tartışılır (Waitzkın, 1985).

Sağlık hizmetleri konusunda hastaların bilgileri nadiren hekimlerin teknik uzmanlıklarına yaklaşmakta ve hekim-hasta arasındaki tıbbi bilgi eksikliği veya yeterliği bilgi asimetrisine ve yabancılaşmaya yol açmaktadır. Bu durumda, hekimler eksik bilgiye sahip hastaların karşı karşıya olduğu belirsizlik durumunda hastalarını yönetebilir. Hekimler, hastalarının tedavinin etkinliği hakkında belirsizliği koruyabildikleri taktirde güçlerini artırabilirler (Waitzkın, 1985). Waitzkın'ın "bir kişinin cehaleti bir başkasının gücünün temelidir" ifadesi bilgi asimetrisinde belirsizliğin yol açtığı sorunu daha anlaşılır bir şekilde özetlemektedir. Desiderius Erasmus'un 1500 yılında yayınladığı "Adagia" isimli kitabında yer verdiği "Körler ülkesinde tek gözlü insan kral olur" ifadesi ile daha iyi bir felsefik yaklaşım getirmiş olup asimetrik bilgi kavramının çerçevesini daha genişletmiş hale getirebiliriz.

Bilgilendirme faktörü, bilgi asimetrisini etkileyen ve dengelemeye yardımcı olan bir faktördür. Sağlık hizmetlerinde bilgilendirme faktörünü etkileyen bazı önemli faktörler:

- Sağlık profesyonellerinin karmaşık tıbbi terminolojiyi anlaşılır bir şekilde aktarmaları ve hastaların/kişilerin sorularını yanıtlamaları, bilgilendirme sürecini geliştirir (Beyaztaş ve Demirkan, 2001).
- Daha yüksek eğitim düzeyine sahip olan bireyler genellikle daha fazla sağlık bilgisine sahip olabilirken, düşük eğitim düzeyine sahip olanlar daha fazla bilgilendirmeye ihtiyaç duyabilir (Long vd., 2022).
- Farklı kültürel inançlar ve değerler, bilgilendirme sürecinde dikkate alınması gereken faktörlerdir (Levin ve Mamlok, 2021).
- Yapılan çalışmalarda sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorluk yaşayan bireyler, sağlıkla ilgili bilgilere erişimde ve sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla iletişim kurmada güçlükler yaşayabilir (Schwarz vd., 2022).
- İnternet ve dijital teknolojiler, bilgilendirme faktörünü etkileyen önemli bir rol oynar. İnternet, hastaların/kişilerin sağlıkla ilgili bilgilere erişmesini kolaylaştırabilir (Ndayishimiye vd., 2023).

2.3.2.2. *Bilgiye Erişim Yolları*

Sağlık alanında hasta haklarının gelişmesine paralel olarak, bilgi edinme imkanları ile hastalar kendi adına karar veren hekimin belirleyici konumunu değiştirebilir (Şahin, 2022). Zamanla hekim ile hasta arasındaki asimetrik güç dengesi bozulurken hasta bilgilendirmenin nasıl ve hangi yollarla yapılacağı konusundaki tartışmalar da ortaya çıkmıştır (Şencan ve Uyar, 2014).

Bireyler, sağlık hizmetine başvuracağı zaman ihtiyaç duyduğu bilgiyi kullanmak için resmi veya gayri resmi yolları kullanabilir. Resmi sağlık bilgi kaynakları arasında eczacı, sağlık personeli, telefon danışma hattı, tıbbi kurslar (ilk yardım, hamilelik okulları vb.), medikal kitaplar ve hasta grupları yer almaktadır. Gayri-resmi sağlık bilgi kaynakları arasında ise televizyon, radyo, gazete, dergi, internet, sosyal medya, hasta arkadaşları, geleneksel tıp, dini kaynaklar ve mobil sağlık uygulamaları yer almaktadır (Lambert ve Loiselle, 2007).

2.3.2.3 *Deneyim*

Sağlık piyasasında, müşterilerin sağlık hizmetlerini almadan önce hizmetin kalitesi kontrol edilemeyeceği için sağlık hizmetleri deneyim gerektiren bir süreçtir. Örneğin, bir hastaya verilen bir ilacın etkisi ve kalitesi, ilaç kullanıldıktan sonra hastalığın seyrinde gerileme veya ilerleme ile anlaşılabilir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin deneyim malı olarak algılanma biçimi hem hastaların hem de sağlık kurumlarının tecrübe etmesine göre değişebilir (Arrow, 1963). Böylece hasta, sağlık hizmetlerinden yararlanırken fayda

sağlayıp sağlamama durumuna göre tekrar aynı sağlık hizmetine gitmeye karar verebilir (Akbaş, 2014).

2.3.2.4. Güven

Türk Dil Kurumuna göre güven kelimesi “Korku, çekinme ve kuşku duymadan inanma ve bağlanma duygusu” anlamına gelmektedir (TDK). Güvenin iki tarafı vardır. Birincisi, kişilerarası güven, bir kişinin güvenilirliğini zaman içinde test etme fırsatına sahip olduğunda ortaya çıkar. İkinci olarak, sosyal güven, bir grup insanın bir kuruma olan güvenini ifade eder ve kurumun geçmişi, medya ve genel sosyal güven tarafından etkilenir (Egede ve Ellis, 2008). Luhman’a (1979) göre güvenden yoksun kurulan ilişkiler sadece anlık ilişkiler olabilir. Hastanın sağlık hizmeti sunan kişilere güvenmesi, sağlık hizmeti sunan kişinin hasta için en iyisini yapacağına ve hastanın savunmasızlığını kabul ederek iyi niyetle davranacağına dair çeşitli beklentileri ifade etmektedir (Tatlı ve Kazan,2020).

Hekim ve hasta arasındaki ilişkinin en önemli bileşeni güvendir (Pearson ve Raekc, 2000). Sağlık hizmetlerinde güven, sağlık sistemlerinin etkinliği, hasta sağlığı ve sağlık sonuçları için büyük bir öneme sahiptir. Güven, hasta-hekim ilişkisinin temelini oluşturur. Hasta, hekime güven duyarsa, sağlık sorunlarını açıkça ifade edebilir, tedavi önerilerini takip edebilir ve sağlık durumu hakkında gerekli bilgilendirmeyi alabilir. Bu da tedavi başarısını artırır ve hastanın iyileşme sürecini olumlu yönde etkiler. Güven eksikliği, hasta-sağlık hizmeti sağlayıcı ilişkisini zayıflatır ve etkili tedaviye engel olabilir (Koca ve Eriğüç, 2021).

Güven duygusu, hastaların hekimlerden aldıkları bilgilere güvenmelerini sağlar. Hekimin bilgisi ve uzmanlığına güvenen hastalar, tedavi seçenekleri hakkında daha bilinçli kararlar alabilirler. Güven eksikliği, hastaların bilgilere şüpheyle yaklaşmalarına ve karar verme sürecini olumsuz etkilemelerine neden olabilir. Güven, sağlık sistemine olan genel güveni de etkiler. Sağlık hizmetlerindeki güven eksikliği, toplumda sağlık sistemine olan güveni azaltır ve sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz etkileyebilir. Bu da sağlık sonuçlarını olumsuz yönde etkileyebilir ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini azaltabilir (Nal, 2021).

2.3.1.5 Diğer Faktörler

Hastanın aldığı sağlık hizmetlerinden maksimum fayda sağlamak için ne tür göstergeleri göz önünde bulundurduğu ve bu göstergeleri nasıl algıladığı önemlidir. Bazı hastalar vakalarının kapsamlı bir şekilde anlatılmasını ve tartışılmasını tercih ederken, diğer hastalar asgari düzeyde bilgiye sahip

olmak isterler. Ya da bilgi yerine işaretler arayabilirler. Örneğin, bir hekimin aldığı ödüller, hastanenin konumu, yaş, cinsiyet, ırk veya etnik köken bir işaret olarak kullanılabilir. Ayrıca, bir pratisyen hekim, kurul tarafından onaylı bir dahiliyeci veya bir hekimin aldığı ödüller de seçilebilir (Gaynor ve Vogt, 1999). Tüm bunlar hastanın hekim karşısındaki bilgi eksikliğini veya bilgiye ihtiyaç duyma arzusunu ve düzeyini etkileyebilir ve bilgi asimetrisinin varlığını ve yaşanmasını azaltıcı bir unsur olarak rol oynayabilir.

SONUÇ

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmet sektörlerine göre kendine has özelliklerinden olan, yoğun bir uzmanlık bilgisi gerektirmesi sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi oluşmasında önemli bir yere sahiptir. Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi, birçok soruna neden olabilir ve olumsuz sonuçlar doğurabilir. Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi, karar verme sürecinde, hasta-hekim arasındaki iletişimde, tedavi sürecinde önemli rol oynayan bir faktördür. Bu faktör güven eksikliği ve belirsizlik gibi olumsuz sonuçların doğmasına neden olabilir. Hastanın bilgi ihtiyacının karşılanması, durumu hakkında hekimin hastayı bilgilendirmesi, hastanın sahip olduğu güven duygusu, daha önceki deneyimler, hastanın kişisel özellikleri ve algıları veya bazı işaretler bilgi asimetrisinin varlığını veya yaşanmasını etkileyebilir. Bu faktörler, bilgi farklılığına rağmen hastanın varolan bilgi eksikliği miktarı veya ihtiyaç düzeyini azaltıcı veya yok edici bir etki ortaya çıkararak, sağlık hizmetleri piyasanın işleyişi ve hizmet sunumunun daha etkin, verimli ve kesintisiz bir şekilde sürdürülmesine katkı sağlayabilecektir. Yapılan araştırmalar, çeşitli önlemler alınarak bilgi asimetrisinin yaratabileceği olumsuzlukların azaltılabileceği ve daha eşitlikçi, hasta-merkezli ve bilgiye dayalı sağlık hizmetinin sağlanabileceğini vurgulamaktadır.

Kaynakça

- Afzal, W., Roland, D., & Al-Squri, M. N. (2009). Information Asymmetry And Product Valuation: An Exploratory Study. *Journal Of Information Science*, 35(2), 192-203.
- Akbaş, E. (2014). Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörler (Manisa Merkez efendi Devlet Hastanesi örneği). *TC BEYKENT ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL*, S, 14.
- Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü” Temel Kavramlar Ve Avrupa Birliği’nde Durum Ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”.
- Akerlof, G. A. (1970). The Market Of “Lemons”: Quality, Uncertainty And The Market Mechanism. *The Quarterly Journal Of Economics*, 84(3), 488-500.
- Aktan, C. C. ve Vural, İ.Y. (2009). Bilgi Nedir?, Bilgi Sistemleri, <http://www.canaktan.org/> (11.07.2024)
- Al-Shorbaji, N., & Al-Shorbaji, N. (2021). Improving healthcare Access through digital health: the use of information and communication technologies. *Healthcare Access*, 10. (2)
- AMA J Ethics*. (2016). Could Good Care Mean Withholding Information from Patients? <https://journalofethics.ama-assn.org/sites/joecdb/files/2018-05/ccas1-1601.pdf> (10.07.2024)
- Arrow, K. J. (1959). Economic Welfare And The Allocation Of Resources For Innovation. *The Rand Corporation P-1856-Rc*, 1-23.
- Arrow, K. J. (1963, December). Uncertainty And The Welfare Economics Of Medical Care. *The American Economic Review*, 53(5), S. 941-973.
- Beyaztaş, F. Y., & Demirkan, Ö. (2001). Tıbbi Girişim Öncesi Bilgilendirilmiş Rızanın Alınması ile İlgili Bir Anket Çalışması. *Adli Tıp Bülteni*, 6(2), 76-80.
- Bilgili, E., & Ecevit, E. (2008). Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler Ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 201-228.
- Bloom, G., Standing, H., & Lloyd, R. (2008). Markets, information asymmetry and healthcare: towards new social contracts. *Social science & medicine*, 66(10), 2076-2087.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American psychologist*, 36(2), 129. (3)
- Bozkurt, İ. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Asimetrik Bilgi Ve Belirsizlik Algısı İle Müşteri Memnuniyeti Ve Sadakati Arasındaki İlişki Üzerine Güven Düzeyinin İlimlaştırıcı Etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. *Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep Üniversitesi*.
- Dura, Cihan ve Hayriye Atik (2002), Bilgi Toplum-Bilgi Ekonomisi ve Türkiye, Literatür Yayıncılık, İstanbul

- Duygu, Ü. R. E. K., & Erigüç, G. Vekâlet Teorisi'nin Sağlık Sektöründeki Yan-sımlarının Ulusal Ve Uluslararası Çalışmalar Bağlamında Değerlendiril-mesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(2), 180-194.
- Egede, L. E., & Ellis, C. (2008). Development and testing of the multidimensi-onal trust in healthcare systems scale. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 808-815.
- Erasmus, D. (2002). *Adagia*. Joa. Frobenius.
- Feldstein, P. J. (2005). Healthcare economics (Sixthedition). United States of America: Thomson Delmar Learning.
- Fidan, H. (2013). İktisadi Açıdan Bilgi Kavramı Ve Bilgi Kavramına Yaklaşım-lar Üzerine Bir İnceleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 4(9), 94-104.
- Freud, S., & Yılmaz, Z. A. (2021). Totem ve Tabu. *İstanbul: İş Bankası Kültür Yayınları*.
- Gaynor, M., & Vogt, W. B. (1999). *Antitrust And Competition In Health Care Markets*. Amsterdam: North-Holland: Nber Working Paper.
- Gökkaya, D., & Erdem, R. (2017). Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Hastalık Şiddeti Algısıyla Değerlendirilmesi. *Süleyman Demi-rel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (26), 149-184.
- Güzel, C. (2003). Platon'un Bilgi Görüşü. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakül-tesi Dergisi*, 20(2).
- Hayek, F. A. (1937). Economics And Knowledge. *Economica, New Series*, 4(13), 33-54.
- Jensen M.C. Ve Mechling, W. (1976) "Theory Of The Firm: Managerial Be-havior, Agency Costs And Ownership Structure.", *Journal Of Financial Economics*, C. 3, S. 4, Pp. 305-360
- Kalıpçı Çağır, F. (2019) Gönüllü Kamuyu Aydınlatma İle Bilgi Asimetrisi İlişkisi: Borsa İstanbul'da Bir Uygulama.
- Karakaş, A. Ve Şimşek, S.(2007): "Asimetrik Bilgi – İktidar Ve Kurumsal Dü-zenleme Üzerine", *Tühis İş Hukuku Ve İktisat Dergisi*, Cilt: 20, Sayı: 4-5, Kasım 2006 / Şubat, S. 21-27.
- Kesgin, Ç. ve Topuzoğlu, A. (2006). Sağlıkın Tanımı; Başa çıkma, *Journal of Istanbul Kultur University*, 3, 47-49.
- Klein, P. D. (1998). Knowledge, Concept Of. *Routledge Encyclopaedia Of Philo-sophy, London & New York: Routledge*, 266-76.
- Koca, G. Ş., & Erigüç, G. (2021). Hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi: has-taların bakış açısıyla ölçmeye yönelik bir ölçek geliştirme çalışması. *Ma-nisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19 (Armağan Sayısı), 186-202.

- Kocaman, N., Özkan, M., Armay, Z., & Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 271-280.
- Krupat, E., Yeager, C.M. Ve Putnam S. (2000). Patient Role Orientations, Doctor-Patient Fit and Visit Satisfaction, *Journal Of Psychology and Health*, 15 (5), 707-719.
- Lambert, S. D., &Loiselle, C. G. (2007). Health Information – Seeking Behavior. *Qualitative Health Research* , 17(8), 1006-1019.
- Levin, I., & Mamlok, D. (2021). Culture and society in the digital age. *Information*, 12(2), 68.
- Long, Y., Jia, C., Luo, X., Sun, Y., Zuo, W., Wu, Y., ... & Lin, Z. (2022). The impact of high education on health literacy: a comparative study between urban and rural China. *Sustainability*, 14(19), 12142.
- Martensson, M. (2000). A critical review of knowledge management as a management tool. *Journal of knowledge management*, 4(3), 204-216.
- Meydan, C. H., & Çetin, F. (2012). Vekalet Kuramı. *Örgüt Kuramları*.(141-161). İstanbul: Beta Basım Yayın.
- Mishkin, F.S. (1996), “Understanding Financial Crises: A Developing Country Perspective”, National Bureau Of Economic Research Working Paper Series, No. 5600, May, S.2
- Nal, M. (2021). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sistemine Güven. *Bandırma Onyediyüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 1-10.
- Ndayishimiye, C., , H., & Middleton, J. (2023). A systematic coping review of digital health Technologies during COVID-19: a new normal in primary healthcare delivery. *Health and Technology*, 13(2), 273-284.
- Nguyen, H. (2011). The Principal-Agent Problems in Health Care: Evidence from Prescribing Patterns of Private Providers in Vietnam. *Health Policy and Planning*,26, i53-i62.
- Öztürk, Z., & Doğuç, E. (2022). Vekalet Teorisi Kapsamında Hasta Hekim İlişkinin Araştırılması.*Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(1), 38-75.
- Pearson, S. D., & Raeke, L. H. (2000). Patients’ trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *Journal of general internal medicine*, 15, 509-513.
- Saraçoğlu, S., & Öztürk, F. (2017). Sağlık hizmetlerine yönelik talebin belirleyicileri: Türkiye üzerine bir uygulama. *İş ve Hayat*, 2(4), 293-342.
- Sarıkaya, M. (2002), “Asimetrik Bilgi Çerçevesinde Müzayedeler”, İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt:3, Sayı:2, S.99.
- Schneider, U. (2004). Asymmetric Information and The Demand For Health Care–The Case Of Double Moral Hazard. *Schmollers Jahrbuch: Journal Of*

Applied Social Science Studies/ Zeitschrift Für Wirtschafts-UndSozialwissenschaften, 124(2), 233-256.

- Schwarz, T., Schmidt, A. E., Bobek, J., & Ladurner, J. (2022). Barriers to accessing healthcare for people with chronic conditions: a qualitative interview study. *BMC health services research*, 22(1), 1037.
- Shmanske S. (1996) "Information Asymmetries in Health Services: The Market Can Cope", *The Independent Review*, 1(2): 191-200.
- Stiglitz, J. E. (2001). Information and The Change in The Paradigm in Economics. *Prize Lecture*, 472-540.
- Sümbüloğlu, V., & Sümbüloğlu, K. (2000). *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri*. Hatiboğlu Yayınları.
- Şahin, Y. (2022). Hamilelik Sürecinde Bilgi Asimetrisine Etki Eden Faktörler: İstanbul'daki Hamileler Üzerine Bir Araştırma.
- Şekerci, N. (2016). Özel Hastane Hizmetlerinde Asimetrik Bilgi ve Ahlaki Tehlike İlişkisi Yüksek Lisans Tezi. 1-46. Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Şencan, N., & Uyar, M. (2014). Hasta Hakları Bağlamında Direkt Tüketiciye İlaç Reklamları Üzerine Kalitatif Bir Çalışma. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 164-176.
- Tatlı, H. S., & Kazan, H. (2020). Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyeti Etkileyen Faktörler: Güven Ve Kalite. *İstanbul İktisat Dergisi*, 70(1), 205-227.
- Tdk. (N.D.). *No Title*. [https://Sozluk.Gov.Tr/\(10.07.2024\)](https://Sozluk.Gov.Tr/(10.07.2024))
- Temel, K., & Aydın, M. (2018). Sağlık Hizmetlerinde, Hasta-Hekim İlişkisinde Yaşanan Bilgi Asimetrisinin Ortaya Çıkardığı Ekonomik Sorunlar: Çanakkale Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 745-765.
- Topdemir, H. G. (2009). Felsefe nedir? Bilgi nedir?. *Türk Kütüphaneciliği*, 23(1), 119-133. (5)
- Ttd, Hasta-Hekim İlişkisinde Etik İlkeler https://Www.Toraks.Org.Tr/Uploadfiles/215201114502-Hekim_hasta_iliskisi.Pdf (15.04.2023)
- Türkiye Bilişim Derneği, (2006) Bilgi Yönetimi El Kitabı Çalışma Grubu 4, 2005-2006 Dönemi Çalışması, 5-Mayıs-2006, Ankara.
- Uçak, N. Ö. (1997). Bilgi gereksinimi ve bilgi arama davranışı. *Türk Kütüphaneciliği*, 11(4), 315-325. (1)
- Uçak, N. Ö. (2010). Bilgi: Çok Yüzlü Bir Kavram. *Türk Kütüphaneciliği*, 24(4), 705-722.
- Ünal, M. (2021). Sağlık Hizmetlerinde Asimetrik Enformasyon Sorunu ve Çözüm Önerileri. *Journal of Medical Sciences*, 2(1), 6-11.
- Ünal, Ö. (2016). *Hasta Hekim İletişimin Hastanın Hekim Bağlılığına Ve Hastane Bağlılığına Etkisi* (Doctoral Dissertation, Sakarya Üniversitesi (Turkey)).

- Ürek, D. ve Eriğüç, G. (2018). Vekalet Teorisinin Sağlık Sektöründeki Yansımaların Ulusal ve Uluslararası Çalışmalar Bağlamında Değerlendirilmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4 (2), 180-194.
- Vick, S., ve Scott, A. (1998). Agency in healthcare. Examining patients' preferences for attributes of the doctor-patient relationship. *Journal of health economics*, 17(5), 587-605.
- Waitzkin, H. (1985). Information Giving In Medical Care. *Journal Of Health and Social Behavior*, 26(2), 81-101.
- Weisbrod. A. (1991) "Competition In Health Care: A Cautionary View" Institute For Research On Poverty Discussion Paper, University Of Wisconsin

Sağlık Yönetimi Bakışıyla Deprem Süreçlerinde Enfeksiyon ve Hijyen

Fatma Esen Sarigüllü Önalın¹

Filiz Uçan Türkmen²

Özet

Deprem sonrasında yetersiz temiz su, kalabalık barınma ortamları, atıkların toplanamaması, vektör sayısının artması, kanalizasyon sularının içme sularına karışması yetersiz hijyen koşullarının oluşmasına neden olur. Bu duruma yetersiz beslenmede eklenince enfeksiyon hastalıkların ortaya çıkması ve salgınlara dönüşme hızı artar. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşımın zayıflaması ve mevcut çevre koşullarında meydana gelen değişimler de enfeksiyonların ve bunlara bağlı oluşan salgınlara oluşumunu tetikler. Depremlerden sonra su ve gıdaların fekal kontaminasyonu Hepatit A, Hepatit E, Tifo, Kolera ve Shigelloz enfeksiyonlarına, hijyenik olmayan barınaklarda vektörlere maruziyet ise Sıtma, Leishmaniasis ve Uyuz enfeksiyonlarının artmasına neden olur. Bu enfeksiyonlara bağlı salgınlara önlenmesinde en önemli enfeksiyon kontrol önlemleri su ve el hijyenidir. Toplum sağlığının korunması için temiz su kaynaklarına erişim en yakın zamanda sağlanmalıdır. Aynı zamanda gıdaların hijyenik ortamda hazırlanması ve saklanması mikroorganizmaların yayılmasını engelleyeceğinden enfeksiyonları önlemeye yardımcı olabilir. Diğer bir enfeksiyon kontrol önlemi ise vektörlerle mücadeledir. Ayrıca salgınlara kontrol altına alınabilmesi için uygun bir sürveyans sistemi kurulmalıdır. Böylelikle toplum sağlığının korunması sağlanarak toplum sağlığını etkileyen hastalıklar oluşmadan önenebilir. Bu bölümde hijyen uygulamalarının toplum sağlığını korumada öneminin büyük olduğu ve enfeksiyon kontrol önlemlerinin önceden belirlenmesinin ve bunlara yönelik kontrol çalışmalarının yapılmasının afet sonrası enfeksiyon hastalıklarını ve salgınlara azaltabileceği vurgulanmıştır.

- 1 Dr.Öğr.Üyesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, esenonalan@kilis.edu.tr, Orcid: 0000-0002-1374-4338
- 2 Doç. Dr, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Fen Fakültesi, Moleküler Biyoloji ve Genetik Bölümü, ucanfiliz@gmail.com, Orcid: 0000-0002-3653-9433

Giriş

Depremler derinlerde meydana gelen doğal olaylardır. Yer kabuğunun birkaç kilometre altında olduğunda merkez üssünde yıkıcı olabilir. Depremi verdiği tahribatlar ölümlere neden olduğu gibi çeşitli hastalıklara da neden olabilir (Tuna, 2023). Depremler binlerce insanın ölümüne, yaralanmasına ve evsiz kalmasına neden olan doğal afetler arasında yer alır (Mavrouli, 2023a). Diğer doğa olaylarından daha farklıdır. Türkiye’nde içinde bulunduğu Anadolu levhasında tarih boyunca büyük depremler meydana gelmiştir. Burada meydana gelen depremlerden en çok etkilenen ülke Türkiye olmuştur (Avcu, 2023). 6 Şubat 2023 yılında dokuz saat arayla sırasıyla 7,8 ve 7,4 büyüklüğünde depremler meydana gelmiştir. Bu yıkıcı depremler sonrası akut dönemde insanların yaşadığı yerlerin çökmesiyle travmalar ve ölümler meydana gelirken depremden sonraki dönemde ise enfeksiyonlar nedeniyle ölümler meydana gelmiştir. Böyle yıkıcı depremlerin ciddi sağlık, sosyal ve ekonomik etkileri vardır (Avcu, 2023).

Depremlerden sonra kanalizasyon sistemlerinden içme sularına sızıntı, deprem hasarı nedeniyle kullanılabilen hastane ve sağlık hizmetinin azalması, kalabalık kamplarda erişim yetersizliğinden dolayı hijyen eksikliği gibi nedenler enfeksiyonların oluşmasına neden olur. Deprem sonrası enfeksiyon ve salgınlar 4-30 gün sonra meydana gelir (Avcu, 2023). Yıkıcı depremler sonucu enfeksiyonların gelişmesinde alt yapı sistemlerinin zarar görmesi ile onarılmaz hale gelmesi, çöken binalar nedeniyle meydana gelen yaralanmalar, sağlık tesislerinin zarar görmesi, suya ve gıdaya erişimin zorlaşması, ortak yaşam alanlarının azalması, vektörlerin çoğalması, insanların kullandığı ilaçların kaybı, travmadan kaynaklanan stres, yetersiz hijyen uygulamaları gibi etmenler etkilidir (Tuna, 2023; Avcu, 2023).

Su dağıtım sistemlerinin depremde hasar görmesi ile şebeke dağıtım suyunun kesilmesi, su sıkıntısı çekilmesi, şebekenin zarar görmesi sonucu kırılan bölgelerden içeriye kanalizasyon suları veya kirli suların sızması, evlerin hasar görmesi sonucu barınaklarda kalabalık şekilde yaşam sürdürülmesi bulaşıcı hastalıkların başlamasına neden olur (Bartelsand Van Rooyen, 2012). Kadavraların salgınlara neden olma olasılığı oldukça düşüktür. Halkın cesetlerden enfeksiyon kapma riski de oldukça düşüktür. Kadavralarla yakın fiziksel temas yapan kurtarma ekibi risk altında olabilir fakat alınacak önlemlerle bu risk azaltılabilir. Cesetlerin halka enfeksiyon yaydığı tek durum kolera salgınları sırasında olmaktadır. Doğal afetler önceden tanımlanmamış enfeksiyonların oluşmasına neden olamamaktadır (Bartels and Van Rooyen, 2012).

Etkin bulaşıcı hastalık yönetimi için bildirim ve kayıt şarttır. Bölgede çalışan tüm çalışanlara bu açıklamaların nerde ve nasıl yapılacağı konusunda bilgi verilmelidir. Elde edilen bilgilerin kısa sürede değerlendirilmesi gerekmektedir. Afet bölgelerindeki endemik hastalıklar ve aşılama oranları göz önünde bulundurularak salgınlara yol açabilecek hastalıklar belirlenmeli ve bu hastalıkların kontrolüne yönelik önlemler alınmalıdır (Akbiyık ve Tekindal, 2023). Olası vakalar ilişkin standart vaka tanımları yapılmalı ve çalışanlara açıklanmalıdır. Acil durumlarda kullanılacak aşı, ilaç, oral rehidrasyon sıvısı gibi malzemelerin miktarı belirlenmeli, gerektiğinde nereden temin edileceği belirlenmelidir. Depremi takip eden günlerde hastalar ve yakınları yani olası temaslılar izlenmeli enfeksiyon kontrolünün sağlanması için önlemler alınmalıdır. Özellikle kirlenmiş su ve yiyeceklerle bulaşan hastalıkları önlemek için hijyen koşulları sağlanmalı, temiz su temini ve depolanması sağlanmalı, dışkılar uygun şekilde uzaklaştırılmalı ve atıklar arıtılmalıdır (Baran ve Özer, Orak vd., 2023).

1. Deprem Sonrası Su ve Gıda Kaynaklı Enfeksiyonlar ve Hijyen

Depremden sonra hayatta kalanların kaldığı barınma kamplarında en önemli ölüm sebebi ishaldir. İshalin nedeni genellikle kirli su kullanımından kaynaklanır. Su kirliliği; kanalizasyon karışması, suyun taşınma veya depolanma sırasında kirlenmesi sonucu oluşur. Ayrıca ishal nedeniyle salgınların meydan geldiği rapor edilmiştir (Avcu, 2023). İshallerin diğer bir nedeni de gıdaların fekal kirlenmesidir (Bayram, 2014). Kanalizasyon sistemlerinin zarar görmesi, hijyen ürünlerinin eksikliği ve kontamine olması, aşırı kalabalık nedeniyle yetersiz hijyen, yiyeceklerin hazırlanmasında kullanılan kapların kontamine olması bu enfeksiyonların sebeplerindedir. Depremden sonra su ve gıda kaynaklı en çok görülen enfeksiyonlar; Hepatit A ve E, Tifo, Kolera ve Shigellozdur (Tuna, 2023).

1.1. Hepatit A ve E

Bunlar içme sularında ve gıdalarda dışkı kirliliği sonucu oluşan hastalıklardandır. Etkenleri sırasıyla Hepatit A virüsü (HAV) ve Hepatit E virüsüdür (HEV). Temel yaklaşım destekleyici tedavi olmalıdır. Hepatit E'nin hamilelerde hızlı bir şekilde ilerleyeceğinin unutulmaması gerekir. Depremlerde sanitasyon yetersizliği (su ve besinlerin kirlenmesi), kişisel temizliğe dikkat edilmemesi bu iki hastalığın yayılmasında en önemli iki kriterdir. Hepatit A ve E den korunmada kontrolsüz suların içilmemesi ve kontrolsüz gıdaların tüketilmemesi, su ve besinlerin kirlenmesinin önlenmesi, el hijyeninin sağlanması, çiğ olarak tüketilen sebze ve meyvelerin çok iyi yıkanması gerekmektedir. Ayrıca deprem sırasında şebeke su

sistemlerine kanalizasyon suyu karışma riskine karşı şebeke suları klorlama ile dezenfeksiyonu sağlanana kadar içilmemeli, kullanma zorunluluğunda kaynatılarak tüketilmelidir (Tuna, 2023; Avcu, 2023; Orak vd., 2023).

1.2. Tifo ve Paratifo

Bu hastalıklar, depremde temiz suyun fekal yolla kirlenmesi, temiz su alanlarının azalması, hijyen kurallarına uyulmaması gibi sebeplerden dolayı görülen enfeksiyonlardan olup salgınlara neden olabilir (Sutionovd; 2010). Tifo ve paratifo benzer klinik bulgular gösteren hastalıklar olmakla beraber tifo daha ağır seyreden bir enfeksiyondur. Tifo etkeni *Salmonellatyphi*, paratifo etkenleri ise *Salmonellaparatyphi* A, B ve C bakterileridir. Mikroorganizmaların fekal oral yolla alınmasından 10-14 gün sonra halsizlik, iştahsızlık, kuru öksürük, karın ağrısı, yavaş yavaş yükselen ve birinci hafta sonunda 39°C'ye yükselen ateş görülür. Vakaların çoğunda kabızlık görülür. Bağırsak delinmesi ve kanamalara yol açarak ciddi tablolar oluşturabilir (Yücel., 2010). Az miktarda lökosit ve eritrosit içeren ishalde görülebilir. Tifo ve paratifoda korunmada el hijyenin sağlanması, depremde zarar gören şebeke su sistemlerine kanalizasyon suyu karışma ihtimali göz önünde bulundurularak şebeke su sistemleri onarım ve dezenfeksiyon işlemleri tamamlanana kadar kullanılmamalı, şebeke suyu kullanma zorunluluğunda kaynatıldıktan sonra kullanılmalıdır. Gıdaların dışkı ile kirlenmesinin engellenmesi, hayvansal ürünlerin kesimi ve saklanmasıyla dışkıyla kontaminasyon engellenmelidir (Tuna., 2023; Yücel., 2010; Sutiono vd., 2010)

1.3. Kolera

Kolera, depremde temiz su kaynaklarının dışkıyla kirlenmesi, kişisel hijyen kurallarına uyulmaması durumunda görülen enfeksiyondur (Tuna, 2023). Kolera 2-3 günlük kuluçka sonrası hızla gelişen pirinç yıkantısı suyu şeklinde bol ishal ve kusma görülür. Kolera etkeni *Vibriocholerae*' dir. Ağır vakalar takip edilerek hastaneye kaldırılmalıdır. Ağır olgular ve tedavi edilmemiş olgularda mortalite oranı %50 iken tedavi edildiğinde bu oran %1'dir. Salgınlar sırasında hafif ishalden hızla ölüme götüren ağır ishale kadar farklı tablolar oluşturabilir. Korunmada hijyenik önlemler çok önemlidir. El hijyeni sağlanmalı ve enfekte su kaynaklarının bertarafı önemlidir. Şehir şebeke suları klorlandıktan sonra kullanılmalıdır (Akbiyık and Tekindal, 2023).

1.4. Şigeloz

Deprem sonrası geçici barınma alanlarındaki koşullar nedeniyle *Shigella* sp. suşunun neden olduğu Şigeloz hastalığının toplumda dışkı ile kontamine

olan gıda ve su aracılığıyla hızla yayılarak daha sık görülmektedir. 1999 Marmara depreminden sonra *Shigellaspp.* etkeni ishallerin arttığı rapor edilmiştir (Avcu, 2023). Hastalıktan korunmada temiz su teminine yönelik önlemler alınması, suların klorlanması, alt yapı sistemlerinin düzenlenmesi, gıda hijyenine ve kişisel hijyen kurallarına uyulması ve özellikle el hijyenine dikkat edilmesi önem arz etmektedir (Mavrouli, 2023b).

2. Deprem Sonrası Vektör Kaynaklı Enfeksiyonlar ve Hijyen

Deprem sonrasında vektör kaynaklı enfeksiyon hastalıklarının gelişim riski belirgin şekilde artmaktadır (Bayram vd., 2014). Depremlerin binalara zarar vermesi ve aynı zamanda yaşanan korku sebebiyle dışarıda kalmak insanların böcek ısırıklarına maruz kalmasına neden olur. Depremler vektörlerin yaşam habitatlarını değiştirebilir. Açık havada yaşamak, strese bağlı olarak bağışıklık sisteminin zayıflaması, atıkların toplanamamasına bağlı olarak vektörlerin yeni üreme alanları oluşturması, mücadele yöntemlerinin aksaması vektör kaynaklı enfeksiyon hastalıklarının salgını için risk oluşturmakla birlikte kalabalık duyarlı konakçı, zarar görmüş sağlık altyapısı, durdurulan vektör kontrol faaliyetleri deprem sonrasında görülen sıtma, leishmaniyazis gibi hastalıklar da risk faktörü oluşturabilir. Hastalığın endemik olduğu bölgelerde deprem sonrası salgın görülmesi dikkat çekmektedir (Akbiyık ve Tekindal, 2023; Çelebi, 2021). Vektör ve patojenlerin düzenli olarak izlenmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ile bu salgınlar sağlıklı şekilde yönetilebilir (Tunah vd., 2023).

2.1. Sıtma

Sıtma, dişi anofel sivrisinekler tarafından taşınan *Plasmodium* türü parazitlerin etken olduğu ve sivrisineğin ısırmasıyla insana bulaşan bir enfeksiyon hastalığıdır. *P.falci-parum*, *P.vivax*, *P. malariae* ve *P.ovale* türleri sıtmaya neden olur. Sıtmanın dünyada en sık görülen ağır seyirli ve ölümlere neden olabilen türü *P.falci-parum*'dur. İkinci sırada *P.vivax* yer almaktadır. Ülkemizde en sık rastlanan türü *P.vivax*'dır. Dönüşümlü bir şekilde tekrarlayan şiddetli titreme, üşüme, yüksek ateş, bol terleme görülür (Kınıklı ve Cesur, 2020; Çelebi, 2021; Tunah vd., 2023). Depremden sonra sıtma vakalarında artış olduğu belirtilmiştir (Akbiyık ve Tekindal; 2023). Korunmada cibinlik ve sinek kovucuların kullanılması, havuz ve durgun sularda sinek lavrasıyla beslenen *Gambusia* veya *Respora* cinsi balıklar yetiştirilmelidir (Kınıklı and Cesur, 2020).

2.2. Leishmaniasis

Deprem sonrasında protozoan parazitlerin neden olduğu vektör kaynaklı bir hastalıktır. Vektörü tatarcık sineğidir. Tatarcık sineği hastalıklı kişiden aldığı paraziti sağlıklı kişilere taşır. Ülkemizde Güney Doğu Anadolu bölgesinde özellikle Şanlıurfa ilinde ve Güney Akdeniz’de *L.tropica* türü görülür. Deprem nedeniyle konutların yıkılması, aşırı kalabalık, yetersiz vektör kontrol önlemleri ve olumsuz barınak koşulları bulaşmadan sorumlu tatarcık vektörleri için ideal yaşama ortamı sağlar. 6.02.2023 tarihinde merkez üssü Kahramanmaraş olan Türkiye’de meydana gelen deprem sonrasında Leishmaniasis vakaları artış göstermiştir. Bu parazitin artış göstermesinin diğer bir sebebi de Suriyeli göçmen nüfusunun bu bölgede fazla olmasıdır. Göçle birlikte artış gösteren Leishmaniasis vakaları depremden sonra aşırı kalabalık yaşam koşulları nedeniyle yakın fiziksel temasın artması da bu vakalarda artış görülmesine neden olmuştur (Tunalı vd., 2023).

2.3.Uyuz

Deprem nedeniyle konutların yıkılması veya zarar görmesi aşırı kalabalık barınak koşullarında yaşamaya neden olur ve bu da uyuz akarlarının hızla yayılmasını kolaylaştırır. *Sarcoptes scabiei* uyuz etkeni bir akar türüdür. Bu deri enfestasyonu oldukça bulaşıcıdır. Genellikle yakın ve uzun süreli deri temasıyla bulaşır (Tunalı vd., 2023). Akarlar bir kişiyi enfekte ettikten sonra o kişinin derisinde tüneller açar ayrıca bıraktıkları toksinler çok alerjik olduğu için deri lezyonlarına ve şiddetli kaşıntılara neden olurlar. Toplu yaşam ortamlarında şiddetli kaşıntısı olan depremzedeler uyuz açısından taranmalıdır. Ülkemizde göçle birlikte artan uyuz vakalarının depremden sonra daha fazla artış göstermesi daha önemli bir sorun haline dönüşebilir. Bu nedenle enfeksiyon kontrol önlemleri ve salgın yönetim için gerekli çalışmalar yapılmalıdır (Tunalı vd., 2023).

3. Deprem Sonrası Enfeksiyon Hastalıklarının Önleme ve Yönetimi

Deprem sonrası toplum sağlığının korumasında hijyen uygulamalarının önemi büyüktür. Depremlerde koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşımın zayıflaması ve mevcut çevre koşulları değiştiğinden enfeksiyon hastalıklarında ve salgınlarda artışlar görülür (Akdur, 2000). Bu durum toplum sağlığını olumsuz etkiler. Depremde ağır yaralananlar ve sağ kurtulanlar olumsuz çevre koşullarında yüksek düzeyde patojene maruz kaldıkları için acil müdahale ve iyileştirme faaliyetlerinin başlatılması gerekir (Mavrouli, 2023b). Sağlık alt yapısında meydana gelen ağır hasarlar salgın yönetiminin gecikmesine neden olur. Afetlerde enfeksiyon kontrol önlemlerinin önceden belirlenmesi

ve bunlara yönelik kontrol çalışmalarının yapılması afet sonrası enfeksiyon hastalıklarını ve salgınları azaltabilir (Kınıklı ve Cesur, 2020).

Enfeksiyon hastalıklarında salgınların önlenmesinde en etkili tedbir su hijyenidir. Su şebekelerinin zarar görmesi kanalizasyon sularının sızma ve diğer kirleticilerle kontamine olma riskine karşı klorlama ile su dezenfeksiyonu sağlanmalıdır (Baran ve Özer, 2023). Olumsuz koşullar nedeniyle dezenfeksiyon sağlanamıyorsa şebeke sularının kullanılmaması yönünde uyarılar yapılmalıdır. Kullanılması gerekiyorsa mutlaka kaynatıldıktan sonra kullanılması konusunda bilgilendirmeler yapılmalıdır. Suların kimyasal kirlenme riskine karşı da gerekli analizleri yapılmalıdır (Akdur,2020). Ayrıca el hijyeninin sağlanması patojen mikroorganizmaların bir yerden başka bir yere taşınmasını engeller. El ve su hijyeni su ve gıdaların fekal kirlenmesi sonucu oluşan enfeksiyonlardan ve bunlara bağlı olarak gelişen salgınlardan korunmayı sağlayan enfeksiyon kontrol önlemlerindedir. Aynı zamanda yiyecek ve temizlik maddelerinin hazırlanmasında da kullanılan malzemelere el hijyeni sağlandıktan sonra dokunulmalıdır (Tuna, 2023). Depremden hemen sonra kişisel hijyen ürünlerine erişim en kısa zamanda sağlanmalı ve depremedelere enfeksiyon kontrol önlemleri ve hijyen eğitimi verilmelidir (Kınıklı ve Cesur, 2020).

Enfeksiyon hastalıklarında salgınların önlenmesinde tedbirlerden biri de enfeksiyon etkenini bir insandan diğerine taşıyan bit, pire, kene, sivrisinek ve karasinek gibi vektör üreme alanlarının yok edilmesi gereklidir (Töz ve Özbel, 2021). Vektör üreme alanlardan biri olan atıkların birikinti oluşturulmadan torbalarla toplanması ve bölgeden uzaklaştırılması gerekir. Kimyasal yöntemlerle vektör mücadelesi yapılmalıdır. Deprem sonrası oluşan su birikintileri kurutulmalıdır (Akdur, 2000). Vektörle bulaşan salgınları önlemeyebilmek için bir an önce güvenli barınma koşulları oluşturulmalıdır (Yağcı, 2007). Cibinlik kullanımı, çevre hijyeni ve uygun sanitasyon ve kişisel koruyucu önlemler konusunda depremedeler bilgilendirilmelidir (Tunalı vd., 2023). Sağlık hizmetlerinin azalmaması için konaklama yerlerine sağlık birimleri kurulmalıdır (Akdur, 2000).

Salgınları önlemede diğer etkili tedbir ise uygun hastalık sürveyans sisteminin kurulmasıdır. Bu sistemin amacı, öncelikle ilgili bilgileri toplayıp analiz ederek afet sonrası bulaşıcı hastalık vakalarını hızlı bir şekilde belirlemek, ardından enfeksiyon hızlarının belirlenmesi, salgınların saptanması, sağlıkla ilgili toplanan verileri sürekli ve sistematik bir şekilde yorumlayan, enfeksiyon hızlarının ulusal ve uluslararası veriler ile kıyaslayarak nüfusun sağlığını incelemektir. Bulaşıcı hastalık sürveyansının amacı ise, halk sağlığı önlemlerine ve müdahalelerine (aşılama) olan ihtiyacı belirlemek,

patolojik ajanlarla hastalık eğilimlerinin ilişkilerini incelemek ve salgınlarda yeni patojenlerin keşfini sağlamaktır. Salgınlara yatkın hastalıkların sürekli sürveyansı sonuçların zamanında dağıtılması böylece salgının erken tespitine yardımcı olabilir. Ayrıca daha hızlı müdahale edilerek halk sağlığı açısından acil durumlara dönüşme potansiyeli olan salgınlardan azalmasına olanak sağlayabilir (Mavrouli, 2023b).

Depremden sonra koruyucu sağlık hizmetlerinin aşı eksikliği nedeni ile tetanoz vakalarında artış olduğu gösterilmiştir. Yıldız şeklinde ezilme veya parçalanma olarak tanımlanan, kirli ve nekrotik yaralar sonucu oluşan, 6 saatten eski, 1 cm'den derin yabancı cisim yaralanmaları olan tetanojen yaralar ve kırıklara bağlı yaralanmalar tetanoz için risk faktörleridir. Bu durumlarda kişiye geçmişte üç doz aşı yaptırmamış ise hem tetanoz aşısı hem de tetanoz immuno globulini yapılmalıdır. İki ay sonra ikinci doz, 6 veya 12 ay sonra ise üçüncü doz tetanoz aşısı yapılmalıdır. En az üç doz aşısı olan ve son dozu 5 yıl içinde yapılmış kişilerde ek doz aşı gerekli değildir. Ancak aşısı 5 yıldan önce yapılmış olanlarda bir doz tetanoz aşısı yapılması önerilir (Tuna, 2023; Güneysel ve Sarıtemur, 2006). Kolera ve tifo gibi salgınlardan önlenmesi için su hijyeni ve çevre sağlığını korumak yeterli olduğundan düşük ve kısa süreli koruma etkisi olan kolera ve tifo aşısının salgınlardan önlemede etkisi olmayacaktır. Başka birimlerde faydalı olacak personeli kolera ve tifo aşı uygulaması için sahaya çıkarmak uygun olmayacaktır. Afetzedelere aşılar uygulanıp kandaki antikor seviyeleri yükselene kadar tehlike geçmiş olacaktır (Kınıklı ve Cesur, 2020). Ancak cesetlerle ve yaralılarla temas eden sağlık personeli ve kurtarma ekiplerine hepatit-B aşısı yapılmalıdır (Akdur, 2000).

Depremde enfeksiyonların ve buna bağlı olarak salgınlardan oluşmasını engellemek için diğer dikkat edilmesi gereken konu ise gıda hijyeni ve beslenmedir. Depremden sonra depremzedelere sıcak çorba veya çay dağıtımını psikolojik olarak rahatlamalarını ve ilk şoku atlattıklarını sağlar (Akdur,2000). Depremden ilk döneminde kuru gıdalar dağıtılmalıdır. Bunun nedeni ise, yaş gıdaların daha çabuk bozulmalarıdır. Gıda kaynaklı enfeksiyonların oluşmasını engellemek için yaş gıdaların bölgeye girişine bu dönemde izin verilmemelidir. Bozulmanın engellenmesi için saklama ortamları ve temiz alanlar ayarlanmalıdır. Ancak kurtarma çalışmalarının sürdüğü bu dönemde bu sistemin kurulması zordur. Bu nedenle bu dönemde kuru gıdalar tercih edilmelidir (Akdur,2000). Bireylerin yeterli beslenmesi sağlanmalıdır. Depremzedelerin beslenmesinde bölgeye gönderilen yiyecek maddesinin o bölgedeki halkın sürekli kullandığı besin maddeleri olmasına dikkat edilmelidir. Halkın daha önceden kullanmadığı besin maddelerinin bölgeye gönderilmesi kabullenmelerini engelleyebilir. Enkaz altında kalmış tahıl ve konserve gibi yiyecek maddelerinin hasar görmeyenleri kurtarılmalı

diğer yardım malzemeleriyle birlikte serin ve kuru yerlerde saklanmalıdır (Akdur; 2000).

SONUÇ

Toplumda hijyen, salgın hastalıkların kontrol altına alınmasında oldukça etkilidir. Toplumdaki bireylere verilen hijyen eğitimi sağlıklı bir toplumun oluşturulmasını sağlar. Toplumdaki bireylerin daha uzun ve kaliteli yaşam geçirmelerine yardımcı olur. Ayrıca salgın hastalıkların kontrol altına alınmasını sağlayan öğelerden biridir. Özellikle salgınlarda hijyen kurallarına uymak hayati bir öneme sahiptir. Hijyen uygulamaları sonucu hastalıkların önceden engellenmesi, tedavide kullanılan ilaç ve teşhis araçlarının kullanılmasını azaltacağından sağlık harcamalarının azaltılmasına ve böylece ülke ekonomisine katkıda bulunacaktır. Ellerin sık sık yıkanması, su temizliği ve dezenfeksiyonu, gıdaların hijyenik ortamda hazırlanması ve saklanması mikroorganizmaların yayılmasını engelleyeceğinden enfeksiyonları önceden önleyebilir. Hijyen uygulamaları depremzedelerin ruhsal sağlığını mutlu ve huzurlu hissetmelerini sağlayarak düzeltebilir. Özellikle stresin azaltılmasında ve zihinsel olarak rahatlamada oldukça etkilidir. Bu durum toplum sağlığını etkileyen en önemli unsurdur.

Kaynaklar

- Akbıyık, A.ve Tekindal, M.A. (2023). Deprem Sonrası Salgın Oluşturma Potansiyeline Sahip Enfeksiyon Hastalıklarının Belirlenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 489-499.
- Akdur., R. (2000). Deprem Yönetimi ve Depremde Sağlık Konu ve Amaçları. *Sağlık ve Toplum*, Special Volume: 25-30, 35-38.
- Avcu, G. (2023). Infections After the Earthquake Disaster. *Journal of Pediatric Research*, 10(4):235-237.
- Baran, A.,ve Özer, A. (2023). Prevention of Infectious Diseasesafter an Earthquake. *Cam ve Sakura Medical Journal*, 3(8):42-47.
- Bartels, S.A. and Van Rooyen M.J. (2012). Medical complications associated with earthquakes. *The Lancet*, 379(9817):748-757
- Bayram, Y., Parlak, M., Çikman, A., ve Aypak, C. (2014). Van depreminin su-kaynaklı bazı bulaşıcı hastalıklar üzerine etkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 41(2), 313-318.
- Çelebi G. (2021) Afetlerde vektör kaynaklı bakteriyel ve viral enfeksiyon hastalıkları. Köse Ş, editör. Afetler ve Enfeksiyonlar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.95-8
- Güneysel, Ö.,ve Sarıtemur, M. (2006). Tetanoz: Klinik Yaklaşım ve Korunma. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 4(6):48-53.
- Kınıklı, S. ve Cesur, S. (2020). Afetlerde enfeksiyon kontrol önlemleri. *Uluslararası Modern Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 15-23.
- Mavrouli, M.,Mavroulis, S., Lekkas, E., andTsakris, A. (2023a). The impact of earthquakes on public health: A narrative review of infectious diseases in the post-disaster period aiming to disaster risk reduction. *Microorganisms*, 11(2), 419.
- Mavrouli, M.,Mavroulis, S., Lekkas, E., andTsakris, A. (2023b). An emerging health crisis in Turkey and Syria after the earthquake disaster on 6 February 2023: risk factors, prevention and management of infectious diseases. *In Healthcare* 11(7):1022.
- Orak, Y., Orak, F., Göçer, S., ve Doğanay, M. (2023). Earthquake in Türkiye: impact on health services and infection threats. *J ClinPractRes*, 45(6), 549-557.
- Sutiono, A. B.,Qiantori, A., Suwa, H., andOhta, T. (2010). Characteristics and risk factors forty phoid fever after the tsunami, earthquake and under normal conditions in Indonesia. *BMC ResearchNotes*, 3, 1-9.
- Tuna, A. (2023). Infection diseases that can be seen post-earthquake. *Intercontinental Journal of Emergency Medicine*, 1(1), 4-10.

- Tunah, V., Harman, M., ve Özbilgin, A. (2023). Depremlerin Ardından Sıtma, Leishmaniasis ve Uyuz Riskinin İncelenmesi ve Korunma Önerileri. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 47(4), 249-255.
- Töz, S. ve Özbel Y. (2021). Afetlerde vektör kaynaklı paraziter enfeksiyon hastalıkları. Köse Ş, editör. Afetler ve Enfeksiyonlar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. p.89-94.
- Yağcı, A. (2007) Savaş, Göç ve Afetlerde Salgınlar.5. *Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi'nde sunumuştur*. 2007. Antalya, Türkiye.
- Yücel, E. (2020). Salmonella enfeksiyonları, tanı ve tedavisi. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 12(3), 133-139.

Sağlık Kurumlarında Çalışan İyilik Hali

Tuba Arslan¹

Özet

İyilik hali, sahip olunan becerilerin fark edilmesi, topluma katkı sağlayarak verimli çalışılması ve zorluklarla baş ederek hayata pozitif duygularla bakabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. İş yerinde iyilik hali ise yaşam ve iş sağlığı, memnuniyet ve iş yerinde mobbing, stres ve tükenmişlikle başa çıkabilme kavramlarıyla ilişkilidir. Bu anlamda çalışanların iyilik hali örgütler için hayati öneme sahiptir. Özellikle sağlık hizmetlerinde görev alan personellerin kalite odaklı hizmet sunabilmeleri için sağlıklı ve mutlu iş yerlerinde çalışmaları ve yeteneklerini gösterebileceği iş ortamlarında bulunmaları gerekmektedir. Bunun için hastanelerde çalışanların iyilik haline önceleyen yöneticilerin bulunması, iş yerinde iyilik halinin iyileştirilmesi ve ölçülmesi esastır. Bu sebeple bu bölümde iyilik halini, işyerinde iyilik halini ve özellikle sağlık kurumlarında iyilik halini anlamaya, bu kavramı etkileyen koşulları belirlemeye ve aktarılan mevcut bilgilerin sağlık kurumlarında kullanılması için yardımcı olunmasına hizmet etme amacı güdülmektedir.

Giriş

İyilik hali; kişinin bütünü, duygusal durumunu ve fiziksel veya psikolojik semptomlarını da içine alan geniş ve kapsayıcı bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Çalışan iyilik hali ise normal yaşamın ölçütlerinden (örneğin; yaşam memnuniyeti, mutluluk vs.) bağımsız olarak çalışma hayatındaki değerlendirme ölçütlerinden (örneğin; iş memnuniyeti, ücret, çalışma arkadaşları ile ilişkiler vs.) oluşmaktadır (Carpion ve Avramchuk, 2017).

Sağlık kuruluşları, tanı, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon gibi hizmetler ile sağlık alanında eğitim ve araştırma hizmetlerinin birlikte ve eşgüdümlü verildiği matris yapıları karmaşık kurumlardır (Kılınç, 2023). Bu kuruluşlarda birden fazla farklı meslek mensubu bir arada çalışmaktadır (Arslan, 2023).

1 Öğr. Gör., Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü tubaarslan@kilis.edu.tr, ORCID; 0000-0001-6183-9262

Sağlık çalışanları, sağlık kurumlarında insan hayatı için belirleyici rol üstlenen, yüksek belirsizlik ve risk altında faaliyet gösteren, zamana karşı yarışan, geniş ve sürekli güncellenen teknolojiyi kullanan bireylerdir. Bu durum sağlık çalışanlarının iyiliğini tehdit eden bir unsur oluşturmaktadır (Şahin ve Arslan, 2023).

1. İyilik Hali

İyilik hali kavramı günümüzde kabul gören yeni bir paradigma olarak ortaya çıkmıştır. Kavramın çok boyutlu anlamlar içermesinden ötürü her bilim dalında farklı şekillerde tanımlanmaktadır (Yağcı, 2022).

Sağlık bilimleri uzmanlarına göre; fiziksel sağlık ve hastalık semptomunun bulunmayışı, iktisat bilimi uzmanlarına göre; mal ve hizmet tedariki yoluyla nüfusun refahı, psikoloji bilimi uzmanlarına göre; iyilik halinin sağlanmasına yönelik bireysel istek ve beklentilerin tatmini ve örgütsel davranış bilimi uzmanlarına göre ise; iş yerinde verimlilik, performans ve iş tatmininin sağlanması şeklinde ifade edilmektedir (Akutsu ve Torres da Paz, 2011).

Sosyal psikoloji literatürüne göre iyilik hali; iki farklı temel yaklaşıma dayanmaktadır. Bu yaklaşımlar hedonik ve eudaimonik iyilik hali olarak adlandırılmıştır. Hedonik iyilik hali; öznel iyilik haline karşılık gelirken, eudaimonik iyilik hali psikolojik iyilik haline karşılık gelmektedir (Yılmaz, 2012).

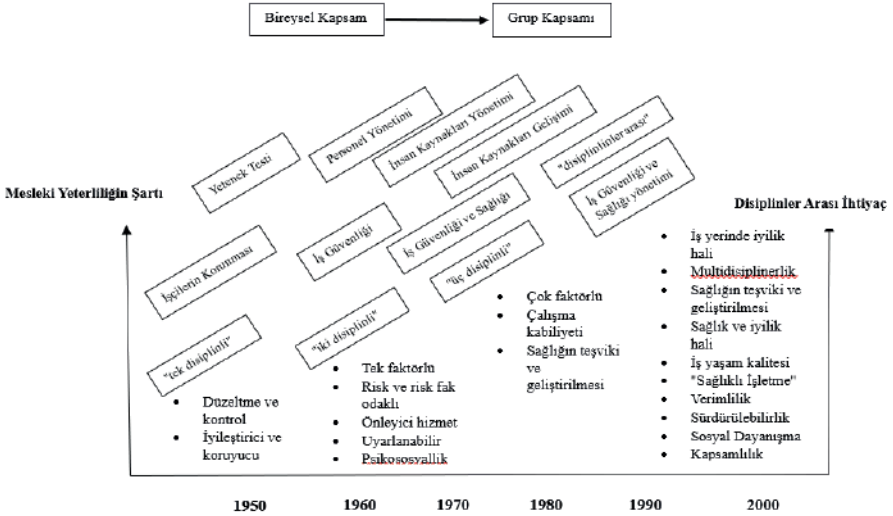
Literatürde yapılan araştırmalar, iyilik hali kavramının göreceli olduğunu göstermektedir. Bu sebeple araştırmacılar da iyilik haline farklı şekillerde tanımlar geliştirmişlerdir.

Huppert ve arkadaşları (2004), bireylerin, takımların ve milletlerin, büyüme ve gelişmelerine imkân veren pozitif ve sürdürülebilir durumu iyilik hali olarak adlandırmışlardır. Yağcı (2022) yaptığı araştırmasında iyilik halini, sağlıklı olmanın ötesinde bir kavram olarak ifade etmektedir. Lee ve Ahn (2016)'a göre ise iyilik hali; fiziksel, sosyal, psikolojik veya ekonomik olarak bir kişinin veya bir grubun kendini iyi hissetmesi olarak tanımlanmaktadır. Bornstein ve arkadaşlarının (2003) yaptığı araştırmaya göre ise kişilerin daha iyi bir yaşam için kaderleriyle yetinmek yerine, emek sarf edip tatmin edici ve sağlıklı bir şekilde yaşamasına iyilik hali adı verilmektedir. Keyes (2002)'e göre ise iyilik hali, kişilerin yaşamı öznel algılarıyla değerlendirip yorumlama sürecidir.

1.1. Çalışan İyilik Hali

İnsanlar gündelik zaman diliminin en az dörtte birini iş yerinde geçirmektedir (Ahmed ve Muchiri, 2014). Çalışanların işyerindeki refahı; onların kişisel, fiziksel ve ruhsal sağlıklarını, aile yaşamlarını ve kişilerarası ilişkilerini etkilemektedir. Aynı zamanda örgüt performansı ve gelişimi üzerinde de etki oluşturmaktadır. Bu sebeple günümüzün sosyal bağlamında çalışanların işyerinde mutluluk arayışı içerisinde olması ve çatışma oluşturabilecek bozucu öğelerden arınmaya çalışması son derece doğaldır (Zhang ve Smith, 2021). Bir başka ifadeyle çalışanlar iş yaşamında olumsuz durumlarla karşı karşıya kalabilmektedir (Yurcu ve Kocakula, 2015). Bu durum araştırmacıların çalışanların sağlığına yönelik bakış açısını gündene değiştirmiş ve araştırmacılar da çalışan iyilik haline yönelik ilgi artmaya başlamıştır (Akutsu vd., 2021).

Çalışan iyilik hali; fiziksel çevrenin kalitesi ve güvenliğinden çalışanların yapması gereken işleri, çalışma ortamları, örgüt iklimi ve örgüt hakkında ne hissettiklerine kadar çalışma hayatının tüm yönleriyle ilgili olan bir kavramdır. Bir başka ifadeyle çalışanların işyerinde güvenli, sağlıklı, memnun ve işe bağlı olmalarını sağlamak için iş sağlığı ve güvenliği önlemlerini alabilmektir. Bu bağlamda iş yerinde iyilik hali, iş sağlığı ve güvenliğiyle yakın ilişkide olan bir kavramdır (Cardás vd., 2013). İyilik halinin iş sağlığı ve güvenliği açısından işyerinde gelişim aşamaları şekil 1 'de ifade edilmektedir.



Şekil 1. İş Sağlığı ve Güvenliğinde İşyerinde İyilik Halinin Gelişim Aşamaları

Kaynak: (Anttonen ve Räsänen, 2008: 7).

Örgütsel davranış uzmanları arasında sağlık, güvenlik ve işyeri sağlığının geliştirilmesi konularına artan bir ilgi bulunmaktadır (Gurt ve Elke 2009; Harter vd., 2003). Tarihte günümüze gelinceye kadar birçok kuruluş, iş yerinde iyilik halini geliştirmek için çeşitli uygulamalar gerçekleştirmiştir (Ahmed ve Muchiri, 2014). Özellikle insana verilen değerin artmasıyla birlikte iş yerinde iyilik hali kavramı, tek disiplinli yapıdan disiplinler arası yapıya doğru gelişim göstermektedir. Bunun sebebi iş yerinde iyilik halinin sadece düzeltme, iyileştirme, kontrol ve koruyucu odaklı olarak tanımlanmasından ziyade hem çalışanı hem örgütü önemseyen multidisipliner bir kavram olmaya yolculuk yapmasından kaynaklıdır. Özellikle günümüze yaklaştıkça işgücününün sağlığı, güvenliği ve iyilik halinin artması işletmelerin üretkenliği ve başarısını da eş zamanlı olarak arttırmaktadır (Anttonen ve Räsänen, 2008). Dahası insana yapılan yatırımla beraber örgütler, kârlılık ve üretkenliğe yönelik hedeflerini en üst düzeye çıkarmıştır. Ayrıca işyeri uygulamalarının ve yönetim tarzlarının çalışanların refahını ve kurumsal etkinliğini etkilediği öngörülmektedir. Buradan çıkarılan sonuçla beraber, çalışanların sağlığı ve iyilik hali, müşteri ve müşteri memnuniyetinden ayırt edilemeyeceği söylenebilmektedir (Ahmed ve Muchiri, 2014).

Çalışan iyilik hali, çalışma yaşamındaki tüm ilişkileri dikkate aldığından araştırmacılar tarafından farklı şekillerde tanımlanmışlardır. Gurt ve Elke (2009)'ye göre sağlıklı iş yerleri, çalışan iyilik halinin zeminini oluşturur. Sağlıklı iş yeri uygulamaları ise; iş-yaşam dengesi, çalışanların büyümesi ve gelişimi, sağlık ve güvenlik, tanınma ve çalışanların katılımı şeklinde sıralanmaktadır.

Ahmed (2019)'e göre ise çalışan iyilik hali; bireyin kullanabileceği psikolojik, sosyal ve fiziksel kaynak havuzu ile başa gelen zorlukları çözmeye yönelik kurulan denge noktasıdır. İyilik halinden söz edebilmek için bireylerin iş yerinde sahip olduğu kaynakların, zorluklardan üstün olması veya denge noktasında olması beklenir. Zorlukların, kaynaklara üstün gelmesi olumsuz iyilik halini oluşturmaktadır.

Chari ve arkadaşlarının (2022) yaptığı araştırmaya göre çalışan iyilik hali; iş yerinin gerçekleştirdiği politikalar, işyerinin fiziksel ortamı ve güvenlik iklimi, örgüt kültürü, çalışanın iş tecrübesi, sağlık durumu ve iş dışındaki etkinliklerin kombinasyonu olarak tanımlanmaktadır.

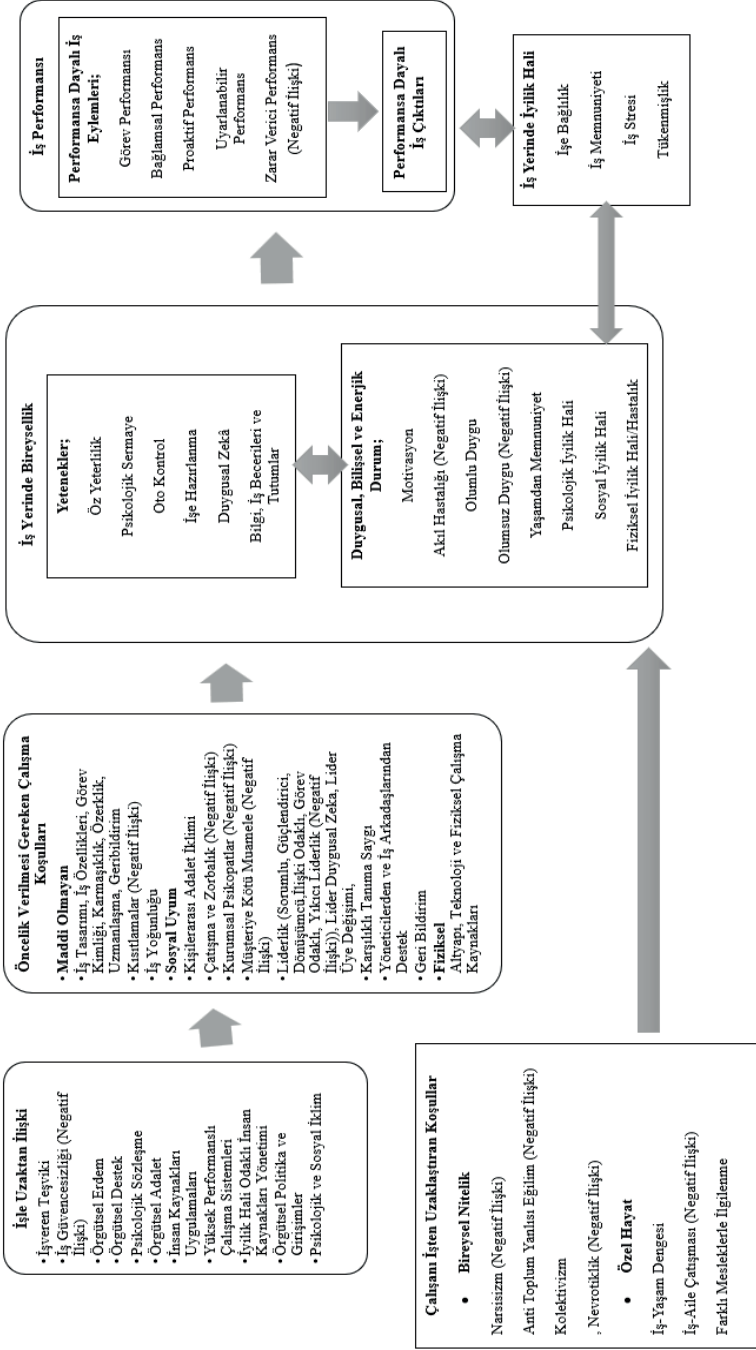
Rondonuwu ve arkadaşlarına (2021) göre ise çalışanın işinden tatmin olması, iş-aile yaşamı arasındaki dengenin kurulması ve fiziksel veya psikolojik olarak iş yerinde kendini iyi hissetmesi çalışanın iyilik hali düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Çalışan iyilik hali yüksek olan bir birey üretken, motive, yetkin, sadık, işinde başarılı ve işine kendini adayan bir bireye

dönüşme potansiyeli yüksektir. İşyerindeki aşırı duygusal ve psikolojik baskılar ise, çalışanların enerjisini tüketmekte, bu da çalışan iyilik halinin düşmesine neden olmaktadır (Ahmad ve Din, 2022).

1.2 Çalışan İyilik Halini Etkileyen Faktörler

Çalışanların iyilik hali; verimli ve sağlıklı çalışma ortamları için kayda değer bir rol oynamaktadır (Tuna, 2015). Sosyal ve ekonomik argümanlar, çalışmanın bireylerin iyilik halini iyileştirmenin yolu olduğunu ve işyerinde uzun süreli iyilik hali eksikliğinin fiziksel ve zihinsel sağlığa zarar verebileceğini belirtmektedir (Black, 2012). Bir başka ifadeyle iş, bireylerin yaşamlarında merkezi bir rol oynadığından, çalışanların sosyal, fiziksel ve psikolojik bütünlüğünde paradoksal sonuçlar doğurmaktadır (Akutsu vd., 2021). Bu sebeple konunun önemini kavrayan bazı araştırmacılar, iş yerinde iyilik haline etki eden modeller oluşturmuşlardır. Bu modellerden biri de konuyla ilişkin Van Veldhoven ve Peccei (2015) ve Pawar (2013) tarafından oluşturulan, Gutiérrez ve arkadaşları (2020) tarafından düzenlenen ve geliştirilen “Bireysel Çalışma, İyilik Hali ve Performansın Bağlamsal Modeli” dir. Bu modele göre iş yerinde iyilik halini etkileyen birden fazla faktör bulunmaktadır. Bu faktörler, belli temalar dahilinde kümelendirilmiştir. Modelde iş yerinde iyilik hali bağımlı, bağımsız ve aracı değişken olarak rol alabilmektedir (Şekil 2).

Şekil 2. Bireysel Çalışma, İyilik Hali ve Performansın Bağlamsal Modeli



Şekil 2. Bireysel Çalışma, İyilik Hali ve Performansın Bağlamsal Modeli

Kaynak: (Gutiérrez vd., 2020).

Şekildeki modele göre iş yerinde iyilik hali ile doğrudan etkileşimde bulunan temalar, iş performansı ve iş yerinde bireysellik kümesidir. Bu küme çalışanın “yetenekleri” ve “duygusal, bilişsel ve enerjik durumu”nu etkileyen iki alt şemadan oluşmaktadır. İş yerinde bireysellik kümesi, iş yerinde iyilik halini duygusal, bilişsel ve enerjik durum şeması doğrudan, yetenekler şeması ise dolaylı olarak etkilemektedir.

Modele göre iş yerinde iyilik halini “öncelik verilmesi gereken çalışma koşulları”, “işle uzaktan ilişki” ve “çalışanı işten uzaklaştıran koşullar” dolaylı olarak etkilemektedir. Bu faktörlerin arasında olumlu ve olumsuz etkileşimler bulunmaktadır. Olumlu değişkenler iş yerinde iyilik halini pozitif yönde, olumsuz değişkenler ise negatif yönde etkilediği modelde belirtilmektedir.

Literatürde yapılan araştırmalarda ise iş yerinde iyilik haline etki eden birçok faktörün olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan araştırmalar incelendiğinde iş yerinde iyilik halini etkileyen etmenlerin; liderlik (Coates ve Howe, 2015), psikolojik sermaye (Al Kahtani ve Sulphrey, 2022; Brunetto vd., 2021), psikolojik dayanıklılık ve iş yerinde mizah (Bhattacharyya vd., 2019), performans (Budi vd., 2023; Assaf, 2022), iş tatmini ve işe bağlılık (Abdullah vd., 2020), stres (Budi vd., 2023; Eisele, 2020), iş-aile çatışması (Karapınar vd., 2019) ve duygusal emek (Dumlu, 2021) olduğu tespit edilmiştir.

Çalışan iyilik haline etki eden değişkenlerin literatürde yapılan araştırmalara göre aynı zamanda belli faktörler altında toplandığı görülmektedir. Bu faktörler; kişisel faktörler (özsaygı, olumlu/olumsuz duygulanım, mutluluk, iş/emek duygusu, kontrol odağı), iş temelli faktörler (iş analizi, iş tasarımı, örgütsel iklim, iş talepleri, iş kontrolü, ergonomi) ve dış faktörlerden (özel hayat, yaşam olayları, hayat tarzı, sosyal destek) oluşmaktadır (Robertson ve Cooper, 2011; Lunt vd., 2007; Parker vd., 1998).

1.3. Sağlık Çalışanlarının İş Yerinde İyilik Hali

Sağlık hizmetleri dünya çapında en hızlı büyüyen sektörlerden bir tanesidir ve sağlık mesleklerinin istihdamı günden güne artmaktadır. Özellikle sağlık sektöründeki bu istihdam, ülke ekonomisi ve ülkenin genel sağlık durumunu belirlemede önemli bir etkiye sahiptir. Fakat sağlık hizmetleri ülke ekonomisine katkı sunması ve yüksek talep görmesine rağmen örgütlere ve hizmet sunumuna bağlı eksiklikler giderilememiştir. Sağlık kuruluşlarının hizmet kalitesini artırmak, iç hizmetlerini iyileştirmekle mümkündür. Bu sebeple iç müşteriler olan sağlık çalışanlarının sağlık durumu, motivasyonu ve mutluluğu kısacası iyilik hali önem arz etmektedir (Abdullah vd., 2020).

Sağlık hizmet sunucuları ise yoğun emek gerektiren, stresli ve duygusal açıdan yorucu bir çalışma hayatı içerisinde yer almaktadır.

Sağlık personellerinin yüksek kalitede, güvenli ve etkili hasta bakımı gerçekleştirebilmesi için kendi sağlık durumuna ve iyilik haline öncelik vermesi gerekmektedir. Yapılan araştırmalar ise sağlık çalışanlarının sağlık durumlarının ve iyilik hallerinin bir öncelik olduğu fakat hastane yönetimi tarafından gereken önemin gösterilmediğine işaret etmektedir (Ahmed, 2019).

Konuyla ilişkin literatürde yapılan araştırmalarda sağlık kurumları içerisinde en fazla, ön safhalarda çalışan sağlık personellerinin iyilik hali düzeyi etkilendiği tespit edilmiştir. Özellikle hastaların hayatını kurtarmakla görevli olan sağlık personellerinin covid-19 salgını sırasında iyilik hali diğer meslek gruplarına göre (Ahmad ve Din, 2022) performansı ve yetkinlikleri daha fazla zedelendiği (Abid vd., 2023), stres ve iş baskısı gibi zorluklarla mücadele etmek zorunda kaldıkları (Afshan vd., 2022) ve konuya ilişkin çalışanların iyilik halini ele almakta hastane yönetiminin zorluk yaşadığı tespit edilmiştir. Yönetimsel olarak yaşanan zorluklar ise; finansal sebepler, temel kişisel koruyucu malzemelerin yetersizliği, iş güvencesizliği, maaş kesintileri, ücretsiz izin veya işten çıkma/çıkarma durumu, artan mesailer, stres, tükenmişlik, hastalık ve ölüm korkusu gibi durumlar şeklinde sıralanmaktadır (Adam vd., 2021).

Bunların yanı sıra yapılan araştırmalarda covid-19 ile mücadele eden sağlık çalışanlarında miyokard enfarktüsü, felç, anjina pektoris, hipertansiyon ve dolaşım sistemi bozuklukları gibi hastalıklar görüldüğü ve iyilik hallerinin düştüğü ifade edilmiştir (Brunetto vd., 2021). Ayrıca pandeminin yanı sıra dünya çapında sağlık profesyonelleri, kronik hastalık yüklerinin artmasıyla birlikte, diğer çalışma sektörlerine göre iş yerinde iyilik hali düzeyinin belirgin şekilde daha düşük olduğunu belirtmektedir (Brand vd., 2017).

Adams ve arkadaşları (2019) yaptığı araştırmada yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık personellerinin fazla sayıda hastaya bakımı, ağır iş yükü ve yoğun bakım ünitelerinde azalan iş gücü sebebiyle çalışanların iyilik halini olumsuz yönde etkilediğini ortaya çıkarmıştır. Ayrıca araştırmada konuyla ilgili birim yöneticilerinin, yoğun bakım çalışanlarının iyilik halini teşvik etme ve desteklemede hayati bir rol oynadığı da ifade edilmiştir. Ancak araştırmaya göre, bu role ilişkin algılar ve deneyimler hakkında yetersizlikler hakimdir. Adnan ve arkadaşları (2022) tarafından bu konuya ilişkin yoğun bakımda görevli olan sağlık çalışanları arasında iyilik halini artırmak için birey odaklı müdahalelerde neyin, nasıl, kimin için ve hangi koşullar altında etkili olduğunun belirlenebilmesi ve çalışanların gerekli uzmanlar tarafından eğitilmesi bir çözüm yöntemi olabileceği düşünülmektedir. Ákadóttir (2012) ise yaptığı araştırmada, sağlık personellerinin ve hastaların iyilik hali

için liderlerin önemli bir rolü olduğunu ifade etmektedir. Özellikle Sağlık Bakanlığının bu konuda görevi, sağlık personelinin çalışma ortamını iyileştirmek ve iş tatminini arttırmaya yönelik stratejiler geliştirmektir.

Ahmed ve Muchiri (2014) yaptığı çalışmada çalışan iyilik hali ile örgütsel faktörler arasında ilişki olduğunu ifade etmektedir. Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının iyilik haline etki eden örgütsel faktörler; fazla mesai, iş yükü (Angioha vd., 2020), stres (Budi vd., 2023; Angioha vd., 2020), deneyim, dayanıklılık (Ashton, 2017), psikolojik dayanıklılık, iş yerinde mizah (Bhattacharyya vd., 2019), psikososyal güvenlik iklimi, psikolojik sermaye, inovasyon (Brunetto vd., 2021), performans (Budi vd., 2023), sosyal sorumluluk, maliyet (Carpion ve Avramchuk, 2017), performansa göre ödeme sistemi (Poškien ve Kazlauskait, 2020), iş yerinde moral bozukluğu (Ahmed 2019), iş tatmini, kaygı (Polman, 2022) ve tükenmişlik (Anne-Catherine vd., 2022) şeklinde sıralanmaktadır.

2. Sonuç ve Değerlendirme

İyilik halinin en iyi nasıl tanımlanacağı ve ölçüleceği konusunda fikir birliği bulunmamaktadır. İş yerinde iyilik hali ise her araştırmacının kendi çalışmasında tanımladığı şekliyle kabul edilmektedir. Sağlık kurumlarında multidisipliner olarak çalışan sağlık personelleri, iş yerinde birçok problemle mücadele etmek zorundadır. Mücadele verdiği konular ise sağlık çalışanlarının iş hayatına etki etmektedir. Yöneticilerin ise konuya ilişkin uygulamaları yetersiz ve azdır. Sağlık çalışanlarının iyilik halini ve bunu nasıl etkileyebileceklerini anlama konusunda çok daha fazlasını öğrenmeye ihtiyaçları bulunmaktadır. Özellikle ön safhalarda çalışan sağlık personellerinin iyilik halinin dikkate alınabilmesi için işyerinde sağlık durumlarını olumsuz yönde etkileyebilecek etkenlerinin belirlenmesi ve gereken önlem mekanizmalarının alınması gerektiği düşünülmektedir.

Kaynakça

- Abdullah, M. I., Huang, D., Sarfraz, M., Ivascu, L., & Riaz, A. (2020). Effects of Internal Service Quality on Nurses' Job Satisfaction, Commitment and Performance: Mediating Role of Employee Well-Being. *Nursing Open*, 8(2), 607-619.
- Abid, G., Contreras, F., Rank, S., & Ilyas, S. (2023). Sustainable Leadership and Wellbeing of Healthcare Personnel: A Sequential Mediation Model of Procedural Knowledge And Compassion. *Frontiers In Psychology*, 13, 1039456.
- Adam, M. B., Makobu, N. W., Kamiru, W. K., Mbugua, S., & Mailu, F. (2021). Coping with COVID: Developing A Rapid-Cycle Frontline Quality-Improvement Process To Support Employee Well-Being and Drive Institutional Responsiveness in A Tertiary Care Faith-Based Hospital in Rural Kenya. *The American Journal Of Tropical Medicine And Hygiene*, 105(2), 372.
- Adams, A. M. N., Chamberlain, D., & Giles, T. M. (2019). The Perceived and Experienced Role of The Nurse Unit Manager in Supporting The Wellbeing of Intensive Care Unit Nurses: An Integrative Literature Review. *Australian Critical Care*, 32(4), 319-329.
- Adnan, N. B. B., Dafny, H. A., Baldwin, C., Jakimowitz, S., Chalmers, D., Moh'd Ahmad Aroury, A., & Chamberlain, D. (2022). What Are The Solutions for Well-Being And Burn-Out For Healthcare Professionals? An Umbrella Realist Review of Learnings of Individual-Focused Interventions for Critical Care. *BMJ Open*, 12(9), E060973.
- Afshan, G., Ahmed, F., Anwer, N., & Khuhro, M. A. (2022). COVID-19 Stress and Wellbeing: A Phenomenological Qualitative Study of Pakistani Medical Doctors. *Frontiers in Psychology*, 13, 920192.
- Ahmad, A., & Din, Z. U. (2022). Well-Being Of Healthcare Professionals: A Post-Pandemic Analysis: Well-Being of Healthcare Professionals. *Journal Of Managerial Sciences*, 16(3), 75-90.
- Ahmed, I. (2019). Staff Well-Being In High-Risk Operating Room Environment: Definition, Facilitators, Stressors, Leadership, And Team-Working—A Case-Study From A Large Teaching Hospital. *International Journal of Healthcare Management*, 12(1), 1-17.
- Ahmed, E., & Muchiri, M. (2014). Effects Of Psychological Contract Breach, Ethical Leadership and Supervisors' Fairness On Employees' Performance and Wellbeing. *World Journal Of Management*, 5(2), 1-13.
- Ákadótti, Ş. (2012). Nurse Assistants' Well-Being At Work: Is There A Link To Nurse Leadership.

- Akutsu, R. D. C., & Torres Da Paz, M. D. G. (2011). Valores Y Bienestar De Los Dietistas Brasileños. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 43(2), 307-318.
- Al Kahtani, N. S. ve Sulphrey, M.M. (2022). A Study On How Psychological Capital, Social Capital, Workplace Wellbeing, and Employee Engagement Relate To Task Performance. *SAGE Open*, 12(2), 21582440221095010.
- Angioha, P. U., Omang, T. A., Ishie, E. U., & Iji, M. E. (2020). Employee Stressors and Wellbeing Of Healthcare Workers in Government Owned Hospitals in Calabar, Nigeria. *Journal of Public Administration*, 2(4), 2020, 36-43.
- Anne-Catherine, D., Anders, R., Bernard, M., Salathé, C. R., & Putois, B. (2022). Impact of Confrontation To Patient Suffering and Death on Wellbeing And Burnout in Professionals: A Cross-Sectional Study.
- Anttonen, H., & Räsänen, T. (2008). Well-Being At Work: New Innovations and Good Practices.
- Arslan, T. (2022). Stres Yönetimi. *Sağlık Kurumları Yönetiminde Çağdaş Yönetim Yaklaşımları* (Ed: Uyar, S. ve Kırac, F. Ç.). Nobel Yayınevi (1. Basım), Ankara.
- Assaf, N. (2022). Employee Performance Impacted By Mental Health and Employee Wellbeing in Ingos Jordan. *Journal Of Business and Management Studies*, 4(3), 170-178.
- Ashton, R. A. (2017). *A Qualitative Exploration of The Impact Of Stress and Workplace Adversity on Healthcare Staff Experiences, Well-Being and Resilience*. Lancaster University (United Kingdom).
- Bhattacharyya, P., Jena, L. K., & Pradhan, S. (2019). Resilience As A Mediator Between Workplace Humour and Well-Being At Work: An Enquiry on The Healthcare Professionals. *Journal Of Health Management*, 21(1), 160-176.
- Black, D. C. (2012). Work, Health and Wellbeing. *Safety and Health at Work*, 3(4), 241-242.
- Bornstein, M. H., Davidson, L., Keyes, C. ve Moore, K. (2003). Well-Being: Positive Development Across The Life Course: Psychology Press. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Brand, S. L., Thompson Coon, J., Fleming, L. E., Carroll, L., Bethel, A., & Wyatt, K. (2017). Whole-System Approaches To Improving The Health and Wellbeing of Healthcare Workers: A Systematic Review. *Plos One*, 12(12), E0188418.
- Brunetto, Y., Saheli, N., Dick, T., & Nelson, S. (2021). Psychosocial Safety Climate, Psychological Capital, Healthcare Slbs' Wellbeing and Innovative Behaviour During The COVID 19 Pandemic. *Public Performance & Management Review*, 1-22.

- Budi, A. S., Mohyi, A., & Malik, N. (2023). The Role Of Employees' Well-Being in Mediating The Effect of Job Stress and Job Insecurity on Performance Health Workers During The Covid-19 Pandemic:(Study On Health Workers Of Anwar Medika Hospital-Sidoarjo). *Business Innovation Management and Entrepreneurship Journal (BIMANTARA)*, 2(01), 16-34.
- Cardás, T. (2013). Well-Being At Work: Creating A Positive Work Environment Literature Review.
- Carpion, R.A And Avramchuk, A. S. (2017). The Conceptual Relationship Between Workplace Well-Being, Corporate Social Responsibility, And Healthcare Costs. *International Management Review*, 13(2), 24-31.
- Chari, R., Sauter, S. L., Sayers, E. L. P., Huang, W., Fisher, G. G., & Chang, C. C. (2022). Development of The National Institute for Occupational Safety and Health Worker Well-Being Questionnaire. *Journal Of Occupational And Environmental Medicine*, 64(8), 707.
- Coates, D., & Howe, D. (2015). Combatting Staff Burnout in Mental Health: Key Managerial And Leadership Tasks That Are Fundamental To Staff Wellbeing and Retention. *Asia Pacific Journal Of Health Management*, 10(2), 24-32.
- Dumlu, B (2021). *Duygusal Emeğin Çalışan İyi Oluşuna Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kars.
- Eisele, P. (2020). Transformational and Devious Leadership and How It Predicts Stress And Workplace Wellbeing. *International Journal of Organizational Leadership*, 9(3), 163-169.
- Gurt, J., & Elke, G. (2009). Health Promoting Leadership: The Mediating Role of An Organizational Health Culture. In *Ergonomics And Health Aspects of Work with Computers: International Conference, EHAWC 2009, Held As Part Of HCI International 2009, San Diego, CA, USA, July 19-24, 2009. Proceedings* (Pp. 29-38). Springer Berlin Heidelberg.
- Gutiérrez, O. I., Polo, J. D., Zambrano, M. J., & Molina, D. C. (2020). Meta-Analysis and Scientific Mapping of Well-Being and Job Performance. *The Spanish Journal of Psychology*, 23.
- Harter, J. K., Schmidt, F. L., & Keyes, C. L. (2003). Well-Being In The Workplace and Its Relationship To Business Outcomes: A Review Of The Gallup Studies.
- Huppert, F.A., Baylis, N., & Keverne, B. (2004). Introduction: Why Do We Need A Science of Well-Being. *Philosophical Transactions Of Royal Society B*, (359), 1331-1332.
- Karapınar, P. B., Camgöz, S. M., & Ekmekçi, O. T. (2019). Employee Well-being, Workaholism, Work-Family Conflict and Instrumental Spousal

- Support: A Moderated Mediation Model. *Journal Of Happiness Studies*, 1-21.
- Keyes, C. L. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing To Flourishing In Life. *Journal Of Health And Social Behavior*, 207-222.
- Kılınc, E. (2022). Sağlık Kurumlarında Kariyer Yönetimi. *Sağlık Kurumları Yönetiminde Çağdaş Yönetim Yaklaşımları* (Ed: Uyar, S. Ve Kırış, F. Ç.). Nobel Yayınevi (1. Basım), Ankara.
- Lee, M. & Ahn, C. S. (2016). Anti-Consumption, Materialism, And Consumer Wellbeing. *The Journal Of Consumer Affairs*, 18-47.
- Lunt, J., Fox, D., Bowen, J., Higgins, G., Crozier, S., & Carter, L. (2007). Applying The Biopsychosocial Approach To Managing Risks of Contemporary Occupational Health Conditions: Scoping Review. HSE HSL/2007/24. Retrieved From Health And Safety Laboratory Website: Http://Www.Hse.Gov.Uk/Research/Hsl_Pdf/2007/Hsl0724.Pdf.
- Parker, S. K., Parker, S. & Wall, T. D. (1998). Job and Work Design: Organizing Work To Promote Well-Being and Effectiveness. Sage.
- Pawar, B. S. (2013). A Proposed Model of Organizational Behavior Aspects for Employee Performance and Well-Being. *Applied Research in Quality of Life*, 8, 339-359.
- Polman, M.R. (2022). Love 'Em Or Lose 'Em: The Role Of Companionate Love on Employee Retention and Well-Being. Phd Thesis. Wilmington University.
- Pořkicn, E., & Kazlauskait, R. (2020). Organizational Caring For Employee Wellbeing Through Performance Management. *Human Resource Management/Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 136(5).
- Robertson, I. & Cooper, C. (2011). Well-Being Procutivity And Happiness at Work. Palgrave Macmillan UK.
- Rondonuwu, B. I., Pangemanan, S. S., & Aric, F. V. (2021). The Effect of Leadership Style and Reward System on Employee Wellbeing at Pdam Manado. *Jurnal EMBA: Jurnal Riset Ekonomi, Manajemen, Bisnis Dan Akuntansi*, 9(3), 1316-1324.
- Şahin, D., & Arslan, T. (2023). İş Yerinde İyilik Hali Ölçeğinin Kısa Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 19(3), 623-637.
- Tuna, A.A. (2015). *Algılanan Örgütsel Destek ve İşe İlişkin Duyuşsal İyi Oluş Hâlinin Üretkenlik Karşıtı İş Davranışları Üzerine Etkileri: Hizmet Sektöründe Bir Araştırma*, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Van Veldhoven, M. Ve Peccci, R. (Eds.). (2014). Well-Being and Performance at Work: The Role Of Context. Psychology Press.

- Yağcı, E. (2022). *Psikolojik Danışman Adaylarının Özgeçmişlerini Yordamada İyilik Hali, Bilinçli Farkındalık ve Cinsiyet*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Yılmaz, U. (2012). *Sosyal Kimlik ve İyi Oluş İlişkisi: Kahramanmaraş-Elbistan Alevileri Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- Yurcu, G., & Kocakula, Ö. (2015). Konaklama İşletmelerinde Çalışan Yalnızlığının Öznel İyi Oluş Üzerine Etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(1), 30-41.
- Zhang, J., & Smith, A. P. (2021). A New Perspective on Effects of Different Types of Job Demands on The Wellbeing of A Sample of Chinese Workers. *International Journal of Business And Social Science*, 12(6), 61-68.

Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis

Merve Koç¹

Özet

Bu çalışmada giderek artan malpraktis davalarına istinaden malpraktis kavramı teorik açıdan incelenmiştir. Malpraktis ve komplikasyon farkına değinilerek malpraktise neden olan faktörler ve Türkiye’de bu alanda hukuki yargılamamın esas alındığı mevzuat yer almaktadır. Ayrıca yönetimin sorumluluğu da ele alınarak sağlık hizmeti sunulan kurum ve kuruluşlarda dikkat edilmesi gereken hususlar tartışılmaktadır.

1. GİRİŞ

Teknolojinin gelişmesi, bilgiye çabuk ulaşılması ve farkındalığın artması kişilerin her alanda beklentilerini artırmaktadır. Artık haklarının farkında olan kişiler sağlık alanında da almış oldukları hizmete dair oldukça hassas davranmaktadırlar (Kılıç, 2023). Kendilerine ve yakınlarına yönelik almış oldukları sağlık hizmetini her açıdan değerlendirerek olası bir aksaklıkta ya da istenmeyen çıktılar söz konusu olduğunda haklarını arama konusunda çekinmemektedirler. Hekimin bilerek ya da bilmeyerek yapmış olduğu hatanın türü de hastaların haklarını ararken başvurdukları yargı yolunda verilen kararı etkilemektedir. Sağlık alanında iki tür hatadan bahsedilmektedir. Bunlardan ilki hukuk alanında da kabul edilebilir risk olarak bilinen “komplikasyon”, diğeri ise hekimlerin ve sağlık uzmanlarının mesleklerinin gereği olan özeni ve dikkati göstermeyerek yaptıkları tıbbi hata yani “malpraktis” olarak adlandırılmaktadır. Hata türünün belirlenmesinde en önemli kriter hastadan alınacak aydınlatılmış onamdır.

Günümüzde hastasına tedavi uygulayan hekim her daim doğru kararı verir anlayışı yerini yapılacak her tıbbi müdahalede hastanın da söz hakkı olduğu ve her adımda konuyla ilgili bilgilendirilip rızasının alınması gerektiği görüşüne ve gerçeğine bırakmıştır. Nitekim sağlık alanı doğası

1 Arş.Gör., Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, merveakis@kilis.edu.tr, ORCID: 0000-0002-0796-2494

gereği birçok riski bünyesinde barındırmaktadır. Bu risklerin hastaya açık bir şekilde anlatılması ve tedavi süreciyle ilgili izninin her sonucu ve riski bildiği kabul edilerek alınması gerekmektedir. Bu hem hastanın kendi bedeniyle ilgili hür iradesinin bir gösteriş biçimi olarak kabul edilmektedir hem de her tedbiri alarak mesleğinin gerektirdiği gibi süreci yöneten fakat istenmeyen sonuçlarla karşılaşan hekimin bireysel olarak kendini korumaya almasının en temel gerekliliğidir.

Hekim tarafından hastaya uygulanmış tıbbi bir işlem sonucunda oluşan zararın malpraktis olması durumunda zarar görenin tazminat alacağı doğmaktadır. Hem hekimleri sürekli olarak açılan davalardan finansal olarak korumak hem de zarar görenin haklarını güvence altına almak amacıyla hekimler için mesleki sorumluluk sigortası zorunlu hale getirilmiştir (Keskin, 2023). Sigortanın hekim üzerinden yapılması tüm sorumluluğun müdahaleyi yapan hekimde olması sonucunu doğurmaktadır. Fakat hekimin tıbbi hizmet sunarken bulunduğu ortam koşullarının en iyi seviyede olması (sıcaklık, temizlik), tıbbi malzemelerin yeterli olması, personel sayısının yeterli olması ve bu personellerin yetkin olması gerekmektedir. İyi bir sonuç için iyi bir organizasyon yapısı gereklidir. Tüm bu sayılanlar hastane yönetiminin sorumluluğundadır. Bu yüzden herhangi bir tıbbi hata sonucunda sorumluluğu direkt hekime yüklemek adil olmayacaktır.

2. MALPRAKTİS KAVRAMI

Sağlık hizmeti diğer hizmet gruplarına bakıldığında çıktılarının geri döndürülmesi zor ve yapılan en ufak hatanın bile çok ciddi sonuçlarının olduğu bir sektördür. Tıp mesleğinin vazgeçilmezi olan hekimler, hizmet sunarken istenen sonuçların yanında bilerek ya da bilmeyerek ve çoğunlukla istemeyerek bazı hatalar ve sonuçlarla karşılaşabilmektedirler. Sağlık hizmetinin kendine has özelliklerinden olan kötü ve istenmeyen sonuçların ciddiyeti hekimlik uygulamalarında sorumluluk düşüncesini ortaya çıkarmıştır (Cantürk, 2014; Turla, 2006). Aslında hekimin en temel görevi tıbbi müdahale esnasında özenli davranmaktır. Hastanın tedavi sonrası iyileşmemesi veya kötü bir sonucun ortaya çıkması her zaman hekimin sorumluluğunda değildir. Eğer istenmeyen olumsuz sonuçlar hekim tarafından öngörülmüş ve bu durumu önleyebilecekken bir girişimde bulunulmamışsa işte o zaman hekimin sorumlu tutulmasından bahsedilmektedir (Kılıç, 2023).

Tarihte ilk defa doktor sorumluluğu ve tıbbi hatadan söz edilen Stratton V. Swanlond davası 1374 yılında İngiltere’de görülmüştür. Dava hastanın yapılan ameliyat sonucunda elinde kalıcı hasar meydana gelmesi sebebiyle açılmıştır. Mahkeme, hekimin kendi hatası sonucu hastaya zarar vermesi

durumunda hekimin sorumlu olduğunu eğer sonuç tedavinin beklenmedik bir gelişmeye bağlı olarak ortaya çıktıysa hekimin sorumlu tutulamayacağı yönünde görüş bildirmiştir (Field, 2011).

Sağlık mesleği nesillerdir en çok ihtiyaç duyulan ve hizmet sunucularının her zaman belirli saygınlıkla anıldığı meslek gruplarından (Turla, 2006). İnsanlık var olduğundan bu yana en temel hak ve gereklilik olan sağlık olgusunun tarafları arasında bazı gelişmeler ve farklılıklar meydana gelmiştir. Hasta ve hekim arasında gerçekleşen bu değişiklikler zamanla uyumsuzluğa sebebiyet vermiş ve bu anlaşmazlığa bağlı olarak bazı kavramlar ortaya çıkmıştır (Yücel Sarıbaş, 2020).

Hekimlerin bazı sebeplerden dolayı yaptıkları tıbbi uygulama hataları hekim-hasta anlaşmazlıklarının yol açtığı kavramların başında gelmektedir. Black's Law Dictionary; "herhangi bir meslek mensubunun o mesleği olması gereken bilgi ve beceri ile uygulamaması sonucunda hizmetten yararlananın zarara uğraması" şeklinde "Malpraktis" kavramını tanımlamıştır. Malpraktis yani mesleki hata sağlık alanında da "Tıbbi Malpraktis" olarak sıklıkla karşımıza çıkmaktadır (Ersoy, 2004). Tıbbi bir hatayı tanımlarken kullanılan bu kavram hekimin yanlış tedavi uygulaması, standart tedaviyi uygulamaması, ihmal, yanlış tanı gibi hastayı zarara uğratabilecek faaliyetleri kapsamaktadır (Ayşe Sönmez, 2015).

Malpraktis kavramının kökenine baktığımızda Latince bir kelime olduğunu ve kötü anlamına gelen "male" ile uygulama anlamına gelen "praxis" kelimelerinin birleşiminden meydana geldiğini görmekteyiz (Aşırız ve Ekiz, 2022; Varlı, 2019). Dünya Tabipler Birliği 1992 yılında gerçekleşen 44. Genel Kurulu'nda malpraktis kavramını; "hekimin tedavi esnasında belirlenen standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar "olarak tanımlamıştır (Artar ve Güçlü, 2020; Güngör vd., 2012).

Kavramın Türkçe tam bir tanımı olmamakla birlikte çeşitli kaynaklarda tıbbi hata, tıbbi uygulama hatası veya tıbbi kötü uygulama şeklinde tanımlar kullanılmaktadır (Güngör vd., 2012). Malpraktis, Türk Dil Kurumu Tıp Terimleri Kılavuzu'nda ise kusurlu uygulama olarak tanımlanmıştır (Kılıç, 2023).

Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 13. maddesinde malpraktis; "*Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi* "hekimliğin kötü uygulaması" şeklinde tanımlanmış ve hekimliğin kötü uygulanması olarak bahsedilmiştir (Türk Tabipler Birliği, 2012).

Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı'nın 3. maddesinde yer verilen tanımlar başlığı altında da "Tıbbi Kötü Uygulama" kavramından bahsedilmiştir. Burada malpraktis; "*Sağlık personelinin, kasıt veya kusur veya ihmal ile standart uygulamayı yapmaması, bilgi veya beceri eksikliği ile yanlış veya eksik teşhiste bulunması veya yanlış tedavi uygulaması veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durum*" olarak tanımlanmıştır (TBMM, 2002).

Yapılan tanımlardan da anlaşılacağı üzere hekimlerin tıbbi müdahale esnasında sonucunun kötü olduğunu öngörerek yaptıkları uygulamalar, mesleğin getirdiği sorumluluk bilincine uygun davranmamaları, hastaya yeterli özeni ve ilgiyi göstermemeleri gibi durumlar söz konusu olduğunda malpraktis yani tıbbi uygulama hatasından söz edilebilmektedir. Acil servise gelmiş bir hastaya alerji durumunu öğrenmeden iğne yapılması açık bir şekilde tıbbi hata olarak değerlendirilebilir (Burtan, 2014). Ameliyat esnasında hasta vücudunda yabancı madde unutulması, yeterli tetkiklerin yapılmaması, doğru tedavi yönteminin seçilmemesi, ameliyat olacak hasta ve organların karıştırılması, yanlış taraf ameliyatları, hijyen ve enfeksiyon kurallarına uyulmaması gibi birçok durum tıbbi malpraktise örnek olarak verilebilmektedir (Barlıoğlu, 2018).

Amerikan Tıp Enstitüsü'nün, ABD'de gerçekleşen ölüm nedenlerini açıkladığı raporunda tıbbi hatalar 3. sırada yer almaktadır (Makary ve Daniel, 2016). Ulusal Tıp Enstitüsü raporuna göre ise her sene ABD'de bulunan hastanelerde 98,000 kişinin önlenebilir tıbbi hatalar sebebiyle hayatını kaybettiğini bildirilmiştir (Özgonül vd., 2019). Son yıllarda tıbbi malpraktisin gerçekleştiği durumlar; İngiltere, Baltık Ülkeleri ve Doğu Avrupa'da %50 oranında artarken Almanya, İtalya, İspanya ve Portekiz'de %200-500 arasında değişen oranlarda artış göstermiştir. Fakat Fransa ve İskandinav ülkelerinde ise gerçekleştirilen bazı düzenlemeler sayesinde bu seviyede bir artış kaydedilmemiştir (Ferrara vd., 2013). Ülkemizde ise tıbbi hata oranı %16,6 olarak belirlenmiş ve buna bağlı açılan davaların çoğunluğu kadın doğum ve genel cerrahi branşlarında görülmektedir (Demir ve Kırkit, 2022; Şahbaz vd., 2022). Yargıtay'a intikal etmiş malpraktis davalarının incelendiği çalışmada hataların %66,4'ünün tedavi, %18,4'ünün ihmal, %11,2'sinin teşhis ve %4'ünün diğer hatalardan kaynaklandığı görülmüştür (Kahyaoglu Khalil, 2022).

2.1. Malpraktis Kavramının Tarihçesi

Her geçen gün artan bir şekilde karşımıza çıkmakta olan bu kavram aslında yeni değil, geçmişte M.Ö.'ye dayanan bir olgudur. Günümüzde direkt

bir malpraktis yasaı yokken gemiŖe baktığımızda M.Ö. 1700'lü yıllarda ilk yazılı düzenlemeleri barındıran Hammurabi Kanunlarında hekim hatalarına ve yaptırımlarına yer verildiği görölmektedir (oban, 2012).

282 maddeden oluŖan Hammurabi kanunları genel olarak kısasa kısas olarak bilinmektedir. Bu kanunlarda 215. ve 223. maddeler arasında hekim ücretleri, ödüllendirmeler, başarısızlık ve sakatlık durumunda gerçekleştirilecek yaptırımlardan ve cezalardan bahsedilmektedir (Kılıç, 2023; Turla, 2006).

Hammurabi Kanunları (Tosun ve Yalvaç, 1998);

- 215. Madde: *“Eğer bir hekim, ağır yaralı bir adamı bronz neŖterle ameliyat edip, adamın hayatını kurtarırsa (yaŖatırsa) veya adamın alnını veya Ŗakađını bronz neŖterle açıp, adamı yaŖatırsa 10 Ŗekel gümüŖ alacaktır.”*
- 218. Madde: *“Eğer hekim, ağır yaralı adamın bronz neŖterle üzerinde alıŖıp adamın ölümine sebep olursa veya adamın göz bölgesini bronz neŖterle açıp, adamın gözünü kör ederse, (hekimin) bileklerini keseceklerdir.”*
- 219. Madde: *“Eğer bir hekim, ağır yaralı bir muŖkenum'un kölesi üzerinde bronz neŖterle alıŖıp, ölümine sebep olursa köleye karŖı köle ödeyecektir.”*

Göröldüğü üzere kanunlar hem ödöl hem ceza açısından oldukça nettir. Ayrıca buradan sınıf ayrımının da yapıldığını görmek mümkündür. 215. maddede ödöl olarak verilen *“10 Ŗekel gümüŖ”* baŖka bir maddede belirtilen hastanın köle olması durumunda *“2 Ŗekel gümüŖ”* olarak belirlenmiŖtir. 219. maddede belirtilen durum ise baŖka bir meslek grubu olan mimarların özensiz yaptıkları yapılarda can kaybı yaŖandıđında, mal sahibine köle vermesi gerektiği gibi malpraktis sonucu hayatını kaybeden bir köleye karŖılık yine bir köle verilmesini söylemektedir (Diri ve Diri, 2024).

Eski Mısır'da hekimlere tüm tıp bilgilerini içeren kitaba uygun davrandıkları takdirde ortaya çıkan ölüm ya da iyileŖememe durumundan kendilerinin sorumlu tutulmayacağı bildirilmiŖtir. Burada aslında günümüzde kullanılan malpraktis kavramının temelleri atılmıŖtır. Tanıma göre malpraktis, mesleki gerekliliklerin yerine getirilmemesi sonucu ortaya çıkan zarar durumu olarak açıklanmaktadır. Yine eski Hint Kanunları olan, Manu ve Zoroastra Kanunlarında da hekimin tıbbi hatadan kaynaklanan sorumluluğunun bir jüri tarafından saptanan kusur ile iliŖkilendirilmesi gerektiğinden bahsedilmektedir (Turla, 2006). Bu uygulamanın tarih boyunca bilinen kusura dayanan ilk uygulama olduğu düŖünülmektedir (Bayraktar, 1972).

Antik Yunan'da ise Hipokratın hekimlik yemin metninde meslek etik kurallarının temelinin atıldığı görülmektedir. Bu metinde; hekimin hastaların yararına hareket edeceğinden, talep edilse dahi zehir ve düşük ilacını veremeyeceğinden, hastaların bedenlerine her türlü kötülükten kaçınacağından ve hasta mahremiyetinden bahsedilmektedir (Uğurlu, 1997). Yemine bakıldığında aslında malpraktisle ilgili en önemli konulardan biri olan hekim sorumluluğuna değinildiği ve Hipokrat'ın benimsediği "*primum non nocere*" yani "önce zarar verme" prensibinin tıp etiğinin en temel ilkesi haline geldiği görülmektedir (Varlı, 2019).

Biraz daha yakın bir kültüre bakıldığında Selçuklu Dönemi'nde mesleki olarak yetersiz kişilerin hekimlik yapmalarının yasak olduğunu eğer yaparlarsa cezalandırıldıkları bilinmektedir. Osmanlı zamanında ise hastalara hekimin sorumlu olmadığına dair rıza senetleri imzalatılmaktaydı. Bu senetler tıbbi müdahaleden önce belirli kişilerin huzurunda yapılmaktaydı (Varlı, 2019).

2.2. Malpraktise Neden Olan Etmenler

Malpraktisi oluşturan birden fazla etmen vardır. Yapılan araştırmaların verilerine göre bu sebepler şu şekilde sıralanabilir (Artar ve Güçlü, 2020; Gökmen ve Güleç, 2010; Kahyaoglu Khalil, 2022):

- Dikkat Eksikliği: Tıbbi müdahale esnasında yapılmayacak bir girişimde bulunulması
- Tedbirsizlik: Olası bir komplikasyonu tespit etmede geç kalınması veya unutulması
- Mesleki Yetersizlik: Temel uygulamalarda acemi olmak ve gerekli beceriye sahip olmamak, tecrübesizlik ve buna bağlı olarak yanlış tanı – tedavi uygulamaları
- Özensiz Hizmet Sunumu: Kabul görmüş standartlara uygun davranmamak
- Yasa ve Kurallara Uymamak: Kanun, yasa veya amirin emirlerine uygun davranmamak
- Personel Eksikliği: Yeterli sayıda çalışanın olmaması ve buna bağlı olarak iş yükünün artması
- Artan Talep: Özellikle kamu sağlık kuruluşlarına çok fazla hastanın başvurması ve kısa sürede çok hasta bakma baskısı
- Yorgunluk ve Bitkinlik: Uzun ve yoğun çalışma süreleri
- Komplike Vakalar: Hastaların birden fazla hastalık tanısının olması

- Destek Personeli Hataları: Laboratuvar, radyoloji gibi destek birimlerinden kaynaklanan yanlışlıklar
- İletişim Eksikliği: Hasta- hekim veya sağlık personellerinin kendi aralarındaki iletişimin eksikliği
- Hasta Geçmişi: Hastanın dosyasında yanlış ve eksik bilgilerin olması
- Maliyet Baskısı: Tedaviler esnasında kullanılan ilaçların ve malzemelerin maliyeti
- El Reçeteleri: Hekimlerin el ile yazdıkları reçetelerin yanlış yorumlanması, yanlış ilaç ve doz hataları
- Tıp Eğitiminde Eksiklikler: Mezun olan sağlık çalışanlarının yetkin olmayışı
- Teknolojideki Hızlı Gelişmeler: Tıptaki gelişmelerin takip edilememesi ve teknolojinin suiistimal edilmesi

İfade edilen sebeplere bakıldığında hatalar hekim kaynaklı olmakla birlikte bir kısmı da diğer sağlık personeli ve hastane yönetimi ile ilgili olabilmektedir (Artar ve Güçlü, 2020; Tekinarslan, 2015). Hemşirelerin de hastalarına tıbbi müdahalede bulunurken özenli davranma yükümlülükleri bulunmaktadır. Aksi takdirde oluşan zararlardan sorumlu olmaları kaçınılmazdır. Anayasa Mahkemesine yapılan 2017/17753 sayılı başvuruda mahkeme “10/2/2021 tarihinde hatalı iğne sonucu fiziksel hasar gören hastanın maddi ve manevi varlığını koruma hakkının ihlal edildiğine..” kanaat getirmiştir (T.C. Anayasa Mahkemesi, 2021).

Hemşirelerin malpraktisle ilgili olarak en fazla ilaç uygulamaları, hasta düşmeleri, transfüzyon güvenliği, hastane enfeksiyonları, iletişim eksikliği ve hastanın yetersiz izlenmesi, yanlış ya da uygun olmayan malzeme kullanımı ve cihazlardan kaynaklanan hatalar ile karşı karşıya kaldıkları görülmektedir (Yiğitbaş vd., 2016). Hekimlerin yaptıkları tedavi hataları genel olarak müdahalenin yapılmaması, hastanın bedeninde yabancı madde unutulması, yanlış tedavi yönteminin seçilmesi, gerekli testlerin istenmemesi, yanlış taraf cerrahisi, hatalı ameliyat tekniği, komplikasyonun fark edilmemesi, teknik alet kullanımından kaynaklı hatalar, hijyen kurallarına uyulmaması sonucu enfeksiyona sebep olma şeklinde sıralanabilir (Burtan ,2014).

2.3. Malpraktis ve Komplikasyon Farkı

Sağlık sektörü oldukça riskli bir alan olup normal şartlarda kusur olarak görülmeyen durumlar bile çok zararlı ve kötü sonuçlar doğurabilmektedir. Hekimler her türlü önlemi almalarına ve belirli standartlara göre hareket

etmelerine rağmen hastaları her zaman tam bir iyilik haline ulaştırmaları mümkün olmamaktadır. Bu şekilde ortaya çıkan her türlü tedbire rağmen meydana gelen tıbbi uygulamaların sonuçlarına “komplikasyon” denilmektedir. Bu tarz istenmeyen durumlar hukuk açısından da kabul edilebilir risk olarak nitelendirilmektedir. Tanım olarak komplikasyon; “Bir hastalığın seyri sırasında oluşan ikinci bir hastalık, mevcut hastalığa eklenen diğer bir hastalık veya bozukluktur” (Cantürk, 2014). Söz konusu zararların komplikasyon olarak adlandırılabilmesi için, tıbbi uygulamanın bilgi ve beceri açısından yetkili ve yeterli kişilerce, dikkatli ve özenli bir biçimde, olanaklı ve gerekli önlemler alınarak gerçekleştirilmiş; ancak zararın tüm bunlara rağmen ortaya çıkmış olması gerekir (Türk Tabipler Birliği, 2020).

İstenmeyen sonucun hatalı bir uygulama (malpraktis) olarak değil de hastalığın seyrinde gelişmesi komplikasyon olarak değerlendirilmektedir. Hukuken kabul edilebilir bir riskin komplikasyon olarak değerlendirilmesi için en önemli kriterlerden biri hekimin aydınlatma yükümlülüğünü yerine getirmesidir. Danıştay kararlarında da yer verildiği üzere komplikasyon, hekim tarafından gerçekleştirilen tıbbi müdahale esnasında öngörülemeden öngörülse dahi önlenemeyen bir olay olarak tanımlanmıştır (Keskin, 2023).

Komplikasyonda hekimin bilinçli bir eylemi olmadığı için uygun aydınlatmayı sağladığı ve meslek gerekliliklerine göre uygulamada bulunduğu takdirde bir kusuru olmayacaktır. Fakat malpraktis yani tıbbi uygulama hatasında hekim ve sağlık hizmeti sunan kurumlar açısından bir kusur ortaya çıkmaktadır (Yücel Sarıbaş, 2020). Burada önemli olan nokta iki kavram arasındaki ayrımın yapılmasıdır. İstenmeyen sonuç komplikasyon olarak meydana gelse bile yeterli bilgilendirmenin yapıp yapılmadığı, komplikasyonun geç fark edilmesi ve geç müdahalesinin yapılması durumlarında hekimin sorumluluğu yine tartışma konusu olacaktır (Temel, 2022). Tıbbi uygulama sonucu ortaya çıkan olumsuz durumun malpraktis veya komplikasyon ayrımının yapılması, hekimin sorumluluğu ve doğacak sonuçlar bakımından önemlidir. Tıbbi uygulamanın çeşitli risklerinin bulunduğu açıktır. Bu nedenle sorumluluk bakımından belirleyici olan hekimin kusurunun bulunup bulunmadığının tespitidir. Hasta ve hekim arasında vekalet sözleşmesi olduğu varsayımına dayanarak vekil yönelinen sonucun elde edilmesinden değil o işi yürütürken yaptığı uğraşların özeninden sorumludur. Bu yüzden salt sonuca bakarak olumsuz sonuçların hekime yüklenmesi her zaman doğru olmamaktadır (Özcan ve Özcanoğlu, 2020). Tıbbi hata iddialarının malpraktis olup olmadığı ise Adli makamlar, bilirkişiler, Adli Tıp Kurumu ve Şura aracılığıyla belirlenmeye çalışılmaktadır (Kocakoç ve Tunçer, 2021).

Hekimin hukuki sorumluluğu bakımından kusurlu sayılıp sayılmamasının temel ölçüsü, tecrübeli bir uzman hekim standartıdır. Hekimin eğitim ve becerisine göre, mesleki bilgisine ve tecrübesine dayanarak hastaya bir zarar gelmesini önceden öngörüyor olması gerekmektedir. Herhangi bir ameliyatta gerçekleşen yara enfeksiyonu bir komplikasyon iken bunun için antibiyotik kullanılmaması özen eksikliğine dayalı malpraktise dönüşmektedir (Yördem, 2018).

Malpraktisve komplikasyon kavramları tanımlanarak karşılaştırılmaktadır. Hekim ve hukukçular üzerinde yapılmış bir çalışmada katılımcıların yalnızca %2,06'sı malpraktis, tıbbi hata ve komplikasyon kavramlarını doğru tanımlamışlardır (Özgönül vd., 2019). Hasta ve yakınlarında da aynı sorun gözlemlenmektedir. Tıbbi komplikasyon ve tıbbi hata arasındaki farkın tam olarak anlaşılmasından kaynaklı olarak istenmeyen sağlık çıktıları hekimin uygulama hatası olarak değerlendirilmektedir. Bu yüzden birçok hasta veya hasta yakını durumu yargıya taşıyabilmektedir (Antoci vd., 2016; Uğrak ve Işık, 2022).

3. AYDINLATILMIŞ ONAM

Hekimlerin uyguladıkları tıbbi müdahaleleri hukuka uygun hale getiren iki unsurdan bahsedilmektedir. Bunlardan ilki hekimin mesleki yeterliliğe sahip olması ikincisi ise yapılacak her türlü girişim için hastadan aydınlatılmış onamın alınmasıdır (Cantürk, 2014). Hukuken kabul edilebilir riskin komplikasyon olarak adlandırılması için de hekimin aydınlatma sorumluluğunu yerine getirmesi gerekmektedir (Keskin, 2023).

Örnek bir davada “Somut olayda, dosyaya kazandırılan Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu’nun 02.12.2015 tarihli raporunda dava konusu olayda kişiye glüteal bölgeden intramüsküler enjeksiyon yapıldığının anlaşıldığı, enjekte edilen ilaçların doku içi yayılımı ile sinir hasarına neden olabileceklerinin tıbben bilindiği, bu durumun enjeksiyonların tekniğine uygun yapılması durumunda da daha önceden öngörülemeyecek ve önlenemeyecek arazlara sebep olabileceği, bu durumun her türlü özene rağmen oluşabilecek herhangi bir kusur ve ihmalden kaynaklanmayan komplikasyon olarak nitelendirildiği, enjeksiyonun yapıldığı tekniği ve uygulanan bölgenin uyumsuzluğu yönünden tıbbi bir delil de tanımlanmadığından, tüm bulgular bir bütün olarak değerlendirildiğinde, enjeksiyonu uygulayan ... personeline ve enjeksiyon yapılma talimatı veren ilgili hekime herhangi bir kusur izafe edilemediği” yönünde görüş bildirilmiştir. Davacı, rapora karşı, hastanın rızası hususuna değinilmediği gerekçesi ile itiraz etmiş; mahkemece rapor doğrultusunda “enjeksiyonun neden olduğu hasarın önceden öngörülebilecek bir komplikasyon olmaması nedeniyle, bu

hususta ... personeli tarafından hastanın aydınlatılmasının beklenemeyeceği, “aydınlatılmış onam” yükümlülüğünün ihlali ve buna bağlı olarak ortaya çıkan bir zararın söz konusu olmadığı, böylece somut olayda hukuka aykırı bir durum gerçekleşmediği” gerekçesi ile davanın reddine karar verilmiştir. Yerel mahkeme kararı davacılar tarafından temyiz incelemesi için Yargıtay’a taşınmış, Yargıtay 13. Hukuk Dairesinin 12.12.2019 tarihli, 2016/23372 Esas ve 2019/12469 Karar sayılı ilamında hastanın komplikasyonlar hakkında bilgilendirilmesinin aydınlatma yükümlülüğünün kapsamında olduğuna, ortaya çıkan hasarın komplikasyon olması aydınlatma yükümlülüğünü ortadan kaldırmadığı gibi hastanın komplikasyonlar hakkında bilgilendirilmesinin aydınlatma yükümlülüğünün bir gereği olduğuna, Mahkemece, davacıların yapılan enjektör öncesi, enjeksiyonun sonuçları ve olası komplikasyonları konusunda bilgilendirildiğine ve davacıların bu işleme rıza gösterdiğine dair aydınlatılmış rızanın alındığına ilişkin aydınlatılmış onam düzenlenip düzenlenmediğinin araştırılarak, aydınlatılmış onamın alındığına dair ispat külfetinin davalı üzerinde olduğu da gözetilerek, hasıl olacak sonucu göre bir karar verilmesi gerekirken, eksik inceleme ve yanılığlı gerekçe ile davanın reddine karar verilmesi usul ve yasaya aykırı olup, bozmayı gerektirmiştir (T.C. Yargıtay, 2019).

Tarihte uzun yıllar boyunca hastaların kendi bakımlarında söz söyleme haklarının olmadığı kabul edilmiştir. Aksine, hastanın kabul edip etmemesi gözetilmeksizin hastanın çıkarına en uygun şekilde hareket etmek hekimin görevi olarak bilinmekteydi. Hipokrat yeminin temelini oluşturan “ilk önce zarar verme” düşüncesi hekimlerin karar vermesinin en doğru yol olduğunu savunmaktaydı. Hekim ve hasta arasında bilgi asimetrisi olduğu, bilgilendirilseler bile doğru kararı veremeyecekleri düşünülmekteydi. Fakat tıp dünyasında zamanla paternalizm yaklaşımının zayıfladığı görülmektedir. Paternalist yaklaşım “iyileştiren daima haklıdır” görüşüne dayanmaktadır. Bu görüş günümüzde yetişkin ve akli başında olan insanların kendi bedenleri hakkında söz sahibi olma ve karar verme hakkına sahip olduğu düşüncesinin önem kazanmasıyla giderek zayıflamıştır (Kılıç, 2023; Smolenski, 2021). 20. Yüzyılın başlarına kadar etkili olan paternalist yaklaşım, gelişen hasta hakları ile hekimin yapacağı her türlü müdahalede hastanın bilgilendirilmesi zorunluluğu ve buna bağlı olarak hastaların karar hakkına sahip olacağı gerçeğine evrilmiştir (Şeker, 2020). Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınması düşüncesiyle ortaya çıkan aydınlatılmış onam kavramının nispeten kısa bir geçmişi vardır. Bu kavram 20. yüzyılın başlarında cerrahi ile ilgili olarak tartışılmış ve ilk kez 1947’deki Nürnberg Mahkemeleri’nde tıbbi çalışmalarda uygulanmıştır (Bazzano vd., 2021; Bostan vd., 2020).

Aydınlatılmış onam; karar verme yeterliğine sahip bir bireyin, kendisine uygulanacak tanı, tedavi yöntemleri ve diğer uygulamalar konusundaki tüm seçenekleri, bu yöntemlerin olası olumlu ya da olumsuz sonuçlarına ilişkin bilgileri aldıktan ve anladıktan sonra, yapılacak işlemlere izin verme, kabul etme ve rıza sürecidir (Sezgin ve Özbaş Tevetoğlu, 2022). Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları 26. Madde: “*Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır.*” şeklindedir. Aslında bu maddede onamın içeriğinden bahsedilmektedir (Türk Tabipler Birliği, 2012).

Aydınlatılmış onam, tıbbi uygulamanın temel ilkesi olarak kabul edilmektedir. Hekim ve hasta arasında bilgi sağlayarak ve paylaşımında bulunarak ortak karara dayalı bir sağlık planı oluşturulmasına olanak tanımaktadır. Bu bağlamda onam, hastanın önerilen tedaviyi kabul edip etmeyeceğine kendisinin karar verme hakkını sağlayan özerklik ilkesini temsil etmektedir (Pietrzykowski ve Smilowska, 2021).

Hastanın aydınlatılma hakkının kabul edildiği ilk uluslararası metin Lizbon Hasta Hakları Bildirgesidir (1981). Daha sonra “*Amsterdam Bildirgesi (1994), Bali Bildirgesi (1995), Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (1997) ve Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Sözleşmesi (2002)*” aydınlatılmış onam ve hasta rızasının ele alındığı diğer uluslararası kaynaklar olmuştur. Ülkemizde ise, aydınlatılmış onam ile ilgili en eski hukuki düzenleme 1928 yılında yayınlanan “1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”dur. Ardından yayınlanan “*Hasta Hakları Yönetmeliği (1998), Hekimlik Meslek Etiği Kuralları (1999) ve Aydınlatılmış Onam Kılavuzu (2013)*” hastaların aydınlatılması gerekliliğine vurgu yapan diğer düzenlemelerdir (Barlıoğlu, 2018; Şeker, 2020).

Hastanın rızasının alınması önemli bir hukuka uygunluk nedenidir. Bu yüzden rızayı verecek kişinin iradesinin sakatlanmamış olması oldukça önem arz etmektedir (Kurt, 2019). Rıza sürecinin bir önemli kriteri de hastanın birincil hekimi tarafından aydınlatılmasıdır. Yapılacak müdahaleler öncesi onam alma yetkisi hekimin sorumluluğunda olsa da 1219 sayılı Kanun’da, hekim dışı sağlık personelinin de belirli müdahaleler konusunda sorumlu olduğu belirtilmiştir. Hemşirelerin de yapılacak bakım ve tedavi ile ilgili hastayı bilgilendirme ve açık rızasını alma konusunda sorumlulukları vardır (Altuntaş Çalım ve Elmas, 2023; Sezgin ve Özbaş Tevetoğlu, 2022).

Aydınlatılmış onam alınırken dikkat edilmesi gereken bazı hususlar bulunmaktadır. Öncelikle hastaya bilgi verirken açık ve sade bir dil kullanılmalıdır. Eğer dil problemi yaşıyorsa mutlaka bir tercümandan destek alınmalıdır. Sunulacak tedavinin amacı, farklı tedavi yöntemleri ve hastalık seyri hakkında bilgiler verilmelidir. Aynı zamanda hastaların süreç ile ilgili soru sormasına müsaade edilerek soru işaretleri giderilmelidir. Bilgilendirme sonrası hastanın tedavi sürecine gönüllü olarak katılması da onamın temel öğelerinden bir tanesidir (Altuntaş Çalım ve Elmas, 2023). Onam, eğer hasta yetişkin ve karar verme kabiliyetine sahip ise hastadan; yaş olarak küçük ya da kendisi hakkında karar veremeyecek durumda ise veli ya da vasisinden alınmalıdır. Travma ya da ani bir hastalık durumunda kişinin yaşadığı sağlık sorunu acil olarak nitelendirileceği için böyle durumlarda hekimin hastayı aydınlatma yükümlülüğü yoktur. Yine doğal afet, savaş, koma hali, kaza gibi hızlı müdahalenin hayati önem taşıdığı durumlarda da bu yükümlülük bulunmamaktadır (Barlıoğlu, 2018).

İyi bir aydınlatılmış onam içerisinde; hastanın mevcut durumu ve hekimin koyduğu tanı, önerilen tedavinin türü, tedavinin başarı şansı ve süresi, tedavinin kim tarafından, nerede ve ne zaman gerçekleştirileceği, olası komplikasyonlar, alternatif tedavi seçenekleri, kullanılacak ilaçların yan etkileri ve hastanın tedaviyi kabul etmeme durumunda nasıl bir sonuç ile karşılaşacağı açık bir şekilde yer almalıdır (Kahyaoğlu Khalil, 2022).

4. MALPRAKTİSİN HUKUKSAL BOYUTU

7406 sayılı Kanun'un 14. maddesinin gerekçesinde mesleki standartlara uyarak hastanın zarar görmemesi için tüm önlemleri alan sağlık personellerinin tüm gayretine rağmen yapılan muayene, teşhis ve tedaviye yönelik tıbbi uygulamalar sebebiyle cezai ve hukuki sorumluluklarının doğabileceğinden bahsedilmiştir (Kaygusuz, 2023).

Hatalı bir tıbbi uygulama durumunda zararın telafisi için kişi veya kurumun sorumluluğu bir yargılama süreci sonucunda saptanmaktadır. Burada "kusura dayalı" bir sistemden söz edilmektedir. Yargılama süreci sonucunda zarar ya sigorta sisteminden ya da doğrudan kişi ve kurumlardan talep edilmektedir (Güngör vd., 2012). Türk-İsviçre hukuk sisteminde halihazırda düzenlenmiş bir malpraktis yasası bulunmamaktadır. Bu yüzden malpraktis olgusunda kamu görevi söz konusu ise idari yargılama usulleri kapsamında idare aleyhine dava açılmaktadır. Kamu dışında görev yapan sağlık personelinin verdiği tıbbi biraz zarar söz konusu ise Borçlar Hukuku temel ilkelerine dayalı bir yargılama yapılmaktadır (Demir ve Kirkit, 2022).

Hekim ve hasta arasında, tıbbi müdahalenin gerçekleştirildiği koşullara göre farklı hukuksal ilişkiler kurulmaktadır. Hastayı takip eden hekim bir kamu kurumunda görevli ise kamu hukuku söz konusu olduğu için yetkili mahkeme İdare Mahkemesidir. Burada hasta ve hastane arasında bir sözleşme ilişkisinden bahsedilmez. Hastanın kamu hizmetinden yararlanması söz konusudur. Kamu hastanelerinde çalışan sağlık personelleri kamu görevlisi olduklarından Anayasa'nın 129/5. maddesi gereği yalnızca ilgili kamu kuruluşuna karşı dava açılabilir. Özel hastane ya da özel muayenehanede yürütülen bir hizmet söz konusu ise hastane, hekim ve hasta arasında sözleşmeye dayalı borç ilişkisi vardır (Demir ve Kirkit, 2022). Türk hukuk sisteminde Yargıtay kararlarına bakıldığında çoğunlukla hekim ile hasta arasında bir vekalet sözleşmesi olduğu kararına varılmıştır. Bu sözleşme hekimlik sözleşmesi olarak adlandırılmaktadır. Bu sözleşme hükümlerine göre hekimin gerçekleştirmek zorunda olduğu teşhis ve tedavi gibi faaliyetleri özenle gerçekleştirmemesi hukuki sorumluluğun bir neticesi olarak tazmin yükümlülüğünü ortaya çıkarmaktadır. Bu tarz tazminat davalarında 6502 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun uyarınca yetkili mahkeme ise Tüketici Mahkemeleridir (Değdaş, 2018; Yücel Sarıbaş, 2020).

4.1. İlgili Mevzuat

Sağlık personellerinin, sağlık hakkının korunması kapsamında bazı sorumlulukları vardır. Bu sorumluluklar hem ulusal hem de uluslararası birçok yasal mevzuatta belirtilmektedir. Ülkemizde bu yasal sınırı çizen bazı kanunlar; “5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu, 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu, 4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu, 6098 Sayılı Türk Borçlar Kanunu, 5013 Sayılı İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1593 Sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu, 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 2659 Sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu” şeklindedir (Temel, 2022).

Ülkemizde 2002 yılında malpraktis ile ilgili mevzuat çalışmaları başlatılmış, ancak yasa kanunlaşmadan taslak tasarı olarak kalmıştır. Malpraktis yasa tasarısı kanunlaşmamış olsa da Türkiye’de sağlık alanında önemli bir gündem yaratmıştır (Demir ve Kirkit, 2022; Özgönül vd., 2019).

Tıbbi uygulama hatalarında (malpraktis) cezai sorumlulukla ilgili mevzuata baktığımızda en güncel değişikliğin 12.05.2022 tarihinde kabul edilip 27.05.2022 tarihli ve 31848 sayılı Resmî Gazete ’de yayımlanarak yürürlüğe giren Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair 7406 sayılı Kanun olduğunu görmekteyiz. Kanun, sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirilen tıbbi uygulama hatası konulu cezai

ve hukuki uyumsuzluklar bakımından 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda, 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nda ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda önem arz eden değişiklikler getirmiştir. Bu kanunun yayınlanmasının ardından Sağlık Bakanlığı tarafından, bu yasaya dair uygulamaları düzenleyen 15 Haziran 2022 tarihli "Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik" yayınlanmıştır (Demir ve Kirkit, 2022; Kaygusuz, 2023).

7406 sayılı Kanun ile daha önce kamu görevlisi hekimler ile sınırlı olan ceza mahkemelerinde yargılanmanın ancak soruşturma oluru verilmesi ile mümkün olması hali, özel sağlık kurum kuruluşlarında ve vakıf üniversitelerinde çalışan hekimleri de kapsayacak şekilde genişletilmiş; bu konuda yeni kurulan Mesleki Sorumluluk Kurulu'na yetki verilmiştir (Ersoy, 2021). "*...Mesleki Sorumluluk Kurulu, özel sağlık kurum ve kuruluşları ve vakıf üniversitelerinde görev yapan hekim ve dış hekimleri ile diğer sağlık meslek mensupları bakımından il sağlık müdürlüklerinde görevli başkan veya yardımcılarını da ön inceleme yapmak üzere görevlendirebilir. Soruşturma izni verilmesine ilişkin 4483 sayılı Kanununun 7. maddesindeki süreler, iki kat olarak uygulanır. Mesleki Sorumluluk Kurulunun kararlarına karşı Ankara Bölge İdare Mahkemesine itiraz edilebilir.*" (Resmî Gazete, 2022). 1 Mart 2024 tarihli resmi gazetede yayımlanan 7496 sayılı Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararıyla Değişiklik Yapılmasına Dair Kanununun 21. maddesinde 3359 sayılı Kanunun ek 18. maddesine ilave olarak "*devlet üniversiteleri MSK kararı ve varsa ceza yargılaması sonucunu dikkate alarak altı ay içinde sağlık meslek mensubunun görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullanıp kullanmadığı ve kusur durumu hakkında karar verecektir.*" ibaresi eklenmiştir (Beşkoç vd., 2024; Resmi Gazete, 2024).

4.2. Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası

Sağlık uygulamalarında ne kadar tedbir alınırsa alınsın riskler kaçınılmaz olmaktadır. Riskli durumların gerçekleşmesi durumunda zararın en iyi şekilde tazmini gerekmektedir. Bu noktada hekim mesleki sorumluluk sigortası devreye girmektedir. Finansman anlamında hekime destek olan bu sigorta hata, ihmal ya da kusurdan kaynaklı malpraktisin önlenmesine yönelik olmayıp yapılan tıbbi hataların sonucuyla ilgilidir (Gökmen ve Güleç, 2010). Aslında hekim sorumluluk sigortasının amacı hekim aleyhine açılan davalardaki tazminat taleplerine karşı güvence sağlamak ve hekimlerin hukuki sorumluluk sebebiyle maruz kalabilecekleri mali yükten onları kurtarmaktır (Kara, 2020).

Sigortacılık sektöründe hukuksal koruma olarak bilinen mesleki sorumluluk sigortaları diğer ülkelerde uzun yıllardır uygulanan bir sigorta dalıdır (Aksoy Gülaslan, 2014). Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası” olarak anılan hekimin zorunlu mali sorumluluk sigortası, ülkemizde 2010 yılında uygulanmaya başlanmıştır (Kara, 2020). Hekim zorunlu mesleki sorumluluk sigortası, 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’un (TŞSK), Ek 12’nci maddesine uyarınca zorunlu hale getirilmiştir. Kamu kurum ve kuruluşlarında görevli hekim ve uzman sağlık personeli için sigorta priminin yarısı kendileri tarafından ödenirken diğer yarısı döner sermayesi bulunan kurumlarda döner sermayeden, döner sermayesi bulunmayan kurumlarda kurum bütçelerinden ödenmektedir. Mesleklerini serbest olarak icra edenlerin sigortaları kendileri tarafından yaptırılırken, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanlar için ilgili özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından yaptırılır. Özel kurum ve kuruluşlarda çalışanların sigorta primlerinin yarısı kendileri tarafından, yarısı istihdam edenlerce ödenmektedir (Mevzuat, 1928).

Ülkemizde sigorta şirketlerine hasar temini için başvuru nedenleri incelendiğinde büyük bir kısmının kadın doğumla ilgili olduğu görülmektedir. Bu durum sigorta şirketleri açısından riskli alan olarak görülen kadın hastalıkları grubunun en yüksek prim tutarına sahip olmasına sebep olmaktadır. Diğer ülkelere bakıldığında da hekim sorumluluk sigortasının oldukça önemli bir yerde olduğu görülmektedir. Bazı ülkelerde (Hollanda, Almanya, Lüksemburg) sigortası olmayan hekimlere ruhsat verilmemektedir. İtalya’da hekimlerin yaklaşık %15’i bireysel sorumluluk sigortasına sahipken İngiltere’de tüm hekimler NHS tarafından sigortalanmaktadır (Yıldırım, 2015).

5. YÖNETİMİN MALPRAKTİS SORUMLULUĞU

Hastane işletmesi ister özel sektöre ait olsun ister kamuya, hastanede gerçekleştirilen tıbbi müdahalelerin tümünden hastane yönetimi sorumludur. Bununla ilgili prensipleri belirleyici Danıştay kararları da mevcuttur. Hastane yönetiminin, en önemli yükümlülüğü hastanın tedavisidir. Bununla birlikte hastane bakımını sağlama, hastayı aydınlatma, kayda geçirme, sır saklama gibi sorumlulukları da bulunmaktadır. Özellikle hastaların aydınlatılması konusunda hastane yönetiminin hekimleri uyarması ve bilgilendirmesi gerekmektedir. Bunun yanında yönetimin hastanede hatasız çalışmayı sağlamak, denetimi yürütmek ve personeli en iyi şekilde değerlendirme görevleri de bulunmaktadır. Hekimlerin iyi bir tedavi sunması ve tıbbi hatalara zemin hazırlamamak için iyi bir organizasyon gerekmektedir (Hakeri, 2015).

Sağlık hizmetleri sadece hekimliği ve tıbbi müdahaleyi ifade etmemektedir. Bu kavramı organizasyon olarak ele almak en doğrusudur. Sağlık kurumları olan hastanelerin yönetimi, idari ve mali hizmetleri de oldukça önem teşkil etmektedir. Bu yüzden hastalarda oluşan zarar sadece tıbbi müdahalelerle sınırlı kalmamaktadır. İdarenin de hatalı uygulamaları söz konusudur ve bu uygulamalar “idari malpraktis” olarak adlandırılmaktadır. İdari malpraktis; *tanı koymaya yarayacak teknik şartların sağlanmaması, işleyiş hataları, yetkisiz personel çalıştırılması, hastayı koruyacak önlemlerin alınmaması, ilaç ve tıbbi malzeme sağlanmaması, denetim ve gözetim hataları, yetersiz sayıda personelin olması* gibi sebeplerden kaynaklanabilmektedir (Çınarlı, 2013 akt. Sönmez, 2015).

Yine hastane yönetimi yemeklerin taze ve sağlıklı olmasını sağlamak ve hastanenin temizliğine de dikkat etmek zorundadır. Hastanın hastanede yediği bir yemekten zehirlenmesi, yeterli ısıtma yapılmadığı için hastanın durumunun ağırlaşması, kan grubunun tespitinde hata yapılması, yangına karşı tedbirin alınmamış olması gibi durumlarda hastane yönetimi kusurlu kabul edilmektedir (Burtan, 2014). Vakaya giden ambulansın bozulması ya da zorunlu bir işlem için bakımı yapılmamış tıbbi cihazın kullanılmaması durumları da sağlık hizmetini kısıtlayan teknik sebeplerdendir (Temel, 2022). Hastane yönetimi tüm teknik altyapı sorunlarından sorumludur. Buradan anlaşılacağı üzere hastane yönetimi, hekimin ve diğer sağlık çalışanlarının verimli bir tıbbi hizmet sunabilmeleri için gerekli olan tüm altyapıyı hazır hale getirmekle yükümlüdür.

Hatalı tıbbi işlem sonucu zarar gören hastanın zararının tazmini konusunda Türk Tabipler Birliği, zararın tüm sorumluluğunu sağlık çalışanlarına yükleyen ve sigorta-tazminat sistemine zemin oluşturan bir sistemi adil bulmamaktadır. Çünkü hizmet; çalışma ortamı, altyapı olanakları, gerekli tıbbi malzemelerle, örgütlenme biçimi ve yönetsel boyutuyla bir bütün olarak ele alınmalıdır. Dolayısıyla sorumlulukların belirlenmesinde ilk olarak organizasyon, örgütlenme ve finansman alanlarında yetkili olanların da yükümlülükleri dikkate alınmalıdır (Türk Tabipler Birliği, 2020).

Sakarya Bölge Adliye Mahkemesinin 18.03.2021 tarihli, 2021/180 Esas ve 2021/266 Karar sayılı ilamında; gerçekleşen ameliyata ilişkin aydınlatılmış onamın cerrahi işlemi yapan doktor tarafından alınması gerekirken, aydınlatılmış onam formunun hastane personeli tarafından imzalatılması ve onam formlarının ameliyat tarihli yasal duruma göre hazırlanmaması nedeni ile hastane yönetiminin ve doktorun özensizliği bulunduğu ve maddi manevi tazminatın yasal faizi ile birlikte davalıdan tahsil edilmesine karar verilmiştir (T.C. Bölge Adliye Mahkemesi, 2021). Bu kararda da görüldüğü üzere

aydınlatılmış onam sorumluluğu hekimde dahi olsa hastane yönetiminin de kusuru bulunmaktadır. Yönetim hem personelini bilgilendirmeli hem de yükümlülüğü olan denetim faaliyetlerini ihmal etmemelidir.

6. SONUÇ

Yaşanılan çağda medyanın gücünün artması ve bilgiye her kanaldan ulaşma imkânı bireylerin daha bilgili ve bilinçli olmasına zemin hazırlamıştır. Haklarının da farkında olan kişiler artık hem bu haklara saygı gösterilmesini beklemekte hem de olumsuz bir durumda haklarını arama konusunda oldukça girişken davranmaktadırlar. Bu durum özellikle sağlık alanında kendini göstermeye başlamış ve sağlık çalışanlarının sorumluluğunun artmasına sebep olmuştur (Yıldırım, 2015). Hastaların bilgi birikimlerinin artması ve sağlık sektörü çalışanlarının sorumluluklarının artması, istenmeyen sonuçlarla karşılaşıldığında da hukuki yaptırımların uygulanmasına sebebiyet vermektedir (Kocakoç ve Tunçer, 2021).

Tıbbi malpraktis ve buna bağlı davaların artmasının birden fazla sebebi vardır. Bunların başında hastaların sağlık hizmeti sunumundan beklentilerinin artmış olması gelmektedir. Hastalar artan rekabet ortamında aldıkları hizmeti sorgulayarak seçici davranmaya başlamışlardır (Cantürk, 2014). Bunun yanında medya organlarının kamuoyunu etkileyerek bir kesim üzerinde baskı yaratması da sebepler arasındadır. Ayrıca tıp eğitimindeki eksiklikler de tıbbi hataların artmasını doğrudan etkilemektedir (Gökmen ve Güleç, 2010). Hekimlere mezun olmadan sağlık uygulamalarına yönelik etik davranışlar aşılanmalı ve haklarını bilmeleri adına tıp hukuku derslerinin de müfredata eklenmesi gerekmektedir. Malpraktise sebep olan bir başka etmen ise uzun ve yorucu çalışma saatleridir. Sağlık çalışanları her ne kadar mesleki sorumluluklarının bilincinde olarak hastalara yaklaşıyorlar da yorgunluk ve stres altında yanlış kararlar alabilmektedirler. Bu şartları iyileştirmenin tıbbi hataları azaltacağı ve buna bağlı açılan dava sayılarının da azalmasında etkili olacağı düşünülmektedir (Kahyaoğlu Khalil, 2022).

Hasta ve hasta yakınlarının gerekli olduğu durumlar haricinde de hekim ve söz konusu sağlık kuruluşuna yönelik hukuki hak arama girişimlerinin olduğu görülmektedir. Bu girişimler zamanla hekimleri defansif tıp adı verilen, kendilerini hukuki süreçlerden ve tazminat yükümlülüğünden korumak adına aşırı korumacı davranarak gereksiz tıbbi girişimlerde bulunmalarına ya da yüksek riskli tedavilerden kaçındığı uygulamalara yöneltmektedir (Aşirdizer ve Ekiz, 2022). Bunların yanında hekimler artan baskıyla ya mesleklerini bırakmakta ya da uzmanlık alanlarını risksiz olan bölümlerden seçme eğilimindedirler. Tüm bu sonuçların ışığında hem hastayı hem de sağlık

çalışanlarını koruyucu önlemlerin alınması gerekmektedir. Özellikle hastane yönetiminin ve idarenin tüm koşulları en uygun seviyeye getirmesi bu konuda önem arz etmektedir. Konuyla ilgili davranış değişikliğine yönelik eğitimlerin verilmesi, sağlık kuruluşlarında hata bildirim sistemlerinin kurulması, hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve en önemlisi hem sağlık çalışanlarıyla hem de hastalarla etkili bir iletişimin kurulması tıbbi hataların önlenmesi adına atılacak adımların başında gelmektedir (Özer vd., 2015).

Sağlık hizmeti sunumunun yalnız hekimin sorumluluğunda olduğu düşüncesi eski çağlarda kalmıştır. Günümüzde sağlık yönetimi bütünsel bir bakış açısıyla ele alınmaktadır. Hizmet sunumun profesyonel bir bakış açısı ile yürütülmesi artık bir zorunluluk haline gelmiştir. Bu yüzden meydana gelebilecek en ufak bir olumsuzluk durumunda yönetimin de sorumluluğu göz ardı edilmemelidir. Hastane yöneticileri konuyla ilgili tüm çalışanlarında farkındalık oluşturmalıdır. Teknik olarak da tüm altyapı düzenleme sorumluluğu hastane yönetimine aittir (Varlı, 2019). Sağlık gibi insan hayatını ilgilendiren bir olgunun sunumunu gerçekleştiren kurum ve kuruluşlarda yönetim alanında görev alacak kişilerin hem tıp hem de sağlık yönetimi alanında yetkin ve donanımlı olması gerekmektedir.

Kaynakça

- Aksoy Gülaslan, P. (2014). 2014). “*Organ ve Doku Nakli Suçlarının Türkiye’deki Görünümleri ve Karşılaştırılmalı Hukuk Çözüm Önerileri*”. Uluslararası Sağlık Hukuku Sempozyumu (ed. Hakeri, H. ve Doğan, C.). Ankara: Türkiye Barolar Birliği Yayınları, 267-298.
- Altuntaş Çalım, G. ve Elmas, S. (2023). Hemşirelik Uygulamalarında Aydınlatılmış Onam. *Akdeniz Hemşirelik Dergisi*, 2(2), 65-72.
- Antoci, A., Fiori Maccioni, A. and Russu, P. (2016). The ecology of defensive medicine and malpractice litigation. *PLoS One*, 11(3) : e0150523.
- Artar, C. ve Güçlü, A. (2020). Sağlık işletmelerinde yanlış tedavi sonucu hasta mağduriyetleri ve hukuki boyutunun incelenmesi. *Aydın Sağlık Dergisi*, 6(3), 235-247.
- Aşirdizer, M. ve Ekiz, A. (2022). Tıbbi Malpraktis İddialarında Çözüm Önerileri. *Bulletin of Legal Medicine/Adli Tıp Bülteni*, 27(3), 288-294.
- Barhoğlu, H. C. (2018). *Defansif Tıp Unsuru Olarak Tıbbi Malpraktis*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Bayraktar, K. (1972). Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları, İstanbul.
- Bazzano, L.A., Durant, J. and Brantley, P.R. (2021). A modern history of informed consent and the role of key information. *Ochsner Journal*, 21(1), 81-85.
- Beşkoç, C., Şahin, H. Ç. ve Kestioğlu, B. N. (2024). Tıbbi Malpraktis Davalarında Yeni Bir Dönem: Mesleki Sorumluluk Kurulu. *Adli Tıp Dergisi*, 38(1), 1-4.
- Bostan, S., Ünal, F. N., Ünal, C. ve Metin, F.E. (2020). Hastaların Aydınlatılmış Onam Hakkında Farkındalık ve Tutumları. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarifi Dergisi*, 28(2):163-172.
- Burtan, Ç. B. (2014). “*Tıpta Malpraktis ve İdarenin Sorumluluğu*”. Uluslararası Sağlık Hukuku Sempozyumu (ed. Hakeri, H. ve Doğan, C.). Ankara: Türkiye Barolar Birliği Yayınları, 323-352.
- Cantürk, G. (2014). “*Tıbbi Malpraktis ve Tıbbi Bilirkişilik*”. Uluslararası Sağlık Hukuku Sempozyumu (ed. Hakeri, H. ve Doğan, C.). Ankara: Türkiye Barolar Birliği Yayınları, 299-322.
- Çınarlı, S. (2013), *İdarenin Sağlık Hizmetinin Sunumundan Kaynaklanan Hukuki Sorumluluğu*, Ankara, Orion.
- Çoban, İ. (2012). *Ailelerin Hasta Güvenliği Konusundaki Görüşlerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Değdaş, U. C. (2018). Hatalı tıbbi uygulamadan (malpraktis) doğan hukuki ve cezai sorumluluk. *Anadolu Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 4(6), 41-65.

- Demir, M. ve Kirkit, E. (2022). Komplikasyon–Malpraktis Ayırımının Tıbbî Özel Hukuk Sorumluluğuna Etkisi. *Çukurova Üniversitesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, (1), 58-91.
- Diri, F. ve Diri, B. (2024). Hammurabi Kanunlarındaki Tıbbi Müdahaleden Doğan Cezai Sorumluluklar Hakkında Değerlendirmeler. *OANNES – Uluslararası Eskiçağ Tarihi Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 299-318.
- Ersoy, L. V. (2021). Tıbbi Malpraktiste Sorumluluk: 7406 Sayılı Yasa Malpraktis Açısından Neler Getirdi?. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 8(4), 168-169.
- Ferrara, S.D., Boscolo-Berto, R. and Viel, G. (2013). *Malpractice and Medical Liability Euro- pean State of the Art and Guidelines*. 1st ed. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Field, R.I. (2011). The Malpractice crisis turns 175: What lessons does history hold for reform. *Drexel Law Review*, 4(7), 10.
- Gökmen, H. ve Güleç, S. (2010). Tıbbi Malpraktis Riskinin Yönetiminde Bir Araç Olarak Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortaları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), 9-16.
- Güngör, P., Merih, Y. D. ve Yaşar Kocabey, M. (2012). Farklı ülkelerin malpraktis konusunda yasal düzenleme girişimleri, zorunlu mali sorumluluk sigortası. *Zeynep Kamul Medical Journal*, 43(4), 128-138.
- Hakeri, H. (2015). *Tıp Hukuku* (9. Baskı). Seçkin Yayıncılık, 372-378.
- Kahyaoglu Khalil, E. (2022). *2015-2020 Yılları Arasında Yargıtay'a İntikal Etmiş Malpraktis Dosyalarının Sağlık Yönetimi Açısından Analizi*. Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi, Ordu.
- Kara H. (2021). Yargıtay ve Hakem Kararlarına Göre Hekimin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 2021(152), 255-303.
- Kaygusuz, S. (2023). 7406 Sayılı Kanun'un Sağlık Çalışanları Bakımından Getirdiği Yeni Düzenlemeler. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, (53), 247-284.
- Keskin, E. (2023). *Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Hukuki Uyuşmazlıklarda Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası*. Yüksek Lisans Tezi, Bursa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk Ana Bilim Dalı, Bursa.
- Kılıç, V. (2023). *Acil Sağlık Çalışanlarının sağlık hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirmesi Üzerine Bir Saha Araştırması*. Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Ordu.
- Kocakoç, N. ve Tunçer, P. (2021). Yüksek Sağlık Şura'sında 2008-2017 Yılları Arasında Görüşülen Malpraktis Olgularının Değerlendirilmesi. *Social Sciences Studies Journal (SSSJournal)*, 7(85), 3135-3144.

- Kurt, M. G. (2020). Tıbbi Müdahalelerde Aydınlatılmış Onam. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 146, 187-218.
- Makary, M.A. ve Daniel, M. (2016). Medical error—the third leading cause of death in the US. *British Medical Journal*, 353.
- Mevzuat (1928). Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Erişim Tarihi: 06.05.2024. Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1219.pdf>
- Özcan, Z. ve Özcanoğlu, A.B. (2020). Yargıtay içtihatları ışığında malpraktis komplikasyon ayırımına bağlı ispat sorunları. *Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi*, (16), 289-315.
- Özer, Ö., Taştan, K., Set, T., Çayır, Y. ve Şener, M. (2015). Tıbbi hatalı uygulamalar. *Dicle Tıp Dergisi*, 42(3), 394-397.
- Özgönül, M. L., Arda, B. ve Dedeoğlu, N. (2019). Tıp Etiği ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata, Malpraktis ve Komplikasyon Kavramlarının Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law & History*, 27(1).
- Pietrzykowski, T. ve Smilowska, K. (2021). The reality of informed consent: empirical studies on patient comprehension—systematic review. *Trials*, 22, 1-8.
- Resmî Gazete (2022). Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair 7406 sayılı Kanun. Erişim Tarihi: 05.05.2024. Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/05/20220527-7.htm>
- Resmî Gazete (2024). 7496 sayılı Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Erişim Tarihi: 05.05.2024. Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2024/03/20240301-1.htm>
- Sezgin, G. ve Özbaş Tevetoğlu, I. (2022). “Covid 19 Salgını Sürecinde Hasta ve Gönüllüden Alınan Aydınlatılmış Onam”. Klinik Araştırmalarda Aydınlatılmış Onam. (ed: Sezgin, G. ve Dudaklı, G.). Maltepe Üniversitesi Yayınları, 149-162.
- Smolenski, J. (2021). *Informed consent: Foundations and applications* (Doctoral dissertation, City University of New York).
- Sönmez, A. (2015). *Sağlık Kurumlarındaki Yöneticilerin Hukuki Sorumlulukları*. Yüksek Lisans Tezi, İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Şahbaz, G., Yücesoy, H., Akın, Ö. ve Erbil, N. (2022). Malpraktis ve sağlık profesyonellerinin sorumlulukları. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 85-90.
- Şeker, Z. (2020). *Malpraktis Davalarında Aydınlatılmış Onam İle İlgili Yargıtay Kararlarının Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.

- T.C. Anayasa Mahkemesi (2021). Anayasa Mahkemesi 2017/17753 Başvuru Numara ve 10/2/2021 Tarihli Karar; 2021. Erişim Tarihi: 10.05.2024. Erişim Adresi: <https://kararlarbilgibankasi.anayasa.gov.tr/BB/2017/17753>
- T.C. Bölge Adliye Mahkemesi (2021). Bölge Adliye Mahkemesi 2021/180 Esas, 2021/266 Karar. Erişim Tarihi: 08.05.2024. Erişim Adresi: <https://mevzuat.sinerjias.com.tr/ictihat/istinaf/karar/>
- T.C. Yargıtay. Yargıtay 2016/23372 Esas, 2019/12469 Karar; 2019. Erişim Tarihi: 01.05.2024. Erişim Adresi: <https://karararama.yargitay.gov.tr/>
- TBMM (2002). Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı. Erişim Tarihi: 05.05.2024. Erişim Adresi: <https://www2.tbmm.gov.tr/d21/1/1-1030.pdf>
- Tekinarslan, M. (2015). *Tıbbi Malpraktisin Hasta ve Hasta Yakınları Üzerindeki Psikolojik, Sosyal ve Ekonomik Etkileri*. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Temel, G. (2022). *Sağlık Çalışanlarının Hukuki Sorumluluğu Bağlamında, 2015-2021 Yılları Arasında Türkiye Cumhuriyeti Danıştay Başkanlığı'nda Karara Bağlanan Tıbbi Malpraktis (Tıbbi Uygulama Hatası) Davalarının Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ.
- Tosun, M. ve Yalvaç, K. (1998). *Sümer, Babil, Assur Kanunları ve Anımi-Şaduqa Fermanı*. TTK Yayınları: Ankara.
- Turla, A., Karaarslan, E. Ş. ve Köprülü, H. (2006). Tıbbi uygulama hataları (malpraktis). *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 7(3), 223-229.
- Türk Tabipler Birliği (2012). Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara.
- Türk Tabipler Birliği (2020). Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri. Türk Tabipleri Birliği Yayınları: Ankara.
- Uğrak, U. ve Işık, O. (2022). Assessment of Relationship Between Physicians' Malpractice Experience and Fear of Malpractice. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 203-211.
- Uğurlu, M.C. (1997). Hipokrat. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 50(2), 67-112.
- Varlı, H. (2019). *Ankara'da Özel Hastanelerde Görev Yapan Yöneticilerin Malpraktis Olaylarındaki Rollerine İlişkin Görüşleri: Niteliksel Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Yıldırım, İ. (2015). Tıbbi malpraktis ve hekim mesleki sorumluluk sigortası. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 121-129.

- Yiğitbaş, Ç., Oğuzhan, H., Tercan, B., Bulut, A. ve Bulut, A. (2016). Hemşirelerin malpraktis ile ilgili algı, tutum ve davranışları. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 21(3), 207-217.
- Yördem, Y. (2018). Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortasında Hatalı Tıbbi Uygulama Sorumluluğuna İlişkin Yargı Kararlarına Genel Bakış. *Journal Of Institute Of Economic Development And Social Researches*, 4(12), 539-546.
- Yücel Sarıbaş, N. (2020). *Hekimin Tıbbi Uygulama Hatalarından Doğan Hukuki Sorumluluğu*. Yüksek Lisans Tezi, Ekonomi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İzmir.

Türkiye'nin Sağlık Turizmi Açısından Değerlendirilmesi

İlkay Sevinç TURAÇ¹

Özet

Hem tatil hem de sağlık tedavisi amacıyla ülke içi ve ülkeler arası yapılan seyahatler sağlık turizmi olarak tanımlanmaktadır. Son yıllarda sağlık hizmeti almak için ülke içi ve ülkeler arası seyahat edenlerin artması ile sağlık turizmi önemli bir gelir kaynağı haline gelmiştir. Sağlık turizmi açısından Türkiye, coğrafik konumu, yer altı kaynakları, kaplıcaları, doğal güzellikleri, tarihi yapısı, uygun ve kaliteli sağlık hizmeti sunumuyla dünyanın önemli sağlık turizmi merkezlerinden biridir. Bu çalışma Covid-19 pandemisi ve Türkiye'de meydana gelen Şubat 2023 depreminin sağlık turizmi açısından durumunu incelemek amacıyla yapılmıştır.

Giriş

Ülkeler için ciddi bir gelir kaynağı olan turizm önceden yurt içi veya yurt dışı tarihi yerleri ve doğal güzellikleri görmek, gezmek, keşfetmek, yeni deneyimler kazanmak gibi amaçlarla yapılmaktayken, son zamanlarda sağlık hizmeti almak amacıyla yapılan seyahatler ile birlikte sağlık turizmi popüler hale gelmiştir. Sağlık turizmi ile birlikte bireyler yeni bir ülkeyi gezerken aynı zamanda bulunduğu ülkenin sağlık hizmetinden daha uygun bir şekilde yararlanmaktadırlar.

Sağlık Turizmi

Literatürde sağlık turizmi kapsamının oldukça geniş olarak ele alınmakla birlikte sağlık turizmiyle ilgili ortak bir tanımdan söz edilemez. Sağlık turizmiyle ilgili yapılan bazı tanımlar aşağıda belirtilmiştir.

1 Dr. Öğretim Üyesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, ilkaysevinc.turac@kilis.edu.tr, 0000-0003-2884-8049

Mueller ve Kaufmann (2001) sağlık turizmini; kişilerin sağlıklarını korumak ve iyileştirmek için buldukları yerden başka bir yere sağlık hizmeti almak amacıyla seyahat etmeleri ve sağlıklı beslenme, diyet ve zihinsel eğitim ile gerekli sağlık sunumu ve bakımını almaları olarak tanımlamıştır. Carrera ve Bridges (2006)'ya göre sağlık turizmi, kişilerin fiziksel ve zihinsel olarak daha iyi hissetmek, sağlıklarını geliştirmek ve kendilerini yenilemek amacıyla buldukları ülkeden başka bir ülkeye seyahat etmeleri olarak tanımlamaktadırlar (Carrera ve Bridges, 2006). Helmy (2011) sağlık turizmini çok geniş bir şekilde ele alarak spa, rehabilitasyon, kür tedavileri, cerrahi işlemler, sağlık hizmetleri, plastik cerrahi ve iyileşmeyi sağlık turizmi içerisinde değerlendirmiştir (Lee and Kim, 2015). Temizkan (2015) sağlık turizmini, kişinin sağlıklı olmak, sağlığını iyileştirmek, tedavi etmek, geliştirmek amacıyla her türlü tedaviyi alması maksadıyla yapmış olduğu seyahatler olarak tanımlamıştır. Sağlık turizminin bir diğer tanımı, sağlığın korunması, daha iyi hale getirilmesi ve nihayetinde sağlığın iyileştirilmesi için kişilerin hem sağlık hizmeti almak hem de tatil yapmak amacıyla seyahat etmesidir (Gençay 2007; Yıldırım, 2012).

Tüm bu tanımlardan yola çıkarak sağlık turizmini; bireylerin sağlıklarını korumak, bozulan sağlıklarına yeniden kavuşmak, sağlıklarını daha iyi hale getirmek için yirmi dört saati geçen seyahatler yapmaları, konaklamaları ve sağlık hizmetlerinden faydalanmaları için buldukları yerden ayrılmaları olarak tanımlayabiliriz.

Yukarıdaki tanımlamalara bakarak sağlık turizminin çeşitli amaçlarla yapıldığı söylenebilir. Sağlık turizminin popüler hale gelmesinde ilk olarak daha ucuz ve kaliteli sağlık hizmetinden yararlanma, sağlık hizmetine daha kolay erişim sağlama, bazı ülkelerde uzun bekleme süreleri, yaşlı nüfusun artması, bazı ülkelerde tedavi maliyetlerinin yüksek olması, sağlık hizmetinin yanı sıra tatil yapma fırsatının sağlanması, teknolojinin gelişmesi, bazı ülkelerde nitelikli sağlık hizmeti sunanların yetersizliği, sağlık hizmeti sunulan ülkenin iklim ve hava şartlarının tedaviye olumlu etkisi, vize işlemlerinin diğer ülkelere göre daha kolay olması, uluslararası hastalar için transferlerin sağlanması ve otelcilik hizmeti sunulması gibi nedenler etkili olmaktadır (Yılmaz vd, 2020; Aktepe, 2013; Lunt ve Carrera, 2010; Bookman ve Bookman, 2007). Sağlık turizminde; kültürel özellikler, maliyet, turizm olanakları, kaliteli hizmet sunumu ile tanıdık ve arkadaş tavsiyeleri seçim faktörleri arasında öncelikli olarak yer almaktadır (Aydın ve Karamehmet, 2017; Zengin gönül vd., 2012; Crozier&Baylis, 2010).

Günümüzde yaşlı nüfusun artması, bazı hastalıkların tedavi sürecinin iklim ve hava koşullarına göre farklılık göstermesi, kaliteli sağlık hizmetinden

yararlanma düşüncesi, estetik ve diğer sağlık hizmetlerinin başka ülkelerde daha ucuz olması gibi nedenler sağlık turizmini daha cazip hale getirmiştir. Sağlık turizmi nedeniyle seyahat edenlerin nüfusunun artması ve sağlık turizminden elde edilen gelirin büyük miktarlarda ekonomik kazanç sağlaması (Bozkurt, 2020), ülkeler için sağlık turizmini daha cazip bir pazara dönüştürmüştür. Bireylerin sağlık hizmeti almak amacıyla buldukları ülkeden başka ülkelere seyahat etmesi olarak tanımlanan sağlık turizmi ülkeler için önemli bir gelir kaynağı haline gelmiştir (Kördeve, 2016). Türkiye ekonomisinde sağlık turizminin payı giderek artmakta ve daha cazip bir hale gelmektedir (Aydın ve Karamehmet, 2017).

Sağlık Turizmi Açısından Türkiye'nin Tercih Edilme Sebepleri

Literatürde, sağlık turizmi alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde; sağlık turizmi alanında rekabetçi ülkelerden biri sayılan Türkiye'nin tercih edilme nedenleri aşağıda belirtilmiştir (Sağ ve Zengül, 2018; Çılgınoğlu, 2018; Demir vd. 2020; Özata vd., 2018; Gündüz vd. 2019; Yağar ve Dökme, 2017; Tengilimoğlu, 2017).

- 1- Kaliteli sağlık hizmeti sunumu
- 2- Maliyet açısından daha uygun sağlık hizmeti sunumu
- 3- Sağlık hizmetlerinin yanısıra tatil fırsatı
- 4- Pazarlama açısından memnun kalan uluslararası hastaların Türkiye'yi arkadaşlarına tavsiye etmeleri
- 5- Kültürel özellikler
- 6- Turizm çekiciliği
- 7- Türkiye'nin coğrafi konumu
- 8- İnanç benzerliği
- 9- Vize kolaylıkları
- 10- Sağlık hizmetlerine kolay ulaşılabilirlik
- 11- Teknolojik altyapı, teknolojik ekipmanların gelişmiş olması
- 12- Müşteri/hasta deneyimleri
- 13- Yasal ve etik sınırlamalar
- 14- Uçuş süresi
- 15- Doktorların uluslararası tanınırlığının olması
- 16- Kültürel faktörler

- 17- İlgili ülkedeki mevzuat
- 18- Devlet teşvikleri ve hükümetin desteği
- 19- İletişim
- 20- Ülkenin sosyo ekonomik koşulları
- 21- Çok sayıda sağlık kuruluşunun akredite olması

Sağlık Turizmi Türleri

İnsanlar sağlıklarını daha iyi hale getirebilmek için eski zamanlardan bu yana seyahat etmişlerdir. Örneğin Avrupa'da 19. yüzyılda insanların sağlıklarını geliştirdiğine inandıkları kaynak suları içmek ve arınmak için spa şehirlerine gittikleri bilinmektedir. 20. yüzyılda zengin insanlar daha iyi sağlık hizmeti almak amacıyla farklı ülkelere seyahat etmişlerdir.

Sağlık turizminin geçmişten günümüze uluslararası bir pazar haline gelmesindeki en büyük etmen halen insanların daha kaliteli ve daha az maliyetli sağlık hizmeti almak ve tedavi olmak için başka ülkelere seyahat etmeleridir. (OECD 2011). Sağlık turizminde başta gelen ülkeler; Singapur, Hindistan, Brezilya, Türkiye, Almanya, Tayland, Kosta-Rika, Malezya, ABD ve Meksika'dır (Çam ve Çılgınoğlu, 2021).

Sağlık turizmi sağlık hizmeti alacak kişilerin ihtiyaçlarına, beklentilerine, almış oldukları tedaviye ve kullanılan kaynaklara göre dört farklı kategoride ele alınabilir (Güzel Şahin ve Tuzlukaya 2017). Bunlar;

- Medikal Turizm
- İleri Yaş ve Engelli Turizmi (Yaşlı Bakımı ve Engelli Bakımı Turizmi)
- Spa ve Wellness Turizmi ve
- Termal Turizmdir.

1-Medikal Turizm

Medikal turizm, kişilerin buldukları ülkeden başka bir ülkeye tıbbi tedavi almak amacıyla seyahati ile bu tedavi ile birlikte tatil yapmasını içermektedir. Medikal turizmde tedavi amacıyla gelen kişi seyahat ettiği ülkenin turistik yer ve avantajlarından yararlanır. Medikal turizm, hem turizmi hem de sağlığı birlikte ele alması nedeniyle önemli bir ekonomik faaliyeti göstermektedir (Tengilimoğlu, 2021).

İnsanların tıbbi tedavi alırken tatil yapmak amacıyla gerçekleştirdikleri seyahatleri tanımlayan medikal turizm kavramı hızla gelişerek önemli bir endüstri dalı oluşturmuştur. Medikal turizmin gittikçe gelişmesi ve

büyümesine özellikle uzun bekleme süreleri, yüksek maliyetler, uluslararası ulaşım imkanlarının eskiye göre daha kolay olması, döviz değişimlerinin uygunluğu, yaşlı nüfusun artması gibi nedenler katkı sağlamıştır (Tengilimoğlu, 2021).

Diş ile ilgili işlemler, ortopedik cerrahi, kalp ameliyatı, kozmetik cerrahi medikal turizm kapsamında uygulanan sağlık hizmetleridir. Hasta ve yakınlarının medikal turizm seçimlerinde sunulan hizmetin kalitesi başta olmak üzere fiyatı ve erişilebilirliği karar aşamasında önemli rol oynamaktadır. Dolayısıyla, bir ülkenin sağlık turizmde başarılı olabilmesi ve bunu sürdürülebilir kılması; hasta deneyimleri, ülkenin sağlık mevzuatı, vizde kolaylık sağlaması, ülkenin sağlık sisteminin yapısı, hasta güvenliği ile uyguladığı prosedürler, sigorta ve uygulanan tedavi ile ilgili tüm işlemleri içermektedir (Lee ve Kim, 2015).

Medikal turizmde Türkiye'nin daha çok tercih edildiği alanlar; diş, tüp bebek, ortopedi, saç ekimi, göz, estetik cerrahi ve onkolojidir. Cinsiyet değişiminde Tayland; obezite ile ilgili cerrahi işlemlerde Malezya; kardioloji ve estetik cerrahide Singapur; onkolojik cerrahide Güney Kore; organ nakli, kardioloji ve ortopedi alanlarında Hindistan'ın ön planda olduğu belirtilmektedir (Tengilimoğlu, 2021).

2-İleri Yaş ve Engelli Turizmi (Yaşlı Bakımı ve Engelli Bakımı Turizmi)

Literatürde “geriatri turizmi”, “üçüncü yaş turizmi” “yaşlı bakımı ve engelli bakımı turizmi” olarak da yer alan ileri yaş ve engelli turizmi sağlık turizmine yeni bir bakış getirmiştir. İleri yaş turizmi; yaşlı bireylerin sağlık ihtiyaçlarının yanı sıra bu bireylere yönelik çeşitli aktiviteler sunan, onları geliştiren bir turizm türüdür. Benzer şekilde, engelli bireyler de sağlık hizmeti alırken bireysel olarak, aileleriyle veya refakatçileriyle sağlık turizmi aracılığıyla toplumsal faaliyetlerde ve turistik aktivitelerde bulunabilmektedirler. Yaşlı ve engelli bireylere hem sağlık hem turizm ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik hizmetler klinik oteller, tatil köyü ve bakım evleri vb. yerlerde sunulmaktadır (Bektaş ve Şimşek 2016). İleri yaş ve engelli turizmi özellikle Türkiye gibi genç ve dinamik nüfusa sahip ülkelere yeni bir destinasyon avantajı sağlayacaktır.

Dünya genelinde yaşlı ve engelli nüfusu önemli bir popülasyona sahiptir. Yaşlı ve engelli turizmde, kronik hastalıkların yanı sıra engel durumuyla ilgili kalıtsal vb. diğer hastalıkların da olması sağlık hizmeti alacak olan hastaların tedavi ve bakım maliyetlerini arttırmaktadır.

Ülkelerinde sağlık hizmeti almak için uzun süre bekleyen, tedavi ve bakımların çok maliyetli olması nedeniyle bu sağlık grubunda yer alan hastalar kendi ülkelerine göre daha uygun ve kaliteli sağlık hizmeti almak aynı zamanda fiziksel ve zihinsel olarak dinlenebilecekleri, sosyal faaliyetlere katılabilecekleri bir turizm türü olan ileri yaş ve engelli turizmini tercih etmektedirler (Tengilimoğlu ve Tosun, 2020).

3-Spa ve Wellness Turizmi

Wellness Turizmi, bireylerin sağlıklarını ve iyi olma hallerini geliştirmek için tatile çıkan kişiler olarak tanımlanabilir. Wellness turizmi, temel amacı sağlıklarını korumak olan “sağlıklı” bireyler tarafından gerçekleştirilen turizm türüdür (Romanova et.al. 2015).

Bu turizm kapsamında yer alan bireyler seyahatlerini iyilik hallerini korumanın yanısıra iyi olma hallerini sürdürmek için de yapmaktadırlar. Bu kapsamda bireylerin bedensel, ruhsal ve zihinsel olarak kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayacak çeşitli aktiviteler yapılmaktadır. Thalassoterapi, çamur ve yosun banyoları, daha iyi hissetmelerini sağlayacak çeşitli masajlar, cilt bakımları, doğal ürünlerle sağlıklı yaşam yöntemleri vb. aktiviteler arasında yer almaktadır (Özsarı ve Karatana, 2013). Wellness turizmi yıllar içerisinde hızla büyüme gösteren bir turizm türüdür.

4-Termal Turizm

Termal turizm hem hastalara hem de sağlıklı kişilere hizmet sunan, bireylerin rahatlamak, zinde olmak, güzelleşmek ve daha iyi hissetmek amaçlarıyla farklı yerlere yapılan seyahatleri ve konaklamalarını ifade etmektedir. Termalizm kavramı, insanları iyileştirdiği belirlenen sıcak su kaynaklarının herhangi bir değişiklik yapılmadan farklı kürlerce kullanılması olarak tanımlanabilir (Türksoy ve Türksoy 2010).

Kaplıca turizmi olarak da ifade edilen termal turizmde çeşitli tedavi ve yöntemler uygulanmaktadır. Termomineral sularla yapılan banyolar, çamur banyoları, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları, termomineral suların içilmesi veya solunması yoluyla yapılan tedaviler, iklim kürleri vb. uygulanan tedavi ve yöntemlere örnek olarak gösterilebilir (Aklanoğlu ve Erdoğan 2008).

Türkiye termal turizminde Avrupa’da ön sıralarda yer almaktadır. Türkiye’nin termal turizmi ile ilgili tanıtım ve pazarlamaya daha fazla önem vermesi, yabancı dil bilen ve nitelikli personel sayısını arttırması, tesislerinin altyapı eksikliklerini tamamlaması turizm gelirlerini arttırmasında önemli katkı sağlayacaktır (Şengül ve Bulut, 2019).

Sağlık alanında yapılan ülkeler arası protokollerle, sağlık hizmetinden yararlanmak daha kolay hale gelmiştir. Bu alandaki rekabette pazar payını ve karlılığını arttırmak isteyen ülkeler, hastalarına geliş ve gidişlerinde transfer hizmeti sunmakta; hastalarına sunulacak sağlık hizmetinin öncesinde veya sonrasında tatil fırsatı sağlamaktadır. Ayrıca ülkeye tatil amaçlı gelen turistlere de kaliteli ve ucuz sağlık hizmeti sunulmaktadır. Tüm bu gelişmeler sağlık turizminin cazibesinin artmasını ve pazar payının genişlemesini sağlamıştır.

Pandemi ve Depremi Sağlık Turizmine Etkisi

Turizm sektörü birçok faktörden etkilenen bir yapıya sahiptir. Son yıllarda Türkiye’de ve dünyada yaşanan olumsuz gelişmeler turizmi de negatif şekilde etkilemektedir. Ülkede yaşanan sel, deprem gibi doğal afetler, ekonomik ve politik krizler, terör olayları, siyasi gerginlikler, yaşanan salgınlar ve buna benzer birçok faktör turizm sektörünü ve sağlık turizmini olumsuz olarak etkilemektedir. Özellikle tüm dünyayı etkileyen ve Türkiye’de 2020 Mart’ta başlayan Covid-19 salgını ve sonrasında Türkiye’de 2023 Şubat ayında meydana gelen deprem turizmi dolayısıyla sağlık turizmini olumsuz olarak etkilemiştir.

1970’lerden günümüze Türkiye’nin uluslararası turizm hareketlerine bakıldığında doğal afetler, ekonomik sorunlar, siyasi olaylar, pandemi gibi birçok krizi deneyimlediği ve dolayısıyla ülkeye gelen turist sayısında dönemsel olarak dalgalanmaların olduğu söylenebilir. Tüm dünyada etkisini gösteren Covid-19 pandemisi nedeniyle 2019 yılında İstanbul ve Antalya’ya gelen yabancı turist sayıları sırasıyla 14,9 ve 14,6 milyon iken, 2020 yılında İstanbul’a gelen turist sayısı 5 milyona, Antalya’ya gelen turist sayısı ise 3,2 milyona düşmüştür. Covid-19 pandemisi Türkiye’ye gelen yabancı turist sayısında ciddi azalmalar olmasına neden olmuştur (Baykal vd., 2023).

Asrın felaketi olarak nitelendirilen 2023 Şubat depremi sonrasında Türkiye’ye sağlık turizmi kapsamında gelenlerin sayısında önemli oranda azalma olmuştur. Nisan 2023 OHSAD raporunda sağlık turizminde kısa dönemde yaklaşık %40 küçülme ve kayıplar yaşandığı belirtilmiştir. Ayrıca sağlık turizminden faydalanacak kişilerin öncelik profillerinde bir değişiklik olmuştur. Sağlık turistleri pandemi zamanında hastanelerin güvenli turizm sertifikası olup olmadığını sorgularken, deprem sonrası hastanelerin depreme dayanıklılığını sorgulamışlardır (Uluslararası Sağlık turizmi Enstitüsü, 2024).

Sağlık turizmi kapsamında gelecek olan kişiler yakın zamanda yaşanan deprem nedeniyle hastane, konaklayacak yer gibi binaların depreme dayanıklılığı konusunda tedirginlik yaşamaktadır. Özellikle sağlık turizmi

kapsamında tercih edilen illerin başında olan İstanbul'a gelen sağlık turisti sayısında önemli oranda azalmalar olmuştur. Genellikle acil olmayan sağlık ihtiyaçları olan veya estetik amaçlı sağlık hizmeti alacak olan turistler rezervasyonlarını iptal ettirmişlerdir. Tüm bu yaşanan olumsuz gelişmeler sağlık turizmi kapsamında Türkiye'nin maddi olarak kaybına sebep olmuştur. (Bardakçı ve Demirtaş, 2023)

Yapılan çalışmalar incelendiğinde, salgın hastalıkların seyahat kısıtlamalarına neden olduğu bilinmektedir (Bozkurt,2023), dolayısıyla ülkeye gelecek sağlık turisti sayısında salgın zamanlarında azalmaların olduğu görülmektedir. Sağlık hizmeti alacak kişiler eğer hayati önem taşıyorsa hastalık kapma veya ölüm endişeleri nedeniyle sağlık turizmi kapsamındaki seyahatlerini bir süre ertelemekte veya vazgeçme eğiliminde olmaktadır. Covid-19 pandemisi gibi karantina gerektiren ciddi salgınları başarılı bir şekilde yönetebilen ülkeler sağlık hizmetlerinin kalitesini göstermekte ve itibarlarını arttırarak rekabet avantajlarını sürdürmektedirler (Savaşkan, 2023).

Sonuç

Kriz olarak nitelendirebilecek olağanüstü durumlar hem ulusal hem de uluslararası sağlık turizmini ve seyahatleri engellemekte, ertelemekte ve yönlendirmektedir. Böyle krizler sağlık turizminde destinasyona olan güveni azaltmakta, bunun sonucunda sağlık turizmi pazarında ekonomik durgunluklar meydana gelmektedir. Seyahat engelinin oluşması, azaltılan harcamalar sağlık turisti sayısının azalmasına neden olmakta, turizm ile ilgili faaliyetleri negatif olarak etkilemektedir (Güripek ve Usta, 2018; Baykal vd., 2023).

Yaşanılan deprem sonucunda, ülke genelinde afet riski yüksek bölgeler öncelikli olmak üzere hastanelerin, sağlık kuruluşlarının depreme dayanıklılıkları test edilmeli, test sonuçların göre depreme dayanıklı olmayan binalar için gereken yaptırımlar yapılmalıdır. Türkiye'deki tüm kamu ve özel sağlık personellerine olası afet durumlarına hazırlık ve afet sonrası zarar görenlere nasıl müdahaleler yapılacağına ilişkin hizmet içi verilen eğitimlerin içerikleri gözden geçirilerek yenilenmeli ve hizmet içi eğitimler güçlendirilmelidir (Uluslararası Sağlık turizmi Enstitüsü, 2024).

Son zamanlarda yaşanan olumsuz gelişmelere rağmen Türkiye dünya genelinde sağlık turizmi alanında önde gelen ülkelerden birisidir. Tüm dünyayı saran pandemi zamanında Türkiye'ye sağlık turizmi almak amacıyla gelenlerin sayısında azalma olsa da pandemi sonrasında sağlık turistlerinin sayısı artmaya devam etmiştir. 2023 Şubat depremi nedeniyle birçok kayıp

veren Türkiye deprem sonrasında hızlı bir şekilde gelişim göstermeye devam etmektedir. Uluslararası kuruluşlar tarafından akredite edilmiş sağlık merkezlerine sahip olması, erişilebilir ve daha uygun sağlık hizmetleri sunması, gerekli donanım ve tıbbi teknoloji ile nitelikli sağlık insan gücüne sahip olması Türkiye'yi sağlık turizmi alanında öne çıkarmaktadır.

Kaynakça

- Akdoğan, F. & Erdoğan, E. (2008). Termal Turizm ve Afyon-Gazlıgöl Örneği. *e-Journal of New World Sciences Academy Natural and Applied Sciences*, 3(1), 83-92.
- Aktepe, C. (2013). Sağlık Turizminde Yeni Fırsatlar ve Türkiye'de Yerleşik Sağlık İşletmelerinin Pazarlama Çabaları. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(1): 170-188.
- Aydın, G., and Karamehmet, B. (2017). Factors affecting health tourism and international health-care facility choice. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 11(1).
- Bardakçı, H., & Demirtaş, F. (2023). Doğal afetlerin dış ticarete etkisi: 2023 Türkiye depremleri ve sonuçlarının değerlendirilmesi. *Avrasya Dosyası*, 14(1), 171-191.
- Baykal, F., Emekli, G., & Oğan, O. (2023). Türkiye Turizminin Son Elli Yılı (1973-2022): Politikalar, Stratejiler ve Krizler Bağlamında Yabancı Turist Talebinin Değerlendirilmesi. *Ege Coğrafya Dergisi*, 32(Cumhuriyet'in 100. Yılı Özel Sayısı), 47-68.
- Bektaş, G. & Şimşek, F. (2016). İleri Yaş Turizminde Mobil Sağlık Hizmetlerinin Önemi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4, 179-185.
- Bookman, M.Z. ve Bookman, K. R. (2007). *Medical Tourism in Developing Countries*. Springer
- Bozkurt, İ. (2020). Sağlık Turizmi. İçinde Eriş H. (Ed.) *Türkiye'de Sağlık Turizmine Yönelik Teşvik ve Hibe Uygulamaları*, (ss.277 -373), iksad publishing house, Ankara
- Bozkurt, İ. (2023). GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE ÜLKEMİZİN PANDEMİLERE YÖNELİK SAĞLIK POLİTİKALARINA GENEL BİR BAKIŞ. *Atlas Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(13), 51-66.
- Carrera P. M, & Bridges J. F.P (2006). We Ask You To Use The Font According To The Template Used For Your Papers. *Papers Using Other Fonts Will Be Converted By Our Typesetters*. 6, 447-454.
- Çam, O., & Çılgınoğlu, H. (2021). SAĞLIK TURİZMİ KAPSAMINDA MEDİKAL TURİZMDE ÖNE ÇIKAN SAĞLIK UYGULAMALARI. *Oğuzhan Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(2), 197-216.
- Çılgınoğlu, H. (2018). Çalışanlar, yöneticiler ve uluslararası hastalar bağlamında Türk sağlık turizminin SWOT analizi ile sorunları ve çözüm önerilerinin tespiti. *Turkish Studies Educational Sciences*, 13(19): 501-512.
- Demir, Y., Pınar, O. R. U. Ç., Baştürk, Y. A., ve Övey, İ. S. S. (2020), Medikal Turistlerin Tercih Nedenleri: Samsun İli Örneği. *Turizm Ekonomi Ve İşletme Araştırmaları Dergisi*, 2(1): 18-30.

- Gençay, C.(2007). Sağlık Turizmi. İçinde M. Bulu ve İ.H. Eraslan (Editörler). *Sürdürülebilir Rekabet Avantajı Elde Etmede Turizm Sektörü* (ss.172-180) Kazancı Hukuk Yayınevi, İstanbul.
- Gündüz, F. F., Gündüz, S., ve Yavuz, H. B. (2019). Türkiye'nin Sağlık Turizmi Talebini Etkileyen Faktörlerin Analizi: Çekim Modeli Yaklaşımı. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (17): 717-739.
- Güripek, E. Ve Usta, Ö. (2018). Turizm Destinasyonlarının Rekabet Gücünün Artırılmasında Stratejik Destinasyon Yönetimi: Çeşme Alaçatı Destinasyonu Üzerine Bir Uygulama, *Journal of Tourism and Gastronomy Studies (JOTAGS)*, s. 496-523
- Güzel Şahin, G. & Tuzlukaya, Ş. (2017). Turizm Türleri Ve Turizm Politikaları, Dünyada Ve Türkiye'de Sağlık Turizmi. D. Tengilimoğlu (Ed.) *Sağlık Turizmi İçinde* Ankara: Siyasal Kitabevi, 41-58.
- Kördeve, M. K. (2016) Sağlık Turizmine Genel Bir Bakış ve Türkiye'nin Sağlık Turizmindeki Yeri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 2(1): 51-61.
- Lee, J. & Kim, H. (2015), Success Factors Of Health Tourism: Cases Of Asian Tourism Cities, *International Journal Of Tourism Cities*. 1(3), 216-233.
- Lunt, N., and Carrera, P. (2010). Medical tourism: assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 66(1): 27-32.
- Mueller, H., ve Kaufmann, E. L. (2001). Wellness Tourism: Market Analysis of A Special Health Tourism Segment and Implications for The Hotel Industry. *Journal of Vacation Marketing*, 7(1), 5-17.
- Oecd (2011). *Medical Tourism: Treatments, Markets And Health System Implications: A Scoping Review*. Paris: Oecd. 1-55.
- Özata, M., Asilkan, Z., Çankaya, M., ve Suzuk, E. (2018). Türkiye ve Dünya'da Sağlık Turizmine Genel Bir Bakış. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 5(31): 4611-4619.
- Özsarı, S H. & Karatana, Ö. (2013) Sağlık Turizmi Açısından Türkiye'nin Durumu. *J Kartal TR*. 24(2), 136-144.
- Romanova G, Vetitnev A. & Dimanche, F. (2015). *Health and Wellness Tourism, Tourism in Russia: A Management Handbook*. Emerald Publisher, 231-238
- Sağ, İ. & Zengül, F. D. (2018) Why medical tourists choose Turkey as a medical tourism destination?. *Journal of Hospitality and Tourism Insights*, <http://doi.org/10.1108/JHTI-05-2018-0031>
- Savaşkan, Y. SALGIN HASTALIKLAR VE TURİZM: SAĞLIK TURİZMİNE YÖNELİK BİR DERLEME. *Anadolu Üniversitesi Mesleki Eğitim ve Uygulama Dergisi*, 2(1), 26-58.

- Şengül, H. & Bulut, A. (2019). Sağlık Turizmi Çerçevesinde Türkiye'de Termal Turizm; Bir Swot Analizi Çalışması. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 4(1), 55-70.
- Temizkan, S. P. (2015). *Sağlık Turizmi*. Ankara: Detay Yayıncılık
- Tengilimoğlu, D. (2021). Sağlık turizmi ve devlet teşvikleri. *Journal of Life Economics*, 8(1), 1-10.
- Tengilimoğlu, D. & Tosun, N. (2020). *İleri Yaş ve Engelli Turizmi İçinde; Sağlık Turizmi*. D. Tengilimoğlu (Ed.) Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Tengilimoğlu, D. (Ed.). (2017). *Sağlık turizmi*. Siyasal Kitabevi.
- Türksoy, A. & Türksoy, S. (2010). Termal Turizmin Geliştirilmesi Kapsamında Çeşme İlçesi Termal Kaynaklarının Değerlendirilmesi. *Ekonomi, İşletme, Uluslararası İlişkiler ve Siyaset Bilimi Dergisi*. 1, 699-725.
- Uluslararası Sağlık turizmi Enstitüsü <https://www.uste.org.tr/saglik-turizmi-kapsaminda-ulusal-afet-sonrasi-deprem-bolgelerinde-yurutulen-saglik-hizmetlerine-kisa-bir-bakis/> 05.08.2024 tarihinde erişim sağlanmıştır.
- Yağar, F., and Dökme, S. (2017). Investigation of the Factors that Shape Medical Tourism: The Case of Turkey. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(2): 62-72.
- Yıldırım, H.H. (2012). Görüşme Notları (13.08.2012) Ankara.
- Yılmaz, S., Sarıaydın, İ., ve Sönel, T. (2020). İngiltere Özelinde Türkiye'nin Sağlık Turizmi Fırsatları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(1): 74-85.

Güncel Gelişmeler Işığında Sağlık Yönetimi-II

Editör:

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Bozkurt

 ÖZGÜR
YAYINLARI

ISBN 978-975-447-913-3

9 789754 479133