

SAĞLIK YÖNETİMİ ÜZERİNE GÜNCEL ÇALIŞMALAR I

EDİTÖR

Doç. Dr. Hüseyin ERİŞ
Dr. Öğr. Üyesi İbrahim BOZKURT



Dr. Öğr. Üyesi İlkay Sevinç TURAÇ

Dr. Emine AYHAN

Dr. Hakan GÜVENER

Doç. Dr. Mehmet AYTEKİN

Öğr. Gör. Aslıhan TERZİ

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim BOZKURT

Nursena DÖNER

Dr. Öğr. Üyesi Melek ÖZTÜRK

ISBN: 978-625-6181-86-1

Ankara -2024

SAĞLIK YÖNETİMİ ÜZERİNE GÜNCEL ÇALIŞMALAR I

EDİTÖR

Doç. Dr. Hüseyin ERİŞ
ORCID ID:0000-0002-1685-9819

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim BOZKURT
ORCID ID: 0000-0002-5446-9862

YAZARLAR

Dr. Öğr. Üyesi İlkay Sevinç TURAÇ¹

Dr. Emine AYHAN²

Dr. Hakan GÜVENER³

Doç. Dr. Mehmet AYTEKİN⁴

Öğr. Gör. Aslıhan TERZİ⁵

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim BOZKURT⁶

Nursena DÖNER⁷

Dr. Öğr. Üyesi Melek ÖZTÜRK⁸

¹Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakóltesi,
Sağlık Yönetimi Bölümü, Kilis, Türkiye, ilkaysevinc.turac@kilis.edu.tr
ORCID: 0000-0003-2884-8049

²Kahramanmaraş, Türkiye, emineayhn46@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-8101-5479

³Gaziantep, Türkiye, hakanguvener@gantep.edu.tr
ORCID ID:0000-0002-9159-7708

⁴Gaziantep Üniversitesi, İşletme A.D., Gaziantep, Türkiye,
aytekin@gantep.edu.tr
ORCID ID: 0000-0001-5464-0677

⁵Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi
Hizmetler ve Teknikleri Bölümü, Gaziantep, Türkiye, terzi@gantep.edu.tr
ORCID ID: 0000-0002-8484-3106

⁶Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakóltesi,
Sağlık Yönetimi Bölümü, Kilis, Türkiye, ibrahim.bozkurt@kilis.edu.tr
ORCID ID: 0000-0002-5446-9862

⁷Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakóltesi,
Sağlık Yönetimi Bölümü, Kilis, Türkiye, emine.673673@gmail.com
ORCID ID: 0009-0007-4789-1321

⁸Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık
Bakım Hizmetleri Bölümü, melekozturk@kilis.edu.tr,
ORCID ID: 0000-0002-5325-945X

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14580765>



Copyright © 2024 by UBAK publishing house
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, distributed or
transmitted in any form or by
any means, including photocopying, recording or other electronic or mechanical
methods, without the prior written permission of the publisher, except in the case of
brief quotations embodied in critical reviews and certain other noncommercial uses
permitted by copyright law. UBAK International Academy of Sciences Association
Publishing House®
(The Licence Number of Publicator: 2018/42945)

E mail: ubakyayinevi@gmail.com

www.ubakyayinevi.org

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.
UBAK Publishing House – 2024©

ISBN: 978-625-6181-86-1

December / 2024

Ankara / Turkey

ÖNSÖZ

“Sağlık Yönetimi Üzerine Güncel Çalışmalar” adlı kitabımızda, sağlık yönetimi alanı ile ilgili bazı güncel konular, yazar ve akademisyenler tarafından hazırlanan bölümler halinde ortaya konmaktadır.

Kitabımız, “Sağlık Çalışanlarında Uyku Düzensizliği, Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar ve Yaşam Kalitesi İlişkisi, Kronik Hastalık Yönetiminde Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumunun Avantajları, Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Yönetimi Bilgi Sistemleri ve Sağlık Kuruluşlarında Gider Türleri” başlıklarına sahip bölümlerden oluşmaktadır.

Bu kitapta yer alan bölümlerin sağlık yönetimi alan yazımına katkı sağlayacağı, ilgili akademik personel ve çalışanlara, sağlık yöneticilerine ve tüm okurlara da faydalı olacağına inanmaktayız.

Kitabın Birinci Bölümü “Sağlık Okuryazarlığını” yazar sayın Dr. Öğretim Üyesi İlkay Sevinç TURAÇ’a,

Kitabın İkinci Bölümü “Sağlık Yönetimi Bilgi Sistemlerini” yazar Sayın Dr. Emine AYHAN, Sayın Dr. Hakan GÜVENER, Sayın Doç. Dr. Mehmet AYTEKİN, Sayın Öğr. Gör. Aslıhan TERZİ’ye,

Kitabın Üçüncü Bölümü “Sağlık Çalışanlarında Uyku Düzensizliği, Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi”ni yazar Sayın Dr. Öğr. Üyesi İbrahim BOZKURT ve Sayın Nursena DÖNER’e

Kitabın Dördüncü Bölümü “Sağlık Kuruluşlarında Gider Türleri”ni yazan Sayın Dr. Hakan GÜVENER, Sayın Dr. Emine AYHAN, Sayın Doç. Dr. Mehmet AYTEKİN ve Sayın Öğr. Gör. Aslıhan TERZİ’ye,

Kitabın Beşinci Bölümü “Kronik Hastalık Yönetiminde Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumunun Avantajları”nı yazan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Melek ÖZTÜRK ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi İlkay Sevinç TURAÇ’a,

Aynı zamanda kitabın yayımlanmasında büyük emeği olan Sayın Dr. Ethem ŞAHİN’e çok teşekkür ediyoruz.

Doç. Dr. Hüseyin ERİŞ

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim BOZKURT

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ 4

İÇİNDEKİLER..... 7

BÖLÜM 1

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI 9

Dr. Öğretim Üyesi İlkay Sevinç TURAÇ

BÖLÜM 2

SAĞLIK YÖNETİMİ BİLGİ SİSTEMLERİ..... 29

Dr. Emine AYHAN

Dr. Hakan GÜVENER

Doç. Dr. Mehmet AYTEKİN

Öğr. Gör. Aslıhan TERZİ

BÖLÜM 3

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA UYKU DÜZENSİZLİĞİ,
SAĞLIĞA ZARARLI ALIŞKANLIKLAR VE YAŞAM
KALİTESİ İLİŞKİSİ49

Dr.Öğr. Üyesi İbrahim BOZKURT

Nursena DÖNER

BÖLÜM 4

SAĞLIK KURULUŞLARINDA GİDER TÜRLERİ77

Dr. Hakan GÜVENER

Dr. Emine AYHAN

Doç. Dr. Mehmet AYTEKİN

Öğr. Gör. Aslıhan TERZİ

BÖLÜM 5

KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNDE UZAKTAN SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNUN AVANTAJLARI99

Dr. Öğr. Üyesi Melek ÖZTÜRK

Dr. Öğr. Üyesi İlkay Sevinç TURAÇ

BÖLÜM 1:

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Dr. Öğretim Üyesi İlkay Sevinç TURAC

Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Sağlık Yönetimi Bölümü, Kilis/Türkiye,
ilkaysevinc.turac@kilis.edu.tr ORCID: 0000-0003-2884-8049

GİRİŞ

Bu bölümde okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığının önemi, sağlık okuryazarlığının faydaları, sağlık okuryazarlığının basamakları/düzeyleri, sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler, dünyada ve Türkiye’de sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi konuları anlatılacaktır.

Geçmişten günümüze kadar çeşitli tanımları yapılan okuryazarlık kavramı TDK’da “okuryazar olma durumu” olarak tanımlanmıştır. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ise okuryazarlığı, bireylerin toplumda yer edinmek, amaçlarını gerçekleştirmek, bilgi düzeylerini arttırmak, potansiyellerini ortaya çıkarmak için yazılı metinleri idrak etme, değerlendirme, kullanma ve etkileşimde bulunma yeteneği olarak tanımlamıştır (Nutbeam ve Lloyd, 2021).

Okuryazar olmayan veya yetersiz okuryazarlığa sahip olan bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere daha az duyarlı olması, sağlık ile ilgili durumlarını iyi yönetememesi, hastalıklarını önleyici sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamaması okuryazar bireylerden daha

fazladır (Bozkurt ve Tan, 2021; Nutbeam ve Lloyd, 2021). Bu nedenlerle, sağlık okuryazarlığı kavramı önemli hale gelmektedir.

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

1974 yılında Health Education as Social Policy adlı bir kitapta ilk kez sağlık okuryazarlığı kavramından bahsedilmiştir. Sağlık okuryazarlığı, Amerika'da 2003 yılında yapılan Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi'nden (NAAL) sonra literatürde yaygın olarak kullanılmaya başlanmış ve önemli bir konu haline gelmiştir (Yalçın Balçık ve ark., 2014).

Literatürde sağlık okuryazarlığı kavramıyla ilgili çeşitli tanımlar yapılmıştır. Sağlık okuryazarlığı; bireylerin sadece herhangi bir kaynağı okuma ve anlama becerisine sahip olması değil, aynı zamanda kendi sağlık durumlarını belirtebilmeleri, hastalıklarını anlayabilmeleri, sağlıklarıyla ilgili doğru karar alabilmeleri, sağlık hizmetlerini nasıl etkili kullanabileceklerini bilmeleri ve en iyi şekilde sağlık sistemlerinden yararlanabilmelerini sağlayan geniş kapsamlı bir yapı olarak tanımlanmıştır (Nutbeam, 1998). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık okuryazarlığını, kişilerin sağlıklarını korumak ve sağlıklı olma durumunu sürdürebilmek için sağlıkla ilgili bilgilere erişme, bu bilgileri anlama ve kullanma yeteneği olarak tanımlamıştır (WHO, 2024). Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'ne göre sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşması, bu bilgileri anlaması ve bu bilgileri sağlıkla ilgili kararlarında kullanabilmesi için gerekli olan zihinsel ve sosyal becerilerdir (Sağlık Bakanlığı, 2024). Sağlık okuryazarlığı, kişilerin yaşam kalitelerini arttırmak, sağlıkları ile ilgili riskleri en aza indirmek, sağlıkları ile ilgili

konularda bilinçli tercihler yapmak amacıyla sağlıkları ile ilgili durumlarını analiz etme, var olan bilgileri anlama, araştırma ve değerlendirme sürecidir(Zarcadoolas ve ark., 2005).

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ

1970’li yıllarda ortaya çıkan ve gittikçe önemli hale gelen sağlık okuryazarlığı özellikle toplum sağlığı için önemli bir konudur. Bireylerin ve dolayısıyla toplumun sağlıklı bir biçimde yaşam sürdürme ihtiyaçları, sağlıklarını koruma istekleri, hastalandıklarında doğru sağlık bilgilerine erişim sağlamaları, sağlıkla ilgili bilgileri ve terimleri kavrayabilmeleri, anlayabilmeleri, açıklayabilmeleri ve doğru şekilde uygulayabilmeleri gün geçtikçe daha da önemli hale gelmektedir (Manganello, 2008).

Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlığını anlaması, sorgulaması ve sağlığıyla ilgili kararlar alma yeteneğini ifade etmektedir. Bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça, sağlıkları ile ilgili bilgileri elde etme ve anlama becerileri de artmaktadır (Polat ve Bozkurt, 2022). Bireyler sağlık durumları ile ilgili daha bilinçli karar vermeye başlamaktadırlar (Arrighi vd., 2022).

Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi sağlığı negatif yönde etkileyebilmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi;

- Bireylerde önleyici ve koruyucu sağlık hizmetleri kullanımının daha az olmasına,
- Sağlık kuruluşuna gereksiz başvurulara,
- Tedaviye bağlılığın azalmasına,
- Yanlış ilaç kullanımına,

- Acil sağlık hizmetleri kullanımının daha çok olmasına,
- Hastaneye yatışlarının artmasına,
- Hastanede kalma sürelerinin uzamasına,
- Kötü sağlık sonuçlarına,
- Geç kalınmış kronik hastalık tanılarına,
- Kronik hastalık yönetimi yetersizliğine,
- Gereksiz ve daha çok tetkik talebi olmasına,
- Sağlık sistemine aşırı yüklenilmesine,
- Sağlık düzeylerinin daha kötü olmasına,
- İş gücü kayıplarına,
- Yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sebep olabilmektedir. (İlgün vd., 2015; Çopurlar ve Kartal, 2016; Cevik ve Kayabek, 2022).

Meme ve serviks kanseri başta olmak üzere kanser türlerinde erken teşhis ve tanı çok önemlidir. Popülasyon temelli tarama programları ile bu tür kanserlerin erken ve sıklıkla tedavi edilebilir aşamada saptanmasıyla morbidite ve mortalite oranlarında azalmalar olacaktır. Erken müdahaleler sayesinde sağlık harcamaları düşük maliyetli olacaktır. Yapılan çalışmalarda yetersiz sağlık okuryazarlığı nedeniyle kanser tarama testlerine katılımın ne kadar önemli olduğu gözden kaçırılmaktadır. Bu konu ile ilgili farkındalık ve bilgi eksikliğinin kanser tarama eşitsizliğine neden olabileceği belirtilmektedir. Tarama programlarına katılımın sağlık okuryazarlık düzeyinin daha iyi hale getirilmesi ile daha da artacağı beklenmektedir (Baccolini vd., 2022; Oldach ve Katz 2014).

Çağımızda bulaşıcı olmayan hastalıklar DSÖ'ye göre en önemli ölüm sebeplerinden biri olarak belirtilmektedir. Kanser, diyabet, hipertansiyon, kalp hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıklara neden olan faktörler; sigara ve alkol kullanımı, kötü beslenme alışkanlıkları, hareketsiz yaşam gibi değiştirilebilir risk faktörleri olarak belirtilmiştir. Bireylerin daha sağlıklı yaşama geçmesini sağlamak ve bu risk faktörlerini en aza indirmek ve bireyleri bu risk faktörlerinden arındırmak amacıyla verilecek eğitimler, yapılacak bilgilendirme çalışmaları kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre fark yaratacak ve etki gösterecektir (Kickbusch vd., 2013; Bilir, 2014).Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığının kronik hastalığa sahip kişilerde hastalık bilgisi ve hastalığın yönetimi üzerine ciddi etkileri olduğu belirtilmiştir(MacKey, 2016).

Kişilerin sağlık sistemini daha etkin kullanmasında önemli bir rol oynayan sağlık okuryazarlığı sayesinde bireyler sağlık hizmetlerine nasıl erişim sağlanacağı, onay formlarının imzalanması, nasıl randevu alınacağı, tıbbi masraflar, ilaç harcamaları, sigorta formlarının nasıl doldurulacağı ile ilgili birçok bilgiye sahip olmaktadırlar (Sadeghi ve ark., 2013).

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ FAYDALARI

Sorensen ve ark.,(2012) sağlık okuryazarlığını, kişilerin yaşamları boyunca sağlıkları ile ilgili durumlarda karar vermesi, hastalıkların önlenmesi, mevcut sağlık durumlarının iyileştirilmesi, yaşam kalitelerinin artırılması amacıyla, gerekli sağlık bilgilerine ulaşmasını ve bu bilgilerin doğru ve uygun bir şekilde kullanılmasını

sağlayacak yeteneklere sahip olması olarak tanımlamışlardır(Sorensen ve ark., 2012).

Sağlık okuryazarlığı, sunulan sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanmayı sağlamakla birlikte bireylerin sağlıkları hakkında yeterli bilgi seviyesinde olmasını, kaynakların doğru olarak kullanılmasını, dolayısıyla sağlık hizmetleri maliyetinin minimize edilmesini, daha kaliteli sağlık hizmeti sunumunu da sağlamaktadır. Ayrıca sağlık okuryazarlığı sayesinde kişisel gelişim ile birlikte bireylerin sosyal becerileri de desteklenmektedir(Özdemir ve ark., 2010).

Sağlık okuryazarlığına sahip olan kişiler; kendi sağlık durumlarını analiz edebilen, hastalığını bilip yorumlayabilen, sağlığı ile ilgili doğru ve yerinde kararlar verebilen, içerisinde yer aldığı sağlık sistemini tanıyan ve bu sistemden nasıl en iyi şekilde faydalanacağını bilen, tıbbi eğitimle ilgili broşürleri, tıbbi belgeleri, prospektüsteki bilgileri, randevu sistemlerini ve hekimlerin anlattıklarını anlayabilen, karmaşık sağlık sistemleriyle başa çıkabilecek analitik düşünme yapısına sahip bireylerdir(Person ve Sounders, 2009).Yapılan çalışmalar, sağlık okuryazarlığının; acil servis ziyareti, hastaneye yatış, hastaneye tekrar yatış oranları ilesağlık hizmeti maliyetlerini azaltırken hasta-hekim iletişimi, mamografi kullanım oranları ile kronik hastalık tarama oranlarını arttırdığını ortaya çıkarmıştır (İlgün vd., 2015)

Kişilerin sağlık okuryazarlık seviyesinin artması topluluk faydasına olan bir durum olmasına rağmen tanımların çoğunda sağlık okuryazarlığı kavramı kişilerin kalitesi olarak tanımlamaktadır (Nutbeam, 2000).

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI BASAMAKLARI / DÜZEYLERİ

Literatürde sağlık okuryazarlığı ile ilgili birçok tanımın yapıldığı ve bu tanımlamaların da yıllar içerisinde daha kapsamlı hale geldiği görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı gibi sağlık okuryazarlığının basamakları ile ilgili de çok sayıda çalışma vardır. Nutbeam'a göre üç basamaklı sağlık okuryazarlığı sınıflandırması; fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, etkileşimli sağlık okuryazarlığı, eleştirel sağlık okuryazarlığıdır (Mitchell ve Begoray, 2010).

1. Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı

Fonksiyonel (işlevsel) sağlık okuryazarlığı okuma ve yazma konusunda temel bilgi, beceri ve anlayışı kapsayan kişilerin günlük yaşamlarını etkin bir şekilde devam ettirmesini sağlamaktadır. Kişiler sağlık durumlarıyla ilgili temel bilgilere sahip olacak ve sağlık sistemlerini nasıl kullanacaklarıyla ilgili bilgi ve kaynaklara erişim sağlayabileceklerdir (Levin-Zamir ve Peterburg, 2001). Terapötik rejimlere uyma yeteneğini içeren yeterli fonksiyonel sağlık okuryazarı olan bireyler, reçeteleri, sağlık bakımı ile ilgili önemli ve gerekli bilgileri, prospektüsleri anlayabilmekte, talimatları doğru bir biçimde uygulayabilmektedirler (Nutbeam, 2000).

2. Etkileşimli Sağlık Okuryazarlığı

Daha gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık becerisi olan iletişimsel (interaktif, etkileşimli) sağlık okuryazarlığında, bireyler günlük aktivitelere aktif olarak katılım sağlamaktadır. Farklı iletişim

biçimlerini kullanarak bilgi ve anlam çıkarımında bulunmaktadırlar. Etkileşimli sağlık okuryazarlığı, daha gelişmiş okuryazarlık becerileri ile sosyal ve bilişsel yetenekleri de içermektedir. (Nutbeam, 2000).

Kişiler farklı iletişim araçlarıyla elde ettiği bilgilerle farklı sağlık koşullarına uyum sağlayabilmeli, düşüncelerini diğer kişilerle ya da sağlık sunucularıyla iletişim kurarak ifade edebilmelidir (Mitchell ve Begoray, 2010; Nutbeam, 2000).

3. Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı

Analitik (eleştirel, kritik) sağlık okuryazarlığı, sosyal becerilerle birlikte uygulanabilen kişisel yarardan daha çok toplum faydasına odaklanan daha gelişmiş bilişsel becerilerdir. Kişi, var olan bilgiyi eleştirel bir şekilde ele alır, analiz eder ve elde ettiği bu bilgiyi durumları ve olayları kontrol etmek amacıyla kullanır(Nutbeam, 2000). Bireyler sağlıkla ilgili durumları değerlendirirken analitik düşünürler. Durumun olumlu ve olumsuz yönlerini belirleyip, kar-zarar hesabı yapabilir, gerektiğinde tavsiyelerde bulunabilirler. Analitik sağlık okuryazarlığı sağlığın bireysel ve toplumsal gelişimine katkıda bulunacak ve gelişimini kolaylaştıracaktır (Mitchellve Begoray, 2010; Nutbeam, 2000).

Üç basamaklı sağlık okuryazarlığı sınıflandırması; fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, etkileşimli sağlık okuryazarlığı, eleştirel sağlık okuryazarlığıdır. Yukarıda açıklanan üç sağlık düzeyinin ortak yönleri;

- Kişilerin gerekli sağlık bilgilerine erişimini sağlamak,
- Elde edilen bu bilgileri eleştirel bir gözle incelemek, anlamak, çözümlenmek ve yorumlamak,

- Sağlık okuryazarlığı sürecinin aşamalarını tamamlamak,
- Sağlıkla ilgili sosyo-ekonomik, bireysel ve yapısal sınırları kaldırabilmek,
- Genel okuryazarlık ve özel sağlık okuryazarlığı yeteneklerini de uygulayarak kişilerin kendi sağlıkları hakkında karar verebilmesini ve sağlıkları üzerinde kontrol ve söz sahibi olmalarını sağlamaktır(Sorensen ve ark., 2012).

SAğLIK OKURYAZARLIğINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Kültürel, toplumsal ve kişisel faktörlerin bir araya gelmesi ile birlikte sağlık okuryazarlığı toplumda daha etkin bir şekilde yer almaktadır. Bireysel ve sistemsel olarak sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri iki başlık altında toplamak mümkündür. Yaş, cinsiyet, bireyin okuryazarlık becerisi, bilişsel beceriler, duygusal ve fiziksel sağlık, sağlık durumları, toplumsal destek durumları, sosyoekonomik düzeyleri, sağlıkla ilgili kişisel inançları bireysel faktörler içerisinde yer almaktadır.

Sağlık bilgisinin sunumu, karmaşık sağlık bilgisi, sağlık bakım sisteminin özellikleri, sağlık sunucularının iletişim becerileri, sağlık hizmetlerinin kalitesi, sağlık sistemine erişim, hastalar üzerindeki sistemsel talep ve beklentiler, sağlık profesyonellerinin zaman sıkıntıları, sağlık görevlilerinin eğitimi ise sistemsel faktörleri oluşurmaktadır (Gözlü, 2020; Kosteravavd, 2020). Sistem düzeyindeki faktörler de bireylerin sağlık okuryazarlığını etkileyebilmektedir.

Eğitim seviyesi ile gelir ve sağlık düzeyleri arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin gelir ve

sağlık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmekteyken; bu durumun tersine, eğitim seviyesi ve gelir düzeyi düşük olan kişilerin sağlık düzeylerinin ve sağlık okuryazarlık seviyesinin daha düşük olduğu görülmektedir.

Sağlık okuryazarlık seviyesi ortalamanın altında olan bireyler, kişisel sağlıklarının korunması, hastalıkların önlenmesi, sağlıklarını daha iyi hale getirme konularında özen göstermemekte, tedavi süreçlerine uyum konularında zorluk yaşamaktadırlar. Sağlık okuryazarlık seviyesi ortalamanın altında olan bireyler alkol, sigara kullanımı gibi sağlığa zararlı alışkanlıkları devam ettirme ve düzenli egzersiz yapmama, sağlıksız beslenme gibi sağlığı olumsuz etkileyen davranışları daha çok sergilemektedirler(Bilir, 2014).

Sosyoekonomik durum sağlık okuryazarlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Son zamanlarda yapılan araştırmalar ailelerin, diğer bireylerin ve iletişimde bulunulan grupların kişinin sağlık bilgilerine ulaşımını, sağlık bilgilerini anlamasını ve kullanmasını etkileyen önemli faktörler olduğunu göstermektedir (Muscat vd., 2022). HLS-EU ve Amerika'da yapılan araştırmada, 65 yaş üstü olan, sosyal statüsü ile eğitim düzeyi düşük olan, faturalarını ödemekte zorluk çeken kişilerin daha düşük sağlık okuryazarlığı düzeylerine sahip olduğu belirlenmiştir (Sørensen vd., 2015; Kutner vd., 2006). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan bir araştırmada, eğitim durumu, cinsiyet, yaş, sağlık güvencesi, gelir-gider dengesi, çalışma durumu gibi faktörlerin bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilediği belirtilmiştir (Özkan vd., 2018). Sağlık eğitimi ile sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki

olduğu, sağlık eğitimindeki başarısızlıkların yetersiz sağlık okuryazarlığıyla bağlantılı olduğu bilinmektedir(Ratzan, 2001).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler; demografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu), kültürel (kişisel değerler, inanışlar, gelenekler) ve çevresel faktörler ile sağlık bilgisi düzeyleri, kişinin deneyimleri gibi faktörler olarak özetlenebilir. (Özkan vd., 2018; Sezgin, 2013).

DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

DSÖ’nün 2013 yılında yayınladığı “Sağlık Okuryazarlığı: Sağlam Kanıtlar” raporuna göre, sağlık okuryazarlığının kişinin sağlık durumu üzerinde; eğitim seviyesi, gelir düzeyi, çalışma durumu, ırk gibi faktörlerden daha etkili olduğu belirtilmiştir (Kickbuschvd, 2013).

2011 yılında Yunanistan, Polonya, İspanya, İrlanda, Hollanda, Bulgaristan, Avustralya ve Almanya olmak üzere sekiz Avrupa ülkesinde 15 yaş üzeri 8000 katılımcı ile HLS-EU çalışması yapılmıştır. Araştırma sonucuna göre, Hollanda ortalama sağlık okuryazarlığı düzeyi en yüksek ülke; Bulgaristan ise ortalama sağlık okuryazarlığı düzeyi en düşük ülke olarak saptanmıştır. Ayrıca çalışma sonucuna göre her iki katılımcıdan birinin yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (Sørensenvd, 2015; Rowlands vd. 2019).

Son yıllarda Türkiye’de de sağlık okuryazarlığına olan ilgi giderek artmakta ve bu kapsamda çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Sağlık bakanlığı tarafından yayınlanan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, Tanrıöver ve arkadaşlarıtarafından yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı

Araştırması, Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması bu çalışmalara örnek olarak gösterilebilir (Özkan vd., 2018; Okyay ve Abacıgil, 2016; Durusu vd., 2014).

Türkiye genelinde yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması çalışmasında katılımcıların yaklaşık %70'inin yetersiz veya sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur(Özkan vd., 2018).

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Literatürde ve yapılan araştırmalarda sağlık okuryazarlığının önemine değinilmiş; sağlık, sağlık hizmetleri, toplum sağlığı ile ilişkisini de göz önüne alınarak sağlık okuryazarlığı ölçümlerinin gerekliliği üzerinde durulmuştur. Sağlık okuryazarlığının birçok tanımı olmakla birlikte geniş tanımı konusunda bir fikir birliği olmasına rağmen, sağlık okuryazarlığını ölçen ve yaygın olarak kabul gören bir ölçüm aracı mevcut değildir (Rowlands vd. 2019; Durgun, 2023).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi amacıyla sıklıkla kullanılan ölçüm araçları aşağıda belirtilmiştir. Bu ölçüm araçları;

- Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması Anketi (EuropeanHealthLiteracySurveyQuestionnaire, HLS-EU-Q)
- Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (Short Test of FunctionalHealthLiteracy in Adults, S-TOFHLA),

- Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Hesaplanması (TheRapidEstimate of AdultLiteracy in Medicine, REALM),
- Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of FunctionalHealthLiteracy in Adults, TOFHLA),
- En Yeni Yaşamsal Gösterge (NewestVitalSign, NVS) (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014).

Parker ve arkadaşları (1995) tarafından otuzdan fazla tıbbi dokümanın incelenmesiyle hazırlanan TOFHLA ölçeği bireylerin fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. TOFHLA hasta kayıt formları, hasta eğitim materyalleri, ilaç kullanma talimatları gibi tıbbi dokümanların incelenmesi ile oluşturulmuş bir ölçektir.

Sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlık bilgilerini anlama ve sağlık sistemini etkili bir biçimde kullanma ve yönetebilme becerisini kapsayan karmaşık bir yapıdır. Bu yapıyı anlayabilmek için geliştirilen TOFHLA, REALM ve NVS ölçekleri sağlık okuryazarlığının tüm yönlerini ele almamakta, sağlık içeriğine sahip materyalleri okuma ve yorumlama becerilerini ölçmektedir (Weiss vd., 2005).

SONUÇ

Sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlık hizmetini daha etkin ve kaliteli bir şekilde alabilmeleri için; sağlık durumları hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları, tedavi sürecine uyum sağlamaları, sağlıkları hakkında doğru sorular sorabilmeleri, sağlık çalışanlarının tanı ve tedaviye yönelik verdiği bilgileri, uygulanan tıbbi işlemleri, tıbbi bilgi

ve belgeleri, sağlık broşürlerini ve prospektüsleri anlayabilmeleri ve uygulanan test sonuçlarını yorumlayabilmelerini gerektirmektedir (Şahinöz ve ark., 2018).

Bireylerin mevcut sağlık hizmetlerini daha etkin bir biçimde kullanması, sağlık durumları hakkında karar verirken bilinçli bir biçimde davranmaları, sağlık okuryazarlığı kavramının benimsenmesi ve sağlık okuryazarlığını nelerin etkilediğinin bilinmesi ile daha etkili hale gelecektir.

KAYNAKÇA

- Arrighi E, Ruiz de Castilla EM, Peres F, Mejía R, Sørensen K, Gunther C, et al. (2022). Scoping health literacy in Latin America. *Global Health Promotion*. 29(2):78-87.
- Aslantekin F, Yumrutaş M. (2014) Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. *TAF PrevMedBull*. 13(4):327-34.
- Baccolini V, Isonne C, Salerno C, Giffi M, Migliara G, Mazzalai E, et al. (2022). The association between adherence to cancer screening programs and health literacy: a systematic review and meta-analysis. *PrevMed*. Feb;155:106927. doi: 10.1016/j.ypmed.2021.1.
- Bilir N. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *Turk J Public Health* 12(1):61-8.
- Bozkurt, İ. ve Tan, A. (2021). *Sağlık Hizmetlerinde Asimetrik Bilgi, Belirsizlik Algısı ve Güven Kavramının Rolü*, Ankara; İksad Yayınevi. <https://iksadyayinevi.com/wp-content/uploads/2021/12/SAGLIK-HIZMETLERINDE-ASIMETRIK-BILGI-BELIRSIZLIK-ALGISI-VE-GUVEN-KAVRAMININ-ROLU.pdf>
- Cevik C, Kayabek İ. (2022). Health literacy and quality of life among people in semi-urban and urban areas. *RevEscEnferm USP*. 2022 Apr 13;56:e20210495. doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0495.
- Çopurlar CK, Kartal M. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli? *Turkish J FamMed Prim Care*10(1):42-47.
- Durgun, H. (2023). Edirne İl Merkezinde Yaşayan Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Ve Akılcı İlaç Kullanımına Etkisinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne

- Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready FN, Çakır B, Akalın HE. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları, 37-52.
- Gözlü K, Kaya S. (2020). Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi: Çankaya ilçesi örneği. *Ankara Medical Journal*(2):254-68.
- İlgün, G., Turaç, İ. S., & Orak, S. (2015). Healthliteracy. *Procedia-SocialandBehavioralSciences*, 174, 2629-2633.
- Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. (2013). HealthLiteracy: The Solid Facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 4-25.
- Kostareva U, Albright CL, Berens EM, Levin-Zamir D, Aringazina A, Lopatina M, et al. (2020). International perspective on healthliteracyandhealthequity: factorsthatinfluencetheformerSovietUnionimmigrants. *Int J EnvironResPublicHealth*. Mar 24;17(6):2155. doi: 10.3390/ijerph17062155.
- Kutner M, Greenburg E, JinY, Paulsen C. Thehealthliteracy of America'sadults: Resultsfromthe 2003 nationalassessment of adultliteracy(2006). Washington, DC: U.S. Department of Education;9-21.
- Levin-Zamir D, Peterburg Y. (2001). Healthliteracy in healthsystems: Perspectives on patient self-management in Israel. *HealthPromotion International*, 16(1), 87-94.
- MacKey LM, Doody C, Werner EL, Fullen B.(2016). Self-managementskills in chronicdiseasemanagement: What role doeshealthliteracyhave? *MedicalDecisionMaking*36(6):741-59.

- Manganello JA. (2008). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840-847.
- Mitchell B, Begoray D. (2010). Electronic personal health records that promote self-management in chronic illness. *The Online Journal of Issues in Nursing*. Jun 20;15(3)doi:10.3912/OJIN.Vol15No03PPT01.
- Muscat DM, Gessler D, Ayre J, Norgaard O, Heuck IR, Haar S, et al. (2022). Seeking a deeper understanding of ‘distributed health literacy’: a systematic review. *Health Expectations* 25(3):856-68.
- Nutbeam D, Lloyd JE. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 42, 159–173.
- Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 15(3):259-67.
- Nutbeam D, Harris E, Wise M. (1998). Health literacy. *International Encyclopedia of Public Health*, 3, 204-211.
- Okyay P, Abacıgil F. (2016). Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 21-60.
- Oldach BR, Katz ML. (2014). Health literacy and cancer screening: a systematic review. *Patient Education and Counseling* 94(2):149-57.
- Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. (2010). Health literacy among adults: A study from Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464-477.
- Özkan S, Aksakal FN, Çalışkan D, Dikmen AU, Tüzün H, Taşçı Ö, ve ark. (2018). Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörlerin

- araştırılması. Özkan S (Editör). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü 3-88.
- Parker RM, Baker DW, Willia MV, Nurss JR.(1995).The test of functionalhealthliteracy in adults: a newinstrumentformeasuringpatients' literacyskills. *Journal of General InternalMedicine*537-41.
- Peerson A, Saunders M. (2009). Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter?.*HealthPromotion International*, 24(3), 285-296.
- Polat, P., & Bozkurt, İ. (2022). Health literacy and Asymmetric Information in Health Services1. *International Research in Health Sciences IV*, 55.
- Ratzan SC. (2001). Healthliteracy: Communicationforthepublicgood. *HealthPromotion International*, 16(2), 207-214.
- Rowlands G, Trezona A, Russell S, Lopatina M, Pelikan J, Paasche-Orlow M, et al. (2019). WHO healthvidence network synthesisreports 65. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 7-29.
- Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R. (2013). Growingawareness of theimportance of healthliteracy in individualswith COPD. *COPD: Journal of ChronicObstructivePulmonaryDisease*, 10(1), 72-78.
- Sağlık Bakanlığı <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html> 20.12.2024 tarihinde erişim sağlandı.
- Sezgin D. (2013). Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi* 73-92.
- Sørensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. (2012).Healthliteracyandpublichealth: a systematicreviewandintegration of definitionsandmodels. *BMC PublicHealth* . Jan 25;12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.

- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. (2015). Healthliteracy in Europe: comparative results of the European healthliteracysurvey (HLS-EU). *Eur J PublicHealth*25(6):1053-8.
- Şahinöz, T., Şahinöz, S., & Kıvanç, A. (2018). Üniversite son sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 71-79.
- Türk Dil Kurumu <https://sozluk.gov.tr/> 20.12.2024 tarihinde erişim sağlandı.
- Yalçın Balçık P, Taşkaya S, Şahin B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 13 (4), 321-326.
- Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. (2005). Understandinghealthliteracy: an expanded model. *HealthPromotion International*20(2):195-203.
- Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al.(2005).Quickassessment of literacy in primarycare: TheNewestVitalSign.*Annals of FamilyMedicine*3(6):514-22.
- World HealthOrganization<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy> 15.12.2024 tarihinde erişim sağlandı.

BÖLÜM 2:

SAĞLIK YÖNETİMİ BİLGİ SİSTEMLERİ

Dr. Emine AYHAN^{1*}, Dr. Hakan GÜVENER^{2*},
Doç. Dr. Mehmet AYTEKİN^{3*}, Öğr. Gör. Aslıhan TERZİ^{4*}

¹Bağımsız Araştırmacı, Kahramanmaraş, Türkiye,
emineayhn46@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-8101-5479

²Bağımsız Araştırmacı, Gaziantep, Türkiye,
hakanguvener@gantep.edu.tr
ORCID ID: 0000-0002-9159-7708

³Gaziantep Üniversitesi, İşletme A.D., Gaziantep, Türkiye,
aytekin@gantep.edu.tr
ORCID ID: 0000-0001-5464-0677

⁴Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek
Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikleri Bölümü,
Gaziantep, Türkiye, terzi@gantep.edu.tr
ORCID ID: 0000-0002-8484-3106

GİRİŞ

Günümüzde sağlık hizmeti sağlayıcıları sürdürülebilirlik için en gelişmiş dijital tıbbi teknoloji çözümlerini yakından takip etmektedir. Çünkü dijital sağlık teknolojilerini kullanmak, tıbbi kuruluşların daha akıllıca çalışmasını, sürekli ve yüksek kaliteli hasta bakımı sunmasını sağlamaktadır (Dandachi vd., 2019). Sağlık hizmetlerinde bilgi sistemlerinin rolü çok önemlidir, çünkü burada ana odak noktası genel sağlık yönetimi, organizasyonel etkinlik ve doğru karar alma desteğidir (Aldukhi vd., 2022).

Sağlık Yönetim Bilgi Sistemleri (SYBS), sağlık sisteminin güçlendirilmesi için gerekli olan altı yapı taşından biridir. SYBS, sağlık tesislerinde ve kuruluşlarında planlama, yönetim ve karar vermeyi desteklemek için özel olarak tasarlanmış bir veri toplama sistemidir(Wager vd., 2021). SYBS, sağlık kuruluşlarının çeşitli sağlık verilerinin sistematik olarak toplanması, depolanması, işlenmesi, alınması ve dağıtılmasında yardımcı olan entegre bir çerçevedir. SYBS'ler rutin sağlık bilgi sistemleri olarak da adlandırılmaktadır ve karar vericilere zamanında, doğru bilgileri toplamak, sıralamak ve dağıtmak için insanlardan, araçlardan (kağıt tabanlı ve elektronik) ve prosedürlerden oluşmaktadır(Kivinen ve Lammintakanen, 2013).

Bir SYBS, sağlık tesisinden ilçe, bölge ve ulusal idari düzeylere kadar sağlık ile ilgili verileri toplamak, depolamak, analiz etmek ve değerlendirmek gibi bir dizi işlevi içermektedir. Yönetim işlevlerini yerine getirmek için sağlık ile ilgili bilgileri toplama, işleme, depolama, yayma ve kullanma konusunda planlı bir sistem sunmaktadır. Bu sayede her düzeylerde karar vermeyi kolaylaştıran analitik raporlar ve görselleştirmeler sağlamaktadır(Sittig ve Singh, 2015).

SYBS'nin kişisel sağlık bilgileri, idari bilgiler, mali bilgiler gibi çalıştırabileceği veri türleri vardır. Sağlık kuruluşları için, bu tür yazılımları faaliyetlerine dâhil etmek stratejik olarak önemlidir. SYBS'nin geniş sağlık veri kümelerini etkili bir şekilde yönetme konusundaki güçlü yeteneği bir taraftan sağlık hizmetlerinin yönetiminde hizmet sunuculara fayda sağlarken diğer taraftan da hizmet alıcılara kolay erişilebilirlik sağlamaktadır (Laudon ve Laudon, 2017).

İyi tasarlanmış bir SYBS, tıbbi kuruluşların faturalama hatalarının yüzdesini azaltmalarına ve önemli finansal kararları bilgilendirmelerine yardımcı olarak finansal veri entegrasyonunu destekleyen güçlü bir araç olarak görünmektedir(Mathews ve Makary, 2020).Ayrıca SYBS, elektronik tıbbi ve sağlık kayıt sistemleri, eczane bilgi sistemleri, hasta portalları, tıbbi faturalama yazılımı, laboratuvar bilgi sistemleri gibi diğer sağlık çözümleri arasında birlikte çalışabilirliği sağlamaktadır. Bunun dışında SYBS, sağlık personelinin hastaların durumlarına ilişkin birleşik bir genel bakış elde etmesine de katkıda bulunmakta, hastane ortamında operasyonel verimliliği artırmayı ve hasta yönetimini iyileştirmeyi amaçlamaktadır (Berdik vd., 2021).

SAĞLIK BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİ TÜRLERİ

SYBS'ne ait çok sayıda uygulama bulunmakla birlikte aşağıda belirtilen SYBS türleri birbirine entegre sistemler olarak faaliyet göstermektedir. Aynı ayrı çalışırseler bile, birden fazla dijital sağlık yazılım sisteminin birleşiminden daha iyi sonuç almak mümkündür.

Hastane Bilgi Sistemi

Hastane Bilgi Sistemi (HBS), hastane operasyonlarının tüm yönlerini yönetmek için tasarlanmış kapsamlı, entegre bir bilgi sistemidir (Gewald ve Gewald, 2020). HBS, öncelikle bir sağlık tesisi içindeki tıbbi, idari, mali ve yasal iş akışlarını kolaylaştırmaya odaklanan bir veri yönetim sistemidir (Yoo vd., 2016). Hasta kaydı, faturalama, randevu planlama, laboratuvar bilgileri, eczane yönetimi, elektronik sağlık ve tıbbi kayıtlar gibi modüller içermektedir. Bilgi

sistemleri bakım kalitesini, iş verimliliğini ve hasta güvenliğini iyileştirmeyi sağlamaktadır (Vantissha vd., 2022).

Elektronik Sağlık Kayıt / Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi

Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK) ve Elektronik Tıbbi Kayıtlar (ETK), hastaların kâğıt çizelgelerinin dijitalleştirilmiş şeklidir. Her iki sistem de güncel tedaviyi kolaylaştırmak için gerçek zamanlı ve çeşitli hasta bilgileri içermektedir. ESK ve ETK bakım kalitesini iyileştirmek ve maliyetleri sınırlamak için kullanılmaktadırlar (Heart vd., 2017). ESK, hastaların sağlık kayıtlarının elektronik versiyonlarıdır. ESK, sağlık kaydını elektronik olarak toplamakta, oluşturmakta ve depolamaktadır. ESK, test sonuçları, tedaviler ve tıbbi geçmişi de dâhil olmak üzere bir kişinin sağlığı hakkında bilgiler içerir. Ayrıca, diğer sağlık çalışanlarının bir hastanın tıbbi bilgilerine erişebilmesi için diğer elektronik sağlık kayıtlarıyla bilgi alışverişinde bulunulması amaçlanmaktadır (Seymour vd., 2012). ETK ise genellikle dâhili bir organizasyon sistemi olarak kabul edilmektedir (Heart vd., 2017). ETK, tek bir uygulamaya özgü yerleştirilmiş bir sistem iken (McCarthy ve Eastman, 2021), ESK sistemi oluşturmak daha kapsamlıdır ve birden fazla sağlık kuruluşu arasındaki veri akışlarını optimize etmek için tasarlanmıştır (Shickel vd., 2017).

Evde Sağlık Bilgi Sistemi

Evde Sağlık Bilgi Sistemi (ESBS), evde bakım koşullarında etkili tıbbi bakımı kolaylaştırmaya yardımcı olmaktadır. Çoğu sağlık hizmetleri süreçleri uzaktan ve dijital olarak yürütüldüğünden, ESBS hassas hasta verilerinin güvenliğini sağlamak için sağlam güvenlik önlemlerini hesaba katacak şekilde tasarlanmış bir sistemdir (Hussain

vd., 2016). Bu tür bir platform, dijital sağlık cihazları aracılığıyla hasta izleme özelliklerini kullanarak kişiselleştirilmiş bakım planlarının verimli bir şekilde yönetilmesini ve oluşturulmasını kolaylaştırmaktadır (Wu vd., 2024). Bunun dışında, ESBS sistemi, hastaları ve bakım verenleri eğitim kaynakları ve iletişim kanalları aracılığıyla birbirine bağlayarak, hasta için etkileşimi daha insani hale getirmekte ve tıbbi personel için ziyaret planlama, ilaç yönetimi ve programlama süreçlerini optimize etmektedir (Hassan vd., 2018).

Tele Sağlık ve Tele Tıp Sistemleri

Tele sağlık, sağlık bilgisi, önleme, izleme ve tıbbi bakımın çeşitli yönlerini sunmak için teknoloji tabanlı sanal bir platformun kullanılmasıdır. Sağlık hizmetlerinin en hızlı büyüyen sektörü olan tele sağlığın en büyük segmenti tele tıptır. Dar anlamda tele tıp, uzaktan elektronik bir arayüz üzerinden tıp uygulaması olarak tanımlanmaktadır (Mechanic vd., 2017). Tele sağlık ve tele tıp sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastaları uzaktan değerlendirmek, teşhis etmek, tedavi etmek ve onlara değer sağlamak için telekomünikasyon teknolojilerini kullanmaktadır. Doktor ve hasta arasındaki bir telefon görüşmesi bile eylem halindeki tele sağlığın bir örneğidir (Butcher, 2015). Tele sağlık ve tele tıp sistemleri, sağlık hizmeti sunumunda coğrafi engelleri aşmak için bilgi teknolojilerini kullanır. Bu tür yazılımlar, video konferans platformlarını, uzaktan hasta izleme araçlarını ve sağlık hizmetlerini herkes için daha erişilebilir hale getirmek için sağlık mobil ve web uygulamalarını kapsamaktadır. Tele tıp uygulama geliştirme, sanal konsültasyonları, hastaların uzaktan izlenmesini ve tıbbi bilgilerin sorunsuz ve kolay bir şekilde

paylaşılmasını sağlamaktadır. Bu tür platformlar, bir uygulayıcı ile bir hasta arasında güveni teşvik ederek sağlık hizmetlerini geleneksel ortamların çok ötesine taşımaktadır (Ahmad vd., 2021).

Klinik Bilgi Yönetim Sistemi

Klinik Bilgi Yönetim Sistemi (KBYS), sağlık hizmetlerine dönüştürücü bir yaklaşımı temsil etmektedir. Çok miktarda klinik veriyi tutarlı, yönetilebilir ve eyleme geçirilebilir bir formata entegre ederek hasta bilgilerinin sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından kolayca erişilebilir olmasını sağlamaktadır (Wang vd., 2018). Bu sayede veri odaklı iç görüler aracılığıyla doğrudan hasta bakımını iyileştirirken sağlık kuruluşlarının operasyonel verimliliğini artırmak için tasarlanmıştır. Hastalara ait klinik verileri toplamak, depolamak ve değiştirmek için tasarlanmış bilgisayar tabanlı bir sistemdir. Bu sistemler tek bir lokasyonda veya tüm sağlık sistemlerinde kullanılabilir (Wager vd., 2021). KBYS'nin amacı, sağlık hizmetleri operasyonel yönetimini desteklemek, politika kararlarını desteklemek ve hasta verilerini yönetmek için çeşitli kaynaklardan gelen verileri entegre etmek, toplamak, depolamak ve yönetmektir. KBYS esas olarak klinik veri ve iş akışı yönetimi için bir araç olarak hizmet etmektedir. Ayrıca kapsamlı ve dinamik bir elektronik sağlık kaydı oluşturarak tıp uzmanlarına yardım ve destek sağlamaktadır. Hasta kayıtlarını, tedavi geçmişlerini ve diğer kritik verileri tek bir platformda birleştirerek KBYS, klinisyenlerin bilgileri hızlı bir şekilde almasını ve analiz etmesini sağlayarak daha bilgili ve zamanında karar almaya yol açmaktadır (Kreimeyer vd., 2017).

Eczane Bilgi Sistemi

Eczane bilgi sistemi (EBS) temel olarak eczane ünitesindeki ilaç ve sarf malzemelerinin bakımıyla ilgilenmektedir. EBS ilaçların dağıtımını ve yönetimini desteklemekte, ilaç ve tıbbi cihaz envanterini göstermekte ve ihtiyaç duyulan raporların hazırlanmasını kolaylaştırmaktadır(Gilson vd., 2016). Sistem, hasta için yeterli miktarda ilaç ve sarf malzemesinin bulunmasını sağlamaktadır. Bu, klinik çalışmaların verimliliğini artıracak, hastaların rahatlığını kolaylaştıracak ve ilaç reçetelerinin etkili bir şekilde işlenmesine yardımcı olacaktır. Sistem, zaman kaybını ortadan kaldırmaya, kaynak tasarrufu sağlamaya, ilaca kolay erişime olanak tanıdığından manuel tabanlı sisteme kıyasla verilerde daha fazla güvenlik sağlamaktadır (Isfahani vd., 2013). Eczane yönetim sistemi oluşturmak envanter yönetimi (son kullanma tarihleri, stok seviyeleri ve yeniden stoklama ihtiyaçları), reçete işleme, envanter bütünlüğü vb. dahil olmak üzere ilaç ve eczaneyle ilgili süreçlerin optimize edilmesine ve standartlaştırılmasına yardımcı olmaktadır. Dahası, bu tür yazılımlar potansiyel ilaç alerjileri için uyarılar yayımlayarak hasta güvenliğine katkıda bulunmakta ve eczacıların dağıtımdan önce ilaçla ilgili sorunları belirlemesine ve azaltmasına olanak sağlamaktadır(Alanazi vd., 2018).

Randevu Bilgi Yönetim Sistemi

Randevu bilgi yönetim sistemi (RBYS) hastalara rahat bir şekilde randevu alma olanağı sağlamanın yanı sıra, onları etkili bir şekilde takip edip yönetmeyi mümkün kılmak adına çok önemlidir. İyi tasarlanmış bir randevu işlevi, bekleme süresinin azaltılmasında büyük

rol oynayabilir. Ayrıca iyi bir RBYS, SBYS içinde iyi organize edilmiş ve hasta merkezli bir tıbbi ortama katkıda bulunabilir (Chaudhry vd., 2021).

İyi bir RBYS'nin temel nitelikleri şunlardır:

- Sezgisel ve kullanıcı dostu ara yüz
- Verimli takvim optimizasyonu
- Diğer SYBS özellikleriyle kusursuz entegrasyon
- Otomatik hasta hatırlatıcıları
- Acil randevu imkânı vb. sunabilmelidir (Zhao vd., 2017).

Tıbbi Faturalama Sistemi

Uygun faturalama olmadan hiçbir sağlık hizmeti faaliyeti gerçekleştirilemez. SYBS içindeki otomatik tıbbi faturalama, faturalamadan talep işlemeye kadar her türlü finansal işlemi ele almaktadır. Tıbbi faturalama yazılımıyla birlikte çalışan sağlık bilgi sistemleri, sağlık yöneticilerinin gelir döngüsü yönetimiyle başa çıkmalarına ve kapsamlı bir sağlık hizmeti yönetimi kurulumu olarak görünmelerine yardımcı olacaktır (Mathews ve Makary, 2020).

SYBS olarak hangi bilgi sistemi kullanılırsa kullanılsın sahip olunması gereken bazı ortak özellikleri şu şekilde sıralamak mümkündür;

1. Güvenli hasta kaydı: Bu özellik, kayıt süreci boyunca gizliliğin ve hasta verilerinin doğruluğunun sağlanmasına yardımcı olmaktadır. Güvenli hasta kaydı, evrak işlerinin miktarını önemli ölçüde azaltarak, hastaların sağlık tesisleriyle sorunsuz bir etkileşime başlamasını sağlayacaktır (Hamed ve Yassin, 2022).

2. Güvenlik ve uyumluluk önlemleri: Tıbbi verilerin hassas yapısı nedeniyle, SYBS'ne çelik kadar güçlü güvenlik önlemleri uygulamak hayati önem taşımaktadır. Bu sayede, tıbbi verileri ihlallerden ve sızıntılardan koruyabilmek ve sağlık yönetimi bilgi sisteminde istenmeyen, kötü niyetli sızma olasılığını en aza indirmek mümkün olmaktadır. Kimlik doğrulama protokolleri, şifreleme teknikleri, güvenlik duvarı ve ağ güvenliği, güvenlik ve uyumluluk önlemlerine örnek verilebilir (Balozian ve Leidner, 2017).
3. Birlikte Çalışabilirlik: SYBS'nin entegre çalışması sistemin esnekliğini ve performansını etkilemektedir. Bu tür yetenekler, sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında bilgi paylaşımının kolaylaştırılmasını, esnekliği, tutarlı ve çok yönlü hasta bakımı sağlanmasını mümkün kılmaktadır (Jayathissa vd., 2018).
4. Tele sağlık hizmetlerinin entegrasyonu: Bu entegrasyon, uygulayıcıların ve tesis yöneticilerinin uzaktan danışmanlık yapmalarına, hastaların sağlık durumlarını uzaktan izlemelerine ve dijital platformlar arasında sorunsuz sağlık verisi alışverişi gerçekleştirmelerine olanak tanıyan sanal bakım yeteneklerinin kullanılmasını içermektedir(Dandachi vd., 2019).

SAĞLIK YÖNETİMİ BİLGİ SİSTEMİNİN FAYDALARI

Sağlık sunucuları için sağlık verisi çözümlerini dahili operasyonlara entegre eden bir SYBS işletmeye bazı faydalar sağlamaktadır. Bunlardan bazılarını şöyle sıralamak mümkündür:

Gelişmiş hasta bakımı:

Sağlık bilişim teknolojilerinden yararlanarak, sağlık hizmeti sağlayıcıları her teşhis ve tedavi vakasına yönelik bilgilendirilmiş, kişiye özel bir yaklaşım sunabilirler. Sağlık veri sistemi, her türlü hasta kaydını merkezileştirerek, gerektiğinde yapılandırılmış ve hızlı bir şekilde erişilebilirliği mümkün kılmaktadır (Rathbun vd., 2012). Ayrıca, SYBS tıbbi ekipler arasında daha iyi koordinasyonu teşvik etmektedir. Süreçte yer alan tüm paydaşlar ihtiyaç duyulan veri setine girebilmekte bu da gereksiz tedavi ve test olasılığını azaltmaktadır. Aynı zamanda, otomatik uyarılar tıbbi hizmet sağlayıcılarının kronik durumları izlemesine, gözlemlemesine ve yönetmesine yardımcı olmaktadır. Bu durum müdahalelerin uygunluğunu ve zamanında olmasını sağlamaktadır (Gavazzi vd., 2020).

Optimize edilmiş bilgi yönetimi:

SYBS uygulamaları, sağlık tesislerinin sağlık verisi toplama, depolama ve alma işlemlerini kolaylaştırmasını sağlayarak stratejik hedefler ve temel görev tamamlama için zaman kazandırmaktadır. Ayrıca, SYBS dijital araç ve sistemle birlikte çalıştığından, sağlık hizmeti sağlayıcılarının birden fazla kaynaktan çeşitli verileri toplaması ve bir hastanın sağlığına dair bütünsel bir görünüm elde etmesi daha kolay hale gelmektedir. Ayrıca, SYBS ile gerçek zamanlı sağlık verisi güncellemeleri kolaylaştığından, sağlık çalışanlarının en son sağlık bilgilerine dayalı olarak güncel bakım sağlama fırsatı elde etmeleri mümkün olmaktadır (Mariano-Hernández vd., 2021).

Etkili kaynak tahsisi:

SYBS'nin kaynak tahsisi bağlamındaki temel işlevi, tıbbi sağlayıcıların hizmetleri gerçek talebe göre uyarlamasına yardımcı olma yeteneğinde yatmaktadır. Bu, hastaların demografisi, sağlık hizmeti kullanım kalıpları, yaygın hastalıklar, risk faktörleri tanımı vb. hakkında değerli iç görüler toplayarak gerçekleştirilmektedir (Abid vd., 2020).

Sağlık hizmeti kullanımına ve hizmet talebine ilişkin veriler, tesis genişlemesi, personel tahsisi, sağlık hizmeti tedarik birimi edinimi, stratejik kaynak yatırımları vb. konulardaki kararlara rehberlik etmeye yardımcı olmaktadır (Hameed vd., 2016).

Veri odaklı karar alma:

Sağlık yönetimi bilgi sistemleri, kıyaslama ve karşılaştırmalı analizler, öngörücü modelleme araçları, risk yönetimi modelleri, karar ağaçları, algoritmalar ve daha fazlası gibi çok çeşitli karar destek araçları sunmaktadır.

Bu araçları kullanarak, sağlık yöneticilerinin ve uygulayıcıların daha etkili stratejik planlama yapabilmeleri, eğilimleri belirleyebilmeleri ve kaynakları en çok ihtiyaç duyulan yere tahsis edebilmeleri mümkün olmaktadır (Bousdekis vd., 2021).

Bunların yanında SBYS hatasız ve doğru faturalama, randevu planlama, veri odaklı kararlar ve eczane sistemleriyle işbirliği sayesinde doğru reçeteleme, belge paylaşımını, depolamayı ve almayı basitleştirerek idari yüklerden kurtulma gibi faydalar da sağlamaktadır (Brynjolfsson ve McElheran, 2016).

SONUÇ

Günümüzde hastalar bilgili tüketicilerdir. Bu nedenle gelişen ve değişen yeni teknolojiler, yeni düzenlemeler, değişen hasta beklentileri ve perakende sağlık hizmeti gibi seçenekler sağlık sunucularını bu gelişmeye uyum sağlamaya, kendileri sürekli yenilemeye zorlamaktadır. Sağlık hizmetlerinde ana odak noktası genel sağlık yönetimi, organizasyonel etkinlik ve doğru karar alma olduğundan bilgi sistemlerinin rolü büyüktür.

Bu amaçla sağlık hizmeti sağlayıcıları en gelişmiş dijital tıbbi teknoloji çözümlerini yakından takip etmektedir. SYBS kapsamı içerisinde değerlendirilen bu teknolojiler, hastaların sağlığına ilişkin geniş bir genel bakış sağlayarak gelecekteki halk sağlığı planlamasına ve araştırmalarına katkıda bulunmakta ve hedefli müdahaleler ve eğilimlerin belirlenmesi için değerli veri kümeleri sağlamaktadır. Ayrıca SYBS, sağlık kuruluşlarının daha akıllıca çalışmasını, sürekli ve yüksek kaliteli hasta bakımı sunmasını sağlayacaktır.

Doğru teknoloji çözümüyle sağlık hizmeti sağlayıcıları sağlık hizmeti sonuçlarını iyileştirebilir, yüksek etkili hizmetler sunabilir ve hastalara ihtiyaç duydukları zaman ve yerde sağlık hizmeti sağlayabilirler.

KAYNAKÇA

- Abid, A., Manzoor, M. F., Farooq, M. S., Farooq, U., ve Hussain, M. (2020). Challenges and issues of resource allocation techniques in cloud computing. *KSII Transactions on Internet and Information Systems (TIIS)*, *14*(7), 2815-2839.
- Ahmad, R. W., Salah, K., Jayaraman, R., Yaqoob, I., Ellahham, S., ve Omar, M. (2021). The role of blockchain technology in telehealth and telemedicine. *International journal of medical informatics*, *148*, 104399.
- Alanazi, A., Al Rabiah, F., Gadi, H., Househ, M., ve Al Dosari, B. (2018). Factors influencing pharmacists' intentions to use Pharmacy Information Systems. *Informatics in Medicine Unlocked*, *11*, 1-8.
- Aldukhi, A. A. I., Alharbi, E. S. A., Alharb, M. M. M., Alessa, M. S., Al Jabri, A. E., Alqahtani, M. A. M., . . . Alosaimi, M. H. (2022). Understanding Healthcare Information Management Systems (Hims). An Evolution. *Journal of Namibian Studies: History Politics Culture*, *32*, 2270-2280.
- Balozian, P., ve Leidner, D. (2017). Review of IS security policy compliance: Toward the building blocks of an IS security theory. *ACM SIGMIS Database: The DATABASE for Advances in Information Systems*, *48*(3), 11-43.
- Berdik, D., Otoum, S., Schmidt, N., Porter, D., ve Jararweh, Y. (2021). A survey on blockchain for information systems

- management and security. *Information Processing & Management*, 58(1), 102397.
- Bousdekis, A., Lepenioti, K., Apostolou, D., ve Mentzas, G. (2021). A review of data-driven decision-making methods for industry 4.0 maintenance applications. *Electronics*, 10(7), 828.
- Brynjolfsson, E., ve McElheran, K. (2016). The rapid adoption of data-driven decision-making. *American Economic Review*, 106(5), 133-139.
- Butcher, L. (2015). Telehealth and telemedicine today. *Physician leadership journal*, 2(3), 8.
- Chaudhry, S., Batool, F., Muhammad, A. H., ve Siddique, A. (2021). Designing an Online Appointment System for Semiliterate Users. *Intelligent Automation & Soft Computing*, 28(2).
- Dandachi, D., Lee, C., Morgan, R. O., Tavakoli-Tabasi, S., Giordano, T. P., ve Rodriguez-Barradas, M. C. (2019). Integration of telehealth services in the healthcare system: with emphasis on the experience of patients living with HIV. *Journal of Investigative Medicine*, 67(5), 815-820.
- Gavazzi, S., van Lier, A. L., Zachiu, C., Jansen, E., Lagendijk, J. J. W., Stalpers, L. J. A., . . . Kok, H. P. (2020). Advanced patient-specific hyperthermia treatment planning. *International Journal of Hyperthermia*, 37(1), 992-1007.

- Gewald, H., ve Gewald, C. (2020). Inhibitors of physicians' use of mandatory hospital information systems (HIS). In *Data Analytics in Medicine: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications* (pp. 1720-1737): IGI Global.
- Gilson, M. K., Liu, T., Baitaluk, M., Nicola, G., Hwang, L., ve Chong, J. (2016). BindingDB in 2015: a public database for medicinal chemistry, computational chemistry and systems pharmacology. *Nucleic acids research*, *44*(D1), D1045-D1053.
- Hamed, N. M., ve Yassin, A. A. (2022). Secure Patient Authentication Scheme in the Healthcare System Using Symmetric Encryption. *Iraqi Journal for Electrical & Electronic Engineering*, *18*(1).
- Hameed, A., Khoshkbarforousha, A., Ranjan, R., Jayaraman, P. P., Kolodziej, J., Balaji, P., . . . Vishnu, A. (2016). A survey and taxonomy on energy efficient resource allocation techniques for cloud computing systems. *Computing*, *98*, 751-774.
- Hassan, M. M., Uddin, M. Z., Mohamed, A., ve Almogren, A. (2018). A robust human activity recognition system using smartphone sensors and deep learning. *Future Generation Computer Systems*, *81*, 307-313.
- Heart, T., Ben-Assuli, O., ve Shabtai, I. (2017). A review of PHR, EMR and EHR integration: A more personalized healthcare and public health policy. *Health Policy and Technology*, *6*(1), 20-25.

- Hussain, A., Wenbi, R., Xiaosong, Z., Hongyang, W., ve Da Silva, A. L. (2016). Personal home healthcare system for the cardiac patient of smart city using fuzzy logic. *Journal of Advances in Information Technology* Vol, 7(1).
- Isfahani, S. S., Raeisi, A. R., Ehteshami, A., Janesari, H., Feizi, A., ve Mirzaeian, R. (2013). The role of evaluation pharmacy information system in management of medication related complications. *Acta Informatica Medica*, 21(1), 26.
- Jayathissa, W. T., Dissanayake, V. H., ve Hewapathirana, R. (2018). Developing a functional prototype master patient index (mpi) for interoperability of e-health systems in Sri Lanka. arXiv preprint arXiv:1803.00451.
- Kivinen, T., ve Lammintakanen, J. (2013). The success of a management information system in health care—A case study from Finland. *International journal of medical informatics*, 82(2), 90-97.
- Kreimeyer, K., Foster, M., Pandey, A., Arya, N., Halford, G., Jones, S. F., . . . Botsis, T. (2017). Natural language processing systems for capturing and standardizing unstructured clinical information: a systematic review. *Journal of biomedical informatics*, 73, 14-29.
- Laudon, K. C., ve Laudon, J. P. (2017). *Essentials of management information systems*: Pearson.

- Mariano-Hernández, D., Hernández-Callejo, L., Zorita-Lamadrid, A., Duque-Pérez, O., ve García, F. S. (2021). A review of strategies for building energy management system: Model predictive control, demand side management, optimization, and fault detect & diagnosis. *Journal of Building Engineering*, 33, 101692.
- Mathews, S. C., ve Makary, M. A. (2020). Billing quality is medical quality. *JAMA*, 323(5), 409-410.
- McCarthy, C., ve Eastman, D. (2021). *Change management strategies for an effective EMR implementation*: HIMSS Publishing.
- Mechanic, O. J., Persaud, Y., ve Kimball, A. B. (2017). Telehealth systems.
- Rathbun, R. C., Hester, E. K., Arnold, L. M., Chung, A. M., Dunn, S. P., Harinstein, L. M., . . . Wilhelm, S. M. (2012). Importance of direct patient care in advanced pharmacy practice experiences. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 32(4), e88-e97.
- Seymour, T., Frantsvog, D., ve Graeber, T. (2012). Electronic health records (EHR). *American Journal of Health Sciences*, 3(3), 201.
- Shickel, B., Tighe, P. J., Bihorac, A., ve Rashidi, P. (2017). Deep EHR: a survey of recent advances in deep learning techniques for electronic health record (EHR) analysis. *IEEE journal of biomedical and health informatics*, 22(5), 1589-1604.

- Sittig, D. F., ve Singh, H. (2015). A new socio-technical model for studying health information technology in complex adaptive healthcare systems. *Cognitive Informatics for Biomedicine: Human Computer Interaction in Healthcare*, 59-80.
- Vantissha, D., Azizah, A. H., ve Arifin, S. (2022). Assessing Hospital Management Information Systems Success Using Human Organization and Technology Fit Model. *Applied Information System and Management (AISM)*, 5(1), 37-44.
- Wager, K. A., Lee, F. W., ve Glaser, J. P. (2021). *Health care information systems: a practical approach for health care management*: John Wiley & Sons.
- Wang, Y., Wang, L., Rastegar-Mojarad, M., Moon, S., Shen, F., Afzal, N., . . . Sohn, S. (2018). Clinical information extraction applications: a literature review. *Journal of biomedical informatics*, 77, 34-49.
- Wu, H., Liu, K., Jiang, S., Zhao, Z., Yan, Z., ve Xing, G. (2024). *Demo abstract: Caringfm: An interactive in-home healthcare system empowered by large foundation models*. Paper presented at the 2024 23rd ACM/IEEE International Conference on Information Processing in Sensor Networks (IPSN).
- Yoo, S., Hwang, H., ve Jheon, S. (2016). Hospital information systems: experience at the fully digitized Seoul National University Bundang Hospital. *Journal of thoracic disease*, 8(Suppl 8), S637.

Zhao, P., Yoo, I., Lavoie, J., Lavoie, B. J., ve Simoes, E. (2017).
Web-based medical appointment systems: a systematic review.
Journal of medical Internet research, *19*(4), e134.

BÖLÜM 3:

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA UYKU DÜZENSİZLİĞİ, SAĞLIĞA ZARARLI ALIŞKANLIKLAR VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ

Dr.Öğr. Üyesi İbrahim BOZKURT ^{1*}, Nursena DÖNER ^{2*}

¹Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Kilis/Türkiye,
ibrahim.bozkurt@kilis.edu.tr
Orcid: 0000-0002-5446-9862

² Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Kilis/Türkiye,
Tezli Yüksek lisans öğrencisi, emine.673673@gmail.com
Orcid: 0009-0007-4789-1321

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık kavramı, “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır. Toplumun yapı taşı olan bireylerin üretken ve sağlıklı bir durumda olması temel amaç haline gelmişken, zihinsel, fiziksel, sosyal ve psikolojik yönlerinin iyi olacak şekilde devamlılığının sağlanması gerekmektedir. Bu nedenle sağlık sektöründe yer alan tüm aktörlere önemli görevler düşmektedir. Bu aktörlerin büyük çoğunluğunu oluşturan sağlık çalışanları, hastaların iyileşmesi için gerekli olan sağlık hizmetlerini karşılamak ve insanların yaşam koşullarını daha iyi duruma getirmek için önemli ve büyük sorumluluklar üstlenmektedir. Sağlık çalışanları bu sorumlulukları yerine getirirken zorlayıcı koşullarla da karşı karşıya kalmaktadır. Bu koşullar sağlık çalışanlarının bireysel refahlarını,

hastalara sunulan sağlık hizmetlerini ve yaşam kalitelerini etkileyebilmektedir.

Sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerin kesintisiz olarak sağlanması için gündüz çalışmaların yanında gece saatlerini kapsayan çalışma sistemine de ihtiyaç duyulmaktadır. Gece vardiyasında çalışanlar gündüz saatlerinde uyumak, alışıl gelmiş aktivitesinde gecikme veya düzen değişiklikleri gibi durumlarla karşılaşabilmekte, bu da biyolojik ritimlerini değiştirebilmektedir. Değişen biyolojik ritimle beraber en başta uyku kalitesi bozulmaktadır. Uyku kalitesinin bozulması, insanların uyku sonrasında zinde bir şekilde kalkmaması ile baş göstermektedir. Sağlık alışanlarında uykunun kötü olması kurumsal açıdan mesleki hatalara, iş gücünde yetersizliklere, işte devamsızlıklara veya yeni iş gücü istihdamı ihtiyacına yol açabilmektedir.

Sigara, alkol ve kafein vb. zararlı alışkanlıklar, bireyin sağlığına zarar veren, insanlara hiçbir faydası bulunmayan ve ekonomik kayıplara neden olan alışkanlıklardandır. Bu alışkanlıklardan kafeinli ürünlerin tüketimi, özellikle gece vardiyasında iken uykuya engel olma veya uykuyu kaçırma amacıyla tercih edilmektedir.

Sağlık alışanlarının vardiyadan kaynaklı uyku düzensizliği ve sağlığa zararlı alışkanlıkların kullanımı işle ilgili birçok probleme yol açarken çalışanların yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Bu çalışmada, vardiyalı çalışma sistemi kapsamında görev yapan sağlık alışanlarında gece vardiyasından kaynaklı uyku

düzensizliği ve sağlığa zarar verebilecek alışkanlıkların yaşam kalitesi ile ilişkisinin ortaya konması amaçlanmaktadır.

ÇALIŞMA KAVRAMI

Çalışma kavramı en genel tanımıyla insanın zihinsel ve bedensel güçlerini önceden belirlenmiş olan bir amaca karşı planlı şekilde yürütmesidir. Eski Romalılar ve Yunanlılarda “ Yorgunluk, zahmet ve acı” anlamlarında kullanılmıştır (Lordoğlu vd., 1999). Çalışma kavramı öncelikle aklımıza işi getirmektedir. Oysaki iş kavramı ile çalışma kavramları birbirlerinden farklılık göstermektedir. Kıncheloe (1999) tarafından bu farklılık şu şekilde ifade edilmektedir: “İş, insanların geçimlerini sağlamalarının bir yoludur, çalışma ise bir şeyi tamamlama, bitirme ve bir şeye erişme hislerini barındırır. İşin sonucunda ortaya çıkan şeyler tüketilmek için verilir, bunun yanında çalışma insanların hayatlarında kullanacakları mal ve hizmetler yaratır. Bireylerin amaçları ve değerleri çalışma ile ilgilidir, ancak bunları iş yoluyla ifade eder”. Yani iş kavramı, herhangi bir şeyi ortaya koyma amaçlı yapılan uğraşı, bir sonuç elde etmek için yapılan uğraşlar bütünü ifade etmektedir. Çalışma kavramı, insanların geçimlerini sağlamak amacıyla başvuracakları sıradan bir olgu olmaktan öte bireylerin varlık amaçları da bu kavram ile ifade edilmektedir. Bireyler hem topluma ve ekonomiye sağladıkları yarar için hem de kendi kişisel başarıları için çalışmak durumundadırlar.

ÇALIŞMA TÜRLERİ

VARDİYALI ÇALIŞMA

Uzun yıllar boyunca süregelen mal veya hizmet üretimlerinde aksaklıklar olmaması için nöbetleşe yapılan çalışma düzenine vardiyalı çalışma adı verilmektedir. Çalışanların çalışma saatlerinin belirli zamanlarda değişime uğraması nedeniyle uyku düzenleri ve beslenme saatlerinde değişiklikler oluşabilmektedir. Sürekli olarak çalışma saatleri değişen çalışanlar, çalışma saatlerine adapte olmaya çalıştıklarından hem fizyolojik hem de psikolojik sorunlar yaşayabilmekte, ayrıca çalışanların sosyal uyumunu ve dengelerini de olumsuz etkileyebilmektedir (Eroğlu, 2000).

NÖBETLİ ÇALIŞMA

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği madde 41.'e göre nöbet: “Normal çalışma saatleri dışında ve resmi tatil günlerinde dışarıdan gelecek hastalarla, kurum içindeki hastaların acil durumlarında tıbbi ve bunlarla ilgili idari ve teknik yardımları vaktinde sağlayabilmek için olması muhtemel idari ve teknik olay ve kazalara zamanında müdahale etme amacını güder” şeklinde ifade edilmektedir. Söz konusu yönetmeliğe göre nöbetler dört gruba ayrılmaktadır. Bunlar;

- 1. Normal nöbet;** çalışma saatlerinin dışında çalışma saatinin başlangıcını değiştirerek veya vardiya sistemiyle hizmet görülmeyen veya bu hizmetlerin dışında kalanların yürütülebilmesi için düzenlenen nöbetlerdir.

2. **Acil nöbeti**; uzman kişilerin müsait olduğu durumlarda gerekli görülen branş veya bölümlerin normal tutulan nöbete ek olarak tutulan nöbetidir.
3. **Branş nöbeti**; yataklı tedavi kurumlarında birden fazla bulunan branşlarda uzmanlığı ve kliniği dikkate alınarak, acil hizmet verebilmek amacıyla kliniklere bütün çalışanlarıyla beraber tutturulan nöbetidir.
4. **İcap/ev nöbeti**; Uzman adedi nöbet tutacak miktardan az, fakat birden fazla uzman bulunan kurumlarda belirli bir sıra ile tutulan ev nöbetleridir. Ev nöbetçisi çalışma saatleri dışında bulunduğu yeri bildirmeye, akşam saatlerinde vizite çıkmaya ve kurumun her davetine gitmekle yükümlüdür (Ekici & Özçelik, 2011).

Nöbetlerdeki uzun süren çalışma saatleri ve aralıkların sık olarak belirlenmesi durumunda, nöbette çalışan personel uyku sorunları ve biyolojik açıdan ritim bozuklukları yaşayabilmektedir. Bu durumdan kaynaklı uykusuz kalma ve yorgunluk nedeniyle çalışmada konsantrasyon ve dikkat bozukluğu da ortaya çıkabilmektedir (İlter, 2014).

GECE ÇALIŞMASI

Gece çalışan personelin biyolojik haline aykırı bir şekilde çalışmasından dolayı; uzun süreli yorgunluklar, sosyal ve ailevi hayatında sorunlar yaşanabilmektedir. Çalışanlar gece vardiyasından kaynaklı gece uykularını alamadıkları için de gündüz uyumaya ihtiyaç duymaktadırlar. Bu durum uyku kalitesine ve süresine etki etmektedir.

Yapılmış olan araştırmalarda uyku süresinde oluşan azalmanın personelin huzursuz, gergin, sinirli ve yorgun bir hal almasına neden olduğunu ortaya koymaktadır (Baltaş & Baltaş,1986). İş yerinde çalışanların yorgun olması durumlarında hata yapabilme oranı da artmaktadır.

Vardiyalı alışma sisteminde genelde sindirim sistemi bozuklukları ve beslenme düzeninde ortaya çıkan bozulmalar öne çıkmaktadır (Costa, 1996). Ayrıca vardiya sistemi, çalışanlar üzerinde yarattığı stres ve yorgunluk gibi olumsuz etkiler ile ülser gibi rahatsızlıklara da sebep olabilmektedir (Baltaş & Baltaş,1986).

ÇALIŞMA SÜRELERİ

Ülkemizde, diğer ülkelerde olduğu gibi insan gücünün planlanması son derece önem arz etmektedir. Ülkemizde ortaya çıkan sağlık alanındaki sorunların başında sağlık çalışanlarının planlamasının kısa süreli özümlemlerle sağlanmaya çalışılması gelmektedir. Bu bağlamda uzun süreli bir planlama sisteminin varlığından söz etmek pek mümkün değildir (Kuluöztürk, 2014).

Ülkemizde sağlık çalışanlarının özellikle de kamuda çalışanların çalışma koşulları 657 sayılı Devlet Memuru Kanunu gözetilerek değerlendirilmektedir. Sağlık alışanları verdikleri hizmetin kalitesi, niteliği ve performansları açısından motive edilmemektedir. Bu durum verimli çalışanlar açısından negatif etkiler göstermektedir (Nalbant, 2006). Bu bağlamda uzun süreli bir politika oluştururken çalışanlar arasında ücret dağılımında, performans değerlendirilmesinde

ve verimlilik ölçümünde daha şeffaf ve adil davranılması gerekmektedir.

Sağlık kurumlarında verilen hizmetler hayati önem taşıması nedeniyle 24 saat kesintisiz sürdürülmekte, bu sayede yararlanıcılar sürekli bir erişim imkânına sahip olmaktadır Kesintisiz hizmet sunumu için de farklı çalışma sistemlerini kullanılması gerekmektedir (Nalbant, 2006). Ayrıca sağlık kurumları farklı meslek gruplarının bir arada olduğu karmaşık yapısı ile çalışma saatlerinin düzenlenmesinde güçlükler doğurmaktadır. En temel nedenlerinden biri personel sayısındaki yetersizliktir. Az olan personel durumunda çalışma saatlerinin düzenlenmesi oldukça zorlaşmaktadır. Sağlık çalışanları için çalışma saatleri sürekli sorun oluşturmaktadır. Bu sorun verilen hizmetin kalitesini, çalışan personelin performansını ve verimliliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının sosyal çevresi de çalışma saati farklılığı ve düzensizliğinden etkilenmektedir (Özkan, 2005).

Son zamanlarda ortaya çıkan olağanüstü durumların katkısıyla da sağlık hizmeti sunan kurumlar çalışma sürelerini artırmak zorunda kalmışlardır. Bu nedenle çalışanlar zamanlarının büyük kısmını bu kurumlarda geçirmekte ve bu durum hizmeti direk etkilemekte ve hizmetin kalite ve veriminde düşüşlere yol açabilmektedir.

VARDİYALI ÇALIŞMA SİSTEMİ

Çalışma koşullarında normal olarak kabul edilen çalışma süreleri gündüz vakitleridir. Ancak ortaya çıkan talep artışlarının karşılanması ve hizmetin kesintiye uğramaması için özellikle sağlık

hizmetlerinde vardiyalı sistemin uygulanması gerekmektedir. Vardiyalı çalışma sistemi; tüketim miktarı ve talep sayısındaki artışın ortaya çıkardığı durumun karşılanabilmesi için çalışma sürelerinin günün tüm vakitlerini de kapsayacak şekilde belirli periyotlar halinde bölünmesiyle oluşan sistem olarak ifade edilebilir. Vardiyalı çalışma sistemi, sunulacak hizmetin nitelik özelliklerine göre;

- 1. Dönüşümlü vardiya sistemi:** Günün belirli saatlerinde yani gece, gündüz ve akşam vakitlerinde değişim şeklinde olan çalışma,
- 2. Sabit vardiya sistemi:** Günün belli saatlerinde sürekli olmak koşulu ile gündüz, öğleden sonradan gece yarısına kadar ve gece çalışması şeklinde uygulanmaktadır (Kazancı Yabanova, 2016).

VARDİYALI ÇALIŞMA VE ETKİLERİ

Bireylerde sirkadiyen ritimde bozulma olması durumunda; motivasyon, konsantrasyon bozukluğu, hafıza ve tepki süresinde olumsuz etkilere, uykusuzluk, kronik yorgunluk ve uyku düzensizliklerine yol açmaktadır. Bedenin ve beynin uykuya ihtiyaç duymasına rağmen bireyin uyumamaya çalışması zor bir süreçtir. Merkezi sinir sisteminin normalde alışmış olduğu yaşam ritminden uzaklaşmak, hormonal dengeyi bozmakta ve strese neden olmaktadır. Gece vardiyasından sonra dinlenme bazen yeterli olmamaktadır. Bu nedenle gece çalışmasından dolayı iş ve işlemlerden kaynaklı hatalar, psikosomatik reaksiyonlar ve kazalar fazlasıyla gerçekleşmektedir. Geceleri çalışma dikkat azalması ve kronik yorgunlukları ortaya

çıkarmaktadır (Kucharczyk vd., 2012; Gökdoğan & Yorgun, 2010).
Vardiyalı çalışmanın etkilerini farklı şekillerde görmek mümkündür.

VARDİYALI ÇALIŞMANIN BİREY ÜZERİNE ETKİLERİ FİZİKSEL ETKİLERİ

Vardiyalı çalışma sisteminden kaynaklı uyku sorunlarının, çalışanlarda gastroinstestinal sistem hastalıkları, kardiyovasküler rahatsızlıklar, düzensiz beslenme ve kilo değişimine sebep olduğu görülmektedir.

Gece vardiyasında çalışan insanların vücudu bu sisteme adapte olamamakta ve çalışma düzeni bırakılsa dahi üzerinden yıllar geçmesine rağmen insan bedeninde bıraktığı olumsuz etkiler devam etmektedir.

Dinlenme biçimleri arasında en iyisinin uyku olduğu bilinmektedir. İnsan vücudu kendini başka bir güne hazır hissedebilmesi için uykuya ihtiyaç duyar. Yapılan bazı araştırmalar, çalışma sistemine alışabilmek için en az 3 yıl gibi bir süre o sistemde çalışılması gerekmektedir. Gece vardiyasında çalışanların gündüz çalışanlarına göre günlük uyku saatleri ortalama 2-4 saatten daha kısa durumdadır. Bununla beraber gündüz yatılan uyku parçalar halinde, hafif ve uykunun bozulma ihtimali fazlasıyla yüksektir (Saygılı vd., 2011).

Gece vardiyasında vücudun biyolojik görevleri aksar ve hormonal dengede bozulmalar meydana gelir. Aynı zamanda uyku düzeninin değişmesi ve beslenme alışkanlıklarının değişmesi kalp ve damar rahatsızlıklarına yol açmaktadır. Bunlarla birlikte sinirsel

yorgunluk nedeniyle dikkatsizlik, saldırganlık, iç daralması, hırçınlık, aşırı duyarlılık durumu ve öfke belirtilerine yol açtığı bilinmektedir (Potter & Perry, 2009). Yapılan bir araştırmada, nöbetli şekilde farklı saatlerde çalışanlarda metabolik bozukluklar, derin ven trombozu, kolon kanseri, venöz yetmezlik, depresyon, meme kanseri ve diabetes mellitus benzeri kardiyovasküler rahatsızlıklara, hipertansiyon ve koroner kalp hastalığı gibi rahatsızlıkların görülme olasılığı yükselmektedir (Potter & Perry, 2009).

SOSYAL ETKİLERİ

Gece saatlerinde özellikle de insanların dinlenmeye geçtiği saatlerde iş gören kişilerin çalışıyor durumda olmaları, onların hem toplumsal hem de ailevi yaşantılarında olumsuz etkiler yaratmaktadır. Zaman içinde toplumda gerçekleşen faaliyet ve aktiviteler, nöbet sistemiyle çalışan personelin hayatında zamansal anlamda uyumsuzluklara neden olmaktadır. Böylece topluma karşı yabancılaşma, yalnız hissetme ve aşılması zor engeller ve problemlere doğru bir dönüşüm görülebilecektir. Gündüz uyumak ve gece de uyanık kalmak zorunda olmak, gece vardiyasındaki çalışanların hayatlarını hem olumsuz etkiler hem de zorlaştırır. Farklı saat dilimlerinde çalışmak hem çalışanın sosyal yaşamını hem de sosyal iletişimini kötü etkilemektedir. Nöbetli çalışan bireylerin, arkadaşları veya ailesi için sosyal yaşam kapsamında aktivite ve etkinlikleri gerçekleştirebilmek için ayırdığı vakit çalışma saat ve sürelerine bağlı hale gelmektedir (Ayдын & Özgen, 2001; Çoban & Yılmaz, 2011).

PSİKOLOJİK ETKİLERİ

Farklı saatlerde çalışmayı gerektiren vardiya sistemi, bireylerin sosyal ve kültürel içerikli etkinlik veya eğlencelere katılımını, aile ve arkadaşlarıyla ilişki kurmalarını engellemektedir. Bu nedenle çalışanlarda sosyal izolasyon görülmektedir. Gerçekleşen bu tür olumsuzluklar çalışan bireylerde huzursuzluk, anksiyete, stres ve benlik saygılarında azalmalara neden olmaktadır (Çoban & Yılmaz, 2011).

SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık kavramı; yalnız hastalık ve bir sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali şeklinde tanımlanmaktadır.

Sağlık sektörü değişime açık ve bilimsel ve teknolojik gelişmelerin takip edildiği, yeni tedavi yöntemleri, tedbir ve önlemlerin geliştirilmeye çalışıldığı bir hizmet sektörüdür. Sağlık hizmetleri farklı meslek gruplarından oluşan sağlık çalışanlarının tam bir uyum içinde ve planlı bir şekilde görevlerini yerine getirmeleri ile sunulabilmekte ve başarıya ulaşabilmektedir.

Sağlık hizmeti diğer hizmet türlerinden oldukça farklıdır. Çünkü sağlık hizmeti veren kurumlara başvuran müşteriler diğer hizmet sektörü müşterilerine göre farklılık göstermektedir. Sağlık hizmeti almak için başvuran bireyler üzgün, tolerans sınırını zorlamış ve normal ruh halinde olmayabilirler. Bu durum çalışanların daha dikkatli olmasını gerektirmektedir. Sağlık hizmeti sunan çalışanlar diğer çalışanlara göre yıpratıcı ve zor görevler almaktadırlar. Tüm kurumlarda olduğu gibi sağlık kurumlarının da varlığı yanında hizmetin

sürekliği, zamanında, kaliteli ve etkili bir şekilde verilebilmesi için öncelikle çalışanların yeterli sayıda, alanında yeterliğe sahip ve uygun çalışma koşullarının sağlanması ile mümkün olacaktır.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA KOŞULLARI

Sağlık çalışanlarının temel ve en önemli özellikleri, alanında uzmanlık bilgisine ve niteliklerine sahip olmasıdır. Alanında uzman ve gerekli eğitimleri almış çalışanların istihdamı sağlık kurumlarında yürütülen işlerin etkin ve kesintisiz bir şekilde sunulmasını sağlayacaktır. Sağlık kurumundaki çalışanların ihtiyaçları, beklentileri ve istekleri değişiklik gösterirken, çalışılan kurum ve kuruma ait politikalar bu farklılıkların karşılanması konusunda belirleyici olmaktadır. Çalışma koşulları her bölgede de aynı olmamakta ve bulunulan bölgeye göre değişiklik gösterebilmektedir. Sağlık kurumları çalışma ve çalışma koşullarına dair politikalarını belirlerken çalışanlarını da gözetmeli çalışanlarına yönelik politikalar oluşturmaya çalışmalıdır.

Çalışma koşulları, personelin iş yerindeki verimini ve verilen hizmetin kalitesini etkileyen unsurlardandır. Sağlık çalışanları, çalışma ortamından kaynaklı meslek hastalıklarına yakalanma açısından en riskli gruplardandır. Bu durum sadece çalışanı değil, çalışma arkadaşlarını, hasta ve hasta yakınlarını, verilen hizmet veya hasta bakımını olumsuz yönde etkileyecek ve çalışanın performans, verimlilik ve refah düzeyini de etkileyebilecektir.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KARŞI KARŞIYA KALDIĞI RİSKLER

Çoğu iş yerinde çalışan bireyler belli başlı risklerle karşılaşabilmektedirler. Bu riskler, iş yerinden veya yapılan işin durumuna göre farklılık göstermektedir. Sağlık çalışanları da üstlendikleri görevler ve hizmetin niteliğine göre bazı risklerle karşı karşıya kalmaktadır.

Fiziksel riskler

Sağlık çalışanlarının çok sık karşılaştığı risklerin başında fiziksel riskler gelmektedir. Fiziksel riskler sağlık çalışanlarının sağlık durumunu etkileyebildiği gibi iş verimliliklerini de etkilemektedir. İklimlendirme, ışıklandırma, toz ve gürültü gibi etmenlerden kaynaklı durumlar çalışanlar üzerinde bel ve boyun yaralanmaları, solunum sistemi sorunları, delici ve kesici yaralanmalar, iş kazaları, görme ve işitme bozuklukları gibi sağlık sorunlarına neden olmaktadır (Özkan, 2005).

KİMYASAL RİSKLER

Sağlık kurumlarını diğer kuruluşlardan ayıran özelliklerden biri hizmet sunumunda kullanılan ilaç ve diğer kimyasal ürünlerin varlığıdır. Sağlık çalışanlarını kimyasal faktörlere karşı korunmak için gerekli tedbir ve önlemleri almak ve kimyasal faktörlerden korumak son derece hayati öneme sahiptir. Sağlık çalışanlarının maruz kalabileceği kimyasal unsurlar arasında antiseptikler, civa, anestezi

maddeler, dezenfektanlar, latex, sitotoksik maddeler, solvent ve farmasötik maddeler sayılabilir.

BİYOLOJİK RİSKLER

Sağlık çalışanları fiziksel ve kimyasal riskler haricinde biyolojik riskler açısından da tehlike altındadır. Biyolojik risk denilince öncelikle sağlık kurumuna başvuran hastaların taşıdığı ve yayılma ihtimali olan mikro organizmalar akla gelmektedir. Bu mikro organizmalar çalışanlarda HIV, Hepatit gibi bulaşıcı hastalıklara neden olmaktadır. Bu durum çalışanların görevlerini yerine getirmelerini zorlaştırmakta, verimliliklerini etkileyebilmekte veya tamamen iş göremez bir duruma gelmelerine neden olabilmektedir (Bilir, 2004).

ERGONOMİK RİSKLER

Çalışanların çalışma koşulları rahat olmadığı sürece çalıştıkları sürede beklenen verimlilikte düşük olmaktadır. Sağlık çalışanları çalışma sürelerinin büyük bir dilimini kurumda geçirmekte ve hastalara sağlık hizmeti sunmaktadır.

Bu nedenle çalışanların çalışırken rahat etmesi, çalışma koşullarının bireysel özellikler gözetilerek dizayn edilmesi, mola ve mola yerlerinin yeterli ve koşullarının iyileştirilmesi önem arz etmektedir.

Çünkü uzun süre dinlenmeden, ağır koşullar altında çalışmak oldukça sıkıntılı bir süreçtir ve farklı problemlere yol açacağı gibi çalışanlarda iskelet sistemi ve eklem rahatsızlıklarına da yol açabilecektir.

UYKU KAVRAMI

Uyku; canlıda bilinç durumunun kısmi, periyodik ve geçici şekilde kaybolma durumu iken uyku süreci geri döndürülebilir ve geçici bir bilinç kaybı değildir. Uyku, karar verebilmenin ve bilinç durumunun tamamen ya da kısmen geçici olarak ve vücut işlevlerinin hızının yavaşladığı ama uyanma durumunda kolay şekilde eski duruma dönebildiği zihinsel ve fiziksel dinlenme dönemi diye adlandırılır (Golem vd., 2014). Uyku pasif ve monoton bir süreçten oluşmaz, belirli düzeni bulunan değişken ve etkin bir süreç olarak bilinir. Canlının dinlenmesi, hafıza işlevlerinin düzene girmesi, öğrenme faaliyetinin yerine getirilmesi, hücrelerde onarım yapılması ve vücudun yeniden bir güne hazır hale gelmesi uyku ile sağlanabilir. Bu sebeple uyku ihtiyacı uzun ve sağlıklı yaşam için gerekli görülmektedir (Peuhkuri vd., 2012). İnsan yaşamının ortalama 1/3 uykuda geçmektedir. Uyku, canlıların vücut ısılarında, kardiyak işlevlerinde, hormon salınımlarında, kan basıncı ve kas tonusunda değişimler ortaya çıkaran farklı bölümlerden meydana gelir. Uyku anında kalp atımı ve kan basıncı düşük değerlere inmektedir. Uyku bitim süresine kadar düşük değerlerde seyreder ve uyku bitiminde ani bir şekilde yükselme göstermektedir (Atik vd., 2012). Psikolojik ve fizyolojik ritim çok yüksek düzeyde bulunuyorsa birey uyanık durumdadır ve ritim düşük durumdaysa da uykuya dalacaktır (Çalıyurt, 2001; Bingöl, 2006).

UYKU GEREKSİNİMİ

Her bireyin ayakta kalabilmesi için, ihtiyaç duyduğu uyku miktarı; beslenme durumu, sağlık durumu, yaş, aktivite, çevresel

koşullar ve bireysel özelliklere göre farklılıklar göstermektedir (Roper vd.,1996; Hughes & Rogers, 2004). Yaşa göre uyku saatleri çocuklarda günlük 10-13 saat, 10 yaş üstünde 9-10 saat, adölesan gençlerde 7-8 saat ve sağlıklı erişkin bireylerde ise 6-9 saat yeterli görülmektedir.

Yaşlı bireyler uykuya dalarken geç dalarlar, gün içerisinde kısa süreliğine uyuklama eylemlerinde bulunurlar ve bu yüzden geceleri gündüze göre daha az uyurlar. Bireylerde yaş ilerledikçe uykuya olan gereksinimde o derece azalmaktadır (İncekara, 2004). Egzersiz, gebelik, fiziksel çalışma, stres, hastalık ve mental aktivitelerin artması ile beraber uyku ihtiyacında artmada görülebilir. Uyku süresinin kısaltılması veya uyku yokluğu sonucunda istenilmeyecek birçok psikolojik ve fizyolojik sorunlar görülebilmektedir (Bingöl, 2006).

Sağlıklı bireyler geceleri ortalama 5 saatten daha az uyudukları zaman bilişsel performansları düşmekte ve bedenlen kendini diğer güne hazırlayamaz duruma gelmektedir. Uyku bozukluğundan kaynaklı olarak motivasyon, düşünce ve duygu işlevlerinde sorunlar, problem çözmede ve anlatım kabiliyetinde azalmalar yaşandığı görülmektedir. Öğrenme becerileri uyku düzensizliğinde yarıya kadar azalma göstermektedir (Bilazer vd., 2008).

UYKU KALİTESİ

Uyku kalitesi kavramı insanların sabah uyandıktan sonra kendilerini enerjik, zinde ve dinç olarak hissetmeleri şeklinde tanımlanmaktadır. Uyku kalitesinin objektif şekilde ölçülmesi ve değerlendirilmesi çok zordur. Toplumda bireylerin ortalama %20 ile %40 arasında uyku kalitesinde sorunlar yaşadığı saptanmıştır (Çalıyurt

vd., 1998; Karagözoğlu & Bingöl, 2008). Uyku kalitesinin düşük olmasından kaynaklanabilecek sorunlar ve bu sorunların neden olabileceği medikal rahatsızlıkların varlığı uyku kalitesinin önemini artırmaktadır. Uyku kalitesi ile ilgili yapılan araştırmalarda klinik uygulamalar üzerinde çok durulmuştur. Uyku kalitesinde gece uyku süresi, uyku latensi ve uykudan uyanma sıklığı nicel açıdan uyku kalitesini göstermekte ve uykunun dinlendirme yanı ve uykunun kalitesi ve derinliği de nitel açıdan uyku kalitesini göstermektedir. Yetişkin bireylerin %15-35'inde uykuya dalmada zorlanma ve uykuyu devam ettirmede zorluk çekme gibi uyku kalitesini olumsuz etkileyecek sorunlar görülmektedir (Çiçek vd., 2006). Uyku kalitesi iki açıdan önemsenmelidir. Bunlar; uyku kalitesi alanında şikâyetlerin fazla olması ve birden fazla tıbbi rahatsızlığa yol açabilecek potansiyelinin olmasıdır.

SAĞLIĞA ZARARLI ALIŞKANLIKLAR VE İNSAN ÜZERİNE ETKİLERİ

Dünyada ve ülkemizde sağlığa zararlı alışkanlıkların başında yer alan sigara kullanımı önemli sağlık problemlerinden biridir. Sigaranın tüketimi yaygın şekilde bağımlılık yapmaktadır. Tehlikeli olduğu ve bağımlılık yapma etkisinin bilinmesine karşın gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sigara tüketimi artmaya devam etmektedir. Direk ölüme yol açmadan kronik rahatsızlıklara neden olmaktadır. Sigara kullanımı insanlarda kardiyovasküler hastalık, solunum rahatsızlıkları ve akciğer kanseri gibi ciddi sorunları ortaya çıkaran bir risk faktörüdür. Sigaranın kullanımı yalnızca kullanan kişiyi değil, dumana maruz kalan kişiler içinde tehlike içermektedir.

Diğer bir alışkanlık olarak alkol tüketimi yer alır ki, çok eski medeniyetlerden günümüze kadar kullanılagelmiş ve birçok toplum tarafından kullanımı normal bir davranış olarak kabul edilmektedir. Alkol kullanımından kaynaklanan sorunlar bireylerde başlar ve topluma yansiyarak çok çeşitli hastalık, rahatsızlık ve toplumsal sorunlara yol açar (Maden, 1991). Alkol tüketimi sadece içerdiği maddelerin insan üzerinde oluşturduğu etki ile değil etki sonucu ortaya çıkan davranış bozukluklarından kaynaklı toplumsal sağlığı ve güvenliği de tehdit eden bir sorundur. Alkol tüketimi ne şekilde olursa olsun zararlı bir davranıştır. Alkol kullanımı her aşama ve seviyede risk içeren bir davranıştır (Gajecki vd., 2014).

Kafein dünyada çok kullanılan psikoaktif bir maddedir (Soós vd., 2021). Uzun yıllardan beri içerisinde kafein bulunan bitkilerin tohumları, kabukları ve yaprakları yorgunluğa iyi geldiği, ruh durumunu düzelttiği ve farkındalığı artırdığı gerekçesi ile kullanılagelmiştir. Sık kullanılan kafein kaynakları olarak kahve ve çay yıllardır insanlar tarafından kullanılmaktadır. İçerisinde yüksek oranda kafein bulunan ürünlerin akşam saatlerinde alındığında uykuyu bozmaya yönelik etkileri mevcuttur.

Uyku bozuklukları da; kazalar, mesleki performanslarda bozulma, endokrin ve psikosomatik alanlarda bozulmalara sebep olmaktadır (Copinschi, 2005).

Yapılan bir çalışmada nöbetli olarak çalışan kişilerde, özellikle sağlık profesyonellerinde sağlığı olumsuz etkileyen sigara-alkol tüketimi, hazır yemek alışkanlığı ve kafein alımının diğer çalışanlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tsigas vd., 2015).

YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, “kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonu algılaması” şeklinde tanımlanmaktadır (WHO, 1998). Kavram, insanların günlük faaliyetlerini yerine getirme becerisini ve yaşamından ve kişisel olarak iyi hissetme açısından elde ettiği doyumunu ifade etmektedir (Gotay vd. 1992). Kişiden kişiye değişkenlik gösteren kavram, içinde yaşanılan toplum ve kültürel değerlere bağlı iken kendi çıkar, beklenti ve doğruları açısından yaşam içerisindeki durumunu algılamasıdır (WHOQoL Group.,1993). Yaşam kalitesi bireyin mutluluk, iyilik ve hayattan tat alma durumlarını ele almaktadır. İnsanlar yaşamını sürdürürken gelir, sosyal destek ve özgürlük gibi değerler yanında sağlıklı bir yaşam sürmeyi de umut ederler. Bu bağlamda yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamına dair bireysel olarak algı, duygu ve zihinsel süreçlerini kapsarken, bireysel iyilik halinin anlatımıdır. Yaşam kalitesi düzeyinin ölçümü ile genel sağlık ve yaşam memnuniyeti, genel sağlık ve yaşam kalitesi, psikolojik sağlık, fiziksel sağlık, sosyal ve çevre alanı konularında bilgiye ulaşılabilir (Cella,1994).

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA YAŞAM KALİTESİ

Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi; sağlık hizmeti sundukları alanlarda yaşam standartlarının ihtiyaçları doğrultusunda planlanıp, uygulanması ve özel yaşamlarında da bunu devam ettirebilmesi ile ilişkilidir (Muku, 2014).

Sağlık çalışanları iş yeri koşulları ve mesleki özellikleri sebebiyle hem yoğun hem de çok fazla iş yüküne maruz kalmakta ve fiziksel, biyolojik, kimyasal, psikososyal ve ergonomik tehlikeler ile karşılaşabilen çalışan grubunu oluşturmaktadır (Mujchin, 2015). Sağlık çalışanları normal çalışma saati ve günleri dışında, yaşamsal tehdidi bulunan insanlar ile çalışmak durumunda kalırken, hasta ve hasta yakınlarının büyük beklentileri ile karşılaşmaktadır. Yoğun stres altında çalışmak zorunda kalan sağlık çalışanları ruhsal olarak etkilenebilmektedir (Yıldırım & Hacıhasanoğlu, 2011). Çalışma ortamındaki olumsuz koşullar nedeniyle sağlık çalışanlarının yaşam kaliteleri olumsuz olarak etkilenebilmektedir. Sağlık çalışanlarının aşırı iş yükü ve iş tatminsizliği de yaşam kalitesi üzerine olumsuz etki oluşturmaktadır (Fernandes vd., 2012).

Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini ölçmeye yönelik yapılan bir araştırmada; hemşirelerin yaşam kalitelerinin diğer meslek gruplarına göre çok daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bunun nedeni olarak, sağlık kurumlarında gece nöbetleri, travmalar, aşırı stres, acil serviste çalışmak ve uykusuz kalmak gibi sebepler öne sürülmüştür. Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesinin düşük çıkmasının ana nedeni olarak kaygı ve stresten kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Meslekler arasında tükenmişlik değerleri yüksek olan sağlık çalışanlarının sosyal durumları olumsuz etkilenecek, yaşam kaliteleri düşmektedir (Selvi vd., 2010). Yapılan başka bir çalışmada vardiyalı çalışan hemşirelerin çalışma koşullarını tüm alanlardan daha kötü olarak algıladıkları, en çok zihinsel ve fiziksel yük hissettikleri, sonuç olarak iyilik düzeyi

artıkça yaşam kalitelerinin tüm boyutlarda arttığı saptanmıştır (Misiak vd., 2020).

SONUÇ

Sağlık çalışanları hizmet verdikleri hastaların sahip olduğu anormal hallerin yarattığı etki yanında sağlığa zararlı alışkanlıkları kullanma eğilimlerini tetikleyen vardiyalı çalışmadan kaynaklı uyku düzensizliği, yoğun tempo, iş yükü fazlalığı gibi iş yeri ve işin sahip olduğu özelliklerden dolayı bedensel ve ruhsal yönden olumsuzluklara maruz kalmaktadır. Sağlık çalışanlarının bu etkiler altında sağlığının yerinde olmaması ile hizmetin kalitesi, iş gücü verimliliği, doyum düzeyi ve yaşam kalitesi de olumsuz yönde etkilenecektir.

Sağlık çalışanları yaptıkları iş nedeniyle hayati önem taşıyan ve hata kabul etmeyen faaliyetlerde bulunmaktadır. Bu kadar hayati öneme sahip ve hassasiyet gerektiren işte çalışanların istekli, mutlu ve sağlıklı olmaları gerekmektedir. Bunun sağlanabilmesi için de çalışanların çalışma saatlerinin düzenlenmesinde daha hassas davranılması, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, ekstra aktivite ve imkânların sağlanması ve bu uygulamaların gerçekleştirilebilmesi için yasal altyapının uygun hale getirilmesi gerekmektedir. Ayrıca çalışanların sağlığa zararlı alışkanlıklar ve etkileri konusunda planlı bir şekilde eğitimlerle farkındalıklarının artırılması da yerinde olacaktır.

Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik teşebbüs ve iyileştirme girişimleri bireysel anlamda çalışana, kurumsal anlamda hizmet sağlayıcısına, hizmet kullanıcıları olarak hasta ve hasta

yakınlarına ve son olarak topluma sosyal ve ekonomik açıdan önemli ve olumlu katkılar sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Atik, D., Zeydan, Z. & Çoşar, A. (2012).Uyku sorunları hipertansiyona neden olur mu? Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 1(3):2-8.
- Aydın,H. & Özgen, F.(2001).‘UykuYapısı ve İşlevi.’ Türkiye Klinikleri Journal Of Psychiatry, 2(2), 79-85, s.79.
- Baltaş, Z. & Baltaş, A. (1986).Stres ve Başağıkma Yolları, 20. Basım, İstanbul, Remzi Kitabevi.
- Bilir, V. (2004). Meslek Hastalıkları, Türk-İş Yayınları, Ankara, 454-560.
- Bilazer, F., Konca G., Uğur S., Uçak H., Erdemir F. & Çıtak E. (2008). Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları.
- Bingöl, N. (2006). Hemşirelerin Uyku kalitesi, İş Doyumu Düzeyleri ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi. C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Cella, D. F. (1994). Quality of life: concepts and definition. *Journal of pain and symptom management*, 9(3), 186-192.
- Copinschi, G. (2005). Metabolic and Endocrine Effects Of Sleep Deprivation. *Essent Psychopharmacol*, 6(6):341-7.
- Costa, G. (1996). The İmpact Of Shift And Night Work On Health. *Appl Ergon*; 27(1): 9–16.
- Çalıyurt, O. (2001). Duygudurum bozuklukları ve biyolojik ritim. *Duygudurum Dizisi*, 5: 2009-214.
- Çalıyurt, O., Tuğlu, C. & Abay, E. (1998). Uyku Uyanıklık Düzenini Etkileyen İş Ve Çalışma Gruplarında Uyku Kalitesi. 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi. Çeşme, 226.

- Çiçek, F., Yıldırım, İ. Y. & Kuzeyle, Y. (2006). 'Sleep Quality Among Nursing Home Residents'. *Geriatric Dergisi*, 15-20, s.15.
- Çoban, S. & Yılmaz, H. (2011). 'Yoğun Bakım Hemşirelerinde Uyku Bozukluklarının Araştırılması.' *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 9(2), 59-63, s.59.
- Ekici, T. & Özçelik, Z. (2011). Hekimlerin Çalışma Süresi, Nöbet, Fazla Çalışma Ücreti, Dinlenme ve İzin Hakları. *Türk Tabipler Birliği Yayınları*, 1-31.
- Eroğlu, F. (2000). *Davranış Bilimleri*. 5. Baskı. İstanbul: Beta Yayınları; n.d.
- Fernandes, J. S., Miranzi, S. D. S. C., Iwamoto, H. H., Tavares, D. M. D. S., & Santos, C. B. D. (2012). The effects of professional factors on the quality of life of family health team nurses. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46, 404-412.
- Gajecki, M., Berman, A. H., Sinadinovic, K., Rosendahl, I., & Andersson, C. (2014). Mobile phone brief intervention applications for risky alcohol use among university students: a randomized controlled study. *Addiction science & clinical practice*, 9, 1-12.
- Golem, D. L., Martin-Biggers, J. T., Koenings, M. M., Davis, K. F., & Byrd-Bredbenner, C. (2014). An Integrative Review Of Sleep For Nutrition Professionals. *Advances In Nutrition*, 5(6), 742-759.
- Gotay, C. C., Korn, E. L., McCabe, M. S., Moore, T. D., & Cheson, B. D. (1992). Quality-of-life assessment in cancer treatment protocols: research issues in protocol development. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 84(8), 575-579.
- Gökdoğan, F. & Yorgun S. (2010). 'Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler.' *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13, s. 2.

- Hughes, R. and Rogers, A. (2004). First do no harm. Are you tired? *AJN*, 104(3): 36-38.
- İlter, H. (2014). Çalışma Hayatında Stres ve Sağlık Çalışanları. Yüksek Lisans Tezi.
- İncekara, E. (2004). Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'ne Başvuran Hastaların Uyku Sorunları ve Uyku Sorunlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Kincheloe, J. L. (1999). How Do We Tell The Workers?: The Socio Economic Foundations of Workand Vocational Education. Colorado: Westview Press.
- Karagözoğlu, S. & Bingöl, N. (2008). Sleep Quality and Job Satisfaction Of Turkish Nurses. *NursingOutlook*, November- December; 56(6):298-307.
- Kazancı Yabanova, E. (2016). “Gece Vardiyasının İşçiler Üzerinde Yarattığı Fizyolojik, Psikolojik, Sosyolojik Ve İş Kazası Etkilerine İlişkin Bir Alan Araştırması” Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale On sekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı.
- Kucharczyk E., Morgan K. and Hall A. (2012). ‘The Occupational İmpact of Sleep Quality And İnsomnia Symptoms.’ *Sleep Medicine Reviews*, 16(6), 547-559, s.547.
- Kuluöztürk, S. (2014). Sağlık Çalışanlarında Memnuniyet, Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Yüksek Lisans Tezi:4.
- Lordoğlu, K., Özkaplan, N. & Törüner, M. (1999). Çalışma İktisadı, Beta Yayınları 3. Baskı, İstanbul, s. 1.

- Maden, A. (1991). "Alkolizm Psikosomatiği Ve Kültürel Nitelikleri". Ankara Üniversitesi Dil Ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi, 35 (2), 204.
- Misiak, B., Sierżantowicz, R., Krajewska-Kułak, E., Lewko, K., Chilińska, J., & Lewko, J. (2020). Psychosocial work-related hazards and their relationship to the quality of life of nurses—A cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 17(3), 755.
- Mujchin, I. G. (2015). Quality of life of the health care workers in the pre-retirement period from the private sector of the primary health care from the Skopje region. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 3(3), 514.
- Muku, B. (2014). *Yaşam kalitesi ve sağlık çalışanları* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Nalbant, Ş. (2006). Türkiye'de Sağlık Sektöründe Çalışma Koşulları ve Sendikal Örgütlenme Hakkı, Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) SBE, YYLT, İzmir: 4-15
- Özkan, Ö. (2005). Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Ortamı Tehlike ve Riskleri ile Risk Algılarının Saptanması, HÜ, SABE, YDT, Ankara:36-64.
- Peuhkuri, K., Sihvola N. & Korpela R. (2012). Diet Promotes Sleep Duration and Quality. *Nutr Res*;32(5):309-19.
- Potter, P. & Perry, A. (2009). 'Fundamentals of Nursing'. Mosby, Canada, s.1028-1051.
- Roper, N., Logan W. & Tierney A. (1996). *The Elements of Nursing: A Model for Nursing Based on a Model of Living*. 4th. Ed. Tokyo. 690-717.

- Saygılı, S., Akıncı, A. Ç., Arıkan, H., & Dereli, E. (2011). Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve yorgunluk. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*, 1(1), 88-94.
- Selvi, Y. , Özdemir, O. , Özdemir, G., Aydın, A. &Beşiroğlu, L. (2010). Sağlık Çalışanlarında Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Genel Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 238-243.
- Soós, R., Gyebrovski Á., Tóth Á., Jeges S. & Wilhelm M. (2021). Effects of Caffeine and Caffeinated Beverages in Children, Adolescents and Young Adults: Short Review. *Int J Environ Res Public Health*, 18(23):12389.
- Tsiga, E., Panagopoulou, E., & Niakas, D. (2015). Health promotion across occupational groups: one size does not fit all. *Occupational Medicine*, 65(7), 552-557.
- World Health Organization Quality of Life Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOLBREF Quality Of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28 (3): 551–558.
- WHOQoL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life Research*, 2, 153-159.
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmenliği. (2024). p. 1–131. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5>
- Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. (2011). Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2(2):61-68.

BÖLÜM 4:

SAĞLIK KURULUŞLARINDA GİDER TÜRLERİ

Dr. Hakan GÜVENER^{1*}, Dr. Emine AYHAN^{2*},
Doç. Dr. Mehmet AYTEKİN^{3*}, Öğr. Gör. Aslıhan TERZİ^{4*}

¹Bağımsız Araştırmacı, Gaziantep, Türkiye,
hakanguvener@gantep.edu.tr
ORCID ID: 0000-0002-9159-7708

²Bağımsız Araştırmacı, Kahramanmaraş, Türkiye,
emineayhn46@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-8101-5479

³Gaziantep Üniversitesi, İşletme A.D., Gaziantep, Türkiye,
aytekin@gantep.edu.tr
ORCID ID: 0000-0001-5464-0677

⁴Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek
Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikleri Bölümü,
Gaziantep, Türkiye, terzi@gantep.edu.tr
ORCID ID: 0000-0002-8484-3106

GİRİŞ

Sağlık sektöründe teşhis ve tedavi hizmetleri ikame edilemez nitelikte ve insan için hayati öneme sahiptir. Bu niteliklere sektörün emek yoğun ve uzmanlaşmanın üst düzeyde olmasının yanında hizmet sunumunun karmaşıklığı da eklendiğinde önemi her geçen gün artan bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu önemi ile birlikte tetkik, teşhis ve tedavi hizmetlerinin yüksek maliyetli hizmetler olması sağlık hizmetleri sektöründe profesyonel yönetim anlayışının varlığını günümüzde zorunlu hale getirmektedir.

Sağlık sektöründe sunulan hizmetler yüksek maliyetlidir. Türkiye’de 2022 yılında Gayri Safi Yurtiçi Hasılası (GSYİH) olan 15.011.776.000

Türk Lira' sının (TL)555.944.000 TL'si cari sağlık harcamalarına ayrılmıştır. Aynı yıl 50.891.000 TL yatırım harcaması ilave edildiğinde 606.835.000 TL toplam sağlık harcaması yapılmıştır. 2022 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH'e oranı %4 olarak gerçekleşmiştir (www.dosyasb.saglik.gov.tr).

Sağlık sektöründe sunulan hizmetlerin maliyetlerinin yüksek olması bu alanda maliyet analizlerinin yapılmasını zorunlu kılarken ayrıca bu analizler yönetsel, finansal ve operasyonel açıdan kritik önem arz etmektedirler. Sağlık hizmetlerinde maliyet analizleri, sağlık yöneticileri ve karar vericiler için kıt kaynaklarının etkili ve verimli bir şekilde kullanımını sağlamakta aynı zamanda sağlık hizmetinin kalitesini ve hasta memnuniyetini geliştirmeye yardımcı olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kuruluşlarında maliyet analizi yapmak, sınırlı ve pahalı olan kaynakların maksimum verimi sağlayacak alanlara tahsis edilmesine rehberlik edebilir. Böylelikle artan verim, aynı kaynaklarla daha fazla insana sağlık hizmetinin sunulmasına olanak sağlayabilir. Sağlık sektöründe profesyonel sağlık yönetimini gerekli kılan unsurlardan biri de yüksek olan sağlık harcamalarının sağlık kurumlarının finansal sürdürülebilirliğini sağlamada kritik rol oynamasıdır. Sağlık yöneticilerinin ve karar vericilerin sağlık kuruluşlarının sürdürülebilir finansal yapılarını korumada maliyet analizi yapmaları önemlidir. Maliyet analizi yapmak doğrudan veya dolaylı olarak hastaların kaliteli sağlık hizmeti almalarına fayda sağlayabilir. Bu fayda tetkik, teşhis ve girişimsel işlemlerin birim maliyetlerinin belirlenmesi ile kıt kaynakların hasta bakımına etkili bir şekilde yönlendirilmesine olanak sağlayabilir.

Maliyet analizi yapmak sağlık yöneticilerine uzun vadeli etkilere sahip karar ve planlamalarında bilimsel dayanak sağlayarak politika ve strateji geliştirmelerine yardımcı olabilir.

Sağlık sektöründe maliyet araştırmaları günümüzde artarak devam etmektedir. Güvener ve Ayhan (2024) bir niversite hastanesi esas hizmet üretim yerlerinden biri olan Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'nın bölüm maliyet analizini araştırmıştır. Kirem ve Durukan Köse (2024) hastanenin Diyaliz bölümünün maliyet analizini yapmıştır. Keleş (2021) hastane işletmelerinde kullanılabilecek maliyet yöntemi için maliyet, hacim ve kar analizini önermiştir. Maliyet-Hacim-Kar analizi metodu ile özel bir hastanenin ameliyathanesinin maliyetleri belirlenmiştir(Karasin, 2023). Altıntop ve diğerleri (2022) faaliyet tabanlı maliyet yöntemi ile EpidermolizisBlloza tanılı hastalara sunulan sağlık hizmetinin maliyetini araştırmışlardır. Hastanelerde sürece dayalı maliyet yönteminin hastane ameliyathanesinde araştırıldığı başka bir çalışmada (Yüksel, 2022) sürece dayalı maliyet yönteminin kolay, pratik ve uygulanabilir bir metot olduğu ileri srlmştir. Bir kamu hastanesinin birinci basamak yoğun bakımında tedavi gören hastaların faaliyet tabanlı maliyet yöntemi ile tedavi giderleri belirlenmiştir (Karaca, 2024). Engin ve diğerleri (2024) kan bankasında kan alma ve kan ürünlerine dönüştürmenin bölüm maliyetlerinin bu işlemler için Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) belirtilen fiyatlarla mukayesesini yapmışlardır. Pirim ve Bulut (2023) hastanede kullanılan cihaz ve tıbbi cihazların yıllık periyodik bakım maliyetini analiz etmiştir. Bulut Performans Endeksi yöntemi ile hastanelerin mali tabloları karşılaştırılmıştır (Kıran ve Parlayan, 2024).

Durmuş (2023) hastane kuruluşları envanter yönetiminde ABC-VED-SDE yöntemleri ile matris analizini uygulamıştır. Bir başka çalışmada araştırmacılar bir kamu hastanesinin beş yıllık dönemlerine ait mali tabloları, çeşitli metotlarla karşılaştırmış ve hastanenin borç yükünün arttığı, ileride ödeme gücünü yaşayabileceği öne sürülmüştür (Karaca ve Boztosun, 2022). Babacan ve Akça (2024) Sağlık Bakanlığı hastanelerinin beş yıllık dönemlerine ait temel mali tablolarını oran analiz metodu ile karşılaştırmıştır.

Sağlık sektörünün dinamik yapısı gereği bu alanda araştırmalar artarak devam etmekle birlikte kamu veya özel sağlık kuruluşlarının kendi bünyelerinde maliyetleme çalışmalarını çok az yaptığı veya bu faaliyet adı altında çok yüzeysel analizler yaptıkları görülmektedir. Bunun nedenlerinden biri profesyonel yönetim anlayışı eksikliği olabilir. Bununla birlikte sağlık kuruluşlarının maliyet analizlerinde kullanılacak verilerin eksik veya güncel olmaması ayrıca farklı bölümlere ait verilerin standart bir formatta olmamasından dolayı heterojen verilerden kaynaklı nedenler etkili olabilir. Sağlık sektörünün yapısı gereği dolaylı maliyetlerin belirlenmesinde ve farklı hastalık türlerine ait farklı tedavi yöntemlerinin maliyetlendirilmesinde bir standart belirlemenin çok zor olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetleri emek yoğun ve uzmanlaşmanın üst düzeyde olduğu bir alan olmasıyla birlikte sağlık kuruluşlarında iş yükünün fazla olması maliyetleme sürecinde görev yapacak personelin bu alana tahsis edilememesi gibi nedenlere yol açmaktadır. Hizmet sektörünün doğası gereği bazı maliyetlerin belirlenmesinin çok zor olması ve bu alanda teknolojik gelişmelerin (bilişim, otomasyon ve yazılım sistemlerinin) henüz

ihtiyacı karşılayamaması, sağlık hizmetlerinde maliyetleme çalışmalarının aksamasına neden olabilmektedir. Ayrıca hastanelerin büyüklüğü ve karmaşık yapılı matris örgütler olması, uzmanlaşmanın üst düzeyde olduğu pek çok bölümün varlığı (Bozkurt, 2020), bütünsel kararlar alınmasını ve uygulanmasını engelleyebilmektedir. Değişime direnç gösterilmesi, finansal ve yasal kısıtlamalar, sağlık kuruluşlarının kendi bünyelerinde maliyet analizi yapmasının önünde engel teşkil etmektedir. Bu engellerin bertaraf edilmesi çeşitli disiplinlerin ortak girişim ve çabalarıyla mümkün olabilir. Bu kitap bölümü ile hastanelerde maliyet çalışmalarına rehberlik etmek ve sağlık kuruluşlarında maliyetlemede karşılaşılan zorluklardan biri olan gider türlerinin belirlenmesine yardım etmek amaçlanmıştır.

SAĞLIK KURULUŞLARINDA GİDER TÜRLERİ

Sağlık hizmetlerinin sunumunda pek çok tıbbi ve tıbbi olmayan sarf malzeme kullanılmaktadır. Yapılan maliyet analizlerinde ilk madde ve malzeme giderleri ve personel giderleri en yüksek gider türlerini oluşturmaktadır. Sağlık kuruluşlarında gider türlerinin neler olduğunu belirtmeden önce 'gider' ve 'maliyet' kavramlarının açıklanması gerekmektedir.

Webster's Ninth New Collegiate Dictionary maliyeti, "Bir amaca ulaşmak için yapılan harcama veya fedakârlık."olarak tanımlamaktayken, İş ve Yönetim Sözlüğü (Dictionary of Business and Management) ise maliyeti, "Bir kuruluşun mal veya hizmet almak için vazgeçtiği değer" olarak tanımlar. Bu tanımlamaya göre, tüm harcamalar maliyet olarak ifade edilebilirken tüm maliyetler harcama

değildir. Harcamalar, gelir yaratmak için kullanılan kaynakların toplam maliyetini ifade etmektedir (Jacob, 1989).

Muhasebe alanında en zor sorunlardan biri, giderlerin belirlenmesi ve tahsis edilmesidir (Jacob, 1989).Giderler çeşitli şekillerde sınıflandırılabilirler. Bu sınıflandırmalar, giderin işletme fonksiyon türüne, üretilen ürün veya hizmete yüklenme düzeyine, faaliyet hacmine, giderin kontrol edilip edilemeyeceğine göre ayrıca giderin fiili durumuna göre farklı şekillerde yapılabilir. Sağlık kuruluşlarında maliyetler türlerine göre ayrılabilir, bu sınıflandırmada maliyetler gider çeşitlerini temsil eden doğal isimlerine göre yapılabilir (Menderes, 1994; Durukan vd.,2007).

Tekdüzen Muhasebe Sistemi'ne (TMS) göre gider çeşitleri 0 ile 7 arasında gruplandırılmaktadır.

TMS'ye göre gider çeşitleri (Biçer, 2016; Durukan vd.,2007) şu şekildedir:

- 0 İlk Madde ve Malzeme Giderleri
- 1 İşçi Ücret ve Giderleri
- 2 Memur Ücret ve Giderleri
- 3 Dışardan Sağlanan Fayda ve Hizmetler
- 4 Çeşitli Giderler
- 5 Vergi, Resim ve Harçlar
- 6 Amortismanlar ve Tükenme Payları
- 7 Finansman Giderleri

Bu kitap bölümünde giderlerin türleri bu sınıflandırmaya göre yapılmıştır.

0-İlk Madde ve Malzeme Giderleri:

İlk madde ve malzeme maliyetleri, işletmelerin üretimde, hizmet sunumunda ve diğer faaliyetlerinde tüketmiş oldukları her türlü mamul ve malzemenin parasal değerini ifade etmektedir (Akdoğan, 2006; Oğuz ve Şimşek,2015).İlk madde ve malzemelerin, işletmenin ürettiği mamul veya sunduğu hizmet bünyesine esas madde olarak katıldığı ve hangi ürün veya hizmette ne kadar kullanıldığı kolaylıkla gözlenebilen maddeler, direkt ilk madde ve malzeme olarak tanımlanabilir. Bir başka ifadeyle direkt ilk madde ve malzemeler üretilen ürün veya sunulan hizmetin tamamlayıcı unsurudurlar. Bununla birlikte işletmelerin ürettiği mal veya sunduğu hizmette direkt ilk madde ve malzemeler gibi esas rolü olmayan ancak dolaylı katkısı olan mamuller ise endirekt maddeler olarak ifade edilebilir. Bu maddeler üretilen mamul veya sunulan hizmetle doğrudan ilişki kurulamayan malzemelerdir (Ertaş,2016). Bundan dolayı bu ürünler maliyetleme çalışmalarında çeşitli dağıtım anahtarları vasıtasıyla üretilen ürüne veya sunulan hizmete dahil edilerek giderleştirilirler. Sağlık kuruluşlarında ilk madde ve malzemeler, hastalara verilen ilaçlar, tıbbi ve tıbbi olmayan sarf malzemelerin sağlık hizmetinin sunumunda kullanılmasından kaynaklanan giderlerden oluşturmaktadır. İlk madde ve malzemeler, hastanın tedavisi boyunca kullanılan ve kullanıldığı kısımların kolaylıkla ölçülebilme şartını taşıyabilmelidir (Yanık, 2013).

Tablo 1. Sağlık Kuruluşlarında İlk Madde ve Malzeme Hesap Stokları ve Türleri

150	İLK MADDE VE MALZEME HESABI
150.0000	Hastane
150.0000.01	Kırtasiye Stokları
150.0000.02	Yakacak Stokları
150.0000.03	Akaryakıt Yağ Stokları
150.0000.04	Yiyecek Malzemeleri Stokları
150.0000.05	Özel Malzeme Stokları
150.0000.06	Tekstil Malzeme Stokları
150.0000.07	İlaç Stokları
150.0000.08	İnşaat Malzeme Stokları
150.0000.09	Hırdavat Malzeme Stokları
150.0000.10	Tıbbi Malzeme Stokları
150.0000.10.01	Röntgen Film Stokları
150.0000.10.02	Laboratuvar Sarf Malzemeleri
150.0000.10.03	Tıbbi Gaz Stokları
150.0000.11	Temizlik Malzemesi Stokları
150.0000.12	Diğer İşletme Malzeme Stokları
151	YARI MAMULLER – ÜRETİM HESABI
152	MAMULLER HESABI

Kaynak: Yanık, R. (2013). Hizmet Maliyetlerinin Stoklar Hesap Grubunda Aktifleştirilmesi ve Sağlık İşletmeleri Örneği. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 27(3), 83 makalesinden aynen alınmıştır. Telif hakkı Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisine aittir.

Yanık, (2013) sunulan sağlık hizmetinde kullanılan malzemelerin stok hesapları ve türlerini belirlediği çalışmasında 12 ana grup belirlemiştir. Bunlar kırtasiye, yakacak, akaryakıt, yağ, yiyecek malzemeleri, özel malzemeler, tekstil malzemeleri, ilaçlar, inşaat malzemeleri, hırdavat malzemeleri, röntgen filmleri, laboratuvar sarf

malzemeleri, tıbbi gaz malzemeleri, temizlik malzemesi ve diğer işletme malzemeleridir (Tablo 1).

Yeginboy ve Yüksel (2015) hastanelerde sıklıkla kullanılan tıbbi sarf malzeme ve sarf malzemeleri; serum, ilaç, kan ve kan ürünleri, medikal gazlar, narkoz, maskeler, steril ve nonsteril eldivenler, diğer tıbbi sarf malzemeler, laboratuvarında kullanılan tahlil kitleri, diyaliz işleminde kullanılan tıbbi malzemeler, hastane sterilizasyon ünitesinde kullanılan malzemeler, hastane mutfağında yemek yapmada kullanılan gıda maddeleri, temizlik, kırtasiye ve diğer genel sarf malzemeler şeklinde belirtmiştir.

1. İŞÇİ ÜCRET VE GİDERLERİ

Ücret, işgörenlerin çalışmaları karşılığında işverenlerinden aldıkları genellikle nakit para şeklindeki tutarları ifade etmektedir. İşgörelere emekleri karşılığında işverenleri tarafından verilen bu tutarlar gider niteliğindedir (Güvercin ve Mil, 2016). İşçi ücret ve giderleri; esas işçilik giderleri, fazla çalışma ücretleri, primler, izin ücretleri, ikramiyeler, sosyal yardımlar, kıdem tazminatı karşılık giderleri ve yasal işveren payı ödemeleri (SGK işveren payları, işsizlik sigortası işveren payları) şeklindedir (Karakaya,2011).

2017 yılında 696 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kamuda taşeron firma bünyesinde çalışan personeller, geçici ve sürekli işçi kadrosuna alınmıştır. Bu tarihten itibaren Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinin döner sermaye bütçelerinde işçi ücret ve diğer mali haklarına ait giderler önemli bir maliyet unsuru olmuştur.

Sağlık kuruluşlarında işçi ücret ve giderleri sunulan sağlık hizmetinin teşhis, tedavi, araştırma, rehabilitasyon hizmetleri ve eğitim

hizmetlerinde bizzat yer alan hekim, hemşire, sağlık teknikeri, sekreter, güvenlik, hastabakıcı ve temizlik personelinin bu görevleri yapmalarından ötürü hak ettikleri esas işçilik, fazla mesai, ek ödeme, performans, tediye, yıllık izin ücretleri, SGK işveren katkı ve işsizlik fonu ödemeleri, gece ve riskli birim ödemeleri, hafta ve genel tatil ücretleri ile her türlü diğer işçilik ücretlerini kapsamaktadır (Yeginboy ve Yüksel, 2015).

2. MEMUR ÜCRET VE GİDERLERİ

Memur ve işçilerin ücret ve diğer giderleri; temel ücret, ek ödeme, fazla çalışma, tedavi ve sosyal yardım giderleri, yolluk ve diğer personel giderleridir (Ayanoğlu vd., 2010).

Sağlık hizmetleri sektörü uzmanlaşmanın yüksek olduğu ve emek yoğun bir alandır. Bu alanda yapılan birçok araştırma, hastanelerin işçi ücret ve giderlerinin ilk madde ve malzeme giderleriyle birlikte en yüksek maliyet türünü oluşturduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık sektöründe yapılan araştırmaların büyük çoğunluğunun kamu hastanelerinde yapılması ve maliyetlemelerinde hastanenin döner sermaye giderleri dikkate alınarak hesaplanması nedeniyle, genel bütçeden yapılan ödemeler genellikle giderleştirmeye dahil edilmemektedir. Yapılan maliyet analizleri hastanenin döner sermayesinden yapılan ödemeleri genellikle kapsamaktadır. Güvener ve Ayhan (2024) yaptıkları bölüm maliyet analizinde işçilik giderleri olarak öğretim üyesi katkı payını, asistan hekim katkı payını, kadrolu personel katkı payını, asistan ve kadrolu personel fazla mesai ücretlerini, sürekli işçi maaş, tediye ve diğer ücretlerini hesaplamaya dahil etmiştir. Erkol ve Ağırbaş (2011) ise çalışmalarında direkt işçilik

giderine; hastane saymanlığından alınan 12 aylık maaş ve döner sermaye gelirleri ile nöbet ücretlerini dahil etmiştir. Benzer şekilde Karasioğlu ve Çam (2008) çalışmasında muayene hizmetleri ile doğrudan ilişkili hekim ve hemşirelerin maaş ücretleri ile direkt işçilik dışında kalan işçilik giderlerini analize dahil etmiştir.

3. DIŞARIDAN SAĞLANAN FAYDA VE HİZMETLER

İşletmelerin mevcut faaliyetlerini sürdürebilmeleri amacıyla işletme bünyesi dışından sağladıkları fayda ve hizmetlere ait giderleri ifade etmektedir (Karakaya, 2011). Dışarıdan sağlanan fayda ve hizmetlere; elektrik, su ve ısınma giderleri, işletmenin haberleşme giderleri, işletmeye ait bina ve cihazların bakım onarım giderleri, dışarıdan sağlanan personellere ait giderler, dışarıdan sağlanan hizmetlere ait giderler, danışmanlık faaliyetlerine ait hizmet giderleri ile işletme dışından sağlanan diğer fayda ve hizmetlere ait giderler örnek olarak gösterilebilir (Ayanoğlu vd., 2010). Dışarıdan sağlanan fayda ve hizmetlere; işletmeye sunulan elektrik, su, doğalgaz, taşınma ve danışmanlık faaliyetlerine ait giderler dahil edilebilir (Sevilengül, 2008).

2017 yılına kadar kamu sağlık kurumlarında yardımcı sağlık personelleri ve idari hizmetler bünyesinde görev yapan personeller, dış kaynak kullanımı (taşeron firma) adı verilen bir uygulama ile çalışmaktaydı. Sağlık kuruluşları, eleman temininde günlük yaşadıkları dönemlerde veya personel yetersizliği ile karşı karşıya kaldıklarında taşeron firma bünyesinde çalışan işçilerle bu ihtiyaçlarını karşılama yolunu gitmişlerdir. Bundan ötürü dış kaynak kullanımına ait giderler bu döneme kadar artış göstermiştir. Günümüzde sağlık kuruluşları başta

yemekhane, temizlik ve güvenlik hizmetleri olmak üzere bazı görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerini dış kaynaklardan sağlama eğilimindedirler.

4. ÇEŞİTLİ GİDERLER

Bu gider türü işletmelerin yapmış olduğu faaliyetler için yapılması gerekli olan reklam faaliyetlerine ait giderleri, sosyal nitelikli faaliyet giderlerini, mahkeme ve noter maliyetleri, eğitim ve kültür faaliyetleri ile yayın hizmetlerine ait giderleri kapsamaktadır (Karakaya, 2011). Benzer şekilde Ayanoğlu ve diğerleri (2010) çeşitli giderleri; sigorta giderleri, pazarlama satış ve reklam giderleri, işletmeye ait kira giderleri, sosyal nitelikli giderler, eğitim ve kültür faaliyetlerine ait giderler, işletme faaliyetlerinin yürütülmesi amacıyla seyahat ve konaklama giderleri, ortak maliyetlere katılım giderleri, mahkeme ve noter hizmetlerine ait giderler, kamu payları ile diğer giderler olarak belirtmiştir.

5 VERGİ, RESİM VE HARÇLAR

Sağlık kuruluşları sunmuş oldukları sağlık hizmeti karşılığında tahakkuk ettikleri gelirlerden vergi usul kanunu gereği vergi, resim ve harç ödemesi yapmaktadırlar. Sağlık kuruluşlarında vergi, resim ve harç ödemeleri hazineye ve Devlete yapılan ödemeleri, tıbbi atıkların bertaraf edilmesinden kaynaklı belediye ve iştiraklerine ödenen giderleri, sağlık hizmetinin sunulduğu binalardan alınan emlak, çevre vergileri, sağlık kuruluşuna ait araçlar için ödenen motorlu taşıtlar vergisini ve diğer benzeri vergi ve ödemeleri kapsamaktadır. Kamu sağlık kuruluşlarında yapılan ihalelerin harç ödemeleri, damga vergisi,

sağlık tesisi ruhsat harçları yine bu kapsamda yer alan ödemeler arasındadır (Yeginboy ve Yüksel, 2015).

Kamu üniversite hastaneleri gibi döner sermayeli kuruluşlarda sunulan sağlık hizmeti karşılığında fatura ettirilen hizmet gelirlerinden her yıl belirli oranlarda Maliye Bakanlığı'na ve eğitim fonlarına aktarılacak amacıyla kesinti yapılmaktadır. Hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının bağlıbulunduğu Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliği'nde yer alan 581 sayılı maddede, üniversite bünyelerinde yer alması sağlık kuruluşlarının toplam gelirlerinin %1'lik kısmı hazineye aktarılır hükmü gereğince gider tahakkuk ettirilir (Güvener ve Ayhan, 2024). Bununla birlikte 2547 Sayılı Kanun'un 58. maddesinin (b) fıkrasının 2. bendinde "Üniversitelerde araştırma projelerinin finansmanında kullanılmak üzere; Üniversite Döner Sermaye İşletmelerinden, Öğretim Üyelerinin doğrudan veya dolaylı katkısı olup olmadığına bakılmaksızın elde edilen her türlü gayri safi hâsılatın en az %5'i Üniversite bünyesinde yürütülen Bilimsel Araştırma Projelerinin finansmanı için kullanılır. Bu tutar Döner Sermaye muhasebe birimince, tahsilâtı takip eden ayın yirmisine kadar ilgili Yükseköğretim Kurumu hesabına yatırılır. Yatırılan bu tutarlar yükseköğretim Kurumu bütçesine öz gelir olarak kaydedilir. Kaydedilen bu tutarlar karşılığı olarak ilgili Yükseköğretim Kurumu bütçesine konulan ödenekler, gelir gerçekleştirmelerine göre kullanılır. Süresi içerisinde yatırılmayan tutarların tahsilinde 6183 Sayılı Kanun hükümleri uygulanır." (www.mevzuat.gov.tr). Bu kanun hükmüne göre sağlık kuruluşunun toplam gelirlerinin (sunulan sağlık hizmetleri,

ilaçlar ve diğer tıbbi sarf malzemeler) %5'lik kısmı bilimsel araştırmaları destekleme fonuna aktarılmak üzere kesilmektedir.

6. AMORTİSMANLAR VE TÜKENME PAYLARI

İşletmelerin doğal varlıklar dışındaki maddi duran varlıklarının eskimesi ve yıpranması sonucunda oluşan maddi değer kaybı amortisman olarak ifade edilmektedir. Tükenme payı ise doğal varlıkların kullanımından kaynaklı, varlıkta meydana gelen azalışın giderleştirilmesi olarak kısaca tanımlanabilir (Cürebal, 2002).

Sağlık kuruluşlarında işletmeye ait maddi ve maddi olmayan duran varlıkları ve sağlık kuruluşunun özel tükenmeye tabi varlıklarına ayrılan, ilgili mali yılda tahakkuk ettirilen amortisman giderleri ve tükenme paylarını ifade etmektedir. Sağlık hizmetinin verildiği poliklinik binaları, servis binaları, ameliyathane ve yoğun bakımlarının yer aldığı binalar ile teknik ve idari hizmetlerin yürütülmesinde kullanılan tüm binaların yapım maliyetleri ekonomik ömürleri oranında yıpranma payı hesaplanarak giderleştirilir. Bununla birlikte sağlık kuruluşunda teşhis, tetkik ve tedavi amacıyla kullanılan tüm tıbbi cihaz, makine, demirbaş, taşıtlar ekonomik ömürleri dikkate alınarak belirli oranlarda amortisman ayrılarak giderleştirilir. Sağlık kuruluşuna ait kaplıca ve benzeri tesislerde yer alan doğal kaynaklar içinde özel tükenmeye tabi varlıklar kapsamında işlem yapılarak giderleştirme yapılır (Yeginboy ve Yüksel, 2015).Sağlık kuruluşlarının varlıkları arasında yer alan ve kuruluş bünyesine kayıtlı olan makineler, teçhizatlar, demirbaş, taşıtlar, binalar ve tesisler ile diğer maddi ve maddi olmayan varlıklar ayrıca özel tükenmeye tabi aktifler için her yılbelirli oranlarda amortisman gideri ayrılmaktadır (Ayarlıoğlu, 2016).

7. FİNANSMAN GİDERLERİ

Finansman, bir işletme için gerekli olan fonların finansman kuruluşlarından en uygun şartlarda temin edilmesi ve elde edilen bu fonların etkili bir şekilde kullanılmasını ifade etmektedir. İşletmelerde finansman ihtiyaçları özkaynaklar ve yabancı kaynaklar olmak üzere iki şekilde sağlanmaktadır. Özkaynaklar işletmelerin sahipleri veya ortaklarının işletmeye sağladığı kaynaklardır. Yabancı kaynaklardan elde edilen finansman ise, işletme dışından belirli bir faiz ve işlem masrafı ödeme koşuluyla belirli bir süre alınıp, belirtilen dönem sonunda faiz ve diğer masraflar dahil ödenmesi işlemi olarak kısaca ifade edilebilir (Özgülbaş ve Tarcan, 2013).

Finansman giderleri, sağlık kuruluşlarının işletme sermayesine ait ihtiyaçlar ile yatırımlarının karşılanmasına yönelik kısa ve uzun dönemli borçlanma giderlerine ait faiz maliyetleri, komisyon maliyetleri ile döviz kurundan kaynaklı farklara ait maliyetleri kapsamaktadır (Ayarlıoğlu, 2016). Benzer bir tanımlamaya göre finansman giderleri, sağlık kuruluşunun ihtiyaç duyduğu finansmanı sağladığı finans kurumlarına ödediği faiz, döviz kuru farkları, işlem giderleri ve diğer borçlanma maliyetleri için ödediği ücretleri ifade etmektedir.

Bu gider türü kamu sağlık kuruluşlarında yasa gereği kullanımının olmaması nedeniyle bulunmamakla birlikte özel sağlık işletmelerinin kullanmış oldukları finansman karşılığında katlandıkları gider türleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Özel sağlık kuruluşlarının bütçelerinde dönem giderleri arasında finansman giderleri önemli bir maliyet unsurudur (Yeginboy ve Yüksel, 2015).

SONUÇ

Sağlık sektöründe maliyetleri bilmek, maliyet analizini yapmayı sürekli bir hale getirmek sunulan sağlık hizmetinin verimliliğini test etme, beşerî ve mali kaynakların uygun ve doğru şekillerde kullanılmasına rehberlik edebilir. Ayrıca bu analizler sağlık kuruluşunda hastabaşı veya hastalık türlerine göre hizmet maliyetlerinin belirlenmesine yardımcı olabilir. Sağlık kuruluşunda sarf malzeme ve ilaç maliyetlerinin belirlenmesini, yapılacak teknolojik yatırımlar için fizibilite çalışmalarını, sağlık kuruluşunun genel işletim maliyetlerinin ayrıntılı olarak bulunmasını ve takip edilmesini sağlayabilir.

Sağlık kuruluşlarında maliyet analizleri, bir taraftansunulan sağlık hizmetinin devamlılığını sağlamada diğer taraftan da sağlık hizmet kalite standartlarını korumada yardımcı olabilir. Bu analizlerin sağlıklı yapılması, kuruluşun finansal dengesini korumaya ve kaynakların etkili bir şekilde kullanımına yardımcı olabilir. Doğru yapılmış maliyet analizlerinden elde edilecek veriler, sağlık yöneticilerine karar almada rehberlik ederken, aldıkları kararların bilimsel temellere dayanmasını sağlayabilir. Günümüzde sağlık hizmetleri sektöründe gerek özel gerekse kamu sağlık kuruluşları varlıklarının devamı ve rekabet edebilmeleri için profesyonel yönetim anlayışına sahip olmaları bir elzemdir. Profesyonel yönetim anlayışında bilimsel temellere dayalı karar almada rehberlik edecek, denetleme ve değerlendirme süreçlerinde aracılık rolü üstelenen bu mali analizleri yaptırmak durumundadır.

KAYNAKÇA

- Akdoğan, N. (2006). Tekdüzen Muhasebe Sisteminde Maliyet Muhasebesi Uygulamaları.7.Baskı, Ankara: *Gazi Kitabevi*.
- Altıntop, İ., Karaca, M., Daş, M.Ö., Şengül, A., &Şimşek, E. (2022). Kayseri ilinde faaliyet gösteren kamu hastanesinin faaliyet tabanlı maliyet analizi örneği: Evde sağlık birimi ve epidermolizisbülloza tanılı hastalar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 9(1):101-113.
- Ayarlıoğlu, M.A. (2016). Sağlık Kurumlarında Giderlerin Sınıflandırılması ve Gider Türlerinin İncelenmesi: Sağlık Kurumlarında Maliyet Muhasebesi, Editör: Cem Sayınu, Eskişehir: *Anadolu Üniversitesi Yayınları*.
- Ayanoğlu, Y., Atan, M., & Beylik, U. (2010). Hastanelerde Veri Zarflama Analizi (VZA) Yöntemiyle Finansal Performans Ölçümü ve Değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2(2), 40-62.
- Babacan, A., &Akca, N. (2024). Kamu Hastanelerinin Finansal Performansının Oran Analizi ile Değerlendirilmesi: Türkiye Örneği. *TheJournal of Accounting andFinance(101)*, 21-44. <https://doi.org/10.25095/mufad.1313428>
- Biçer, E.B. (2016) Sağlık Kurumlarında Muhasebe Sistemi ve Kayıt Düzeni: Sağlık Kurumlarında Maliyet Muhasebesi, Editör: Cem Sayınu, *Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları*.

- Bozkurt, İ. (2020) “Sağlık Yönetiminde Güncel Konular”, Bölüm Adı: Hizmet, Sağlık Hizmeti ve Hastane Kavramları, Editör: Öğr. Gör. Dr. Şerife Alev UYSAL, Dr.Öğr. Üyesi Rukiye ÇELİK, Basım sayısı:1, Sayfa sayısı:212, ISBN:978-625-7139-40-3, Sayfa:85-115, iksad publishing house.
- Cürebal, İ. (2002). Amortisman ve tükenme payları 1. *Vergi Denetmenleri Derneği Yayınları*, 59, 29-59.
- Durmuş, A. (2023). Hastanelerde Envanter Yönetimi: Tıbbi Sarf Malzemeleri İçin ABC-VED-SDE Matris Analizi Uygulaması. *İşletme*, 4(2), 353-372.
- Durukan, S., Akar, Ç., & Şahin, İ. (2007). Seçilmiş hastanelerde karşılaştırmalı poliklinik gider yeri birim maliyetleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(1), 19-47.
- Erkol, Ü., & Ağırbaş, İ. (2011). Hastanelerde maliyet analizi ve faaliyet tabanlı maliyetleme. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64(2), 87-95.
- Ertaş, F.C., (2016). Maliyet Muhasebesi. İstanbul: *Beta Yayınevi*.
- Engin, D., Akyol, T. K., Ağırbaş, İ., & Gazitepe, S. E. G. (2024). Kan Alma ve Kan Ürünlerine Dönüştürmenin Birim Maliyet Analizi ve Sağlık Uygulama Tebliği Fiyatları ile Karşılaştırılması. *Journal of Academic Value Studies*, 10(1).
- Güvercin, A., & Mil, H. (2016). Sosyal Güvenlik Açısından İşçi Ücret Giderlerinin Muhasebe Uygulaması ve Denetimi. *Journal of Accounting and Taxation Studies*, 9(1), 59-74.

- Güvener, H., & Ayhan, E. (2024). Hastane Bölüm Maliyet Analizi. *Özgür Publications*. DOI: <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub409>
- Jacob, M.E.L. (1989). Costing And Pricing: The Difference Matters. *The Bottom Line*, 2(2)12-14. <https://doi.org/10.1108/eb025165>
- Karaca, M. & Boztosun, D. (2022). Sağlık Kurumlarında Finansal Analiz: Kayseri İlinde Bir Kamu Hastanesi Örneği. *Sakarya İktisat Dergisi*, 11(1), 77-103.
- Karaca, A. E. (2024). Sağlık kurumlarında faaliyet tabanlı maliyetleme: kamu hastanesi yoğun bakım biriminde uygulama [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Sakarya Üniversitesi.
- Karaşin, Y. (2023). Özel Bir Hastanenin Ameliyathane Ünitesinde Maliyet-Hacim-Kar Analizi Uygulaması. *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 10(1), 245-265.
- Karasioğlu, F., & Çam, A.V. (2008). Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi: Karaman Devlet Hastanesinde Birim Muayene Maliyetlerinin Hesaplanması. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(1), 15-24.
- Karakaya, M. (2011). Maliyet Muhasebesi (4. Baskı). Ankara: *Gazi Kitabevi*.
- Keleş, D. (2021). Sağlık Kurumlarında Maliyet Yönetimi: Hastane İşletmeleri İçin Maliyet-Hacim-Kâr Analizi Üzerine Örnek Bir Uygulama. *Ünye İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(1), 1-11.

- Kırem, S., & Köse, S.D. (2024). Diyaliz Ünitesi Maliyet Analizi. *Sağlık Bilimleri Alanında Uluslararası Araştırmalar XVIII*, 39.
- Kıran, Ş., & Parlayan, M. A. (2024). Sağlık Kurumlarında Finansal Performans Analizi: Bir Endeks Modeli Önerisi. *Güncel Sağlık Yönetimi*, 2(2), 36-55.
- Menderes, M.(1994). Hastanelerde Maliyet Muhasebesi ve Mali Analiz.*Eskişehir Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları*
- Oğuz, B., & Şimşek, T. (2015). Direkt maliyet yöntemi ile maliyet analizi: EEG ünitesi değerlendirmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(4), 215-221.
- Özgülbaş, N., & Tarcan, M. (2013). Sağlık kurumlarında maliyet yönetimi. *Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını*, (2865).
- Pirim, E., & Bulut, S. (2023). Periyodik Cihaz Bakım Onarımlarında Maliyet Analizi: Kamu Hastanesi Örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 9(3), 322-332.
- Sevilengül, O. (2008). Genel Muhasebe (14. Baskı). Ankara: *Gazi Kitabevi*.
- Yanık, R.(2013). Hizmet Maliyetlerinin Stoklar Hesap Grubunda Aktifleştirilmesi ve Sağlık İşletmeleri Örneği.*Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 27(3), 81-90.
- Yeginboy, E.Y., & Yüksel, İ. (2015). Hastane İşletmeleri Kardiyoloji Polikliniğinde Sipariş Maliyet Yöntemiyle Ayaktan Hasta Tanı

Maliyetinin Hesaplaması. *Dokuz Eylül University Journal Of Graduate School Of Social Sciences*, 17(3).

Yüksel, İ. (2022). Sağlık Kurumlarında Sürece Dayalı Faaliyet Tabanlı Maliyet Yöntemi ve Bir Kamu Hastanesi Ameliyathane Uygulaması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 25(2), 766-780.
<https://doi.org/10.29249/selcuksbmyd.1150564>

İnternet Kaynakları:

<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf>

Erişim Tarihi:28.12.2024

<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2547.pdf>

Erişim tarihi:28.12.2024

BÖLÜM 5:

KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNDE UZAKTAN SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNUN AVANTAJLARI

Melek ÖZTÜRK¹, İlkay Sevinç TURAÇ²

Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu,
Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, melekozturk@kilis.edu.tr,
ORCID:0000-0002-5325-945X

Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Sağlık Yönetimi Bölümü, Kilis/Türkiye,
ilkaysevinc.turac@kilis.edu.tr ORCID: 0000-0003-2884-8049

GİRİŞ

Bu bölümde, kronik hastalığın ne olduğuna, kronik hastalıkların toplum açısından önemine, dünyada ve Türkiye'de kronik hastalıkların durumuna, kronik hastalıklardan nasıl korunacağımıza, kronik hastalıklarda kontrol programlarına, kronik hastalıkların uzaktan yönetimine ve uzaktan sağlık hizmetlerinin sağladığı faydalara değinilecektir.

Kronik kelimesinin anlamı Yunancadaki “Khronos” sözcüğünden gelmekte ve bu da zaman anlamında kullanılmaktadır. Kronik hastalık; sürekli bakım gerektiren ve en az bir yıl veya daha uzun süre devam eden hastalıklar için kullanılmaktadır. Kardiyovasküler rahatsızlıklar, kanserler, diabetes mellitus, alzheimer hastalığı gibi hastalıklar bu hastalıklara örnek verilebilir

(<https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm#risks> 2023; Kimokoti ve Millen, 2016). Kronik hastalıklarda genetik yapı ve aile öyküsü gibi değiştirilemez risk faktörlerin ötesinde altta yatan sebeplerin çoğunluğunun önlenabilir risk faktörü olması önemli bir durumdur. Sağlıklı beslenememe, inaktif olma, tütün kullanımı gibi yaşam tarzını ilgilendiren risk faktörleri serebrovasküler hastalığı ve koroner kalp hastalığının ortaya çıkışında %80 oranında etkili olmaktadır (Kanıtı Dayalı Tıp Derneği, 2016).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin artması, tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması, enfeksiyon hastalıkları ile yapılan etkili müdahalleler gibi önemli gelişmelerin yanında, dünyadaki nüfusun giderek yaşlanması, hızlı kentleşme ve beraberinde getirdiği stresli yaşam koşulları ve teknolojiadaki gelişmeler neticesinde fiziksel aktivitede meydana gelen azalma, beslenme alışkanlıklarında meydana gelen değişimler gibi yaşam tarzında meydana gelen değişimler kronik hastalık sayısında artışlara neden olmuştur (Sarıgüllü Önalın ve Türkmen, 2024; Akpınar ve Ceran, 2019).

KRONİK HASTALIKLARIN TOPLUM AÇISINDAN ÖNEMİ

Kronik hastalıklar gerek yüksek ölüm hızları nedeni ile ve gerekse de topluma getirdikleri yükler bakımından öncelikli halk sağlığı sorunlarının başında gelmektedir. Sağlık harcamalarında meydana getirdikleri aşırı artış nedeni ile kronik hastalıklar, sağlık

sistemlerinin sürekliliği açısından evrensel bir tehdit olarak algılanmaktadır. Kronik hastalıklar kişilerin yaşam kalitesini ciddi anlamda etkilediği gibi toplumların sosyolojik ve ekonomik açıdan sağlık ihtiyaçlarını karşılama yetisini de tehdit etmektedir. Kronik hastalıklar kişilerin daha erken emekli olmalarına, çalıştıkları gün sayılarının azalmasına, daha çok işsiz kalmalarına neden olmaktadır. Benzer şekilde kronik hastalıklar cepten sağlık harcamalarını artırmakta, *aileye daha fazla maddi anlamda yük binmekte* bu durumda aile içi ilişkilerde bozulmalara neden olabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre; kronik hastalıklar küresel olarak önde gelen ölüm nedenleri arasındadır ve dünyadaki tüm ölümlerin %70'ini oluşturmaktadır(<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>).

Kronik hastalıkların 2040'lı yıllara gelindiğinde küresel ekonomiye maliyetinin yaklaşık 50 trilyon Amerikan doları olması beklenmektedir. Bu durum milyonlarca kişiyi fakirliğe ve yoksulluğa sürükleyecektir. Tüm bunlara rağmen kronik hastalıklar için ayrılan finansal kaynaklar kronik hastalıkları önlemek ve hastalığı kontrol etmek için yeterli değildir (Allen ve Feigl, 2017).

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE KRONİK HASTALIKLARIN DURUMU

Dünya genelinde 2000 yılında, ilk 10 ölüm nedenine bakıldığında bunlardan 4 tanesinin kronik hastalık olduğu ancak 2019 yılına gelindiğinde bu ilk 10 ölüm nedeninin 7 tanesinin kronik

hastalıklar olduğu görülmüştür, kronik hastalıklardan hayatını kaybeden insan sayısı bu 9 yıl içerisinde neredeyse iki katına çıkmıştır. Bu 7 kronik hastalık tüm ölümlerin %44'üne tekabül etmektedir. Kronik hastalıklar ele alındığında bu oran %74'e çıkmaktadır. Dünyada her yıl 41 milyon insan kronik hastalıklar nedeniyle yaşamını kaybetmektedir(www.who.int,2024). Kronik hastalıklara bağlı ölümlerin düşük ve orta gelirli ülkelerde %77 oranında meydana geldiği bilinmektedir. Eldeki verilere göre 2030 yılına gelindiğinde kronik hastalıklara bağlı ölümlerin 52 milyon olacağı öngörülmektedir (World Health Organization; 2020).

Kronik hastalıklar tüm dünyada olduğu gibi Türkiye için de yaşamı tehdit eden ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Dünyadaki verilerle benzer olarak Türkiye'de de 2019 yılında ilk 10 ölüm sebebinin 7'sini kronik hastalıklar oluşturmuştur. Ülkemizdeki bu ölümlerin %33,4'ü kalp damar hastalıklarına, %14'ü ise kanserlere bağlı olarak gerçekleşmiştir (TÜİK, 2023). Türkiye'de kronik hastalık kaynaklı 70 yaş altı ölüm olasılığı yüzde 16 seviyesindedir. Bu, beş yetişkinden birinin 70 yaşına gelmeden önce ölme ihtimali olduğu anlamına gelmektedir (Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kronik Hastalık İzlemi Eğitimi 2023).

KRONİK HASTALIKLARDAN KORUNMA

Kronik hastalık nedeni olan risk faktörleri ile mücadele kronik hastalıkları önleme ve kontrol etmenin önemli bir yolunu oluşturmaktadır. Sigarayı bırakmak, beslenmeyi düzenli ve dengeli hale

getirmek, hareketsizliği önlemek ve fiziksel aktiviteyi artırmak, düzenli uyku, alkol tüketmekten kaçınmak, sağlık kontrollerini zamanında yaptırmak yaşanılan bütün ortamlarda sağlıklı yaşam davranışlarını maksimum düzeyde yerine getirmek yapılabilecekler arasında yer almaktadır. Sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi kronik hastalıkları önleyebilir ve yaşam kalitesini yükseltebilir. Ülkemizde kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için çeşitli faaliyetler sürdürölmektedir. Bu bağlamda belirli gün ve aylarda toplum farkındalığını artırmak için çeşitli etkinlikler ve programlar düzenlenmektedir. (Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü, 2023; Centers for Disease Control and Prevention, 2024; <https://www.who.int/ncds/introduction/en/>)

KRONİK HASTALIKLARDA KONTROL PROGRAMLARI

Kronik hastalıklarının kontrolünde; koruyucu önlemler alınması, kronik hastalıkların erken dönemde tanı alması ve erken tedavinin sağlanması ve böylece komplikasyonların önlenmesinin sağlanması, erken rehabilitasyon uygulamalarının yapılması, kronik hastalıkların sürekli izlem ve takibinin yapılması ve kontrol altında tutulması, kronik hastalıkların morbidite ve mortalite hızını azaltarak, bu hastalıkların oluşturduğu hastalık ve ekonomik yükün azaltılması ve bireylerin yaşam kalitesini artıracak bir yaşam sürmelerini sağlamak kontrol programlarının temel faaliyetleri olarak belirtilmiştir (Kronik Hastalıklar İçin Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumu Kılavuzu, 2022).

KRONİK HASTALIKLARIN UZAKTAN YÖNETİMİ

Kronik hastalıklar giderek yaygınlaşmaktadır. Bu hastalıkların tedavisi ve takibi sık sık hastanelere gitmeyi gerektirmekte, bu da hastanelerin ve hastaların yükünü artırmaktadır. Kronik hastalıklardaki bu artış nedeniyle hastane kapasitesi tüm hastaları barındırmakta yetersiz kalmaktadır. Ayrıca, kronik hastalıklarda, hastaların ihtiyaçlarınının karşılanması evde bakımı da gerektirmektedir. Ancak bakıcıların veya aile üyelerinin evde bakım konusunda kronik hastalıkların bakımında yeterince bilgi sahibi olmamasından kaynaklı yetersizlikler olabilmektedir. Bu durum hastaların yaşam kalitesini azaltmakta ve hayatlarını riske sokabilmektedir (Waqialla vd, 2015).

Kronik hastalıkların iyi bir şekilde yönetilmesini sağlamak, kronik hastalıkların yönetilmesine katkıda bulunmak ve iyi bir yatırım yapmak çok önemlidir. Kronik hastalıkların yönetimi bu hastalıkların teşhis edilmesinden tedavisine tüm süreci ve sonraki aşamada gereksinim duyan hastalara palyatif bakım hizmeti sunumunu da kapsamaktadır. Yönetim açısından düşünüldüğünde, bir kronik hastalıkla mücadelede temel olan en etkili strateji, erken teşhis ve hastalığa zamanında müdahale ederek tedaviyi güçlendirmektir. Sağlık yönetimi açısından yapılan bu müdahaleler oldukça iyi bir ekonomik yatırımdır. Kronik bir hastalığa ne kadar erken müdahale edilir ve tedavi sağlanırsa, hastalığın ileriki zamanlarında daha pahalı olabilecek tedavilerinin önüne geçilebilmesi mümkün olacaktır (www.who.int,

2024)

Yeni teknolojiler, sağlıkta büyük bir dönüşüm yaşanmasına neden olmuş ve tedavi yöntemlerine de benzersiz yenilikler getirmiştir (Bozkurt,2020). Kronik hastalıkların uzaktan yönetimi; izlemin sürekliliğinin sağlanmasında, uzaktan hastalık yönetimi yapılmasına, i yükünün azalmasına, hasta sayısının azalmasına, ilerin daha da kolaylamasına, sağlık verilerinin düzenli toplanmasına ve çıktılarının analiz edilmesine kadar pek çok faydası bulunan bilişim temelli uygulamaların önem kazanmasını sağlamıştır (ztrk, 2022).

Uzaktan sağlık hizmetleri ile kronik hastalığa sahip olan bireylerin kendi hastalıklarının öz-yönetimini sağlamak, sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak ve sağlık kurulularındaki fiziksel başvuru yoğunluğunu azaltmak amaçlanmaktadır. Telekonsltasyonu içeren uzaktan sağlık hizmeti sunumu, hastaya danışmanlık hizmetinin yanı sıra bireylere sağlık eğitimi sunulmasını, bulaşıcı olmayan hastalıkların değerlendirme ve izlemlerinin yapılmasını ve uygun görüldüğünde ilaçların reçete edilmesini sağlamaktadır (Kronik Hastalıklar İçin Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumu Kilavuzu, 2022).

DSÖ sağlık hizmetinin herkes için erişilebilir olması için “21. yüzyılda Herkes İçin Sağlık” stratejisini benimsemiştir (WHO, 1997). DSÖ 1998 yılında bu hedeflerine ulaşmak için sağlıkta bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımının genel politika ve stratejilere entegre edilmesini tavsiye etmiştir (WHO, 1998).

Sözcük anlamı “uzaktan iyileşme” olan teletıp, sağlık alanındaki fiziki engelleri ortadan kaldırmak amacıyla hastalıkların uzaktan teşhis edilmesini, hastaların takibinin ve tedavilerinin sağlık merkezine gelmeden yapılmasını sağlamaktadır. Teletıp araçları sayesinde, hastalar online tıbbi hizmet alabilmektedirler. Hastaların sağlık verilerini teletıp araçları sayesinde depolanmakta ve sağlık çalışanlarına iletilebilmektedir. Ayrıca, teletıp sistemlerine entegre giyilebilir sensörler sayesinde hastaya ait veriler sağlık çalışanlarına otomatik aktarılmakta, böylece hastaların aynı anda uzaktan takibi yapılabilmektedir (Yılmaz ve Guven, 2017; Tekin, 2020).

Kronik hastalığa sahip kişiler teletıp hizmetlerini kullanarak büyük faydalar sağlayabilmektedirler. Teletıp kişiye özel sağlık hizmeti, bakımı sunduğundan, hastaların uzaktan izlenmesine olanak sağladığından hastalık yönetimi daha kolay olmaktadır (Piette vd., 2014; Azar ve Gabbay; 2009).

Teletıp servisleri, hastanın evinde tedavi edilmesi sayesinde, hastayı yıpratıcı uzun süreli, maliyetli hastane yatışlarının azalmasını sağlayacak ve bu sayede hastaneler daha verimli kullanılacaklardır (Ekici ve Gumus, 2016).

Kronik hastalık yönetiminde teletıp gibi uzaktan sağlık hizmeti sunumları olumlu ve faydalı bir etkiye sahiptir. Yapılan çalışmalar uzaktan sağlık hizmeti kullanan hastaların uzaktan sağlık hizmeti almayanlara oranla daha hızlı şekilde sağlıklarına kavuştukları ve hasta sonuçlarında iyileşmelerin olduğunu göstermektedir (Piette vd., 2012;

Milani vd., 2017; Tekin, 2020).

E-sağlık sistemlerinin geliştirilmesi (örneğin, uzaktan hasta izleme, elektronik sağlık kaydı sistemleri, mobil sağlık (m-sağlık), teletıp, e-ziyaretler, e-konsültasyonlar vb.) artan bir ihtiyaçtır. Bu tür sistemler sürekli izleme, teşhis, tahmin ve tedavi için kullanılmaktadır. Bu durum, sağlık hizmeti maliyetlerinin düşürülmesine katkıda bulunmakta ve hastaların yaşamsal belirtileri tam olarak izlenirken günlük aktivitelerini gerçekleştirmelerine olanak tanımaktadır (Rahim vd. 2016).

ABD, Kanada, Avustralya ve Birleşik Krallık gibi ülkeler uzaktan sağlık hizmetlerini sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir konuma getirmiştir. Bu ülkelerde uzaktan sağlık hizmeti sunarak hastalarla bağlantı kuran hastanelerin sayılarında önemli ölçüde artışlar yaşanmıştır (Kichloo, 2020).

Ülkemizde ise uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik ilk girişim “Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı” ile 2004 yılında faaliyet göstermiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004). Uzaktan sağlık hizmetlerinin bilişim teknolojileri aracılığı ile sunulması hükümleri Sağlık Bakanlığı’nın 2022 Şubat’ta yayınladığı yönetmelik ile resmileştirilmiştir. Sağlık Bakanlığınca hazırlanan bu yönetmelik ile sağlık kurumlarının uyması gereken usul ve esaslar belirlenmiştir (Yücel, 2023).

Kronik hastalığa sahip insan sayısı tüm dünyada artış göstermektedir. Kronik hastalıkların kontrol altına alınabilmesi için

etkili bir hastalık yönetimine ihtiyacı vardır. Kronik hastalık yönetimi uygulamalarında hastalar, sağlık durumlarını evlerinde kan şekeri ölçmek için kan şekeri ölçüm cihazı, tansiyonlarını ölçmede tansiyon aleti gibi tıbbi cihazlar ile takip etmektedirler. Hastalar bu ölçüm sonuçlarını muayeneye gittikleri zaman hekimleriyle paylaşmaktadırlar. Dolayısıyla doktorlar hastaların ölçüm sonuçlarına erişimi zamanında sağlayamamakta ve ölçüm sonuçlarındaki düzensizlikleri olması gerektiği gibi gözlemleyememektedirler. Bu kronik hastalığın yönetiminde kalitenin azalmasına neden olan bir durumdur (Tekin, 2020).

Kronik hastalıkların toplum için geniş etkileri vardır. Kronik hastalıklar, devam eden sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkili maliyetler, morbidite ve mortaliteden kaynaklanan verimlilik kayıpları nedeniyle sağlık sistemleri üzerinde önemli bir ekonomik yük oluşturmaktadır. Uzaktan hastalık yönetiminin genellikle standart veya olağan bakımla karşılaştırıldığında maliyet tasarrufu sağladığı düşünülmektedir (Crosland vd. 2019; Bloom vd 2020; Eşya vd, 2022).

Özellikle zaman ve mesafe engeli olan bireylere ve toplumlara uzaktan sağlık hizmeti sunumu önemli katkılar sunmaktadır. Ekonomik anlamda gelişmesi az olan ülkelerde bireylerin değerlendirilmesinde, teşhis, tedavi ve takip konularında tıbbi hizmetin kalitesini ve bu hizmete erişilebilirliği adına önemli iyileştirmeler sağladığı görülmektedir. Uzaktan sağlık hizmetinin; zaman, maliyet, mesafe konularında avantajlar sağladığı aşikardır. Uzaktan sağlık hizmetleri bu avantajlarının yanı sıra, tıbbi bakıma erişilebilirliği artırmakta ve

böylece hastalara daha erken tedavi şansını sunmaktadır. Reçetelenen tedavilere uyumunun daha iyi olması ve kronik hastalıklara sahip bireylerin yaşam kalitelerini artırdığını da bilinen diğer faydalarındandır. Uzaktan sağlık hizmeti sunumunun halk sağlığı sorunlarının tespit edilmesine, hastalara ait verilerin düzenli olarak toplanmasına, toplumun sağlık sorunlarındaki eğilimlerin ortaya çıkartılmasını sağlayarak epidemiyolojik çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Kvedar 2006; Mishra 2003; Pradhan 2004; Martinez 2005).

SONUÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kronik hastalıkları, genetik, davranışsal, fizyolojik ve çevresel faktörlerin birleşimi sonucu meydana gelen, genellikle uzun süreli olan ve yavaş ilerleyen hastalık olarak tanımlamıştır. Kronik hastalıklardan kaynaklı ölümler toplam ölümler içerisinde yüksek bir paya sahiptir. Dünyada tüm ölümlerin %70'i, Türkiye'de ise %86'sı kronik hastalıklar nedeniyle oluşmuştur. Kronik hastalıklarda, sağlıksız beslenme, obezite, yetersiz fiziksel aktivite, alkol ve tütün kullanımı, sedanter yaşam tarzı en fazla görülen risk faktörleri olarak belirtilmiştir. Yaş, hava kirliliği, genetik ve düşük doğum ağırlığı kronik hastalıklara neden olabilecek diğer faktörler olarak belirtilmiştir (www.who.int,2024).

Uzaktan sağlık müdahaleleri; kronik hastalıkların takibinde, hastaya ait bulguların takip ve analizinde, gerektiğinde tedavi ve bakımın yeniden gözden geçirilip düzenlenmesinde önemli kilit rol oynamaktadır. Ayrıca

hastaların sağlık çalışanlarına geri dönütlerinin sağlanmasında da önemli katkılar sağlamaktadır. Bu yöntemle, hastalar buldukları ortamda sağlık bakım hizmetleri alırken günlük yaşam aktivitelerini de yerine getirebilmektedirler. Aynı zamanda sağlık bakım maliyetlerini de düşürmektedir.

KAYNAKÇA

- Azar, M., Gabbay, R. (2009). Web-based management of diabetes through glucose uploads: Has the time come for telemedicine?, *Diabetes Research and Clinical Practice*, Cilt. 83, s. 9-17. DOI: 10.1016/j.diabres.2008.09.055.
- Allen LN, Feigl AB (2017). What's in a name? A call to reframe non-communicable diseases. *Lancet Glob Health* 5(2): 129–30
- Bektaş Akpınar N, Ceran MA. (2019). Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği . *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 3(2):140-152 .
- Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kronik Hastalık İzlemi Eğitimi, Katılımcı Rehberi, Ankara, 2023. <https://egitim.saglik.gov.tr/Home/ReturnS3File?guidStr=7197160f-e1f0-4a1f-9011-7b30a8f4bf95&fileType=pdf>. Erişim Tarihi:10.12.2024.
- Bloom DE, Chen S, Kuhn M, McGovern ME, Oxley L, Prettner K. (2020). The Economic Burden Of Chronic Diseases: Estimates And Projections For China, Japan, and South Korea. *J Econ Ageing*, 17, Article 100163.
- Bozkurt, İ. (2020). Teknoloji kabul modeli çerçevesinde sağlık profesyonellerinin yeni tedavi yöntemlerini kullanma eğilimlerinin incelenmesi (özel hastane örneği). *GEVHER NESİBE JOURNAL OF MEDICAL AND HEALTH SCIENCES*, 5(7), 88-100.

Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. About Chronic Diseases. Available

online:

<https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm#risks>

Erişim Tarihi: 10.11.2024.

Crosland P, Ananthapavan J, Davison J, Lambert M, Carter R. (2019).

The Economic Cost Of Preventable Disease In Australia: A Systematic Review Of Estimates And Methods. Aust N Z J Public Health, 43 (5): 484-495.

Ekici, S. K., Gumus, O. (2016). Yaşlılıkta teknolojinin kullanımı, Ege Tıp Dergisi, Cilt. 55, s. 26-30. DOI: 10.19161/etd.344199.

Eşya R, Centaine L, Monica L, Leonard C, Liam J. (2022). Economic Evaluations Of Remote Patient Monitoring For Chronic Disease: A Systematic Review. VALUE HEALTH. 25(6):897–913

Global Burden of Disease 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2015, 385, 117–171.

[https://www.who.int/news-room/fact-](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases)

[sheets/detail/noncommunicable-diseases.](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases) Erişim Tarihi: 10.12.2024.

Global Health Estimates 2019: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. Geneva, World Health Organization; 2020.

Kanıtla Dayalı Tıp Derneği. Sağlıklı yaşlanma ve kronik hastalıklar farkındalık projesi sağlıklı yaşlanma ve kronik hastalıklar raporu.

<http://saglikliturkiye.org/modules/yayinlar/datafiles/saglikliyaslanmavekronikhastalıklar farkındalık projesi-2016-06-23.pdf>
(Erişim Tarihi:05.12.2024).

Kichloo A, Albosta M, Dettloff K, Wani F, El-Amir Z, Singh J, et al. (2020). Telemedicine, The Current COVID-19 Pandemic And The Future: A Narrative Review And Perspectives Moving Forward In The USA. Fam Med Community Health. 8(3):e000530.

Kimokoti RW., Millen BE. (2016). Nutrition for the Prevention of Chronic Diseases. Med. Clin. N. Am. 100;1185–1198.

Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü (25 MAYIS 2023)
https://halksagligi.hacettepe.edu.tr/diger/avrupahalk2023/bilgi notu_gun4.pdf. Erişim Tarihi:10.11.2024

Kronik Hastalıklar İçin Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumu Kılavuzu, 2022. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastalıklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Rehberler/Kronik_Hastalıklar_icin_USHS-Kilavuzu.pdf. Erişim Tarihi: 20.11.2024.

- Kvedar J, Heinzelmann PJ, Jacques G.(2006). Cancer Diagnosis And Telemedicine: A Case Study From Cambodia. *Annals Of Oncology*. 17(8):37-42.
- Martinez A, Villarroel V, Seoane J, del Pozo F. (2005). Analysis of Information And Communication Needs İn Rural Primary Health Care İn Developing Countries. *IEEE transactions on Information Technology in Biomedicine*. 9(1):66-72.
- Milani, R. V., Lavie, C. J., Bober, R. M., Milani, A. R., Ventura, H. O. (2017). Improving Hypertension Control and Patient Engagement Using Digital Tools, *Am J Med, Cilt. 130*, s. 14-20. DOI: 10.1016/j.amjmed.2016.07.029
- Mishra A. (2003). Telemedicine in otolaryngology (an Indian perspective). *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery*. 55(3):211-212.
- Öztürk M.(2022). Prediyabet Hastalarına Video Konferans Yöntemiyle Verilen Sağlık Eğitiminin Öz Yönetim ve Egzersiz Yapma Durumuna Etkisi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 197 sayfa.
- Piette, J. D., Datwani, H., Gaudio, S., Foster, S. M., Westphal, J., Perry, W., Rodríguez-Saldaña, J., Mendoza-Avelares, M. O., Marinec, N. (2012). Hypertension Management Using Mobile Technology and Home Blood Pressure Monitoring: Results of a Randomized Trial in Two Low/Middle_Income Countries, *Telemedicine and e-Health, Cilt. 18*, s. 613-620. DOI: 10.1089/tmj.2011.0271

- Piette, J. D., Valverde, H., Marinec, N., Jantz, R., Kamis, K., de la Vega, C. L., Woolley, T., Pinto, B. (2014). Establishing an independent mobile health program for chronic disease self-management support in bolivia, *Front Public Health*, Cilt. 2, s. 95. DOI: 10.3389/fpubh.2014.00095
- Pradhan MR. (2004). ICTs application for better health in Nepal. *Kathmandu University Medical Journal*. 2(2):157-163.
- Rahim A, Forkan M, Khalil IA. (2016). Probabilistic Model For Early Prediction Of Abnormal Clinical Events Using Vital Sign Correlations İn Home-Based Monitoring. In *Proceedings Of The 2016 IEEE International Conference On Pervasive Computing And Communications*, Sydney, NSW, Australia.
- Sarıgüllü Önalın F.E, ve Uçan Türkmen F. (2024). Infection and Hygiene in Earthquake Process from a Health Management Perspective, , Yayın Yeri: Özgür Publications, Editör: Bozkurt İbrahim, Sayfa sayısı:158, ISBN:978-975-447-913-3, Bölüm Sayfaları:97 -107.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı. Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, 2004.
- Tekin, H. C. (2020). Kronik hastaların uzaktan izlemine yönelik teletıp platformu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Fen ve Mühendislik Dergisi*, 22(64), 37-46.
- TÜİK. (2023). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri 2021. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C3%96l%C3%BCm-ve-%C3%96l%C3%BCm-Nedeni-%C4%B0statistikleri-202145715&dil=1>. Erişim Tarihi: 20.11.2024.

- Yılmaz, A., Guven, A. (2017). Kablosuz Hasta Takip Sistemi, Electronic Letters on Science and Engineering, Cilt. 13, s. 16-30.
- Yücel M. (2023). Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Kullanılmasına Yönelik Tutum Ölçeği Geliştirilmesi. Uzmanlık Tezi, Konya, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı 82 sayfa.
- Waqialla M, Alshammari R, Razzak MI. (2015). An Ontology For Remote Monitoring Of Cardiac Implantable Electronic Devices. In Proceedings Of The 2015 3rd International Conference On Computer, Communication, Control And Information Technology, Hooghly, India: 520–523.
- WHO. Health-for-all Policy for the 21st Century, HQ (documentEBIOI/8). Geneva: WHO, 1997.
- WHO. A Health Telematics Policy: In support of WHO's Health-for-All Strategy for Global Health Development: Report of the WHO Group Consultation on Health Telematics. Geneva: World Health Organization; 1998.
- World Health Organization <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> 15.12.2024 tarihinde erişim sağlandı.
- <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>. Erişim Tarihi: 10.12.2024. <https://www.who.int/ncds/introduction/en/> Erişim Tarihi: 10.12.2024.
- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> Erişim Tarihi: 10.12.2024.

ISBN: 978-6-25618-186-1



9 786256 181861