



İNSAN&İNSAN

BİLİM KÜLTÜR SANAT VE DÜŞÜNCE DERGİSİ

YIL/YEAR: 7 SAYI/ISSUE: 24 BAHAR/SPRING 2020 ISSN: 2148-7537

İNSAN ODAKLI SAĞLIK HİZMETİ

MAKALELER / ARTICLES

ZEHRA GİZEM ATEŞ

Genetiği Değiştirilmiş Organizmalara (GDO) İlişkin Avrupa Birliği'ndeki Yasal Düzenlemeler

The Legal Arrangements of European Union Concerning The Genetically Modified Organisms

GİZEM ZEVDE AYDIN / AHMET SERHAT ULUDAĞ

Kaybedilen Yaşam Yılına Etkileyen Risk Faktörlerinin DEMATEL Yöntemi Kullanılarak İncelenmesi

Investigation of the Risk Factors Affecting Years of Life Lost Via DEMATEL Method

BAYRAM DEMİR

Sağlığın Kavramsallaştırılması ve İnsan Odaklı Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon Perspektifi

Health Conceptualization and Quality and Accreditation Perspective in Person-Centered Health Care

SERKAN DENİZ

Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri Düzeylerinin İncelenmesi

A Study on the e-Health Literacy and Cyberchondria Levels of Individuals

MUSTAFA ERDOĞAN / HARUN KIRILMAZ

Hasta Merkezilik ve Hasta Merkezli Bakım

Patient Centeredness and Patient-Centered Care

ALİ GÜNDÜZ / GÜNNUR ERTONG ATTAR

Aktör İlişkileri, Sağlık-Hastalık ve Suç: Şahsiyet Dizisi Üzerinden Bir Tartışma

Actor Network, Health-Illness and Crime: A Discussion over Sahsiyet (Persona) Mini-Series



İNSAN&İNSAN

BİLİM KÜLTÜR SANAT VE DÜŞÜNCE DERGİSİ

JOURNAL OF SCIENCE, CULTURE, ART AND THOUGHT

Hakkında

İNSAN&İNSAN Bilim Kültür Sanat ve Düşünce Dergisi üç ayda bir elektronik olarak yayımlanan erişime açık hakemli bir dergidir. Bahar, Yaz, Güz ve Kış sayıları Nisan, Temmuz, Ekim ve Ocak aylarında yayımlanır.

İNSAN&İNSAN Bilim Kültür Sanat ve Düşünce Dergisi çok alanlı bir dergidir. Çevre, edebiyat, eğitim, etik, felsefe, hukuk, iktisat, iletişim, işletme, sanat, siyaset, şehir, tarih, toplum, uluslararası ilişkiler, yönetim ve yöntem bilim alanlarında insana dair, özgün bakış açısına sahip akademik araştırma, inceleme ve çalışmalara yer verir. Dergiye gönderilen yazılar yayın kurulunun ön değerlendirmesinden sonra, anonim en az iki hakem tarafından incelenir.

İNSAN&İNSAN Dergisi TÜBİTAK ULAKBİM Sosyal ve Beşeri Bilimler Veri Tabanı (SBVT) TR DİZİN'de 2017 yılından itibaren taranmaktadır. ERIH PLUS (European Reference Index for the Humanities and Social Sciences), BASE (Bielefeld Academic Search Engine), DOAJ, InfoBase Index, OAJI, CiteFactor Academic Scientific Journals, Scientific Indexing Services (SIS), Journal Factor, International Innovative Journal Impact Factor (IIJIF), International Citation Index (ICI), Cosmos Impact Factor, Eurasian Scientific Journal Index (ESJI), Academic Resource Index (ResearchBib), International Institute of Organized Research (I2OR), Google Scholar Index ve Türk Eğitim İndeksi tarafından taranmaktadır. Dergimizde yayınlanan makaleler Dergipark Akademik altyapısında dijital olarak arşivlenmektedir.

About

İNSAN&İNSAN Journal of Science, Culture, Art and Thought is an open access double peer reviewed journal which is published quarterly. The spring, summer, fall and winter issues are published in April, July, October and January respectively.

İNSAN&İNSAN Journal of Science, Culture, Art and Thought is a multidisciplinary journal. It includes academic researches, investigations and studies with a unique, human-related viewpoint on environment, literature, education, ethics, philosophy, law, economics, management, communications, art, politics, city, history, society, international relations, administration and methodology.

The papers sent to the journal are reviewed by two anonymous referees minimum after the preliminary evaluation of the editorial board.

İNSAN&İNSAN is indexed by TÜBİTAK ULAKBİM Sosyal ve Beşeri Bilimler Veri Tabanı (SBVT) (Social Sciences and Humanities Database) TR DİZİN, ERIH PLUS (European Reference Index for the Humanities and Social Sciences), BASE (Bielefeld Academic Search Engine), DOAJ, InfoBase Index, OAJI, CiteFactor Academic Scientific Journals, Scientific Indexing Services (SIS), Journal Factor, International Innovative Journal Impact Factor (IIJIF), International Citation Index (ICI), Cosmos Impact Factor, Eurasian Scientific Journal Index (ESJI), Academic Resource Index (ResearchBib), International Institute of Organized Research (I2OR), Google Scholar Index and Türk Eğitim İndeksi (Turkish Education Index). The articles published in the Journal are archived digitally in the Dergipark Akademik infrastructure.

İNSAN&İNSAN, Yıl/Year: 7 Sayı/Issue: 24 Bahar/Spring 2020

ISSN : 2148-7537

Elektronik Yayın Adresi : www.insanveinsan.org

Sahibi / Publisher:

Okur Yazar Derneği, Osmanağa Mahallesi, Süleymanpaşa Sok. No. 30, Kat 4/40
34710 Kadıköy, İstanbul Türkiye

İletişim / Contact: bilgi@insanveinsan.org

Baş Editör / Editor in Chief

Dr. Öğr. Üyesi Halil Emre Deniz
Hakkari Üniversitesi

Editörler/ Editors

Arş. Gör. Dr. Ali Mınarlı
Marmara Üniversitesi
Buşra Erimli
E-posta: editor@insanveinsan.org

Yayın Kurulu / Editorial Board

Prof. Dr. H. Emre Baęce
Marmara Üniversitesi

Prof. Dr. Yüksel Dede
Gazi Üniversitesi

Prof. Dr. Can Erbil
Boston College

Prof. Dr. Abdullah Özkan
İstanbul Üniversitesi

Prof. Dr. Abdulkadir Şenkal
Kocaeli Üniversitesi

Doç. Dr. Ebubekir Ayan
Kocaeli Üniversitesi

Doç. Dr. Fatih Demir
Celal Bayar Üniversitesi

Doç. Dr. Harun Kırılmaz
Sakarya Üniversitesi

Danışma Kurulu / Advisory Board

Prof. Dr. İsmail Aytaç
Fırat Üniversitesi

Prof. Dr. Bünyamin Bacak
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Prof. Dr. H. Emre Baęce
Marmara Üniversitesi

Prof. Dr. Kaya Bayraktar
Yalova Üniversitesi

Prof. Dr. Filiz Aydoęan Boschele
Marmara Üniversitesi

Prof. Dr. Güven Büyükbaykal
İstanbul Üniversitesi

Prof. Dr. Yüksel Dede
Gazi Üniversitesi

Prof. Dr. Nesrin Kula Demir
Afyon Kocatepe Üniversitesi

Prof. Dr. Adem Doğan
Cumhuriyet Üniversitesi

Prof. Dr. Can Erbil
Boston College

Prof. Dr. Ayhan Gençler
Trakya Üniversitesi

Prof. Dr. Ayşen Akkor Gül
İstanbul Üniversitesi

Prof. Dr. Muhsin Halis
Kocaeli Üniversitesi

Prof. Dr. Esra Hatipoęlu
Nişantaşı Üniversitesi

Prof. Dr. Metin Işık
Sakarya Üniversitesi

Prof. Dr. Özer Kanburoęlu
İstanbul Aydın Üniversitesi

Prof. Dr. Kutay Karaca
Nişantaşı Üniversitesi

Prof. Dr. Emine Koyuncu
Marmara Üniversitesi

Prof. Dr. Sadık Öncül
Cumhuriyet Üniversitesi

Prof. Dr. Birsen Örs
İstanbul Üniversitesi

Prof. Dr. Barış Özdal
Uludağ Üniversitesi

Prof. Dr. Abdullah Özkan
İstanbul Üniversitesi

Prof. Dr. Seçkin Özmen
İstanbul Üniversitesi

Prof. Dr. Burcu Pelvanoęlu
Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi

Prof. Dr. Fikri Salman
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Prof. Dr. Kemalettin Şahin
Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Prof. Dr. Abdulkadir Şenkal
Kocaeli Üniversitesi

Prof. Dr. Rıdvan Şentürk
İstanbul Ticaret Üniversitesi

Prof. Dr. Ahmet Şimşek
İstanbul Üniversitesi

Prof. Dr. İbrahim Şirin
Kocaeli Üniversitesi

Prof. Dr. Abdullah Taşkesen
Bingöl Üniversitesi

Prof. Dr. Turgay Uzun
Muęla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Danışma Kurulu / Advisory Board

Prof. Dr. Haldun Yalçınkaya
TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi

Prof. Dr. Bahattin Yaman
Süleyman Demirel Üniversitesi

Prof. Dr. Ergün Yolcu
İstanbul Üniversitesi

Prof. Dr. Sayım Yorgun
İstanbul Üniversitesi

Doç. Dr. Banu Akdenizli
Northwestern Üniversitesi

Doç. Dr. Salih Akkanat
Gümüşhane Üniversitesi

Doç. Dr. Emre Ateş
İstanbul Üniversitesi

Doç. Dr. Anıl Ertok Atmaca
Karabük Üniversitesi

Doç. Dr. Artun Avcı
Marmara Üniversitesi

Doç. Dr. Ebubekir Ayan
Kocaeli Üniversitesi

Doç. Dr. Meryem Ayan
Pamukkale Üniversitesi

Doç. Dr. Ülkü Ayşe Oğuzhan Börekci
Gazi Üniversitesi

Doç. Dr. Fatih Demir
Celal Bayar Üniversitesi

Doç. Dr. Barış Doster
Marmara Üniversitesi

Doç. Dr. Fahri Erenel
İstinye Üniversitesi

Doç. Dr. Şakir Eşitti
Ardahan Üniversitesi

Doç. Dr. Nilfen Gökçen
Dokuz Eylül Üniversitesi

Doç. Dr. Filiz Erdemir Göze
Gazi Üniversitesi

Doç. Dr. Burcu Kümbül Güler
Dokuz Eylül Üniversitesi

Doç. Dr. Uğur Gündüz
İstanbul Üniversitesi

Doç. Dr. Gülcan Işık
Gazi Üniversitesi

Doç. Dr. Oğuz Işık
Hacettepe Üniversitesi

Doç. Dr. Tolga Kara
Marmara Üniversitesi

Doç. Dr. İhsan Karlı
Kocaeli Üniversitesi

Doç. Dr. Nazım Kartal
Sinop Üniversitesi

Doç. Dr. Bedrettin Kesgin
Yalova Üniversitesi

Doç. Dr. Hikmet Kırık
İstanbul Üniversitesi

Doç. Dr. Harun Kırılmaz
Sakarya Üniversitesi

Doç. Dr. Mustafa Kocaoğlu
Ahi Evran Üniversitesi

Doç. Dr. Selçuk Koç
Kocaeli Üniversitesi

Doç. Dr. Ayşe Koncavar
Marmara Üniversitesi

Doç. Dr. Oya Korkmaz
Mersin Üniversitesi

Doç. Dr. Mahmut Masca
Afyon Kocatepe Üniversitesi

Doç. Dr. Pınar Seden Meral
Beykoz Üniversitesi

Doç. Dr. Mehmet Özçağlayan
Marmara Üniversitesi

Doç. Dr. Mehmet Hilmi Özkaya
Uşak Üniversitesi

Doç. Dr. Armağan Öztürk
Artvin Çoruh Üniversitesi

Doç. Dr. İrfan Paçacı
Marmara Üniversitesi

Doç. Dr. Veli Polat
İstanbul Üniversitesi

Doç. Dr. Hakan Samur
Mardin Artuklu Üniversitesi

Doç. Dr. Doğa Başar Sarıipek
Kocaeli Üniversitesi

Doç. Dr. Şükrü Sim
İstanbul Üniversitesi

Doç. Dr. Lütü Sunar
İstanbul Üniversitesi

Doç. Dr. Köksal Şahin
Sakarya Üniversitesi

Danışma Kurulu / Advisory Board

Doç. Dr. Yasin Şehitoğlu
Yıldız Teknik Üniversitesi

Doç. Dr. Soyalp Tamçelik
Gazi Üniversitesi

Doç. Dr. Hacı Yunus Taş
Yalova Üniversitesi

Doç. Dr. Coşkun Taştan
Polis Akademisi

Doç. Dr. Yıldırım Torun
Yalova Üniversitesi

Doç. Dr. İnci Yakut
Kocaeli Üniversitesi

Doç. Dr. Bora Yenihan
Kırklareli Üniversitesi

Doç. Dr. Sinem Yıldırım al
Sakarya Üniversitesi

Doç. Dr. Mustafa Yılmaz
Kocaeli Üniversitesi

Doç. Dr. Aslı Yurdigül
Erzurum Atatürk Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Şevket Kamil Akar
İstanbul Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Ferda Alper Ay
Cumhuriyet Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Göksel Aymaz
Marmara Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Edip Asaf Bekaroğlu
İstanbul Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Budak
Kocaeli Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Abdurrahman Çalık
Yüzüncü Yıl Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Adem Çelik
Kafkas Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Oktay Çetin
Piri Reis Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Elif Demoğlu
Marmara Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Hakkı Cenk Erkin
Kocaeli Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Devrim Ertürk
Dokuz Eylül Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Zühal Fidan
Aksaray Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Şenel Gerçek
Kocaeli Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Özlem Gök
Gaziosmanpaşa Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Ziya Gökçek
Marmara Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Gülbaş
Esenyurt Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Bilge Gürsoy
Marmara Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Güven
Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Bülent Kabaş
Sakarya Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Kaban Kadioğlu
Marmara Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi İsmet Bihter Karagöz
Gelişim Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Berna Karagözoğlu
Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Atahan Birol Kartal
Beykent Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Yasin Keleş
Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Tuğrul Korkmaz
Aksaray Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Köktürk
Piri Reis Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Yalçın Lüleci
Marmara Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Haldun Narmanlıoğlu
Marmara Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Alparslan Nas
Marmara Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Otrar
Marmara Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Seçil Özay
Marmara Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Ali Özcan
Gümüşhane Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Fatma Yurttaş Özcan
Sakarya Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Lale Özdemir
Marmara Üniversitesi

Danışma Kurulu / Advisory Board

Dr. Öğr. Üyesi Arzu Özsoy Özmen
Kocaeli Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Mert Sunar
İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Feryade Tokan Şenol
Yeditepe Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Sefa Usta
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Hasan Uzun
Fırat Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Nilgün Çelebi Yıldız
Marmara Üniversitesi

Öğr. Gör. Dr. Esra Cizmeci
Yalova Üniversitesi

Arş. Gör. Dr. Aysel Ay
Marmara Üniversitesi

Dr. Ahmet Tetik

Arş. Gör. Ali Hikmet Korkmaz
Ahi Evran Üniversitesi

İNSAN&İNSAN, Yıl/Year: 7 Sayı/Issue: 24 Bahar/Spring 2020

Bu Sayının Hakemleri / Referees of this issue

Prof. Dr. İsmail Ağırbaş
Ankara Üniversitesi

Doç. Dr. Mücahit Avcil
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Doç. Dr. Murat Volkan Dülger
İstanbul Aydın Üniversitesi

Doç. Dr. Tuğba Elmacı
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Doç. Dr. Mehmet Nurullah Kurutkan
Düzce Üniversitesi

Doç. Dr. Sabahattin Tekingündüz
Mersin Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Keziban Avcı
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Sezercan Bektaş
Sakarya Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Gökçe Candan
Sakarya Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Ziya Gökçek
Marmara Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Türkan Akyol Güner
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Perihan Şenel Tekin
Ankara Üniversitesi

İNSAN ODAKLI SAĞLIK HİZMETİ

ÖNSÖZ

Kıymetli Okurlarımız,

2014 yılında yayın hayatına başlayan **İnsan ve İnsan Bilim Kültür Sanat ve Düşünce Dergisi** olarak, 24. sayıda **“İnsan Odaklı Sağlık Hizmeti”** teması ile karşınızdayız. 2019’un sonunda Çin’de ortaya çıkan ve ardından hızla tüm dünyaya yayılan Covid-19 pandemisinin 2020 yılında dünya gündemini yoğun bir şekilde meşgul edeceği öngörülmektedir. Bu süreçte ülkelerin, uluslararası kuruluşların ve sağlık otoritelerinin politika, strateji ve planlamaları kamuoyu tarafından dikkatle izlenmektedir. Kuşkusuz Covid-19 pandemisinin etkileri sadece sağlık alanıyla sınırlı kalmamakta; siyaset, ekonomi, finans, ticaret, enerji, tarım, turizm, eğitim, yönetim başta olmak üzere hemen hemen her alanda köklü değişimleri de beraberinde getirmektedir. Covid-19 pandemisinin aynı zamanda sağlık alanında sistem ve politika perspektifinde ezberleri bozan, alışlagelmiş kalıpları yıkan ve Batı dünyasında egemen olan kapitalist sistemi sorgulayan bir döneme de başlangıç teşkil ettiğini söylemek mümkündür. Nitekim sağlık hizmetlerine erişimi piyasa mekanizmasının koşullarına bağlayan, her ne kadar koruyucu sağlık hizmetlerinde ve sağlığın geliştirilmesinde devletin görev üstlenmesine vurgu yapsa da uygulamada tedavi hizmetlerine ağırlık veren sağlık sistemi modeli Covid-19 pandemisinde başarısız bir sınav vermiştir. Bu süreçte yaşanan gelişmeler sağlık hizmetlerinde devletin rolünün, vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminin ve toplum sağlığı hizmetlerinin öneminin yeniden ortaya çıkmasını sağlamıştır.

2000’li yıllardan itibaren sağlık sistemlerinin temel hedefleri arasında “insan odaklılık” yer almaktadır. Sağlık alanında hemen hemen her kavram ve uygulamanın değişime uğradığı bu dönemde, sağlık hizmeti sunumundan sağlık politikalarına kadar geniş bir perspektiften “insan” unsurunun ön plana çıktığı görülmektedir. Kuşkusuz bu değişim sürecinde nüfus yapısı ve hastalık profilinin değişmesinin, sağlık teknolojilerinde yaşanan gelişmelerin, sağlık finansmanında yaşanan değişimin, beklenti artışlarının ve medyanın etkisi olduğu düşünülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü’nün hastaların sağlık hizmeti sunumuna katılma hakkını gündeme taşıması ile birlikte, sağlık hizmeti sunumunda hastaları güçlendirmenin, tedavi kararları üzerinde söz sahibi olabilmelerinin çeşitli yolları üzerinde tartışmaların ön plana çıktığı görülmektedir. Bu çerçevede insan hakları ve sağlık hakkı alanında yaşanan gelişmelerin, “insan odaklı sağlık hizmeti” anlayışının temellerini oluşturduğunu söylemek mümkündür. Bu doğrultuda Dünya Sağlık Örgütü insan odaklı anlayışın, sağlık hizmetlerinin temel boyutlarından biri olduğunu ve sağlık hizmeti kalitesinin önemli bir göstergesi olduğunu vurgulamaktadır. Böylelikle hastaların sağlık hizmeti sunumu ile ilgili kararlara katılımını teşvik ederek, sağlık hizmetlerinin daha insan odaklı hale gelmesi hususunda sağlık sistemlerinde anlayış ve uygulama değişiklikleri hayata geçmeye başlamıştır.

Son dönemde literatürde insan odaklı sağlık hizmeti konusunun kayda değer bir yer tuttuğu görülmektedir. Söz konusu çalışmalarda insan odaklı sağlık hizmetinin, yüksek kaliteli bakım ve hasta güvenliğinin temel bileşeni olduğu kabul edilmektedir. İnsan odaklı sağlık hizmeti sunumunun klinik sonuçlarda iyileşme, hasta memnuniyetinde artış, hasta-hekim ilişkisini olumlu yönde etkileme, gereksiz tetkik ve ilaç kullanımını azaltma, gereksiz sağlık hizmeti kullanımı azaltma, maliyetleri düşürme gibi olumlu çıktılarının olduğu ifade edilmektedir. İnsan odaklı sağlık hizmeti anlayışının geliştirilmesi, toplumun sağlık statüsünü yükseltme ve sağlık sistemlerinin performansına önemli fayda sağlama potansiyeline sahiptir. Bu alanda yapılacak araştırmaların insan odaklı sağlık hizmeti anlayışına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

İnsan ve toplum odaklı sağlık hizmetinin önemi bir kez daha ortaya çıktığı bu dönemde, “İnsan Odaklı Sağlık Hizmeti” teması ile Dergimizin 24. sayısında 6 makale yer almaktadır. İlk makale “Genetiği Değiştirilmiş Organizmalara (GDO) İlişkin Avrupa Birliği’ndeki Yasal Düzenlemeler” başlığıyla Zehra

Gizem ATEŞ tarafından kaleme alınmıştır. Bu makalede Avrupa Birliği Hukukunda yer alan GDO'lu ürünlere ilişkin mevzuat incelenmiş, biyoteknoloji alanında yaşanan gelişmeler doğrultusunda gıda, sağlık ve endüstri başta olmak üzere pek çok alanda kullanılan genetiği değiştirilmiş organizmalara ilişkin düzenlemelere sistematik olarak değinilmiştir.

İkinci makale Gizem Zevde AYDIN ve Ahmet Serhat ULUDAĞ'ın "Kaybedilen Yaşam Yılına Etkileyen Risk Faktörlerinin DEMATEL Yöntemi Kullanılarak İncelenmesi" başlıklı makalesidir. Bu çalışmada The Decision Making Trial and Evaluation Laboratory (DEMATEL) yöntemi ile sağlıklı yaşam üzerinde etkili olan risk faktörleri arasındaki neden sonuç ilişkisi araştırılmış ve risk faktörlerinin göreceli ağırlıkları hesaplanmıştır. Yapılan analiz sonucunda sağlıklı yaşamı etkileyen risk faktörlerinin başında alkol kullanımı, madde kullanımı, tütün kullanımı, obezite ve diyabetin geldiği görülmüş; koruyucu sağlık hizmetlerine verilecek önemin sağlıklı yaşam üzerindeki olumlu etkilerine vurgu yapılmıştır.

"Sağlığın Kavramsallaştırılması ve İnsan Odaklı Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon Perspektifi" başlıklı üçüncü makale ise Bayram DEMİR'e aittir. Bu makalede tarihsel süreçte sağlık hizmetlerinin odak nesnesindeki değişim; hastalık merkezli, hasta merkezli, toplum merkezli ve insan merkezli kavramlar çerçevesinde biyomedikal model ve biyopsikososyal model yaklaşımları esas alınarak incelenmiştir. Çalışmada sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon uygulamaları, insan merkezli sağlık hizmetleri çerçevesinde ele alınmış ve değerlendirilmiştir.

Dördüncü makale Serkan DENİZ'e ait olup "Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri Düzeylerinin İncelenmesi" başlığını taşımaktadır. Bu makalede teknoloji ve internetin hayatımıza kattığı kavramlardan olan e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri konusu incelenmiştir. Bu çalışmada bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği ve e-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri düzeyleri arasındaki ilişki düzeyi ortaya konmaya çalışılmıştır. Araştırma sonucunda e-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri arasında ilişki olduğu, e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin bazı demografik özelliklere göre farklılık gösterdiği görülmüştür.

Diğer bir makale ise "Hasta Merkezilik ve Hasta Merkezli Bakım" başlığıyla Mustafa ERDOĞAN ve Harun KIRILMAZ'ın ortak çalışmasıdır. Bu makalede günümüzde hekim ve hastalık merkezli yaklaşımların yerini alan hasta merkezli sağlık hizmetleri ile ilgili kavramsal bir çerçeve çizilmiş, hasta merkezli bakım modelleri, hasta merkezli bakımın önündeki engeller ile olumlu ve olumsuz yönlerine yer verilmiştir. Çalışmada hasta merkezli sağlık hizmetlerinin bireyler, sağlık kurumları, sağlık çalışanları ve sağlık sistemi açısından potansiyel katkılar taşıdığı sonucuna varılmıştır.

Dergimizin 24. sayısında yer alan son makale Ali GÜNDÜZ ve Günnur ERTONG ATTAR tarafından kaleme alınan "Aktör İlişkileri, Sağlık-Hastalık ve Suç: Şahsiyet Dizisi Üzerinden Bir Tartışma" başlıklı çalışmadır. Bu makalede bir öznenin ilişki ağındaki dönüşümü, hastalık ve cinayet olguları temelinde ele alınarak bu dönüşümler televizyon dizisi örneğinde ve aktör ilişkileri kuramı bağlamında incelenmiştir. İçerik analizi yönteminin kullanıldığı bu betimsel çalışmada, bir hastalığın bireyin yaşamında bırakabileceği etkiler ve sosyal problemlerin bireysel adalet arayışına neden olması gibi sonuçlara ulaşılmıştır.

Dergimizin "İnsan Odaklı Sağlık Hizmeti" temalı 24. sayısı için desteğini esirgemeyen kıymetli hakemlerimize, makale yazarlarımıza ve emeğe geçen tüm çalışma arkadaşlarımıza teşekkürlerimi sunarım. Dergimizin ve bu sayıdaki makalelerin herkese faydalı olmasını temenni ederim.

Doç. Dr. Harun Kırılmaz

Sayı Editörü

İÇİNDEKİLER CONTENTS

MAKALELER
ARTICLES

-
- ZEHRA GİZEM ATEŞ
*Genetiği Değiştirilmiş Organizmalara (GDO) İlişkin
Avrupa Birliği'ndeki Yasal Düzenlemeler*
*The Legal Arrangements of European Union Concerning
The Genetically Modified Organisms* 9
-
- GİZEM ZEVDE AYDIN / AHMET SERHAT ULUDAĞ
*Kaybedilen Yaşam Yılına Etkileyen Risk Faktörlerinin
DEMATEL Yöntemi Kullanılarak İncelenmesi*
*Investigation of the Risk Factors Affecting Years of
Life Lost Via DEMATEL Method* 30
-
- BAYRAM DEMİR
*Sağlığın Kavramsallaştırılması ve İnsan Odaklı Sağlık Hizmetlerinde
Kalite ve Akreditasyon Perspektifi*
*Health Conceptualization and Quality and Accreditation Perspective in
Person-Centered Health Care* 62
-
- SERKAN DENİZ
*Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri
Düzeylerinin İncelenmesi*
*A Study on the e-Health Literacy and Cyberchondria
Levels of Individuals* 84
-
- MUSTAFA ERDOĞAN / HARUN KIRILMAZ
Hasta Merkezlilik ve Hasta Merkezli Bakım
Patient Centeredness and Patient-Centered Care 97
-
- ALİ GÜNDÜZ / GÜNNUR ERTONG ATTAR
*Aktör İlişkileri, Sağlık-Hastalık ve Suç:
Şahsiyet Dizisi Üzerinden Bir Tartışma*
*Actor Network, Health-Illness and Crime:
A Discussion over Sahsiyet (Persona) Mini-Series* 127
-



Genetiği Değiştirilmiş Organizmalara (GDO) İlişkin Avrupa Birliği'ndeki Yasal Düzenlemeler

ZEHRA GİZEM ATEŞ*
av.zehra@yahoo.com.tr

ORCID ID: 0000-0002-3973-8630

Öz: Genetiği değiştirilmiş organizma (GDO), doğal olmayan yollarla bir canlıya gen aktarılarak DNA yapısının değiştirilmesi ile oluşan yeni organizmaya verilen addır. GDO'lar modern biyoteknolojik çalışmalar ile elde edilmektedir. Ancak bunların insan sağlığı için önemli riskleri olduğu bilinmektedir. AB'de 1993 yılında yürürlüğe giren Maastricht Anlaşması ile GDO'ların sahip olduğu sağlık risklerine karşı yasal düzenlemeler yapılması gerektiği kabul edilmiştir. Buna bağlı olarak AB hukukunda GDO'larla ilgili birçok yönerge ve tüzük kabul edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Genetiği değiştirilmiş organizma, Sağlık riskleri, Avrupa Birliği yönergeleri.

Giriş

Bir canlının gen diziliminin biyoteknolojik gelişmeler sayesinde değiştirilmesi ile elde edilen genetiği değiştirilmiş organizmalar, son yıllarda yaşanan biyoteknolojik gelişmeler neticesinde ortaya çıkan, üzerinde çokça durulan ve tartışılan bir konu haline gelmiştir. Gün geçtikçe dünya nüfusunun artması, bunun yanında su kaynaklarının, verimli toprakların azalması sonucunda insanlar ileriki yıllarda su ve yiyecek kıtlığı yaşanacağı kaygısı içine girmişlerdir. Ortalama olarak 2050 yıllarında dünyada çok ciddi boyutlarda açlık ve su sıkıntısı olabileceği tahmin edilmektedir. İşte bu sorunlara çözüm olması amacıyla genetiği değiştirilmiş organizmalar üzerinde çalışılmaktadır.

Genetiği değiştirilmiş organizmaların insan, hayvan, bitki sağlığı ile çevre ve biyoçeşitlilik üzerinde yaratacağı etkiler hakkında dünyada farkındalığın oluşması ile özellikle AB ülkelerinde yasal düzenlemeler yapılmış ve devletlere bu düzenlemeleri iç hukuklarına dahil etme yükümlülüğü getirilmiştir. İlk olarak dünyada çevreyi koruma bilinci 1972 yılında düzenlenen Stockholm Bildirgesi ile oluşmaya başlamıştır. Daha sonra 1992'de imzaya açılan BM Biyoçeşitlilik Sözleşmesi ve devamı niteliğinde olan Cartagena Biyogüvenlik Protokolü ile devletlere yasal düzenleme

* Dr., İstanbul Kültür Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

yapma yükümlülüğü getirilmiştir.

Genetiği değiştirilmiş organizma (GDO) “modern biyoteknolojik yöntemler kullanılmak suretiyle gen aktarılarak elde edilmiş insan dışındaki canlı organizma” olarak tanımlanmaktadır.¹

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanımlamaya göre GDO, genetik yapıları doğal olmayan yollarla değiştirilmiş organizmalardır.² Ayrıca Avrupa Birliği'nin konuyla ilgili 2001/18/EC sayılı yönergesine göre GDO, insan hariç olmak üzere doğal yolla gerçekleşmeyecek bir şekilde genetik materyali değiştirilmiş canlı (bitki, hayvan, bakteri vs.) olarak tanımlanmaktadır.³

Öğretide ise yukarıdakilere benzer tanımlamalar yapılmaktadır. Genel olarak öğretide genetik yapısı değiştirilmiş organizmalar, biyoteknolojik uygulamalarla bir canlıya başka bir canlıdan gen aktarılması ve bunun sonucunda aktarılan canlının gen yapısının değiştirilmesi, yeni genetik yapıya sahip organizma elde edilmesi şeklinde tanımlanmaktadır.⁴ Bilindiği gibi her canlının temel yapısını DNA oluşturmaktadır. Genetiği değiştirilmiş organizma elde edebilmek için yapılan çalışma, canlıya dışarıdan başka bir canlının DNA'sı nakledilerek tamamen yeni bir DNA dizilimine sahip farklı bir organizma elde edilmesidir. İşte bu yolla meydana gelen yeni genetik özellikler taşıyan hayvanlara “transgenik hayvanlar”, bitkilere ise “transgenik bitkiler” denilmektedir.⁵

1983 yılında Monsanto ve Agrigenetics şirketleri tarafından ilk deneysel gen aktarımı ABD’de gerçekleştirilmiştir.⁶ İlk uzun raf ömürlü flavr savr adlı domates 1994 yılının Mayıs ayında ABD’de Food and Drug Administration (FDA) tarafından piyasaya sürülerek GDO’lu ürün ticareti başlatılmıştır.⁷ Bundan sonra da gen nakli yöntemiyle kuraklığa, aşırı soğuğa, bitki zararlılarına karşı dayanıklı soya, mısır, pamuk, kanola

1 5977 sayılı Biyogüvenlik Kanunu, md. 2/i, 26.03.2010 tarihli 27533 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak 26.09.2010 tarihinde yürürlüğe girmiştir, erişim 16 Ocak, 2020, <https://www.corpus.com.tr/#/Yasalar>.

2 World Health Organization (WHO), erişim 19 Ocak, 2020, <http://who.int>.

3 “2001/18/EC, Art. 2”, erişim 19 Ocak, 2020, https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:303dd4fa-07a8-4d20-86a8-0baaf0518d22.0004.02/DOC_1&format=PDF.

4 M. Ahmet Güneş, “Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar ve Çevre Hukuku – Uluslararası Düzenlemeler, Avrupa Birliği Hukuku ve Türkiye’deki Mevcut Durum”, *İÜHFD*, 66/2 (2008), s.49; Özge Özgen Arun, Karlo Muratoğlu ve Funda Yılmaz Eker, “Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar Kavramına Genel Bakış”, *İstanbul Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi*, 41/1 (2015), s.113, https://www.researchgate.net/publication/271208683_Genetigi_Değiştirilmiş_Organizmalar_Kavramına_Genel_Bakis (erişim 19.01.2020); Selim Çetiner, “Genetiği Değiştirilmiş Organizma Nedir? Sorular ve Yanıtlar 1-2”, s.1, [http://research.sabanciuniv.edu/_Organizma_\(GDO\)_Nedir_Sor_I.pdf](http://research.sabanciuniv.edu/_Organizma_(GDO)_Nedir_Sor_I.pdf). (erişim 19.01.2020); Muzaffer Denli, *Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar (GDO)*, İstanbul: İstanbul Ticaret Odası, 2012, s.21; Kemal Özer, *Deccal Tabakta*, İstanbul: Hayy Kitap, 2010, s.16.

5 Denli, *Genetiği Değiştirilmiş*, s.21; Çetiner, “Genetiği Değiştirilmiş”, s.1; Güneş, “Genetiği Değiştirilmiş”, s.49; Funda Yılmaz, “Bitkisel Üretimde Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar ve Ürünleri ile Biyogüvenlik”, Uzmanlık Tezi, T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014, s.17; Şebnem Mutlu, “Piyasada Satışa Sürülen Cips ve Gevreklerde GDO Varlığının Araştırılması”, Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi, 2006, s.4.

6 Şeminur Topal, *Biyogüvenlik ve Biyoteknoloji*, İstanbul: Cem Ofset Matbaası, 2006, s.8.

7 Tecer Atsan ve Tuğba Ekrem Kaya, “Genetiği Değiştirilmiş Organizmaların (GDO) Tarım ve İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri”, *Uludağ Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 22/2 (2008), s.3; Yılmaz, “Bitkisel Üretimde”, s.19; Martin Teitel ve Kimberly Wilson, *Genetically Engineered Food, Changing the Nature of Nature*, Canada: Park Street Press, 1999, s.20; Daniel Charles, *Lords of the Harvest*, New York: Basic Books, 2002, s.322.

elde edilmiştir.⁸

GDO'nun Potansiyel Yararları

Bilim adamları genel olarak genetik mühendisliğinin insan sağlığına doğrudan ya da dolaylı faydaları olduğunu düşünmektedirler.⁹ Bununla birlikte GDO'ların potansiyel yararları ve zararları halen tartışılmaktadır. Hatta GDO'ların yararları ve zararlarının derecesi de bilimsel açıdan netlik kazanmadığı için bunlar "potansiyel" yarar ve zararlar olarak anılmaktadır.

Bugün dünyada 1 milyon insan açlık ve yetersiz beslenme ile savaşmaktadır.¹⁰ Bu sayı gün geçtikçe artmaktadır. Biyoteknoloji İnovasyon Örgütü'ne (Biotechnology Innovation Organization) göre 2000'lerin başından 2030 yılına kadar dünyadaki mevcut tarım alanlarından iki kat fazla ürün elde edilemezse dünyadaki açlık sorunu önlenemeyecektir.¹¹ Örgüte göre yiyecek arzının geleceği biyoteknolojik ürünlerin üretimine bağlıdır.¹²

Son yıllarda dünya nüfusunda aşırı artış nedeniyle tarım alanları, su kaynakları azalmaktadır. 2050 yılında mevcut tarım arazilerinin ve su kaynaklarının 2 milyar insanın ihtiyacını karşılamaya yetmeyeceği ve dünya çapında açlık yaşanacağı tahmin edilmektedir.¹³ İşte bu açlık sorununa çözüm olarak GDO'lu ürünler gösterilmektedir. Genetiği değiştirilmiş tarım ürünleri sayesinde hem açlığa çözüm bulunmuş olacak hem de doğal kaynakların devamlılığı sağlanmış ve biyoçeşitlilik korunmuş olacaktır.¹⁴

Genetiği değiştirilmiş organizmalar kuraklık, aşırı soğuk, tuzluluk gibi zor koşullarda da yetiştirilebildiğinden düşük maliyetle daha yüksek kalitede ve daha esnek koşullarda yetişen ürünler elde edilecektir.¹⁵ GDO'lu ürünlerin içeriği vitamin, mineral, protein, karbonhidrat gibi maddeler açısından da zenginleştirildiğinden daha az besin tüketerek insan vücuduna daha fazla fayda sağlanabilecektir.¹⁶ Böylece

8 Topal, *Biyogüvenlik ve Biyoteknoloji*, s.8; Yılmaz, "Bitkisel Üretimde", s.19.

9 Robert Evenson ve Terri Raney, *The Political Economy of Genetically Modified Foods*, USA: Edward Edgar Publishing, 2007, s.61.

10 Kathiann M. Kowalski, *The Debate Over Genetically Engineered Food, Healthy or Harmful?*, USA: Enslow Publishers, 2002, s.30.

11 Food and Agricultural Biotechnology, erişim 19 Ocak, 2020, <https://www.bio.org/food-agricultural-biotechnology>.

12 Kowalski, *The Debate Over*, s.31.

13 Fao (Food And Agriculture Organization Of The United Nations), erişim 19 Ocak, 2020, <http://www.fao.org/biotechnology/en/>; Yılmaz, "Bitkisel Üretimde", s.28; Denli, *Genetiği Değiştirilmiş*, s.103; Güneş, "Genetiği Değiştirilmiş", s.50-51.

14 Roger Krueger, "Ag Biotech: Our Past and Our Future", *Genetically Modified Organisms in Agriculture*, ed., Gerald C. Nelson, New York: Academic Press, 2001, s.259; Halim Aydın, *Sağlıklı Nesiller İçin Önce Sağlıklı Tohum*, İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları, 2012, s.83; Evenson ve Raney, *The Political Economy*, s.66.

15 Aydın, *Sağlıklı Nesiller*, s.85-87; Güneş, "Genetiği Değiştirilmiş", s.50; Özlem Oğuzlar, *Genetiği Değiştirilmiş Organizmalara İlişkin Uluslararası ve Avrupa Birliği'ndeki Düzenlemeler*, İstanbul: Galatasaray Üniversitesi Yayınları, 2009, s.3 vd; Bio technoogy, Economic and Wider Impacts, Organisation For Economic Co-Operation and Development (OECD), Paris: 1989, s.26.

16 Evenson ve Raney, *The Political Economy*, s.61; Denli, *Genetiği Değiştirilmiş*, s.103; Aydın, *Sağlıklı Nesiller*, s.86-87.

yetersiz beslenmenin de önüne geçilecektir.¹⁷ Bundan başka alerjik reaksiyona sahip inek sütü, yumurta, buğday, yer fıstığı gibi ürünlerin alerjik proteinlerinin çıkarılması veya yapısının değiştirilmesi ile bu besinlerin alerjik etkileri ortadan kaldırılacaktır.¹⁸

GDO'ların tarımsal alanda sağladığı ileri sürülen bir diğer faydası da tarım ilaçlarına karşı dayanıklılık sağladığından zirai ilaç kullanımının azalması¹⁹, toprağın daha az kirlenmesi, topraktaki su kaybının önüne geçilmesi, toprakları sürme gereğinin ortadan kalkması ile karbondioksit salınımını azaltması ve işçilik, mazot maliyetlerini düşürmesidir.²⁰ Böylece genetiği değiştirilmiş organizmalar sayesinde tüketicinin ödeyeceği fiyat da düşük olacaktır.²¹ Zirai ilaç kullanımının azalması aynı zamanda çiftçilerin enerjiden ve zamandan da tasarruf etmeleri anlamına gelmektedir.²²

Bunlardan başka genetiği değiştirilmiş organizmaların insan sağlığına katkıları bulunmaktadır. Tarımsal üretimde yararlı böceklerin bitkilerin gelişmesinde önemli bir yeri olduğu bilinmektedir. Ancak bu böcekler tarafından yenilerek zarar verilen ürünler de insan sağlığı açısından sakıncalıdır.²³ Her ne kadar genetiği değiştirilmiş organizmaların tarımda faydalı olan (böcek gibi) canlılara da zarar verdiği, bunları öldürdüğü ileri sürülse de aslında bunların ölmesi insan sağlığı açısından yerindedir. Çünkü bu canlıların yediği, etkilediği tarım ürününün tüketilmesi insan sağlığına zararlıdır.

GDO'nun Potansiyel Zararları

Son yıllarda giderek artan dünya nüfusu, doğal kaynakların hızla tüketilmesi ve genetiği değiştirilmiş organizmaların üretiminin çok büyük bir hızla artması, birçok ülkeye yayılması nedeniyle GDO'ların yaratabileceği olumsuzluklar tartışılır hale gelmiştir. GDO'ların faydaları gibi zararlarının da boyutu henüz kesin olarak bilinmemektedir. Bu nedenle dünya çapında zararlarına, insan, hayvan sağlığı ve çevre üzerine etkilerine ilişkin tartışmalar devam etmektedir.

GDO'ların çevre üzerinde yaratabileceği en önemli risk, gen kaçışı nedeniyle biyoçeşitliliğin zarar görmesidir. GDO'ların çevreye bilinçsizce serbest bırakılması sonucunda, dışarıdan aktarılan genler rüzgar, tozlaşma gibi etmenlerle çevreye yayılır ve diğer genetiği değiştirilmemiş bitkilere bulaşarak biyoçeşitliliği bozar.²⁴ Polenlerle tohumların yayılması nedeniyle, genetiği değiştirilmiş ürünlerin kalıntılarının

17 Mutlu, "Piyasada Satışa", s.13; Denli, *Genetiği Değiştirilmiş*, s.104; Kowalski, *The Debate Over*, s.30-31.

18 Aydın, *Sağlıklı Nesiller*, s.88; Evenson ve Raney, *The Political Economy*, s.61.

19 Teitel ve Wilson, *Genetically Engineered*, s.28; Evenson ve Raney, *The Political Economy*, s.61.

20 Güneş, "Genetiği Değiştirilmiş", s.51; Venhar Çelik ve Dilek Turgut-Balık, "Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar (GDO)", *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 23/1-2 (2007), s.18-19, <http://www.egecep.org.tr> (erişim 19.01.2020); Çetiner, "GDO Nedir?", s.9; Aydın, *Sağlıklı Nesiller*, s.84-85.

21 Gabrielle J. Persley ve James N. Siedow, "Application of Biotechnology to Crops – Benefits and Risks" *Genetically Modified Foods (GMO)*, ed., Michael Ruse ve David Castle, Newyork: Prometheus Books, 2002, s.225.

22 Krueger, "Ag Biotech", s.259.

23 Krueger, "Ag Biotech", s.259.

24 Persley ve Siedow, "Application of Biotechnology", s.230-231; Yılmaz, "Bitkisel Üretimde", s.29-31; Mutlu, "Piyasada Satışa" s.16, 19; Özgen Arun, Muratoğlu ve Eker, "Genetiği Değiştirilmiş", s.116-117; Teitel ve Wilson, *Genetically Engineered*, s.37; Aydın, *Sağlıklı Nesiller*, s.109.

kilometrelerce uzağa taşınabildiği görülmektedir.²⁵ Hatta bu gen kaçıışı o kadar etkili olmaktadır ki, genetiği değiştirilmemiş (geleneksel) ürünlerin polenlerinin tamamen yok olmasından endişe edilmektedir.²⁶

Gen kaçışını engellemek ve etkilerini gidermek için geleneksel tarım yapan çiftçinin ürününü yetiştirme veya depolama, nakil sırasında önlem alması gerekmektedir.²⁷ Bu önlemler de üreticiye fazladan maliyet yüklemektedir. Bundan başka gen kaçıışı nedeniyle tüm ekosistem, insan ve hayvan sağlığı olumsuz etkilenebilir. GDO'lu ürünlerden geleneksel ürünlere gen kaçıışı sonucunda geleneksel ürünler de kendilerine has özelliklerini kaybedeceğinden bunların etiketlenmesi dahi tüketicinin gıdaya ilişkin bilgilendirilmesine yetmeyecektir. Dolayısıyla gıda güvenliği, etiketleme, tüketicinin bilgilendirilmesi tartışma konusu haline gelmiştir.²⁸

Ayrıca yapılan bazı araştırmalar GDO'ların zirai ilaç kullanımını azaltmadığı tam tersine arttırdığını, hedef olmayan yararlı canlıların ölmesinin tarım ürünlerine zarar verdiğini, gen aktarımının toprağı temizlemek yerine daha çok kirlettiğini göstermektedir.²⁹ Hedef olmayan canlıların ölmesi tarım ürünlerinin çoğalmasını engelleyeceği gibi, tarım zehirlerini yemiş böcekleri yiyen kuşlar da bu zehirlerden etkilenmektedir.³⁰ Böylece sadece tarım ürünleri değil hayvanlar da dahil olmak üzere ekosistem tarım zehirlerinden olumsuz etkilenmektedir. Sistemin kendi kendini tolere etmesi de uzun yıllar almaktadır.³¹ Hedef olmayan türlerin zarar görmesi konusunda bilim adamları görüş birliği içinde olmasa da her bir doğa olayının ayrı ayrı değerlendirilmesi gerektiği ve bundan sonra yapılacak GDO salınımlarının incelenmesi gerektiği konusunda uzlaşmaktadırlar.³²

GDO'ların insan sağlığı üzerinde yaratabileceği zararlar antibiyotik direnci ve alerjidir.³³ Üstelik bilim adamları antibiyotik direnci yaratan genin hayvanlardan insanlara geçeceğini belirtiyorlar.³⁴ Bilimsel olarak kanıtlanmamış olmakla birlikte genetiği değiştirilmiş organizmaların antibiyotik direnci yarattığı bilinmektedir.³⁵ Bir canlıdan diğerine gen aktarılırken alerji riski de bu aktarımla birlikte geçebilir ve bu risklerin piyasaya sürülmeden önce değerlendirilmesi ve tanımlanması gerekmektedir.³⁶ Ancak alerji potansiyelinin önceden tahmin edilmesini sağlayacak

25 Anthony Treawas, "Much Food, Many Problems", *Genetically Modified Foods*, ed., Michael Ruse, David Castle, New York: Prometheus Books, 2002, s.337.

26 Teitel ve Wilson, *Genetically Engineered*, s.36-37.

27 Kenan Demirkol, *GDO: Çağdaş Esaret*, İstanbul: Kaynak Yayınları, 2010, s.72-73; Yılmaz, "Bitkisel Üretimde", s.37.

28 Mutlu, "Piyasada Satışa" s.15-17; Yılmaz, "Bitkisel Üretimde", s.39; Özgen Arun, Muratoğlu ve Eker, "Genetiği Değiştirilmiş", s.117-118; Aydın, *Sağlıklı Nesiller*, s.104.

29 Demirkol, *GDO: Çağdaş*, 63-66; Yılmaz, "Bitkisel Üretimde", s.31-32.

30 Persley ve Siedow, "Application of Biotechnology", s.230-231; Kowalski, *The Debate Over*, s.40.

31 Kowalski, *The Debate Over*, s.40-42.

32 Evenson ve Raney, *The Political Economy*, s.66.

33 Yılmaz, "Bitkisel Üretimde", s.33; Mutlu, "Piyasada Satışa", s.16-18; Özgen Arun, Muratoğlu ve Eker, "Genetiği Değiştirilmiş", s.11; Aydın, *Sağlıklı Nesiller*, s.104-105.

34 Özer, *Deccal Tabakta*, s.221.

35 Teitel ve Wilson, *Genetically Engineered*, s.37-38; Persley ve Siedow, "Application of Biotechnology", s.230.

36 Persley ve Siedow, "Application of Biotechnology", s.230.

güvenilir bir metodun olmadığı belirtilmektedir.³⁷ Genetik mühendisliği gıdalarında beklenmedik toksinler ve alerji yapıcı maddeler ortaya çıkmış ve bunlar Üçüncü Dünya ülkelerinde pazarlanmaktadır.³⁸

Genetiği değiştirilmiş organizmaların kullanımında temel teşkil eden ihtiyat ilkesi önceden önlem alınmasını gerektirmektedir. Daha açık bir ifadeyle genetiği değiştirilmiş ürünler pazarlanmadan önce (maliyetleri artıracak olsa da) insan sağlığına verebileceği zararlar araştırılmalıdır.³⁹ Henüz kesinleşmemekle birlikte araştırmalara göre ileri sürülen muhtemel riskleri ise kanserojen etki, kısırlık, ölüm ve sakat doğumlara yol açmasıdır.⁴⁰

GDO'lu ürünler geleneksel ürünlerden farklı olarak tohum üretmemektedir. Yani GDO'lu ürünler tohum bakımından kısırlaştırılmıştır. Bu nedenle üreticinin her yıl tohum şirketlerinden tohum alması gerekmektedir. GDO'lu ürünlerin tohum ticareti dünya çapında çok büyük bir sektör haline gelmiş ve küresel anlamda bazı şirketlerin tekeline alınmıştır. Her yıl tohum satın almak isteyen üretici belli firmalardan tohumu almak mecburiyetindedir. İşte bu tekelleşme, fiyatların yüksek olması, küçük üreticinin zarar göreceği olması nedeniyle GDO'ların sosyo-ekonomik zararı olarak görülmektedir.⁴¹

Genetiği değiştirilmiş organizmaların açlığa çözüm olacağını ileri süren görüşe karşı bunun mümkün olmadığını, genetik mühendisliğine dayanmak yerine yerli tarımsal biyoçeşitliliği geliştirmenin herkes için daha sağlıklı olacağı ve ancak bu şekilde gıda güvenliğinin temin edileceği ileri sürülmektedir.⁴²

Avrupa Birliği'nde Genetiği Değiştirilmiş Organizmalara İlişkin Yasal Düzenlemeler Genel Olarak

Biyoteknoloji alanında yaşanan gelişmeler neticesinde meydana gelebilecek etkiler, GDO'ların insan ve hayvan sağlığı üzerindeki potansiyel riskler taşıyor olması AB üyesi ülkelerde temel yasal düzenleme yapma zorunluluğunu gündeme getirmiştir. 1990'ların başında özellikle son 20 yıldır biyoteknoloji alanında yaşanan gelişmelerin sosyo-ekonomik faydaları, çevre ve insan sağlığı üzerindeki potansiyel etkileri AB üyesi ülkelerde tartışılır olmuştur.⁴³ Özellikle ABD'de yaygınlaşan GDO kullanımı, bunların etkileriyle ilgili halk arasındaki endişeleri büsbütün arttırdı ve kamuoyunda güvensizlik baş gösterdi.⁴⁴ İşte bu güvensizliği giderebilmek için GDO'lara ilişkin tek

37 Ronnie Cummins ve Ben Lilliston, *Genetically Modified Food*, New York: Marlowe & Company, 2004, s.41.

38 Mae-Wan Ho, *Genetik Mühendisliği Rüya mı Kabus mu?*, çev., Emral Çakmak, İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 2001, s.45.

39 Indur M. Goklany, "Applying the Precautionary Principle to Genetically Modified Crops", *Genetically Modified Foods*, ed., Michael Ruse, David Castle, New York: Prometheus Books, 2002, s.284.

40 Özer, *Deccal Tabakta*, s.190 vd.; Yılmaz, "Bitkisel Üretimde", s.33.

41 Mutlu, "Piyasada Satışa", s.20; Yılmaz, "Bitkisel Üretimde", s.38.

42 Ho, *Genetik Mühendisliği*, s.123.

43 Silvia Franceskon, "The New Directive 2001/18/EC on the Deliberate Release Of Genetically Modified Organisms into the Enviroment: Changes and Perspectives", 10/3 (2001), s.309, http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/14679388.00290/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.google.com.tr&purchase_site_license. (erişim 20.01.2020)

44 Franceskon, "The New Directive", s.309.

düze bir sistem oluşturulmaya başlandı.

Avrupa Birliği'nde 1993 yılında yürürlüğe giren Maastricht Anlaşması ile çevre hukukuna ilişkin yaklaşımlar "çevre politikası" halini aldı ve bu tarihten sonra çevre hukukuna özgü ilkeler yasal düzenlemelerin temelini oluşturmaya başladı.⁴⁵ Bu anlaşma ile AB bünyesine giren ilkelerin başında ihtiyat ilkesi gelmektedir. İhtiyat ilkesi potansiyel zarar mevcut olduğunda ve bununla birlikte bilimsel belirsizliğin var olması halinde zararı önlemek için tedbir alınması gereğini içermektedir.⁴⁶ Bu anlaşmanın kabulünden sonra AB'de yasal mevzuat "ihtiyat ilkesi" göz önüne alınarak oluşturulmaya başlandı.⁴⁷ Ayrıca bunun yanında AB'de GDO'lara ilişkin mevzuat düzenlenirken halkın etik değerleri de ön planda tutulmuştur.⁴⁸ İhtiyat ilkesinin bir getirisi olarak GDO'lu ürünlerin, ilaçların vb. etkilerinin ne olabileceği henüz kesin olarak bilinmemektedir. İşte bu bilinmezlik endişelere yol açtığından AB'de GDO'lara ilişkin düzenlemeler çok katı kurallara tabidir.

AB üyesi ülkeler arasında genetiği değiştirilmiş organizmalarla ilgili olarak ilk defa yasal düzenlemeye giden ülke Danimarka olmuştur.⁴⁹ GDO'larla ilgili çıkarılan yönergelerin öncelikli amacı AB üyesi ülkeler arasında GDO'lara ilişkin uygulamayı bir düzene sokmak, uygulama birliği yaratmaktır.⁵⁰ Böylece tüm üye ülkelerde GDO'ların potansiyel zararlı etkilerine karşı ihtiyat ilkesine göre ortak önlemler alınabilecektir. Ayrıca bu düzenlemelerin amacı insan ve hayvan sağlığını korumanın yanı sıra üye ülkeler arasında rekabeti ve GDO'ların ticaretine ilişkin kuralları düzenlemektir.⁵¹

GDO'larla ilgili yönergeler Genetiği Değiştirilmiş Mikroorganizmaların Kapalı Sistemlerde Kullanımına İlişkin Konsey Yönergesi (98/81/EG) ve Genetiği Değiştirilmiş Organizmaların Çevreye Bilinçli Salınımına İlişkin Avrupa Parlamentosu Konsey Yönergesidir (2001/18/EG). Bu yönergeler Avrupa Topluluğu Anlaşmasınının 249. maddesinin 3. fıkrası gereğince üye ülkelerde doğrudan uygulanma kabiliyetine sahip olmayıp üye ülkelerin ulusal makamlarınca iç hukuka aktarılacaktır.⁵² Bunlardan başka GDO'ların sınıraşan hareketlerine ilişkin tüzük, GDO'ların İzlenebilirliği, Etiketlenmesine İlişkin Tüzük ve Genetiği Değiştirilmiş Gıda ve Yemlere İlişkin Tüzük temel düzenlemelerdir. Bu tüzükler ise Avrupa Topluluğu Anlaşması'nın 249. maddesinin 2. fıkrası gereğince üye ülkelerde doğrudan uygulanacaktır.

AB'de GDO'lara ilişkin mevzuatın uygulanmasında yetkili iki kurum Avrupa

45 "T.C. AB Bakanlığı, AB'nin Çevre Politikası", erişim 20 Ocak, 2020, <https://www.ab.gov.tr/92.html>.

46 İhtiyat ilkesi ile ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. Zehra Gizem Ateş, "Biyogüvenlik Kanunu Çerçevesinde Hukuki Sorumluluk", Doktora Tezi, İstanbul Kültür Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Özel Hukuk Anabilim, 2020, s.7 vd.

47 Topal, *Biyogüvenlik ve Biyoteknoloji*, s.211; Yılmaz, "Bitkisel Üretimde", s.155.

48 Topal, *Biyogüvenlik ve Biyoteknoloji*, s.211.

49 Mustafa Fadıl Yıldırım, *Gen Teknik Uygulamalardan Doğan Hukuki Sorumluluk*, Ankara: Engin Yayınevi, 2008, s.62; Güneş, "Genetiği Değiştirilmiş", s.63.

50 Yıldırım, *Gen Teknik*, s.62; Güneş, "Genetiği Değiştirilmiş", s.63.

51 Oğuzlar, *Genetiği Değiştirilmiş*, s.57; Yıldırım, *Gen Teknik*, s.63; Güneş, "Genetiği Değiştirilmiş", s.63.

52 "European Union Consolidated Versions of the Treaty on European Union and of the Treaty Establishing the European Community", Official Journal of the European Union, C321 E/1, 29.12.2006, <http://www.bumko.gov.tr/Eklenti/2841,maastrichtconsolidateenpdf.pdf?0>, (erişim 22.01.2020)

Komisyonu ve Avrupa Gıda Güvenilirliği Otoritesi'dir (EFSA-European Food Safety Authority).⁵³ EFSA, GDO'lu ürünler, yemler, gıda maddeleri üzerinde risk değerlendirmesi ve risk yönetimi yapıp bunların insan sağlığı üzerindeki etkilerini araştıran bağımsız bir kuruluştur.⁵⁴ Bu değerlendirme "Genetiği Değiştirilmiş Bitkilerden Elde Edilen Gıda ve Yemlerin Risk Değerlendirme Rehberi" esas alınarak yapılmaktadır.⁵⁵ Buna göre EFSA, genetiği değiştirilmiş tohumlardan elde edilen ürünlerle geleneksel yöntemlerle elde edilen ürünleri karşılaştırıp sonuçlarda risk analizi yapmaktadır. Risk değerlendirmesi uzmanlaşmış bilimsel komiteler yardımıyla yapıldıktan sonra EFSA tüketicileri elde edilen sonuçlar konusunda bilgilendirir ve üye ülke örgütleri ile birlikte gıda güvenliğine ilişkin öncelikler belirlenir, gerekli uyarılar yapılır.⁵⁶ AB Komisyonu ise GDO'ların sosyo-ekonomik açıdan değerlendirmesini yapmaktadır.⁵⁷

Genetiği Değiştirilmiş Mikroorganizmaların Kapalı Kullanımı

Genetiği değiştirilmiş mikroorganizmaların kapalı alanda kullanımına ilişkin 90/219 sayılı AB yönergesi, 98/81 sayılı yönerge ile değiştirilmiş ve son halini almıştır. Buna göre genetiği değiştirilmiş organizmaların kapalı kullanımı, bunların üretimi, saklanması, taşınması, transferi, imha edilmesi sırasında çevre ve nüfus ile fiziksel temasını engellemek için yapılan özel kısıtlayıcı önlemleri kapsamaktadır.⁵⁸

Yönergenin kapsamına genetiği değiştirilmiş mikroorganizmalar girmektedir. Başka bir deyişle genetiği değiştirilmiş bitkiler, hayvanlar bu yönergenin kapsamına girmemektedir. Yönergede genetiği değiştirilmiş mikroorganizmalar şu şekilde tanımlanmaktadır: Genetik yapısı doğal yollarla oluşamayacak şekilde harici yollarla meydana getirilmiş organizmalardır.⁵⁹

Yönergenin 5. maddesinin 1. fıkrası üye devletleri, genetiği değiştirilmiş organizmaların kapalı kullanımı sırasında bunların çevre ve insan sağlığı üzerinde yaratabileceği olumsuz etkilere karşı önlem almakla yükümlü tutmaktadır.⁶⁰ Üye devletler bu amaca varılabilmesi için, kapalı kullanım sırasında oluşabilecek zararlara karşı risk değerlendirmesi yapacaklardır.⁶¹ Bu düzenlemelerden yönergenin amacının genetiği değiştirilmiş organizmaların kapalı kullanımı sırasında çevre ve insan sağlığı üzerinde oluşabilecek risklere karşı tedbir alınması gerekliliği olduğu anlaşılmaktadır.⁶²

53 Sayıt Mahmut Erdoğan, "Dünyada GDO Mevzuatı, Ticareti ve Uygulamalarının Karşılaştırılması ve Türkiye", AB Uzmanlık Tezi, T.C. Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, 2015, s.25; Mutlu, "Piyasada Satışa", s.31.

54 Mark A. Pollack ve Gregory C. Shaffer, *When Cooperation Fails, the International Law and Politics of Genetically Modified Foods*, Oxford: Oxford University Press, 2009, s.237.

55 Erdoğan, "Dünyada GDO", s.36.

56 Pollack ve Shaffer, *When Cooperation*, s.237

57 Erdoğan, "Dünyada GDO", s.36.

58 "Council Directive 98/81/EEC, Art. 2-c", <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1998:330:0013:0031:EN:PDF>, (erişim 20.01.2020)

59 "Council Directive 98/81/EEC, Art. 2-b".

60 "Council Directive 98/81/EEC, Art. 5/1".

61 "Council Directive 98/81/EEC, Art.5/2".

62 Mutlu, "Piyasada Satışa", s.30; Güneş, "Genetiği Değiştirilmiş", s.65; Oğuzlar, *Genetiği Değiştirilmiş*, s.59.

Yönergenin 7-11. maddelerinde⁶³ ise genetiği değiştirilmiş organizmanın kapalı alanda kullanımı için izin usulü yer almaktadır. Organizmayı kullanacak olan muhatap risk değerlendirmesini yaptıktan sonra ilgili kurum değerlendirme sonuçlarını inceler. Gerekirse kamuoyunun görüşünü de alarak genetiği değiştirilmiş organizmanın verebileceği potansiyel riskler için tedbir alınmasına karar verir. Alınacak tedbirler organizmanın ne kadar riskli olduğuna bağlıdır.

Genetiği değiştirilmiş organizmaları kullanacak olan kişi risk altında olan, bu kullanımdan zarar görebilecek kişileri ve ilgili makamları konuyla ilgili olarak bilgilendirmeli, acil durum eylem planı oluşturulmalı ve zarar meydana geldiği anda Avrupa Komisyonu ve yetkili makamlar bilgilendirilmelidir.⁶⁴

Genetiği Değiştirilmiş Organizmaların Çevreye Kasıtlı Bırakılması

Genetiği değiştirilmiş organizmaların çevreye kasıtlı salımına ilişkin olarak 90/220/EEC sayılı yönerge 12 Mart 2001 tarihli 2001/18/EC sayılı yönerge ile değiştirilmiştir. Üye ülkeler, etiketleme ve GDO içeren ürünlerin ülkelerde kabul edileceği eşik konularında daha sıkı kısıtlamalar getirilmesini istediler.⁶⁵ Ancak bu konuda üye ülkeler arasında görüş birliği yoktu. Avusturya ve Lüksemburg gibi bazı ülkeler topraklarında GDO içeren hiçbir ürünün yetiştirilmesini kabul etmezken, Almanya ve İngiltere gibi bazı ülkeler de GDO'lara karşı olumlu ve olumsuz görüşler arasında ikiye bölünmüş durumdaydı.⁶⁶ Nihayet üye devletlerden oluşan uzlaşma komisyonu kurularak çözüm sağlandı ve 12 Mart 2001'de yönergenin son hali kabul edildi.⁶⁷

Bu değişiklikle birlik düzenlemelerinin teknolojik gelişmelere uyumlu hale gelmesi, üye ülkelerin risk değerlendirmelerine ilişkin uygulamalarının eşitlenmesi ve izin usullerini şeffaf hale getirerek kamuoyunun karar alma sürecine dahil edilmesi amaçlanmıştır.⁶⁸ Yapılan değişikliğe rağmen yönergenin otoriter prosedürü ve çevre ve insan sağlığının korunması amacı muhafaza edilmiştir.⁶⁹ Anahtar kelimeleri değişen yönerge, ayrıca risk değerlendirmesine ilişkin ayrıntılı prensipleri, uygulamalar hakkında kamuoyunun görüşünün alınmasını, genetiği değiştirilmiş organizmaların çevre ve insan sağlığı üzerinde yaratabileceği uzun vadeli etkilerinin ve etik kaygıların değerlendirme sürecine dahil edilmesini ve uygulamayı yapacak olan üye devletin uygulama öncesinde onaya sunacağı risk değerlendirmesinin yapılmasını içermektedir.⁷⁰

Genetiği değiştirilmiş organizmaların çevreye kasıtlı bırakılması, nüfus ve çevre ile bu organizmaların etkileşime geçmesi ve bunun için önlem alınması gerekliliğini

63 "Council Directive 98/81/EEC, Art. 7-11".

64 "Council Directive 98/81/EEC, Art. 14-19".

65 Pollack ve Shaffer, *When Cooperation*, s.239.

66 Pollack ve Shaffer, *When Cooperation*, s.239.

67 Pollack ve Shaffer, *When Cooperation*, s.240.

68 Güneş, "Genetiği Değiştirilmiş", s.67.

69 Jacqueline Peel, Rebecca Nelson ve Lee Godden, "GMO Trade Wars: The Submissions in the EC-GMO Dispute in the WTO", *Melbourne Journal of International Law*, 6 (2005), s.11, http://law.unimelb.edu.au/__data/assets/pdf_file/0011/1681148/Peel,-Nelson-and-Godden.pdf. (Erişim 20.01.2020).

70 Peel Nelson ve Godden, "GMO Trade", s.11.

ifade eder.⁷¹ Yönergenin “amaç” başlıklı 1. maddesine göre yönergenin amacı, ihtiyat ilkesine bağlı kalarak, genetiği değiştirilmiş organizmaların kasıtlı olarak çevreye bırakılması, üye ülkeler arasında piyasaya sürülmesi durumunda çevre ve insan sağlığını korumak ve üye ülkelerin bu konudaki hukuki düzenlemelerinin uyumlu hale getirilmesidir.⁷² Yönergenin 2. maddesi tanımları verirken 3. maddesi ise muafiyetlerden bahsetmektedir. “Genel yükümlülükler” başlıklı 4. maddesinde ise genetiği değiştirilmiş organizmaların çevreye kasıtlı salınması ve piyasaya sürülmesi durumunda üye devletlerin ihtiyat ilkesine bağlı kalarak önlem alması gerektiğini belirtmektedir.⁷³

Çevreye kasıtlı bırakmanın kapsamına genetiği değiştirilmiş organizmaların üretim vs. amaçlı bırakılması, hem de piyasaya sürülmesi girmektedir. Bu nedenle yönerge, hem GDO’ların çevreye kasıtlı salınımına hem de piyasaya sürülmesine ilişkin hükümler içermektedir. Bu nedenle yönergenin içeriğini iki başlık halinde incelemekte fayda vardır.

Genetiği Değiştirilmiş Organizmaların Deneysel Amaçlarla Çevreye Bırakılması

2001/18/EC sayılı yönergenin B bölümünde 5-11. maddeler, GDO’ların piyasaya sürülmesinden başka sebeplerle kasıtlı olarak çevreye bırakılmasına ilişkin düzenlemeler içerir. Burada kastedilen GDO’ların araştırma, geliştirme, tohum çoğaltma, risk değerlendirme, deneyler, biyoteknolojik çalışmalar vb. sebeplerle çevreye bırakılmasıdır.⁷⁴

Deneysel amaçlarla çevreye bırakma, kapalı kullanımın bir adım ilerisini teşkil etmektedir. Ancak burada çevreye bırakılan organizmalar diğer canlı türleriyle etkileşime geçerek doğal dengeyi değiştirebileceğinden daha ağır izin yöntemleri öngörülmektedir.⁷⁵ Yönergede belirtilen izin usulü salınımın gerçekleşeceği üye devletin yetkili makamına bildirimde bulunulmasıyla başlar. Bu bildirimde içeriğinde yer alması gereken bilgiler yönergenin EK-III A ve B bölümlerinde belirtilmiştir.⁷⁶

71 Oğuzlar, *Genetiği Değiştirilmiş*, s.61.

72 “Directive 2001/18/EC of the European Parliament and of the Council of 12 March 2001 on the Deliberate Release on the Environment of Genetically Modified Organisms and Repealing Council Directive 90/220/EEC, Article 1”, http://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:303dd4fa-07a8-4d20-86a8-0baaf0518d22.0004.02/DOC_1&format=PDF, (erişim 20.01.2020).

73 “Directive 2001/18/EC Of The European Parliament and of the Council of 12 March 2001 on the Deliberate Release on the Environment of Genetically Modified Organisms and Repealing Council Directive 90/220/EEC, Article 4”.

74 “2003/701/EC, Commission Decision of 29 September 2003 establishing pursuant to directive 2001/18/EC Of The European Parliament and Of The Council a format for presenting the results of the deliberate release into the environment of genetically modified higher plants for purposes other than placing on the market, Annex Art. 5”, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:254:0021:0028:EN:PDF>, (erişim 20.01.2020); Oğuzlar, *Genetiği Değiştirilmiş*, s.62; Güneş,

“Genetiği Değiştirilmiş”, s.68.
75 Yıldırım, *Gen Teknik*, s.65.

76 Annex III A, Information Required in Notifications Concerning Releases of Genetically Modified Organisms Other than Higher Plants, Annex III B, Information Required in Notifications Concerning Releases of Genetically Modified Higher Plants (GMHPs), http://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:303dd4fa-07a8-4d20-86a8-0baaf0518d22.0004.02/DOC_1&format=PDF, (erişim 20.01.2020).

Bildirimi yapan üye devlet ayrıca salınımı yapılacak GDO ile ilgili olarak risk değerlendirmesi yapıp GDO'nun içeriği, çevre ve insan sağlığına etkileri, çevreyle etkileşiminin olası sonuçları hakkında ilgili devlete bilgi vermekle yükümlüdür.⁷⁷ Bildirimi alan devlet bu bilgileri değerlendirip izin verip vermemekte serbesttir.

Bildirim alınmasının ardından bildirim alan üye devlet ile diğer üye devletle ve komisyon arasındaki bilgi alışverişi süreci başlamış olur. Bildirimi alan devlet bildirim özetini, aldığı tarihten itibaren 30 gün içinde komisyona gönderecektir.⁷⁸ Komisyon da bildirim kendisine ulaştığı tarihten itibaren 30 gün içinde bildirim özetini diğer üye devletlerle paylaşacaktır.⁷⁹ Yönergede yapılan iki önemli değişiklik 9 ve 11. maddelerde belirtilmiştir. Üye devletler bilgi değişim süreci hakkında ve B bölümünde belirtilen ülkede salınımı yapılacak GDO'lar hakkında kamuoyunu bilgilendirmelidir.⁸⁰ Bildirimi alan üye devlet kendisine bildirim özeti yerine tam metnin gönderilmesini de isteyebilir.⁸¹

Bilgi değişim süreci sona erdikten sonra ilgili devletin yetkili makamı bildirim alınmasından itibaren 90 gün içinde başvuru devlete GDO'nun ülkesinde deneysel amaçla serbest bırakılmasına izin verip vermediğini yazılı olarak açıklamakla yükümlüdür.⁸² Bu bildirimde ilgili devlet salınımına izin verebileceği gibi kendisine yapılan bildirim yönergeye uygun olmadığını belirterek reddetme hakkına da sahiptir.

GDO'nun deneysel amaçla serbest bırakılmasına izin verilmesinin ardından ilgili üye devletler şartların takipçisi olacaklardır. Çevreye serbest bırakılan organizmaların çevre ve insan sağlığı üzerinde risk yaratması, beklenmedik bir değişimin ortaya çıkması ya da GDO ile ilgili yeni bilgilerin elde edilmesi durumunda bildirimde bulunan yetkili kuruma haber vermekle, çevre ve insan sağlığını koruyucu tedbirler almakla ve bildirimde yer alan tedbirleri yeniden gözden geçirmekle yükümlüdür.⁸³ Yetkili kurum durumun değişikliğini değerlendirip kamuoyunun bilgisine sunar ve bildirimde bulunan devletten durumun özelliğine göre şartları değiştirmesini, serbest bırakmayı ertelemesini veya sona erdirmesini isteyebilir.⁸⁴

Genetiği Değiştirilmiş Organizmaların Piyasaya Sürülmesi

Genetiği değiştirilmiş organizmaların piyasaya sürülmesine ilişkin kurallar, diğer düzenlemelerin aksine tüm üye devletleri etkileyecektir. Çünkü yönergenin serbest dolaşım başlıklı 22. maddesine göre üye devletler yönergede izin verilen organizmaların piyasaya sürülmesini yasaklayan, kısıtlayan veya engelleyen düzenlemeler yapamazlar. Bu nedenle genetiği değiştirilmiş organizmaların piyasaya sürülmesine ilişkin kurallar daha da sıkı koşullara tabi tutulmuştur. Bu kurallar

77 "Directive 2001/18/EC, Art. 6"

78 "Directive 2001/18/EC, Art. 11/1"

79 "Directive 2001/18/EC, Art. 11/2"

80 "Directive 2001/18/EC, Art. 9"

81 "Directive 2001/18/EC, Art. 11"

82 "Directive 2001/18/EC, Art. 6/5"

83 "Directive 2001/18/EC, Art. 11/1"

84 "Directive 2001/18/EC, Art. 11/2"

yönergenin C bölümünde (md. 12-24) yer almaktadır. Yönergenin kapsamına genetiği değiştirilmiş organizmalar ve bu organizmaları içeren ürünler girmektedir. Ancak genetiği değiştirilmiş organizmalardan türetilmiş ürünler yönerge kapsamında değildir. Çünkü bu ürünler Genetiği Değiştirilmiş Gıda ve Yemlere İlişkin Tüzük ve Yeni Gıda Tüzüğü kapsamındadır.⁸⁵

Öncelikle GDO'nun piyasaya ilk kez sürüleceği devlete bildirimde bulunulur.⁸⁶ Bildirimi alan devlet GDO'lara ilişkin değerlendirme raporunu 90 gün içinde hazırlar.⁸⁷ Ayrıca bildirimi alan devlet olumsuz görüş taşııyorsa bu değerlendirmeyi komisyona, komisyon da diğer üye devletlere bildirir.⁸⁸ Diğer üye devletler ve komisyon, bildirimden kendilerine ulaşmasından itibaren 60 gün içinde ek bilgi talebinde bulunabilir, görüşlerini veya itirazlarını bildirebilir.⁸⁹ Diğer üye devletler ve komisyon itiraz etmezse gerekli izin verilir. Eğer itiraz ederlerse veya komisyon gerekli görürse, genetiği değiştirilmiş organizmanın çevre ve insan sağlığı üzerindeki risklerinin belirlenmesi için bilimsel komiteye başvurulur.⁹⁰ Bilimsel komitenin kararı doğrultusunda tüm üye ülkeler bir araya gelerek karar verilir.

GDO'nun piyasaya sürülmesine ilişkin karar alındığında bu durum karar alındıktan itibaren 30 gün içinde diğer üye devletlere bildirilir.⁹¹ Bu izin GDO'nun veya GDO içeren ürünün birlik çapında kullanımını sağlar.⁹² İzin en fazla 10 yıllık süre için verilebilir.⁹³

Genetiği değiştirilmiş organizmalar piyasaya sürüldükten sonra üye devletler bazı şartlarla birtakım önlemler alabilirler. Üye devletlerin yönergeye göre izin verilmiş GDO'lar hakkında kural olarak yasaklayıcı veya kısıtlayıcı önlem alamayacaklarını, bunun da birlik içinde serbest dolaşımın gereği olduğunu belirtmiştik. Ancak 2001/18/EC sayılı yönergeye göre 90/220 sayılı yönergeden farklı olarak üye devletler, yapılan risk değerlendirmesinde veya GDO'nun piyasaya sürülmesi durumunda GDO'nun çevre ve insan sağlığı üzerinde risk yaratabileceğine ilişkin yeni veya ek bilimsel bulgu elde ederlerse, söz konusu GDO'yu ülkelerinde yasaklayabilir veya engelleyebilirler.⁹⁴ Üye devletlerin bu engelleyemeye dair karar almaları keyfi olmamalıdır. Böyle bir karar alan üye devlet bu kararı gerekçeleriyle birlikte komisyona ve diğer üye devletlere bildirmekle yükümlüdür.⁹⁵ Kararı alan devlet gerekçesinde GDO'nun çevre ve insan sağlığı üzerinde hangi riskleri oluşturduğunu, bu konuda elde edilen yeni veya ek bilgiyi, durumun telafi edilmesi için yapılması gerekenleri bulundurmamalıdır.

Piyasaya sürülmesine izin verilen GDO'nun denetimi için izin verildikten sonra

85 Güneş, "Genetiği Değiştirilmiş", s.69; Oğuzlar, *Genetiği Değiştirilmiş*, s.65-66.

86 "Directive 2001/18/EC, Art. 13".

87 "Directive 2001/18/EC, Art. 14".

88 "Directive 2001/18/EC, Art. 13/1".

89 "Directive 2001/18/EC, Art. 15/1".

90 "Directive 2001/18/EC, Art. 28".

91 "Directive 2001/18/EC, Art. 30".

92 Oğuzlar, *Genetiği Değiştirilmiş*, s.68.

93 "Directive 2001/18/EC, Art. 15/4".

94 Bu önlemlere "safeguard clause" denilmektedir, "Directive 2001/18/EC, Art. 23/1".

95 Directive 2001/18/EC, Art. 23/1".

bildirimde bulunan devlet tarafından gözetim planı hazırlanır.⁹⁶ Gözetim planında yer alacak unsurlar yönergenin Ek VII⁹⁷ bölümünde belirtilmektedir. Gözetim planının amacı GDO'ların varlığının tahmin edilen olumsuz etkilerinin teyit edilmesi ve çevre ve insan sağlığı üzerinde daha önceden öngörülmemiş etkilerinin belirlenmesi olarak açıklanmıştır.⁹⁸ Böyle etkilerin görülmesi durumunda bildirimde bulunan devlet yetkili kurumu derhal bilgilendirmekle ve çevre ve insan sağlığını korumak için gereken önlemleri almakla yükümlüdür.⁹⁹ Yetkili kurum durumu komisyona ve diğer üye devletlere bildirmekle yükümlüdür.¹⁰⁰

Genetiği Değiştirilmiş Gıda ve Yemler

Genetiği değiştirilmiş organizmaların piyasaya sürülmesine ilişkin 2001/18 sayılı yönerge birlik çapında yetersiz bulunarak eleştiriliyordu. Bunun sebebi daha sıkı bir düzenlemeden yoksun olunan bir ortamda hala ulusal koruma öngörmesi ve hakiki yasal gecikmede ısrarcı olmasıydı.¹⁰¹ Bu görüşü paylaşan ülkeler özellikle Avusturya, Danimarka, Fransa, Yunanistan, İtalya ve Lüksemburg'du.¹⁰²

Bu eleştirel bakış üzerine Komisyon yeni bir tüzük için öneride bulundu. Daha sonra GDO'lara ilişkin daha sıkı bir düzenleme getiren 1829/2003 sayılı tüzük yürürlüğe girmiştir. Bu tüzük ile piyasaya sürüm öncesi değerlendirme ve izin süreci uzatılmış ve detaylandırılmıştır. İzin sürecine Avrupa Gıda Güvenliği Örgütü (EFSA) ve üye devletlerin temsilcilerinden oluşan Gıda Zinciri ve Hayvan Sağlığı Daimi Komitesi dahil edilmiştir.

Tüzüğün öngördüğü izin usulü, genetiği değiştirilmiş gıda ürünü ya da yemi piyasaya sürmek isteyen kişinin, ürünün pazarlanacağı yerdeki yetkili kuruma başvuru yapmasıyla başlar.¹⁰³ Başvuruda genetiği değiştirilmiş ürünün çevre ve insan sağlığına karşı risk taşımadığına ilişkin değerlendirme, ürünün üretim metodu, tüketiciler için kullanım önerisi ve etiketleme önerisi gibi bilgiler yer alır.¹⁰⁴ Piyasaya sürülecek ürünler genetiği değiştirilmiş organizmadan meydana geliyorsa ya da genetiği değiştirilmiş organizma içeriyorsa, 2001/18 sayılı yönergede yer alan şartlara uygun olarak çevre ve insan sağlığı üzerinde risk değerlendirmesi yapılmalı, ayrıca yine 2001/18 sayılı yönergede sözü geçen gözetim planı hazırlanmalıdır.¹⁰⁵

96 "2002/811/EC Council Decision of 3 October 2002 Establishing Guidance Notes Supplementing Annex VII to Directive 2001/18/EC of the European Parliament and of the Council on the Deliberate Release", The Environment of Genetically Modified Organisms and Repealing Council Directive 90/220 EC, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32002D0811&from=en>, (erişim 20.01.2020).

97 Directive 2001/18/EC, Annex VII".

98 Directive 2001/18/EC, Annex VII, A".

99 Directive 2001/18/EC, Art. 20/2".

100 Directive 2001/18/EC, Art. 20/3".

101 Pollack ve Shaffer, *When Cooperation*, s.240.

102 Pollack ve Shaffer, *When Cooperation*, s.240.

103 "Regulation (EC) No 1829/2003 of the European Parliament and of the Council of 22 September 2003 on Genetically Modified Food and Feed, Art 5/2- Art. 17/2", <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:268:0001:0023:EN:PDF>, (erişim 20.01.2020)

104 "Regulation (EC) 1829/2003, Art. 5/3-Art. 17/3".

105 "Regulation (EC) 1829/2003, Art. 5/5-Art. 17/5".

Ulusal yetkili kurum kendisine yapılan başvuruyu Avrupa Gıda Güvenliği Örgütü'ne bildirir. O da başvurunun içeriğini komisyon ve diğer üye devletlere bildirir. Böylece başvuruyu değerlendirme süreci başlar. EFSA başvuru hakkında görüşünü içeren değerlendirme raporunu 6 aylık süre içinde verir.¹⁰⁶ Bundan sonra karar taslağını komisyon 3 ay içinde verecektir.¹⁰⁷ EFSA'nın değerlendirme raporunu alan komisyon, GDO ile ilgili kararını açıklarken bu raporla bağlı değildir, rapordan bağımsız olarak karar verir. Komisyon karar verirken AB yasal düzenlemelerini ve sosyal, kültürel, çevresel diğer etkenleri göz önünde bulundurur.¹⁰⁸

Komisyonun hazırladığı karar taslağı, üye devletlerden oluşan komiteye (Gıda Zinciri ve Hayvan Sağlığı Daimi Komitesi) sunulur. Komitenin de görüşüne göre karar alınır. Alınan karar AB Resmi Gazetesi'nde yayımlanır.¹⁰⁹ Verilen izin en fazla 10 yıl için ve birlik çapında geçerli olur.¹¹⁰ Ayrıca izin verilen genetiği değiştirilmiş ürün, bunlara mahsus sicile kaydedilir ve sicil kamunun erişimine açık hale getirilir.¹¹¹

İzin verildikten sonra buna bağlı olarak denetimler ve kontroller de yapılacaktır. Bu tüzük kapsamında koruma mekanizmasının geliştirilmiş olmasının sebebi, genetiği değiştirilmiş organizmaların olası risklerinin veya etkilerinin henüz kesinleşmemiş olmasıdır. Bu nedenle tüzüğe göre denetimler yapılacaktır.

Öncelikle izin sahibinin yerine getirmesi gereken denetim ve bildirim yükümlülükleri vardır. Genetiği değiştirilmiş organizmanın piyasaya sürülmesine dair izni alan, organizmanın çevre ve insan sağlığı üzerindeki etkilerini içeren rapor hazırlayıp komisyona sunmakla ve bu bildirim içeriğini halka açık hale getirmekle yükümlüdür.¹¹² İzin sahibi, genetiği değiştirilmiş organizmanın kullanım güvenliğini etkileyecek yeni bilimsel veya teknik bilginin ortaya çıkması durumunda komisyonu bilgilendirecek, ayrıca herhangi bir üye devlet organizmayı ülkesinde yasaklarsa bunu da derhal komisyona bildirecektir.¹¹³

Bunlardan başka izin verilen genetiği değiştirilmiş organizma hakkında bulgular veya veriler elde edilmesi durumunda komisyonun alacağı önlemler vardır. İzin verilen organizmanın insan, hayvan sağlığı ve çevre üzerinde ciddi risklere sahip olduğu açıksa veya Avrupa Gıda Güvenliği Kurumu verilen iznin durdurulması veya değiştirilmesi yönünde görüş bildirirse, komisyon gerekli önlemleri almakla yükümlüdür.¹¹⁴ Üye devletler de bazı şartlar altında GDO'nun kullanımını kendi ülkelerinde yasaklayabilir veya kısıtlayabilirler. Ancak bu durumu komisyona derhal bildirmelidirler.

106 "Regulation (EC) 1829/2003, Art. 6/1-Art. 18/1".

107 "Regulation (EC) 1829/2003, Art. 7".

108 Oğuzlar, *Genetiği Değiştirilmiş*, s.78; "Regulation (EC) 1829/2003, Art. 7".

109 "Regulation (EC) 1829/2003, Art. 7/4-Art. 19/4".

110 "Regulation (EC) 1829/2003, Art. 7/5-Art. 19/5".

111 "Regulation (EC) 1829/2003, Art. 28".

112 "Regulation (EC) 1829/2003, Art. 9/1-21/1".

113 "Regulation (EC) 1829/2003, Art. 9/3-21/3".

114 "Regulation (EC) 1829/2003, Art. 34".

Genetiği Değiştirilmiş Organizmaların İzlenebilirliği ve Etiketlenmesi

AB düzenlemeleri içinde genetiği değiştirilmiş organizmaların izlenebilirliği ve etiketlenmesine ilişkin düzenlemelerin bir kısmı 1830/2003 sayılı tüzükte, bir kısmı da 1829/2003 sayılı tüzükte yer almaktadır. Bu tüzüklerde bulunan maddeler hem genetiği değiştirilmiş organizmadan oluşan ürünleri hem de genetiği değiştirilmiş organizma içeren ürünleri kapsamaktadır. Ayrıca sözü geçen 1830/2003 sayılı tüzük, 1829/2003 sayılı tüzüğün ve 2001/18 sayılı yönergenin tamamlayıcısıdır¹¹⁵ ve 1830 ile 1829 sayılı tüzükler birlikte kabul edilmiştir.

Tüzüğün amaçları GDO'ların veya GDO içeren ürünlerin çevre, insan ve hayvan sağlığı üzerinde taşıdığı riskleri tespit edip önlem alabilmek için izlenebilirlik ve etiketleme konusunda çerçeve oluşturmaktır.¹¹⁶ Böylece genetiği değiştirilmiş organizmalar veya bunları içeren ürünler piyasaya sürüldükten sonra takip edilmesi ve gerekirse piyasadaki kaldırılması kolaylaşmış olacaktır.¹¹⁷

GDO'ların izlenebilirliği ile ilgili süreç üreticinin sorumluluğu ile başlamaktadır. Ürünün üreticisi içeriğinde GDO olduğunu veya ürünün GDO'dan oluştuğunu belirten kodlarla¹¹⁸ birlikte yazılı olarak ürünü alan işletmeciye aktarmakla yükümlüdür.¹¹⁹ Böylece bir ürünü satın alan kişi ya da kurumlar ürünün GDO içerdiğini veya GDO'dan oluştuğunu bileceklerdir. Hatta bu bilgilendirme sadece üretim ve ilk satış aşamasıyla sınırlı kalmamaktadır. Satış ve dağıtım zinciri içindeki her bir satıcı (veya sağlayıcı) ürünün içeriği hakkında diğerine yazılı bilgi vermeli ve ürünün kodunu iletmelidir.¹²⁰ Bu bilgileri alan her bir satıcı veya dağıtıcı, bu bilgileri ve ürünü satın aldığı veya sattığı kişilerin kaydını 5 yıl süreyle saklamakla yükümlüdür.¹²¹ Buradaki amaç üretimden itibaren satış ve dağıtımın her aşamasında ürünlerin izlenebilirliğinin sağlanmasıdır.

Etiketlemeye ilişkin uygulamalar ve düzenlemeler, en çok tartışılan ve birlik çapında en çok gündeme gelen düzenlemeler arasındadır. Bunlar da 1829/2003 ve 1830/2003 sayılı tüzüklerde yer almaktadır. GDO'ların ve GDO içeren ürünlerin etiketlenmesinin amacı tüketicinin bilgilendirilmesi ve bilinçli tercih yapmasının sağlanmasıdır.¹²² Aynı zamanda etiketleme, genetiği değiştirilmiş ürünün geleneksel benzerlerinden farklı olduğunu, besin değerlerini, toplum sağlığı açısından etkilerini, etik ve dini kaygılara yol açabilecek olan niteliklerini belirtmelidir.¹²³

Piyasadaki ürünler genetiği değiştirilmiş organizmadan elde edilmese veya genetiği değiştirilmiş organizma içermesi istenmese de, üretim, taşınma, işleme, depolama

115 Oğuzlar, *Genetiği Değiştirilmiş*, s.80.

116 "Regulation (EC) 1830/2003, Art. 1".

117 Oğuzlar, *Genetiği Değiştirilmiş*, s.80-81.

118 Burada sözü geçen kodlar, her bir ürün için ayrı ayrı hazırlanmış, GDO içermeyen diğer ürünlerden ayırt edilmesini sağlayan kodlardır, Regulation (EC) 65/2004, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32004R0065&from=EN>, (erişim 19.01.2020)

119 "Regulation (EC) 1830/2003, Art. 4/1".

120 "Regulation (EC) 1830/2003, Art. 4/2".

121 "Regulation (EC) 1830/2003, Art. 4/4".

122 "Regulation (EC) 1829/2003, Recital (20)".

123 "Regulation (EC) 1829/2003, Recital (22)".

aşamasında bilinçli olmadan içeriğine GDO bulaşmış olabilir. İşte bu durumda GDO içeriği belli oranların altındaysa ürün etiketleme zorunluluğundan muaf tutulur. Tüzüğe göre geleneksel ürünlerdeki GDO kalıntısı %0,9'u geçmiyorsa etiketlemeden muaf tutulacaktır.¹²⁴ Muafiyetin uygulanabilmesi için karışmanın tesadüfi ve teknik açıdan kaçınılmaz olması, bunun yanında satıcının gereken tedbirleri almış olması gerekmektedir.¹²⁵ Ayrıca tüzük GDO'nun birlik bilimsel risk değerlendirmesinde elverişli bulunabilmesi için %0,5 oranında sıkı bir eşik öngörmektedir.¹²⁶ Bununla birlikte tüzük üç yıl süreyle GDO'ların izlenmesini ve eğer çevrede kalıntı bırakmıyorsa, sıfır direnç gösteriyorsa kullanımına izin verilmesini öngörmektedir.¹²⁷

Sonuç

Genetiği değiştirilmiş organizmalar, modern biyoteknolojik gelişmeler neticesinde hayatımıza girmiştir ve gıda, sağlık, endüstri başta olmak üzere birçok alanda kullanılmaktadır. İlk kez koyun Dolly'nin klonlanmasıyla başlayan gen aktarımı süreci daha sonra bitkilerin ve hayvanların genlerinin değiştirilmesi ile ilerlemiştir.

Dünyada çevreyi koruma bilincinin oluşması Stockholm Bildirgesi ile başlamış ve Cartagena Biyogüvenlik Protokolü'nün imzalanması ile devletlere insan, hayvan sağlığı ile çevre ve biyoçeşitliliğin korunması ve genetik kaynakların sürdürülebilir kullanımının sağlanması için iç hukuklarında düzenleme yapma yükümlülüğü getirilmiştir. Bunun üzerine AB'de GDO'lara ilişkin yönerge ve tüzükler kabul edilmiştir.

GDO'larla ilgili yönergeler Genetiği Değiştirilmiş Mikroorganizmaların Kapalı Sistemlerde Kullanımına İlişkin Konsey Yönergesi (98/81/EG) ve Genetiği Değiştirilmiş Organizmaların Çevreye Bilinçli Salınımına İlişkin Avrupa Parlamentosu Konsey Yönergesidir (2001/18/EG). Bu yönergeler Avrupa Topluluğu Anlaşmasınının 249. maddesinin 3. fıkrası gereğince üye ülkelerde doğrudan uygulanma kabiliyetine sahip olmayıp üye ülkelerin ulusal makamlarınca iç hukuka aktarılacaktır.¹²⁸ Bunlardan başka GDO'ların sınıraşan hareketlerine ilişkin tüzük, GDO'ların İzlenebilirliği, Etiketlenmesine İlişkin Tüzük ve Genetiği Değiştirilmiş Gıda ve Yemlere İlişkin Tüzük temel düzenlemelerdir. Bu tüzükler ise Avrupa Topluluğu Anlaşması'nın 249. maddesinin 2. fıkrası gereğince üye ülkelerde doğrudan uygulanacaktır.

AB üyesi devletler bu yönerge ve tüzüklere göre iç hukuklarında yasal düzenlemeler yapmışlardır. Örneğin Fransa'da Çevre Kanunu (Code De L'Environnement), Almanya'da Gen Teknik Kanunu genetiği değiştirilmiş organizmalara ilişkin düzenlemeler içermektedir.¹²⁹

124 "Regulation (EC) 1829/2003, Art. 12/2, Art. 24/2; Regulation (EC) 1830/2003, Art. 4/7-8".

125 "Regulation (EC) 1829/2003, Art. 12/3, 24/3".

126 Pollack ve Shaffer, *When Cooperation*, s.242.

127 Bu uygulama Nisan 2007'de yürürlüğe girmiştir. Ancak bu düzenlemeye ABD şiddetle karşı çıkmıştır. Çünkü bu sınırlama GDO'ların ticaretini engelleyen bir hükümdür, Pollack ve Shaffer, *When Cooperation*, s.242.

128 "European Union Consolidated Versions of the Treaty on European Union and of the Treaty Establishing the European Community", Official Journal of the European Union, C321 E/1, 29.12.2006, <http://www.bumko.gov.tr/Eklenti/2841,maastrichtconsolidateenpdf.pdf?0>. (erişim 22.01.2020)

129 Bu kanunlarla ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. Ateş, "Biyogüvenlik Kanunu", s.50 vd.

AB yönergelerinin üye devletleri yasal düzenleme yapma, GDO'larla ilgili yeni bilgi edinildiğinde engelleme veya sınır getirme konusunda serbest bıraktığı için devletlerin farklı yasal düzenleme yapma yollarına gittikleri görülmektedir. Ancak tüm devletler birlik içerisinde serbest dolaşımı sağlama yükümlülüğünü de yerine getirme zorunluluğuna sahiptirler.

AB çatısı altında yönerge ve tüzüklerin kabul edilmesiyle birlik içinde yasal düzenleme birliği sağlanmış ve özellikle kamunun bilgi edinme hakkı ön plana çıkarılmıştır. Böylece GDO'larla ilgili olarak kamuoyunda oluşan olumsuz izlenimlerin de önüne geçilmiştir.

Cartagena Biyogüvenlik Protokolü'nü kabul etmiş olan Türkiye de AB uyum yasaları çerçevesinde genetiği değiştirilmiş organizmalarla ilgili yasal düzenleme yapma yoluna gitmiştir. Bu kapsamda düzenlemeler içeren 5977 sayılı Biyogüvenlik Kanunu 26.09.2010 tarihinde ülkemizde yürürlüğe girmiştir.

Kaynakça

- Ateş, Zehra Gizem. "Biyogüvenlik Kanunu Çerçevesinde Hukuki Sorumluluk". Doktora Tezi, İstanbul Kültür Üniversitesi, 2020.
- Atsan, Tecer ve Tuğba Ekrem Kaya. "Genetiği Değiştirilmiş Organizmaların (GDO) Tarım ve İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri". *Uludağ Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*. 22/ II (2008): 1-6.
- Aydın, Halim. *Sağlıklı Nesiller İçin Önce Sağlıklı Tohum*. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları, 2012.
- Bio technoogy, Economic and Wider Impacts, Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD)*, Paris: 1989.
- Charles, Daniel. *Lords of the Harvest*. New York: Basic Books, 2002.
- Çelik, Venhar ve Dilek Turgut-Balık. "Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar (GDO)". *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 23:1-2 (2007): 13-23. <http://www.egecep.org.tr>. (erişim 19.01.2020)
- Çetiner, Selim. "Genetiği Değiştirilmiş Organizma Nedir? Sorular ve Yanıtlar 1-2". [http://research.sabanciuniv.edu/_Organizma_\(GDO\)_Nedir_Sor_I.pdf](http://research.sabanciuniv.edu/_Organizma_(GDO)_Nedir_Sor_I.pdf). (erişim 19.01.2020)
- Demirkol, Kenan. *GDO: Çağdaş Esaret*. İstanbul: Kaynak Yayınları, 2010.
- Denli, Muzaffer. *Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar (GDO)*. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası, 2012.
- Erdoğan, Sayıt Mahmut. "Dünyada GDO Mevzuatı, Ticareti ve Uygulamalarının Karşılaştırılması ve Türkiye". AB Uzmanlık Tezi, T.C. Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, Ankara, 2015.
- Evenson, Robert ve Terri Raney. *The Political Economy of Genetically Modified Foods*. USA: Edward Edgar Publishing, 2007.
- Franceskon, Silvia. "The New Directive 2001/18/EC on the Deliberate Release of Genetically Modified Organisms into the Environment:

- Changes and Perspectives”. 10/3 (2001). http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/14679388.00290/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&showcheckout=1&purchase_referrer=www.google.com.tr&purchase_site_license. (erişim 20.01.2020)
- Güneş, M. Ahmet. “Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar ve Çevre Hukuku – Uluslararası Düzenlemeler, Avrupa Birliği Hukuku ve Türkiye’deki Mevcut Durum”. *İÜHFD*. 56/2 (2008): 49-90.
- Ho, Mae-Wan. *Genetik Mühendisliği Rüya mı Kabus mu?*. Çev., Emral Çakmak. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 2001.
- Indur M. Goklany. “Applying the Precautionary Principle to Genetically Modified Crops”. *Genetically Modified Foods*. Ed., Michael Ruse. David Castle. New York: Prometheus Books, 2002.
- Kathiann M. Kowalski. *The Debate over Genetically Engineered Food, Healthy or Harmful?*. USA: Enslow Publishers, 2002.
- Krueger, Roger. “Ag Biotech: Our Past and Our Future”. *Genetically Modified Organisms in Agriculture*. Ed., Gerald C. Nelson. New York: Academic Press, 2001.
- Mutlu, Şebnem. “Piyasada Satışa Sürülen Cips ve Gevreklerde GDO Varlığının Araştırılması”. Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi, 2006. <http://acikerisim.nku.edu.tr>. (Erişim 19.01.2020)
- Oğuzlar, Özlem. *Genetiği Değiştirilmiş Organizmalara İlişkin Uluslararası ve Avrupa Birliği’ndeki Düzenlemeler*. İstanbul: Galatasaray Üniversitesi Yayınları, 2009.
- Özer, Kemal. *Deccal Tabakta*. İstanbul: Hayy Kitap, 2010.
- Özgen Arun, Özge, Karlo Muratoğlu ve Funda Yılmaz Eker. “Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar Kavramına Genel Bakış”. İstanbul Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi. 41/1 (2015):113-123. https://www.researchgate.net/publication/271208683_Genetigi_Degistirilmis_Organizmalar_Kavramina_Genel_Bakis. (Erişim 19.01.2020).
- Peel, Jacqueline, Rebecca Nelson ve Lee Godden. “GMO Trade Wars: The Submissions in the EC-GMO Dispute in the WTO”. *Melbourne Journal of International Law*. 6 (2005). http://law.unimelb.edu.au/__data/assets/pdffile/0011/1681148/Peel,Nelson-andGodden.pdf. (Erişim 20.01.2020)
- Persley, Gabrielle J. ve James N. Siedow. “Application of Biotechnology to Crops Benefits and Risks”. *Genetically Modified Foods (GMO)*. Ed., Michael Ruse ve David Castle. Newyork: Prometheus Books, 2002.
- Pollack, Mark A. ve Gregory C. Shaffer. *When Cooperation Fails, the International Law and Politics of Genetically Modified Foods*. Oxford: Oxford University Press, 2009.
- Ronnie Cummins ve Ben Lilliston. *Genetically Modified Food*. New York: Marlowe&Company, 2004.
- Teitel, Martin ve Kimberly Wilson. *Genetically Engineered Food, Changing the Nature of Nature*. Canada: Park Street Press, 1999.
- Topal, Şeminur. *Biyogüvenlik ve Biyoteknoloji*. İstanbul: Cem Ofset Matbaası, 2006.

- Treawas, Anthony.”*Much Food, Many Problems*”. *Genetically Modified Foods*. Ed., Michael Ruse, David Castle. New York: Prometheus Books, 2002.
- Yıldırım, Mustafa Fadıl. *Gen Teknik Uygulamalardan Doğan Hukuki Sorumluluk*. Ankara: Engin Yayınevi, 2008.
- Yılmaz, Funda. “Bitkisel Üretimde Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar ve Ürünleri ile Biyogüvenlik”. Uzmanlık Tezi, T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014.
- “Corpus Mevzuat ve İçtihat Bankası”. Erişim 16 Ocak, 2020. <https://www.corpus.com.tr>
- “Fao (Food And Agriculture Organization Of The United Nations)”. Erişim 19 Ocak, 2020. <http://www.fao.org/biotechnology/en>.
- “<https://www.bio.org/food-agricultural-biotechnology>”. Erişim 19 Ocak, 2020.
- “World Health Organization (WHO)”. Erişim 19 Ocak,2020. <http://who.int>.
- “T.C. AB Bakanlığı, AB'nin Çevre Politikası”. Erişim 20 Ocak, 2020. <https://www.ab.gov.tr/92.html>.
- “European Union Consolidated Versions of the Treaty on European Union and of the Treaty Establishing the European Community”, Official Journal of the European Union, C321 E/1, 29.12.2006, <http://www.bumko.gov.tr/Eklenti/2841,maastrichtconsolidateenpdf.pdf?0>, (erişim 20.01.2020)
- “Council Directive 98/81/EEC”, <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1998:330:0013:0031:EN:PDF>. (erişim 20 Ocak 2020)
- “Directive 2001/18/EC of the European Parliament and of the Council of 12 March 2001 on the Deliberate Release, on the Environment of Genetically Modified Organisms and Repealing Council Directive 90/220/EEC, Article 1”. http://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:303dd4fa-07a8-4d20-86a8-0baaf0518d22.0004.02/DOC_1&format=PDF. (erişim 20.01.2020)
- “2003/701/EC, Comission Decision of 29 September 2003 Establishing Pursuant to Directive 2001/18/EC of The European Parliament and of the Council a Format for Presenting the Results of the Deliberate Release into the Environment of Genetically Modified Highed Plants for Purposes Other than Placing on the Market, Annex Art. 5”. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:254:0021:0028:EN:PDF>. (erişim 20.01.2020)
- “2002/811/EC Council Decision of 3 October 2002 Establishing Guidance Notes Supplementing Annex VII to Directive 2001/18/EC of the European Parliament and of the Council on the Deliberate Release into the Environment of Genetically Modified Organisms and Repealing Council Directive 90/220 EC”. http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX_32002D0811&from=en. (erişim 20.01.2020)
- “Regulation (EC) No 1829/2003 of the European Parliament and of the Council of 22 September 2003 on Genetically Modified Food and Feed”. <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:268:0001:0023:EN:PDF>. (erişim 20.01.2020)
- “Regulation (EC) 1830/2003Of The European Parliament and of the Council of

22 September 2003 Concerning the Traceability and Labelling of Genetically Modified Organisms and the Traceability of Food and Feed Products Produced from Genetically Modified Organisms and Amending Directive 2001/18/EC". <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32003R1830&from=EN>. (erişim 20.01.2020)

The Legal Arrangements of European Union Concerning The Genetically Modified Organisms

ZEHRA GİZEM ATEŞ

Abstract: *Genetically modified organism (GMO) refers to as a new organism which is produced by transferring artificially gene to living beings' DNA structures. It is a well known fact that GMO is obtained throughout biotechnological studies. However, it can be argued that such production includes important risks for human health. Since the Maastrich Treaty in 1993, European Union (EU) has established legal arrangements against these health risks. By the same taken, one could analyse both regulations and directives concerning the problems of GMOs according to EU laws.*

Anahtar Kelimeler: *Genetically modified organisms, Health risks, European Unions directives and regulations.*



Kaybedilen Yaşam Yılına Etkileyen Risk Faktörlerinin DEMATEL Yöntemi Kullanılarak İncelenmesi

GİZEM ZEYDE AYDIN*
gizemzevde.aydin@omu.edu.tr
ORCID-ID: 0000-0002-8249-6788

AHMET SERHAT ULUDAĞ **
serhat.uludag@omu.edu.tr
ORCID-ID: 0000-0002-0058-2384

Öz: Bu çalışmada The Decision Making Trial and Evaluation Laboratory (DEMATEL) yöntemi vasıtasıyla kaybedilen yaşam yılları (YLL) üzerinde etkili olan 19 risk faktörü arasındaki neden sonuç ilişkisi araştırılmış ve risk faktörlerinin göreceli ağırlıkları hesaplanmıştır. Bu yolla, sağlıklı geçirilen yaşam yılında kayıplara neden olması muhtemel risklerin bertaraf edilerek kıt olan kaynakların etkin kullanımının ve uygulamaya konulacak olası tedbirlerin etkililiğinin sağlanması amaçlanmıştır. Elde edilen bulgulara göre 19 risk faktörü; 10'u etkileyen, 9'u ise etkilenen olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Etkileyen faktörler içerisinde alkol başta olmak üzere bağımlılığa neden olan maddelerin kullanımı, etkilenen risk faktörleri ve dolayısıyla kaybedilen yaşam yılı üzerinde en fazla etkiye neden olan faktörler olarak belirlenmiştir. Etkileyen grubunda yer alan 10 risk faktörünün ortaya çıkma olasılığı; uygulamaya konulacak olan sağlıkla ilgili ve idari tedbirler, bilinçlendirme ve küçük yaşta eğitim yoluyla büyük ölçüde bertaraf edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Karar verme, Karar verme teknikleri, Toplum sağlığı, Yaşam beklentisi.

Giriş

Gelişen teknolojiyle birlikte yaşam tarzının, yeme-içme alışkanlıklarının değişmesi, artan iş temposunun neden olduğu yoğun stres, bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımının yaygınlaşması ve kullanım yaşının düşmesi, her geçen gün artan şehirleşme, çevre kirliliği vb. pek çok risk faktörü bireyin sağlığını olumsuz yönde etkilemekte ve insan ömrünü kısaltmaktadır. Sağlıklı geçirilen yaşam yıllarında kayba ve hatta ölüme neden olan risk faktörlerinden başlıcaları T.C. Sağlık Bakanlığı 2017 yılı sağlık istatistikleri yılına göre; "yüksek beden kitle indeksi, aile içi şiddet, alkol kullanımı, beslenmeyle ilgili riskler, böbrek fonksiyon bozukluğu, çevreyle ilgili diğer riskler, çocuk ve annede malnütrisyon, çocuklukta kötü muameleye maruz kalma, düşük kemik mineral yoğunluğu, güvenli olmayan su, sanitasyon ve el yıkama, hava kirliliği, korunmasız cinsel ilişki, madde kullanımı, mesleki riskler, tütün kullanımı (aktif ve pasif), yetersiz fiziksel aktivite, yüksek açlık kan şekeri, yüksek

* Arş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

** Dr. Öğr. Üyesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Uluslararası Ticaret ve Lojistik Bölümü

LDL kolesterol, yüksek sistolik kan basıncı” olarak ifade edilmektedir.¹ Hastalık yükünün hesaplanmasında kullanılan ve erken yaşlardaki ölümler ile ölümlerle sonuçlanmayan ancak uzun dönemli işlev kaybına yol açan hastalıklar ve yaralanmalar nedeniyle kaybedilen yılları sayan, mutlak bir sağlık kaybı olarak ifade edilen DALY ölçütü, erken ölüm sebebiyle kaybedilen yaşam yılı (YLL) ve ölüme yol açmayan ancak ideal olmayan sağlık koşullarında yaşanan yılların (YLD) toplamından oluşmaktadır.² Kısaca erken ölüm nedeniyle kaybedilen yaşam yılları için YLL; ölümlerle sonuçlanmayan fakat yaşam kalitesini düşüren sağlık sorunlarıyla geçirilen yaşam yılları için ise, YLD ölçütü kullanılmaktadır. Bu iki ölçütü bir araya getiren DALY ise sağlık kaybı için kullanılmakta olup; 1 DALY, sağlıklı geçirilen 1 yaşam yılının yitirilmesi anlamına gelmektedir.³

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan istatistiklere göre, 2002 yılında Türkiye’de 100.000 kişiye düşen kaybedilen yaşam yılı toplam 17.063 iken; bu sayı, 2017 yılına gelindiğinde 11.885’e gerilemiştir. Cinsiyete göre 100.000 kişiye düşen kaybedilen yaşam yılı istatistikleri, kadınlarda meydana gelen düşüşün erkeklere göre daha fazla olduğunu göstermektedir. Keza, kadınlarda 2002 yılında 14.142 olan 100.000 kişiye düşen YLL, 2017 yılında 8.528’e gerilemiştir. Bununla birlikte, erkeklerde 2002 yılında 19.950 olan 100.000 kişiye düşen YLL, 2017 yılında 15.236’ya gerilemiştir. Bu gerilemede, YLL’de etkili olan risk faktörlerinin ve özellikle kadın nüfusta YLL’ye neden olan başlıca faktörlerin paylarının düşmesinin etkili olduğu söylenebilir. Yine Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2017 yılı ilk 10 YLL nedeni; iskemik kalp hastalığı, neonatal hastalıklar, trakea, bronş ve akciğer kanserleri, inme, konjenital doğum anomalileri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, trafik kazaları, kronik böbrek hastalığı, diyabet, Alzheimer ve diğer demans hastalıkları şeklinde sıralanmaktadır. 2002 yılında 1.507.528 olan toplam iskemik kalp hastalığı sayısı, 2017 yılına gelindiğinde %0,016’lık artışla 1.509.976’ya çıkmıştır. 2002 yılında 2.108.974 olan toplam neonatal hastalık sayısı, 2017 yılında %67,72 oranında gerileyerek 680.865 olarak kayıtlara geçmiştir. 2002 yılında 475.717 olan toplam trakea, bronş ve akciğer kanserleri sayısı, 2017 yılına gelindiğinde %37,70’lik artışla 655.068’e yükselmiştir. Toplam inme sayısı 2002 yılında 413.194 iken; bu sayı 2017 yılına gelindiğinde %55,60’lık artışla 642.929’a yükselmiştir. 2002 yılında toplam konjenital doğum anomalileri sayısı 919.470 iken; 2017 yılına gelindiğinde bu sayı %50,07’lik gerilemeyle birlikte 459.075 olarak gerçekleşmiştir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı sayısı 2002 yılında 262.266 iken; bu sayı 2017 yılına gelindiğinde %63,04’lük artışla 427.595 olarak gerçekleşmiştir. 2002 yılında 372.505 trafik kazası sayısı, 2017 yılına gelindiğinde %10,03’lük artışla 409.862 olarak gerçekleşmiştir. Kronik böbrek hastalığı sayısı 2002 yılında 229.221 iken; bu sayı 2017 yılına gelindiğinde %26,14’lük artışla 289.128 olarak kayıtlara yansımıştır. Diyabet sayısı toplamı 2002 yılında 254.821 iken; 2017 yılında bu sayı %11’lik artışla 282.840 olarak gerçekleşmiştir. Ve son olarak alzheimer ve diğer demans hastalıkları sayısı 2002 yılında 158.090 olarak kayıtlarda yer alırken;

1 T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yılı 2017*, Ankara: Kuban Matbaacılık, 2017, s.105.

2 T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)*, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2011, s.5.

3 T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri*, s.109.

bu sayı 2017 yılında %64,04'lük artışla 259.328 olarak gerçekleşmiştir. 2002 yılından 2017 yılına ilk 10 YLL nedenindeki yüzdelerdeki değişimlerde neonatal hastalıklardaki ve konjenital doğum anomalilerindeki ciddi düşüş; inme, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, alzheimer ve diğer demans hastalıklarındaki önemli orandaki artış ise dikkat çekicidir. Bunun yanı sıra, seçilmiş risk faktörlerinin YLL'deki %'lik payları dikkate alındığında; yüksek beden kitle indeksi, aile içi şiddet, alkol kullanımı, beslenmeyle ilgili riskler, böbrek fonksiyon bozukluğu, çevreyle ilgili diğer riskler, çocuk ve annede malnütrisyon, çocuklukta kötü muameleye maruz kalma, düşük kemik mineral yoğunluğu, güvenli olmayan su, sanitasyon ve el yıkama, hava kirliliği, korunmasız cinsel ilişki, madde kullanımı, mesleki riskler, tütün kullanımı (aktif ve pasif), yetersiz fiziksel aktivite, yüksek açlık kan şekeri, yüksek LDL kolesterol, yüksek sistolik kan basıncı gibi risk faktörlerinden çocuk ve annede malnütrisyon risk faktörünün YLL'deki payının 2002'de yaklaşık %24'lük payının ciddi oranda gerileyerek 2017'de yaklaşık %8'lerde gerçekleştiği anlaşılmaktadır. Bununla birlikte, yüksek sistolik kan basıncı, yüksek LDL kolesterol, yüksek açlık kan şekeri ve hava kirliliği gibi risk faktörlerinin YLL'deki %'lik paylarının bir miktar arttığı da Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 2017 yılı verilerinden anlaşılmaktadır. Kaybedilen yaşam yılı üzerinde etkili olan risk faktörleri ve YLL'ye neden olan hastalıklar dikkate alındığında; Türkiye'de 2017 yılında 100.000 kişiye düşen YLL 11.885 olup; bu haliyle orta üst gelir grubu ülkelerinden, OECD ülkelerinden, üst gelir grubu ülkelerinden, AB ülkelerinden, DSÖ Avrupa Bölgesinden ve dünya ortalamasından daha iyi bir durumda gözükmektedir⁴.

Bu çalışmanın temel amacı, sağlıklı geçirilen bir yaşam yılının kaybında etkili olan iki temel bileşenden biri olan YLL ölçütü üzerinde etkili olan risk faktörlerinin birbirleri arasındaki ilişkileri irdelemek, bunları etkileyen ve etkilenen risk faktörleri bağlamında gruplandırmak, söz konusu risk faktörlerinin ağırlıklarını hesaplamak, hem birey hem de toplum sağlığını olumsuz etkileyebilecek risk faktörlerinin azaltılması ve hatta ortadan kaldırılabilmesi için kıt kaynakların öncelikli konulara yönlendirilmesini sağlayacak sağlık politikası önerileri sunmaktır. Bu amaç doğrultusunda ilk olarak YLL üzerinde etkili olan risk faktörlerinin neler olabileceğine ilişkin bir araştırma yapılmıştır. Seçilen risk faktörlerinde tutarlı olabilmek için T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 2017 Sağlık İstatistik Yılığında YLL üzerinde etkili olan başlıca risk faktörleri olarak gösterilen 19 risk faktörünün analizde kullanılmasına karar verilmiştir. Söz konusu risk faktörlerinden hangilerinin etkileyen hangilerinin etkilenen olduğunun tespiti; bir diğer ifadeyle, risk faktörleri arasındaki içsel ilişkilerin ortaya çıkarılması ve görece ağırlıklarının hesaplanabilmesi için uzman görüşüne dayanan Çok Kriterli Karar Verme (ÇKKV) yöntemlerinden biri olan The Decision Making Trial and Evaluation Laboratory (DEMATEL) yöntemi kullanılmıştır.

Kaybedilen Yaşam Yılında Etkili Olan Bazı Risk Faktörleri

Kaybedilen yaşam yılı üzerinde etkili olan başlıca risk faktörleri arasında yer alan bağımlılıklar birey ve toplum sağlığı üzerinde olumsuz etkileri ve gelecek nesilleri

4 T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yılığ 2018*, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2019, s.99-111.

etkileme özelliği nedeniyle üzerinde önemle durulması gereken bir husustur. Tütün ve tütün mamulleri kadar kullanımı yaygın olmasa da alkol tüketiminin kanser, hipertansiyon, karaciğer sirozu, pankreas iltihabı, alkol bağımlılığı, şiddet, kaza ve yaralanma gibi olumsuz sonuçları beraberinde getirdiği görülmektedir.⁵ Tütün ve tütün mamullerini kullanma, yaygın bir bağımlılık çeşidi olmasının yanı sıra tütünde ve dumanında bulunan maddelerin insan sağlığı üzerine yaptığı son derece önemli zararlar nedeniyle, tütün ve tütün mamulleri kullanımı en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir.⁶ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre her yıl 8 milyondan fazla kişi tütün ve tütün mamulleri kullanımından kaynaklı olarak hayatını kaybetmektedir. Ölümün büyük çoğunluğunun gelir seviyesinin düşük olduğu ve tütüne dayalı endüstrinin geliştiği coğrafyalarda meydana gelmesi de⁷, gelişmişlik ve tütün kullanımı arasındaki ters orantılı ilişkiye işaret etmektedir. Tütün kullanımı, bağımlılığa neden olmanın yanı sıra pek çok hayati riske neden olabilecek hastalığa da zemin hazırlamaktadır. Bununla birlikte, tütün ve tütün mamullerini kullanmaya başlama zamanı ile tütün kullanımından kaynaklı gerçekleşen ölüm zamanı arasındaki süre nispeten uzundur.⁸ Tütün ve tütün mamullerinin kullanımı, sadece kullananları değil aynı zamanda bu ürünlerin dumanına maruz kalan kişileri de olumsuz etkilemektedir. Günümüzde pasif içicilik olarak ifade edilen bu durumun önüne geçilebilmesi için son yıllarda getirilen yasal kısıtlamalar memnuniyet vericidir.

Kaybedilen yaşam yılları üzerinde etkili olan bir diğer risk faktörü obezite, sağlığı olumsuz etkileyecek seviyelerdeki yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır. Bireye obezite tanısının koyulabilmesinde beden kitle indeksi yaygın olarak kullanılmaktadır. Beden kitle indeksinin belirlenmiş olan standartlar dışına çıkması, başta kalp rahatsızlıkları olmak üzere, diyabet, kas ve iskelet sistemi rahatsızlıkları ile bazı kanser türlerinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.⁹ Beden kitle indeksi (BKİ), kiloya ağırlık vermek için boyun karesini kullanır.¹⁰ Modern yaşamın beraberinde getirdiği obezite, insan sağlığını olumsuz etkileyecek ciddi sağlık sorunlarının da ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

Olumsuz yaşam koşulları bireylerin yeterli düzeyde ve dengeli beslenmesini engelleyebilmektedir. Bu durum literatürde malnütrisyon olarak tanımlanmaktadır.¹¹ Alınan besinlerin nitelik ve/veya nicelik bakımından yetersiz oluşu nedeniyle ortaya

5 Jürgen Rehm, Jayadeep Patra ve Svetlana Popova, "Alcohol-Attributable Mortality and Potential Years of Life Lost in Canada 2001: Implications for Prevention and Policy", *Addiction*, 101 (2006), s.376; Jürgen, Rehm vd., "The Relationship of Average Volume of Alcohol Consumption and Patterns of Drinking to Burden of Disease", *Addiction*, 98 (2003), s.1212.

6 Özlem Örsal, "Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Tütün ve Tütün Mamulleri Kullanma Alışkanlıkları Üzerine Kesitsel Bir Çalışma", *Turkish Journal of Research and Development in Nursing*, 11/3 (2009), s.31.

7 "Health-Topics / Tobacco", erişim 12 Aralık, 2019, <https://www.who.int/health-topics/tobacco>.

8 Celal Karlıkaya vd., "Tütün Kontrolü", *Toraks dergisi*, 7/1 (2006), s.51.

9 "Obezite ve Aşırı Kilo", erişim 12 Aralık, 2019, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

10 Altan Onat, "Türkiye'de Obesitenin Kardiyovasküler Hastalıklara Etkisi", *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 31/5 (2003), s.280.

11 Sabahat Tezcan, Ayşegül Esin Ertan ve Dilek Aslan, "Beş Yaş Altı Çocuklarda Malnütrisyon Durumunun Değerlendirilmesi", *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*, 23/5 (2003), s.420.

çıkan olumsuz tabloyu tanımlayan malnütrisyon¹², yetersiz beslenme, mikro besin eksikliği ve obeziteye götüren aşırı beslenme şeklinde incelenmektedir¹³. Yeni doğanlar, erken çocukluk dönemindekiler, adolesanlar, hamile ve emziren kadınlar, yaşlılar, vejetaryen diyet uygulayanlar, kronik hastalığı bulunan bireyler, alkol ve ilaç bağımlıları malnütrisyon risk grubunda yer almaktadır.¹⁴ Olumsuz etkileri olabilen malnütrisyon çocuk gelişimi açısından ihmal edilmemesi gereken bir risk faktörüdür.

Bir diğer risk faktörü olan sanitasyon, katı ve hayvansal atıkların çevre ve insan sağlığına zarar vermeyecek şekilde bertaraf edilmesi ve hijyenik bir ortamın sağlanması anlamına gelmektedir. Yeterli sanitasyon, iyi hijyen ve güvenli su, sağlık, sosyal ve ekonomik gelişim için oldukça önemlidir.¹⁵ İçinde bulunduğumuz çağda, temiz suya erişim ve sanitasyon yoksunluğu ile ilişkili hastalıklar hala önemli halk sağlığı sorunları arasında yer almaktadırlar.¹⁶ Sanitasyonun yetersiz olması, başta kolera, tifo ve dizanteri gibi bulaşıcı hastalıklara neden olduğu gibi zihinsel bazı olumsuzlukların da ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.¹⁷

Kaybedilen yaşam yılını etkileyen bir diğer risk faktörü, korunmasız cinsel ilişkidir. Korunmasız cinsel ilişki özellikle, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve istenmeyen gebelikler için risk faktörüdür.¹⁸ Pek çok farklı bakteri, virüs ve parazitin bulaşmasına neden olmaktadır. Bunlardan bazıları doğum sırasında anneden çocuğa bulaşarak gelecek nesilleri de olumsuz etkileyebilmektedir.¹⁹ Korunmasız cinsel ilişkinin getirdiği riskler hakkında temel ve doğru bilgiye erişim cinsel yolla bulaşan hastalıkların önüne geçilebilmesi için önem arz etmektedir.

Artan sanayileşme, şehirleşme, trafik yoğunluğu, fosil yakıtlarla ısınma gibi nedenlerden ötürü hava kirliliği günümüzde bazı coğrafyalarda insan sağlığını olumsuz etkileyecek boyutlara ulaşmış vaziyettedir. Konutlar ve sanayi tesisleri gibi sabit emisyon kaynaklarının yanı sıra motorlu taşıtların kullanımından kaynaklanan egzoz kirliliği de havanın kirlenmesine aynı derecede katkıda bulunmaktadır²⁰. Hava kirliliğini önlemeye yönelik dünya genelinde yürütülen çalışmalara rağmen, farklı coğrafyalarda hava kirliliği seviyesi sürekli yüksek seyretmektedir.²¹ Hava kirliliği ve çevresel asbeste maruz kalmak akciğer sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir.²²

12 Yves Guigoz, "The Mini Nutritional Assessment Review of the Literature - What Does it Tell Us?", *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 10 (2006), s.466.

13 "Yetersiz Beslenme", erişim 12 Aralık, 2019, <https://www.who.int/topics/malnutrition/en/>.

14 Tezcan, Esin Ertan ve Dilek "Beş Yaş Altı", s.420.

15 Mara Duncan vd., "Sanitation and Health", *PLoS Medicine*, 7/11 (2010), s.1.

16 Hutton Guy ve Haller Laurence, *Evaluation of the Costs and Benefits of Water and Sanitation Improvements at the Global Level*, Geneva: World Health Organization, 2004, s.7.

17 "Sanitasyon", erişim 12 Aralık, 2019, <https://www.who.int/topics/sanitation/en/>.

18 Saniye Korkmaz Çetin vd., "Erkek Ergenlerde Cinsel Davranış ve Cinsel Bilgi Kaynakları: Sekiz Yıl Arayla Değerlendirme", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19/4 (2008), s.394.

19 "Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı", erişim 12 Aralık, 2019, <https://www.who.int/reproductivehealth/curable-stis/en/>.

20 Tolga Elbir vd., "İzmir Kent Merkezinde Karayolu Trafikinden Kaynaklanan Hava Kirliliğinin İncelenmesi", *Dokuz Eylül Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Fen ve Mühendislik Dergisi*, 12/1 (2010), s.2.

21 "Hava Kirliliği", erişim 12 Aralık, 2019, <https://www.who.int/airpollution/events/expertconsult2019/en/>.

22 Arif Çımırın vd., *Türkiye'de Temel Akciğer Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri*, ed., Muzaffer Metintaş, Ankara:

Modern hayat ve teknolojik alanda yaşanan radikal gelişmeler, adeta, günümüz insanını daha az fiziksel hareket noktasında teşvik etmektedir. Bedensel hareketliliğin giderek azalması, pek çok farklı sağlık sorununun da ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır.²³ Modernleşmenin dışsal maliyetlerinden biri olan fiziksel aktive yetersizliği, tıbbi bakım masraflarını artırdığından sağlık hizmetlerinin verimliliğinin de düşmesine neden olmaktadır.²⁴ Bu bağlamda, önleyici bakım yoluyla fiziksel hareketliliğin artırılması, tıbbi masrafları azaltacağı gibi sağlık hizmetlerinin verimliliğinin de yükselmesini olumlu katkı yapacaktır.²⁵

Kaybedilen yaşam yılını etkileyen bir diğer risk faktörü, ailedeki bir bireyin diğer bireylerin bedensel ve/veya zihinsel sağlıklarını olumsuz yönde etkileyecek eylemlerde olarak tanımlanan aile içi şiddettir.²⁶ Aile içi şiddet, sadece şiddete maruz kalan kişide değil; aynı zamanda, aile içi şiddetin uygulandığı ortamda yetişen çocuklarda da gelecekte ruhsal, bedensel ve/veya davranışsal bozukların görülmesine neden olmaktadır.²⁷ Bunun yanı sıra, genetik, nörolojik ve biyolojik etkenler, bazı psikiyatrik bozukluklar, alkol ve madde kullanımı, sosyal destek yoksunluğu, işsizlik, yoksulluk ve içinde yaşanan grubun şiddeti teşvik etmesi gibi birçok farklı faktörün aile içi şiddetin ortaya çıkmasında etkili olmaktadır.²⁸

Yukarıda bir kısmına değinilmeye çalışılan bu tür riskler bireyin ve nihayetinde toplumun sağlığını olumsuz yönde etkilemekte ve sağlıklı geçirilen yaşam yılında kayıplara neden olmaktadır. Bahsedilen bu riskler, önleyici sağlık uygulamaları ve bilinç düzeyinin artırılması yoluyla büyük ölçüde azaltılabilir risklerdir. Bu risklerin gerçekleşmesinden sonra katlanılacak maliyetlerin gerek birey gerek toplum açısından ne kadar büyük kayıplara neden olduğu dikkate alınacak olursa, önleyici faaliyetlerin ve bireyin bilinç düzeyinin artırılmasının sağlayacağı kazancın önemi de daha net anlaşılacaktır.

Literatür Araştırması

Çok Kriterli Karar Verme Yöntemlerinin sağlık bilimleriyle ilintili konulara yönelik kullanıldığı çalışmalar mevcut olmakla birlikte, bu çalışmaların sayısı sosyal ve fen bilimleri alanlarıyla karşılaştırıldığında oldukça azdır. Sosyal ve fen bilimlerinde de ÇKKV yöntemleri arasında DEMATEL yönteminin kullanıldığı çalışmaların sayısı, diğer ÇKKV yöntemlerinin tercih edildiği çalışmalara nazaran daha azdır. Bu durum DEMATEL'in sağlık bilimleri konularıyla alakalı olarak kullanıldığı çalışmaların sayısının yetersiz olmasını da etkilemektedir.

Bu bağlamda, sağlık sektörüne yönelik olarak gerçekleştirilen sınırlı sayıdaki çalış-

Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, 2010, s.90.

23 Sinan Bulut, "Sağlıkta Sosyal Bir Belirleyici; Fiziksel Aktivite", *Turkish Bulletin of Hygiene and Experimental Biology/Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji*, 70/4 (2013), s.207.

24 "Fiziksel Aktivite", erişim 12 Aralık, 2019, <https://www.who.int/health-topics/physical-activity>.

25 Bulut, "Sağlıkta Sosyal", s.205.

26 Gülseren Ünal, "Aile İçi Şiddet", *Aile ve Toplum Eğitim - Kültür ve Araştırma Dergisi*, 7/2 (2005), s.2.

27 Ashıhan Okan İbiloğlu, "Aile İçi Şiddet", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4/2 (2012), s.209.

28 Suna Kaymak Özmen, "Aile İçinde Öfke ve Saldırganlığın Yansımaları", *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 37/2 (2004), s.29.

malardan biri İran'da gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada sağlığın sosyal bileşenleri arasındaki sistematik ilişki ve söz konusu bileşenlerin önem dereceleri DEMATEL yöntemi kullanılarak araştırılmıştır. Çalışmada sosyal değişim, stres, erken yaşam, sosyal dışlanma, iş, işsizlik, sosyal destek, bağımlılık, beslenme ve ulaşım olmak üzere 10 temel bileşen kullanılmıştır. Elde edilen bulgulara göre erken yaşam en önemli etkileyen faktör iken; diğer faktörlerden de en az etkilenendir.²⁹

Yine Kirmanşah İran'da gerçekleştirilen bir başka çalışmada, hastanelerdeki alt, orta ve üst kademe yöneticilerinde zaman yönetimini etkileyen başlıca faktörler arasındaki ilişkiyi incelemek için DEMATEL yöntemi kullanılmıştır. Bu çalışmada; amaç belirleme, amaçların ve faaliyetlerin önceliklendirilmesi, planlama, yetkilendirme, iletişim ve toplantı yönetimi olmak üzere 6 değişken arasındaki neden sonuç ilişkisi irdelenmiştir. Elde edilen bulgular, amaç belirleme değişkeninin diğer değişkenleri etkileyen en önemli; toplantı yönetiminin ise diğer değişkenlerden etkilenen başlıca değişken olduğunu göstermiştir.³⁰ DEMATEL yönteminin Bulanık MULTIMOORA ile birlikte kullanıldığı bir başka çalışmada ise, sağlık atıklarının arıtılmasına yönelik alternatif arıtma teknikleri arasından seçim yapılması amaçlanmıştır.³¹

Hastane tedarik zinciri performansını etkileyen gruplar arası ilişkilerin belirlenmesi ve performansı etkileyen unsurların ağırlıklarının hesaplanabilmesi için DEMATEL yönteminin kullanıldığı diğer bir çalışmada DEMATEL vasıtasıyla elde edilen ağırlıklar, geliştirilmiş ANP yöntemine aktararak hastane tedarik zinciri performansı değerlendirilmiştir.³²

Bir başka çalışmada, sağlık sektöründeki kurumlar arasındaki bilgi paylaşımını kolaylaştıracak uzun dönemli bakım bulut sistemlerini; sistemin gelişiminde etkili olan karmaşık ve çatışan noktaları ortaya çıkarmak suretiyle değerlendirme noktasında kullanılacak anahtar yenilikçi ilkeleri belirleyebilmek amacıyla TRIZ ve DEMATEL yöntemleri bir arada kullanılmıştır.³³ Akıllı tıbbi terminallerinin geliştirilmesi, tutundurulması için müşteri benimseme davranışında etkili anahtar faktörlerin incelenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla kaleme alınan başka bir çalışmada, DEMATEL, DEMATEL Tabanlı ANP ve VIKOR yöntemleri bir arada kullanılmıştır.³⁴ Sağlık sektöründe elektronik sağlık kayıt sistemleri için kritik öneme sahip unsurları

29 Mohammadkarim Bahadori ve Ramin Ravangard, "Analysis of the Systematic Relationships among Social Determinants of Health (SDH) and Identification of Their Prioritization in Iran Using DEMATEL", *Technique, Iranian Journal of Public Health*, 42/12 (2013), s.1457-1464.

30 Mohammadkarim Bahadori vd., "Prioritization of Factors Affecting Time Management among Health Managers", *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 3/4 (2015), s.159-164.

31 Hu-Chen Liu vd., "Evaluating Health-Care Waste Treatment Technologies Using a Hybrid Multi-Criteria Decision Making Model", *Renewable and Sustainable Energy Reviews*, 41 (2015), s.932-942.

32 Tuangyot Supeekit, Tuanjai Somboonwivat ve Duangpun Kritchanai, "DEMATEL-Modified ANP to Evaluate Internal Hospital Supply Chain Performance", *Computers and Industrial Engineering*, 102 (2016), s.318-330.

33 Dong-Shang Chang, Shu-Ming Liu ve Yi-Chun Chen, "Applying DEMATEL to Assess TRIZ's Inventive Principles for Resolving Contradictions in the Long-Term Care Cloud System", *Industrial Management and Data Systems*, 117/6 (2017), s.1244-1262.

34 Yupeng Liu, Yifei Chen ve Gwo-Hshung Tzeng, "Identification of Key Factors in Consumers' Adoption Behavior of Intelligent Medical Terminals Based on a Hybrid Modified MADM Model for Product Improvement", *International Journal of Medical Informatics*, 105 (2017), s.68-82.

belirleyebilmek, bu unsurlar arası ilişkileri açığa çıkarabilmek, ağırlıklarını ve önceliklerini tespit edebilmek için gerçekleştirilen diğer bir çalışmada, yine DEMATEL, DEMATEL Tabanlı ANP ve VIKOR yöntemleri bütünleşik bir şekilde kullanılmıştır³⁵. Bütünsel hastane yönetimi için anahtar performans kriterlerini belirleyebilmek ve bu 15 kriter arasındaki neden sonuç ilişkisini inceleyebilmek amacıyla gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise, geliştirilmiş DEMATEL yöntemini kullanılmıştır.³⁶

Sağlık sektöründe bir hastanenin değerlendirilmesinde olumsuz olay riskinin dikkate alınması gereken önemli bir konu olduğuna işaret edilen bir başka çalışmada, hastane sektöründe olumsuz olay riskinin değerlendirilmesine yönelik bütünleşik bir yaklaşım önerilmiş ve bu bağlamda AHP, DEMATEL ve VIKOR yöntemleri bir arada kullanılmıştır.³⁷ Bir üniversite hastanesinin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirildiği diğer bir çalışmada, hizmet kalitesini etkileyen unsurları belirleyebilmek amacıyla ilk olarak SERVQUAL analizi; ardından, bu analiz vasıtasıyla belirlenen 9 ana faktör arasındaki sebep sonuç ilişkisini ortaya çıkarabilmek ve bu faktörlerin ağırlıklarını hesaplayabilmek için ise DEMATEL yöntemi kullanılmıştır.³⁸ DEMATEL yöntemi bir başka çalışmada, ilaç sektöründe tersine lojistik faaliyetlerinin başarıyla yerine getirilmesini etkileyecek 10 faktör arasındaki ilişki ağını irdelemek ve faktör ağırlıklarını belirleyebilmek amacıyla kullanılmıştır.³⁹

Fas sağlık sisteminin paydaşları için bakım kalitesinin irdelendiği bir başka çalışmada, 5W, Delphi ve DEMATEL yöntemleri bir arada kullanılırken;⁴⁰ tıbbi atık bertaraf alternatiflerinin değerlendirildiği diğer bir çalışmada ise DEMATEL yöntemi, Bulanık AHP ve Bulanık ANP ile bütünleşik biçimde kullanılmıştır.⁴¹ Başka bir çalışmada, Pakistan'daki tuğla fabrikalarının çevre, ekonomi ve insan sağlığı üzerindeki etkilerinin incelenmesi amacıyla DEMATEL, Bulanık TOPSIS yöntemiyle birlikte kullanılmıştır.⁴² Bir başka çalışmada, Malezya'daki sağlık turizmini etkileyen faktörler arasındaki ilişki ağının belirlenmesi ve bu faktörlerin göreceli önemlerinin tespit edilebilmesi için DEMATEL, Bulanık TOPSIS yöntemiyle bir arada kullanılırken;⁴³

35 James J. H. Liou vd., "A Hybrid MCDM Model for Improving the Electronic Health Record to Better Serve Client Needs", *Sustainability*, 9/1819 (2017), s.1-13.

36 Sheng-Li Si vd., "Identifying Key Performance Indicators for Holistic Hospital Management with a Modified DEMATEL Approach", *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 14/934 (2017), s.1-17.

37 Miguel Angel Ortiz Barrios vd., "An Integrated Approach to Evaluate the Risk of Adverse Events in Hospital Sector", *Management Decision*, 56/10 (2018), s.2187-2224.

38 Feyyaz Cengiz Dikmen ve Yunus Taş, "Applying Dematel Approach to Determine Factors Affecting Hospital Service Quality in a University Hospital: A Case Study", *Yönetim Bilimleri Dergisi/Journal of Administrative Sciences*, 16/2 (2018), s.11-28.

39 Gökçe Candan, "İlaç Sektöründe Başarılı Tersine Lojistik Uygulamaları İçin Faktörlerin Değerlendirilmesi: Bulanık Mantık Temelli Yaklaşım", *İşletme Araştırmaları Dergisi, Journal of Business Research Turk*, 10/3 (2018), s.592-605.

40 Youness Frichi, Fouad Jawab ve Said Boutahari, "The Mixed-Method 5W2D Approach for Health System Stakeholders Analysis in Quality of Care: An Application to the Moroccan Context", *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16/2899 (2019), s.1-25.

41 Akshay Hinduja ve Manju Pandey, "Assessment of Healthcare Waste Treatment Alternatives Using an Integrated Decision Support Framework", *International Journal of Computational Intelligence Systems*, 12/1 (2019), s.318-333.

42 Muhammad Waseem Khan vd., "Impact of Brick Kilns Industry on Environment and Human Health in Pakistan", *Science of the Total Environment*, 678 (2019), s.383-389.

43 Mehrbakhsh Nilashi vd., "Factors Influencing Medical Tourism Adoption in Malaysia: A DEMATEL Fuzzy

bir başka çalışmada, gelişmekte olan ekonomilerin (E7) evrensel sağlık kapsamalarını değerlendirmek amacıyla Bulanık DEMATEL ve MOORA yöntemleri bir arada kullanılmıştır.⁴⁴

Gerçekleştirilen literatür araştırması, DEMATEL yönteminin sağlık sektörüne yönelik problemlerin çözümü amacıyla kullanıldığı çalışmaların sayıca çok sınırlı olduğunu göstermiştir. Türkiye’de DEMATEL yönteminin sağlıkla ilgili problemlerde kullanıldığı sadece iki çalışmaya rastlanmıştır. Söz konusu bu iki çalışmandan birinde DEMATEL yöntemi sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi amacıyla; bir diğ erinde ise, ilaç sektöründe tersine lojistik faaliyetlerinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır. Ayrıca, yapılan bu literatür araştırması DEMATEL yönteminin kaybedilen yaşam yılını etkileyen risk faktörleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerek ulusal gerek uluslararası ölçekte daha önce hiç kullanılmadığını göstermiştir. Bu açıdan, çalışmanın literatüre zenginlik katacağı, farklı yöntemlerin sağlık alanındaki sorunların analizi ve çözümü için kullanılabileceğine yönelik farkındalığı arttıracacağı düşünülmektedir. Bunlara ek olarak, DEMATEL yöntemiyle araştırmaya konu olan risk faktörlerinin neden ve sonuç şeklinde gruplandırılması, sağlık politikalarını belirleyenlerin ve uygulayanların hangi risk faktörlerinin kaybedilen yaşam yılı üzerinde daha etkili olduklarını görmelerini sağlayarak insan ömrünü uzatmak amacıyla hayata geçirilecek uygulamaların etkinliğini arttıracaktır. Esasen bu çalışmanın ortaya çıkmasının altında yatan temel neden de budur. Şöyle ki, kaybedilen yaşam yılını etkileyen risk faktörleri Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan sağlık istatistikleri arasında yer alan temel istatistiklerden biridir. Mamafih, kaybedilen yaşam yılına etki eden risk faktörlerine yönelik yayınlanan istatistikler, söz konusu risk faktörleri arasında bir ilişki olup olmadığını anlamaya imkan vermemektedir. Sağlık programlarının televizyon, radyo, internet gibi mecralarda yayınlanmasının çok yaygınlaştığı ve popüler olduğu günümüz dünyasında; sadece, bu mecraları takip eden herhangi bir uzmanlığa sahip olmayan bireylerin dahi bahsedilen risk faktörleri arasında bir ilişki olabileceğine dair görüş bildirebilmeleri mümkündür. Elbette ki bu ifadeden sağlık gibi önemli bir konuda uzmanlığın gerekliliğ in ve öneminin hafife alındığı asla ve kat’a anlaşılmamalıdır. Böyle bir ifade abesle iştigal etmekten öteye geçemeyeceği gibi kastedilmek isteneni de yansıtmaktan çok uzaktır. İfade edilmek istenen, teknolojinin gelişmesinin ve yaygınlaşmasının insanları sağlık konusunda bilinçlendirmesi ve sağlıkla ilgili konularda daha duyarlı hale getirmesidir. Bu çalışmama, zikredilen risk faktörleri arasındaki ilişkinin tıbbi ve deneysel araştırmalar dışındaki yöntemler kullanılarak da irdelenmesinin literatüre katkı yapacağı düşüncesinin bir tezahürü olarak ortaya çıkmıştır.

Araştırma ve Araştırmanın Aşamaları

Bu başlık altında, araştırmaya konu olan problemin tanımına, risk faktörlerinin nasıl seçildiğine, verilerin nereden ve hangi yolla toplandığına, kullanılan yönteme ilişkin detaylı açıklamalara, analize ve analizle elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

TOPSIS Approach”, *Computers and Industrial Engineering*, 137/106005 (2019), s.1-13.

44 Xiaofeng Shi vd., “Hybrid Decision-Making Approach for the Service and Financial-Based Measurement of Universal Health Coverage for the E7 Economies”, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16/3295 (2019), s.1-20.

Problemin Tanımı

Farklı rahatsızlıklar ve yaralanmalar nedeniyle meydana gelen erken ölümler ile ölümlerle sonuçlanmayan fakat bireyin bedensel faaliyetlerinde ve sağlığında bozulmalara neden olan hastalıkların neden olduğu hastalık yükünü; bir diğer ifadeyle, bireyin sağlıklı olarak geçireceği bir yılın kaybını ifade eden Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılları (DALY: Disability Adjusted Life Years) Ölçütü, Erken Ölümle Kaybedilen Yaşam Yılı (YLL) ve Engellilikle Geçirilen Yaşam Yılı (YLD) toplamını ifade etmektedir.⁴⁵ Bu çalışmada hastalık yükünün hesaplanmasında kullanılan DALY ölçütünün⁴⁶; temel iki bileşeninden biri olan ve Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan istatistiklerde de YLL ölçütü üzerinde belirleyici konumda yer aldığı ifade edilen başlıca 19 risk faktörünün içsel ilişkilerinin tespit edilmesi, bu faktörlerden hangilerinin diğerleri üzerinde daha etkili olduğunun belirlenmesi ve söz konusu risk faktörlerinin hangilerinin daha fazla öneme sahip olduklarının belirlenebilmesi amacıyla ağırlıklarının hesaplanması amaçlanmıştır. Bu yolla, kaybedilen yaşam yılı/yılları üzerinde en etkili olan faktörlerin tespit edilerek, toplum sağlığına ayrılan kamu kaynaklarının öncelikli olarak bu faktörlerin bertaraf edilmesine yönelik bir takım sağlık politikalarının geliştirilmesi ile ilgili fikir sunmak amaçlanmıştır.

Kullanılan Veriler ve Verilerin Toplanması

Bu araştırmada, T.C.Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 2017 Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda kaybedilen yaşam yılları üzerinde belirleyici konumda yer aldığı ifade edilen başlıca 19 risk faktörü dikkate alınmıştır. Bu faktörler, aile içi şiddet (R_1); alkol kullanımı (R_2); beslenmeyle ilgili riskler (R_3); böbrek fonksiyon bozukluğu (R_4); çevreyle ilgili diğer riskler (R_5); çocuk ve annede malnütrisyon (R_6); çocuklukta kötü muameleyle maruz kalma (R_7); çocuklukta kötü muameleyle maruz kalma (R_8); güvenli olmayan su, sanitasyon ve el yıkama (R_9); hava kirliliği (R_{10}); korunmasız cinsel ilişki (R_{11}); madde kullanımı (R_{12}); mesleki riskler (R_{13}); tütün kullanımı (aktif ve pasif) (R_{14}); yetersiz fiziksel aktivite (R_{15}); yüksek açlık kan şekeri (R_{16}); yüksek LDL kolesterol (R_{17}); yüksek sistolik kan basıncı (R_{18}) ve yüksek beden kitle indeksi (R_{19}) şeklinde sıralanmaktadır. Araştırmada kullanılan bu 19 risk faktörü arasındaki neden sonuç ilişkisinin açığa çıkarılabilmesi için kullanılan DEMATEL yöntemi gereği uzman görüşlerine ihtiyaç duyulmuştur.

Bu bağlamda Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'ndan araştırma için gerekli destek ve izin talep edilmiş, gelen olumlu yanıt üzerine Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'nda görev yapmakta olan öğretim elemanlarına DEMATEL uzman görüş formları elden teslim edilmiştir. Uzmanların kişisel görüşlerini yansıtan 18 form geri dönmüştür. Belirlenen risk faktörleri arasındaki neden sonuç ilişkisinin ortaya çıkarılması için söz konusu formlarda yer alan birincil veriler dikkate alınmıştır.

45 Deniz Tugay Arslan ve İsmail Ağırbaş, "Sağlık Çıktılarının Ölçülmesi: QALY ve DALY", *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 13 (2017), s.111.

46 T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Ulusal Ruh*, s.5.

DEMATEL Yöntemi

Bu çalışmada kaybedilen yaşam yıllarını etkileyen 19 risk faktörü arasındaki içsel ilişkilerin belirlenmesi, hangi faktörlerin etkileyen hangilerinin etkilenen olduklarının tespit edilmesi ve son olarak faktör ağırlıklarının hesaplanabilmesi için uzman görüşüne dayalı çok kriterli karar verme yöntemlerinden biri olan DEMATEL yöntemi kullanılmıştır. Yöntem, İsviçre'nin Cenevre şehrinde bulunan Battelle Memorial Enstitüsü'nde 1972-1976 yılları arasında birbirleriyle ilişkili, karmaşık problem yapılarını araştırmak ve çözüme kavuşturmak amacıyla geliştirilmiştir.⁴⁷ Bu tür problem yapılarında aralarında karşılıklı ilişkilerin var olduğu, nihai sonucu etkileyebilme özelliğine sahip pek çok ana ve alt kriter; bu kriterleri dikkate alarak değerlendirilmesi gereken çok sayıda alternatif veya karar noktası mevcuttur. Kriterlerden hiçbiri tek başına nihai sonuca ulaşma; bir başka ifadeyle alternatifler arasından en iyisinin seçilmesi noktasında kafi gelmemektedir. Dolayısıyla, ele alınan problemin sağlıklı bir şekilde çözüme kavuşturulması için tüm değerlendirme kriterlerinin aynı anda dikkate alınması gerekmektedir. Aralarında ilişki bulunan kriterlerden oluşan ÇKKV problemlerinin doğrusal çözümü hatalı sonuçlara neden olabilir. Bununla birlikte, tamamen birbirleriyle ilişkili bir sistemde de herhangi bir kritere yapılacak müdahale diğer kriterleri etkileyeceğinden ve söz konusu kriterlerin önceliklerinin belirlenmesi oldukça zor bir iştir. DEMATEL yöntemi, bu tür kompleks problemlerde grafik teorisi kavramlarını kullanarak karar vericiler için problemi görselleştirmekte ve problemin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olmaktadır.⁴⁸ DEMATEL ile kriterler arasındaki dahili ilişkileri ortaya koyan bir ilişki haritası oluşturulabileceği gibi; aynı zamanda yöntem, nedensellik diyagramları vasıtasıyla alt sistemlerin nedensellik ilişkilerinin görselleştirilebilmesine imkan tanımaktadır.⁴⁹ Yöntem, aralarında dahili ilişkiler bulunan çeşitli faktörler üzerine inşa edilmiş bir sistemde faktörler arasında bir doğrudan ilişki matrisi oluşturur. Bu yolla yöntem, faktörlerin birbirlerini etkileme ve birbirlerinden etkilenme derecelerini hesaplamaya;⁵⁰ sistemi oluşturan faktörleri neden ve sonuç grupları şeklinde sınıflandırmaya ve sistemdeki başlıca faktörleri belirlemeye;⁵¹ aynı zamanda, faktörleri ağırlıklandırmaya da imkan vermektedir.⁵² Bu açıdan DEMATEL, bir problemin bileşenleri arasındaki neden ve sonuç ilişkilerini hesaplamak için matematiksel teorilerle ilişkili ve matrisleri kullanan analitik bir yöntem olarak kabul edilmektedir.⁵³ Yöntem, gerçek hayatta karşılaşılan problemler için oldukça uygun olduğundan çok çeşitli karar verme probleminde yaygın bir kullanıma sahiptir.⁵⁴ Bununla birlikte DEMATEL, insan faktörünün neden olduğu

47 Dong-Shang, Shu-Ming ve Yi-Chun, "Applying DEMATEL", s.1249.

48 Akshay Hinduja ve Manju Pandey, "Assessment of Healthcare" s.320.

49 Gülçin Büyüközkan ve Sezin Güleriyüz, "An Integrated DEMATEL-ANP Approach for Renewable Energy Resources Selection in Turkey", *International Journal of Production Economics*, 182 (2016), s.437.

50 Xiujuan Chen vd., "Influent Impacts of Combined Government Policies for Safe Disposal of Dead Pigs on Farmer Behavior", *Environmental Science and Pollution Research*, 24 (2017), s.4000.

51 Youness, Fouad ve Said, "The Mixed-Method 5W2D", s.7.

52 Xiaofeng vd., "Hybrid Decision-Making", s.5.

53 Anil Kumar vd., "Investigating the Role of Social Media in Polio Prevention in India: A Delphi-DEMATEL Approach", *Kybernetes*, 47/5 (2018), s.1058.

54 Hu-Chen Liu vd., "Evaluating Health-Care", s.933.

özneliği ve veri setindeki belirsizliği ortadan kaldırmada yetersiz kaldığı,⁵⁵ gerekçeyle eleştirilebilmektedir. Yöntemin temel aşamaları aşağıda aşama aşama gösterilmiştir.⁵⁶

1.Aşama: Eşitlik (1)'de S ile temsil edilen doğrudan ilişki matrisinin tesis edilmesi. S matrisinin oluşturulabilmesi için uzmanların bireysel değerlendirmelerinin alınması gerekmektedir. Bu bağlamda, araştırmada Tablo 1'de gösterilen sözel ifadeler ve bu ifadelere karşılık gelen sayısal değerler kullanılmıştır.

Tablo 1: Uzmanların Bireysel Değerlendirmeleri için Kullandıkları Ölçek

Sözel İfadeler	Sözel İfadelere Karşılık Gelen Sayısal Değerler
Çok yüksek etkili	3
Yüksek etkili	2
Etkili	1
Etkisiz	0

(Aktaş vd, 2015, 225)

Bu araştırmada i ve j YLL'yi etkileyen risk faktörlerini ifade etmekte olup; $i=1, 2, \dots, t$ ve $j=1, 2, \dots, t$ 'dir. S doğrudan ilişki matrisindeki s_{ij} i 'inci risk faktörünün j 'inci risk faktörü üzerindeki etkisinin değerini göstermektedir.

$$S = \begin{bmatrix} s_{11} & \cdots & s_{1j} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ s_{i1} & \cdots & s_{ij} \end{bmatrix}, i, j = 1, 2, \dots, t \quad (1)$$

2.Aşama: Doğrudan ilişki matrisinin tesis edilmesini takiben, Eşitlik (2) ile gösterilen formül kullanılarak normalize edilmiş değerlerin hesaplanması ve Eşitlik (3)'de \tilde{S} ile temsil edilen normalize edilmiş doğrudan ilişki matrisinin ihdas edilmesi gerekmektedir.

$$x = \max \left[\max_j \left(\sum_{i=1}^t s_{ij} \right), \max_i \left(\sum_{j=1}^t s_{ij} \right) \right] \quad (2)$$

$$\tilde{S} = x^{-1} \otimes S \quad (3)$$

3.Aşama: Eşitlik (4) vasıtasıyla; Eşitlik (5)'de ile gösterilen toplam ilişki matrisinin tesis edilmesi. Eşitlik (5)'de yer alan “ y_{ij} ”, i 'inci risk faktörünün j 'inci risk faktörüyle

55 Glory George-Ufot, Ying Ou, Ifeyinwa Juliet Orji, “Sustainable Lifestyle Factors Influencing Industries' Electric Consumption Patterns Using Fuzzy Logic and DEMATEL: The Nigerian Perspective”, *Journal of Cleaner Production*, 162 (2017), s.627.

56 Anil Kumar vd., “Investigating the Role” ss.1058-1059; Wen-Hsien Tsai ve Wen-Chin Chou, “Selecting Management Systems for Sustainable Development in SMEs: A Novel Hybrid Model Based on DEMATEL, ANP, and ZOGP”, *Expert Systems with Applications*, 36 (2009), s.1454.

arasındaki toplam ilişki derecesini ifade etmektedir.

$$Y = \tilde{S} (I - \tilde{S})^{-1} \quad (4)$$

$$Y = \begin{bmatrix} y_{11} & \cdots & y_{1j} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ y_{i1} & \cdots & y_{ij} \end{bmatrix}, i, j = 1, 2, \dots, t \quad (5)$$

4.Aşama: i 'inci risk faktörünün diğer risk faktörlerine doğrudan veya dolaylı etkileri toplamını ifade eden K_i matrisinin oluşturulması için Eşitlik (6)'daki; i 'inci risk faktörünün diğer risk faktörlerinden etkilenme derecesini gösteren N_i matrisinin tesis edilmesi için Eşitlik (7)'deki formül kullanılır. olmak üzere:

$$K_i = \left[\sum_{j=1}^t y_{ij} \right]_{t \times 1} \quad (6)$$

$$N_i = \left[\sum_{i=1}^t y_{ij} \right]_{1 \times t} \quad (7)$$

Şayet; $K_i - N_i > 0$ ise, i 'inci risk faktörü diğer risk faktörleri üzerinde etkili olan bir faktördür. Fakat aksine; $K_i - N_i < 0$ ise, i 'inci risk faktörü diğer risk faktörlerinden etkilenen bir faktördür.

5.Aşama: Etkileyen ve etkilenen risk faktörlerinin belirlenmesinden sonra, uzman görüşü ya da toplam ilişki matrisinde yer alan değerlerin ortalamaları alınmak suretiyle belirlenir. Belirlenen eşik değeri dikkate alınarak risk faktörleri arasındaki içsel ilişkileri gösteren ilişki diyagramı çizilir.

6.Aşama: Risk faktörlerinin öneme derecelerinin belirlenebilmesi için ağırlıklarının hesaplanması. Eşitlik (8)'de v_i ile temsil edilen i 'inci risk faktörü ağırlığının hesaplanabilmesi için Eşitlik (9)'daki formülden faydalanılır. $i = 1, 2, \dots, t$ ve $j = 1, 2, \dots, t$ olmak üzere:

$$p_i = \frac{z_i}{\sum_{i=1}^t z_i} \quad (8)$$

$$z_i = \sqrt{\left((K_i + N_i)^2 + (K_i - N_i)^2 \right)} \quad (9)$$

Analiz

Çalışmanın bu kısmında araştırmaya konu olan ve YLL ölçütü üzerinde etkili olan 19 risk faktörü arasındaki içsel ilişkilerin açığa çıkarılması için DEMATEL yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen analize yer verilmiştir. Söz konusu 19 risk faktörü Tablo 2'de gösterilmiştir.

Risk faktörlerinin belirlenmesinden sonra, araştırmaya katkı vermeyi kabul eden uzman hekimlere DEMATEL formları gönderilmiş ve bu formlarda yer alan risk faktörlerini Tablo 1’de gösterilen değerlendirme ölçeğini kullanarak doldurmaları istenmiştir. Bu yolla elde edilen 18 adet DEMATEL uzman görüşü formunda yer alan değerlerin aritmetik ortalaması alınarak Eşitlik (1)’deki doğrudan ilişki matrisi oluşturulmuş ve Tablo 3’de gösterilmiştir. Bu aşamayı takiben, Eşitlik (2) ile gösterilen formül kullanılarak normalize edilmiş değerler hesaplanmış ve Eşitlik (3)’de ile gösterilen normalize edilmiş doğrudan ilişki matrisi ihdas edilmiştir. Söz konusu matris Tablo 4’de gösterilmiştir. Bir sonraki aşamada, Eşitlik (5)’de ile gösterilen toplam ilişki matrisi oluşturulmuş ve Tablo 5’de gösterilmiştir. Eşik değerinin hesaplanması için toplam ilişki matrisinde yer alan değerlerin ortalaması alınmıştır. Risk faktörleri arasındaki içsel ilişkileri gösterirken; bir diğer ifadeyle, ilişki diyagramı çizilirken 0,005061’lik eşik değerini aşan ilişkiler dikkate alınmıştır. Bu ilişkileri gösteren ilişki diyagramı Şekil 1’de gösterilmiştir. Eşitlik (6) ve Eşitlik (7)’de yer alan formüller kullanılarak hangi risk faktörlerinin etkileyen hangilerinin etkilenen oldukları belirlenmiş ve Tablo 6’da gösterilmiştir. Etkileyen ve etkilenen risk faktörlerinin belirlenmesi ve ilişki diyagramının çizilmesinden sonra Eşitlik (8) vasıtasıyla 19 risk faktörünün her birinin ağırlıkları hesaplanmıştır. Her bir risk faktörünün ağırlığı, önem derecesine göre, Tablo 7’de gösterilmiştir. DEMATEL yöntemi gereği analiz kapsamında oluşturulan matrislerin oldukça fazla yer kaplaması nedeniyle, söz konusu matrisler ve ilişki diyagramı yukarıda ifade edilen sırayı takip edecek şekilde aşağıda ardı ardına gösterilmiştir.

Tablo 2: YLL Üzerinde Etkili Olan Başlıca 19 Risk Faktörü

Kod	Risk Faktörünün Adı	Risk Faktörünün Tanımı
R ₁	Aile İçi Şiddet	Eşler ve aile bireyleri arasında çoğunlukla ev içerisinde yaşanan şiddet
R ₂	Alkol Kullanımı	Alkollü içeceklerin tüketilmesi
R ₃	Beslenmeyle İlgili Riskler	Yetersiz, düzensiz ve obeziteyle sonuçlanan beslenme, temiz suya ve besin maddelerine erişememe
R ₄	Böbrek Fonksiyon Bozukluğu	Böbreğin fonksiyonlarını yerine getirememesi durumu
R ₅	Çevreyle İlgili Diğer Riskler	Çevre kirliliği, küresel ısınma, atıklar, su kıtlığı, su kaynaklarının kirlenmesi, çölleşme, gürültü kirliliği
R ₆	Çocuk ve Annede Malnütrisyon	Çocuk ve annede enerji veya besin alımındaki eksiklikler, fazlalıklar veya dengesizlikler
R ₇	Çocuklukta Kötu Muameleye Maruz Kalma	Olumsuz çocukluk çağı deneyimleri
R ₈	Düşük Kemik Mineral Yoğunluğu	Kemikteki mineral miktarının az olması. Kemiklerin kalmıgında, gücünde azalma ve kemik kaybı
R ₉	Güvenli Olmayan Su, Sanitasyon ve El Yıkama	Yeterli hijyen imkanının olmaması, kaliteli suya erişimde ve el sanitasyonunu sağlamada güçlükler
R ₁₀	Hava Kirliliği	Soluduğumuz havayı kirleten maddelerin, çevre ve sağlık üzerinde olumsuz etkiler yapacak düzeylerde olması
R ₁₁	Korunmasız Cinsel İlişki	Cinsel ilişki sırasında herhangi bir korunma yönteminin kullanılmaması durumu
R ₁₂	Madde Kullanımı	Vücudun işlevlerini olumsuz yönde etkileyen maddelerin kullanılması
R ₁₃	Mesleki Riskler	Çalışma ortamından kaynaklı, sağlık ve güvenliği tehlikeye atan riskler
R ₁₄	Tütün Kullanımı (Aktif ve Pasif)	Tütün ürünlerini kullanma ya da dumanına maruz kalma
R ₁₅	Yetersiz Fiziksel Aktivite	Günlük yaşam içerisinde enerjiyi harcamak için yeterli aktivite yapmamak
R ₁₆	Yüksek Açlık Kan Şekeri	En az 8 saatlik açlıktan sonra kanda tespit edilen açlık kan glukoz düzeyinin 70-100 ng/dL'den yüksek olması
R ₁₇	Yüksek LDL Kolesterol	Kanda rutin olarak ölçülen parametrenin (düşük yoğunluklu lipoprotein-LDL) yüksek olması
R ₁₈	Yüksek Sistolik Kan Basıncı	Kalbin kanı pompalarken oluşturduğu basıncın yüksek olması
R ₁₉	Yüksek Beden Kitle İndeksi	Yetişkin bir insanın ağırlığının, boyuna göre fazla olması

Tablo 3: Doğrudan İlişki Matrisi (S)

Doğrudan İlişki Matrisi (S)																			
Risk Faktörü Kodu	R ₁	R ₂	R ₃	R ₄	R ₅	R ₆	R ₇	R ₈	R ₉	R ₁₀	R ₁₁	R ₁₂	R ₁₃	R ₁₄	R ₁₅	R ₁₆	R ₁₇	R ₁₈	R ₁₉
R ₁	0,00	3,28	2,00	0,89	1,78	1,83	3,78	1,06	0,61	0,28	1,83	3,22	2,11	2,50	1,67	0,83	0,72	1,39	0,89
R ₂	3,39	0,00	2,44	2,56	2,61	1,67	3,28	1,22	0,61	0,17	2,17	3,33	2,61	2,89	1,89	1,06	1,50	2,06	1,83
R ₃	1,56	2,17	0,00	2,72	1,78	3,28	1,67	3,33	3,00	0,72	0,67	2,11	1,67	1,94	2,44	3,17	3,17	2,83	3,39
R ₄	0,72	2,28	2,61	0,00	1,28	2,17	0,89	2,39	1,17	0,61	0,72	1,94	2,00	1,72	2,17	2,56	1,89	3,00	1,94
R ₅	1,83	2,11	2,06	1,33	0,00	1,72	1,67	1,28	3,06	3,22	0,72	1,50	1,94	1,89	2,00	1,22	1,06	1,50	1,28
R ₆	1,78	1,56	3,39	2,22	1,56	0,00	2,17	3,11	1,67	0,44	0,39	2,00	1,61	1,78	1,61	1,00	1,28	1,44	0,94
R ₇	3,67	3,33	2,00	1,06	1,78	2,33	0,00	1,50	1,06	0,50	1,33	2,72	1,33	2,78	1,61	1,06	1,00	1,33	1,28
R ₈	0,44	1,28	2,83	2,06	1,50	2,39	0,94	0,00	0,50	0,39	0,33	1,11	2,06	1,28	2,72	1,11	0,78	0,78	1,22
R ₉	0,72	0,61	3,00	1,67	3,06	1,94	1,28	0,83	0,00	1,50	0,72	1,11	1,67	1,11	1,00	0,72	0,72	0,72	0,72
R ₁₀	0,39	0,33	1,33	0,72	3,39	0,56	0,50	0,56	1,44	0,00	0,11	0,50	1,67	1,67	1,39	0,56	0,44	0,83	0,50
R ₁₁	1,83	2,28	0,61	0,61	1,06	0,50	1,28	0,22	0,56	0,11	0,00	2,33	1,44	1,44	0,83	0,50	0,33	0,39	0,67
R ₁₂	3,33	3,50	2,61	2,44	1,83	2,39	3,33	1,89	1,44	0,67	2,61	0,00	2,28	2,89	2,17	1,28	1,06	1,61	1,22
R ₁₃	2,28	2,33	2,06	2,17	2,28	1,28	1,50	1,72	1,78	1,61	1,22	1,67	0,00	2,28	2,22	1,67	1,39	1,94	1,72
R ₁₄	2,28	3,06	2,67	2,11	2,33	1,78	2,17	1,72	0,83	2,22	1,44	2,50	2,28	0,00	1,72	1,33	1,94	2,67	1,72
R ₁₅	1,06	1,94	2,67	2,00	1,72	1,28	0,78	2,28	0,44	0,61	0,67	1,50	1,83	1,61	0,00	3,06	3,17	3,00	3,56
R ₁₆	0,72	1,56	3,22	2,83	1,22	1,22	0,67	1,11	0,44	0,56	0,56	1,28	1,78	1,33	2,89	0,00	2,89	2,67	3,22
R ₁₇	0,72	1,67	3,17	2,17	1,39	0,89	0,72	1,00	0,44	0,50	0,50	1,28	1,39	1,83	2,78	2,44	0,00	2,67	3,11
R ₁₈	0,94	1,72	2,83	3,44	1,11	1,06	1,00	0,94	0,28	0,61	0,44	1,72	1,83	2,11	2,61	2,39	2,39	0,00	2,78
R ₁₉	0,78	2,17	3,56	2,72	1,61	0,89	1,17	1,11	0,22	0,33	0,89	1,56	2,11	1,56	3,56	3,33	3,39	3,50	0,00

Tablo 4: Normalize Edilmiş Doğrudan İlişki Matrisi (\tilde{S})

Normalize Edilmiş Doğrudan İlişki Matrisi (\tilde{S})																			
Risk Faktörü Kodu	R_1	R_2	R_3	R_4	R_5	R_6	R_7	R_8	R_9	R_{10}	R_{11}	R_{12}	R_{13}	R_{14}	R_{15}	R_{16}	R_{17}	R_{18}	R_{19}
R_1	0,00	0,07	0,04	0,02	0,04	0,04	0,08	0,02	0,01	0,01	0,04	0,07	0,05	0,06	0,04	0,02	0,02	0,03	0,02
R_2	0,08	0,00	0,05	0,06	0,06	0,04	0,07	0,03	0,01	0,00	0,05	0,07	0,06	0,06	0,04	0,02	0,03	0,05	0,04
R_3	0,03	0,05	0,00	0,06	0,04	0,07	0,04	0,07	0,07	0,02	0,01	0,05	0,04	0,04	0,05	0,07	0,07	0,06	0,08
R_4	0,02	0,05	0,06	0,00	0,03	0,05	0,02	0,05	0,03	0,01	0,02	0,04	0,04	0,04	0,05	0,06	0,04	0,07	0,04
R_5	0,04	0,05	0,05	0,03	0,00	0,04	0,04	0,03	0,07	0,07	0,02	0,03	0,04	0,04	0,04	0,03	0,02	0,03	0,03
R_6	0,04	0,03	0,08	0,05	0,03	0,00	0,05	0,07	0,04	0,01	0,01	0,04	0,04	0,04	0,04	0,02	0,03	0,03	0,02
R_7	0,08	0,07	0,04	0,02	0,04	0,05	0,00	0,03	0,02	0,01	0,03	0,06	0,03	0,06	0,04	0,02	0,02	0,03	0,03
R_8	0,01	0,03	0,06	0,05	0,03	0,05	0,02	0,00	0,01	0,01	0,01	0,02	0,05	0,03	0,06	0,02	0,02	0,02	0,03
R_9	0,02	0,01	0,07	0,04	0,07	0,04	0,03	0,02	0,00	0,03	0,02	0,02	0,04	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
R_{10}	0,01	0,01	0,03	0,02	0,08	0,01	0,01	0,01	0,03	0,00	0,00	0,01	0,04	0,04	0,03	0,01	0,01	0,02	0,01
R_{11}	0,04	0,05	0,01	0,01	0,02	0,01	0,03	0,00	0,01	0,00	0,00	0,05	0,03	0,03	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01
R_{12}	0,07	0,08	0,06	0,05	0,04	0,05	0,07	0,04	0,03	0,01	0,06	0,00	0,05	0,06	0,05	0,03	0,02	0,04	0,03
R_{13}	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,03	0,03	0,04	0,04	0,04	0,03	0,04	0,00	0,05	0,05	0,04	0,03	0,04	0,04
R_{14}	0,05	0,07	0,06	0,05	0,05	0,04	0,05	0,04	0,02	0,05	0,03	0,06	0,05	0,00	0,04	0,03	0,04	0,06	0,04
R_{15}	0,02	0,04	0,06	0,04	0,04	0,03	0,02	0,05	0,01	0,01	0,01	0,03	0,04	0,04	0,00	0,07	0,07	0,07	0,08
R_{16}	0,02	0,03	0,07	0,06	0,03	0,03	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,03	0,04	0,03	0,06	0,00	0,06	0,06	0,07
R_{17}	0,02	0,04	0,07	0,05	0,03	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,03	0,03	0,04	0,06	0,05	0,00	0,06	0,07
R_{18}	0,02	0,04	0,06	0,08	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,04	0,04	0,05	0,06	0,05	0,05	0,00	0,06
R_{19}	0,02	0,05	0,08	0,06	0,04	0,02	0,03	0,02	0,00	0,01	0,02	0,03	0,05	0,03	0,08	0,07	0,08	0,08	0,00

Tablo 5: Toplam İlişki Matrisi (Y) ve Eşik Değeri

Toplam İlişki Matrisi (Y)																			
Risk Faktörü	R ₁	R ₂	R ₃	R ₄	R ₅	R ₆	R ₇	R ₈	R ₉	R ₁₀	R ₁₁	R ₁₂	R ₁₃	R ₁₄	R ₁₅	R ₁₆	R ₁₇	R ₁₈	R ₁₉
R ₁	0,00000	0,1309	0,00743	0,00242	0,00510	0,00513	0,01402	0,00247	0,00097	0,00031	0,00383	0,01196	0,00657	0,00856	0,00520	0,00191	0,00163	0,00401	0,00223
R ₂	0,01313	0,00000	0,01095	0,01006	0,00944	0,00515	0,01253	0,00339	0,00112	0,00021	0,00530	0,01390	0,00981	0,01160	0,00702	0,00299	0,00453	0,00754	0,00619
R ₃	0,00472	0,00877	0,00000	0,01185	0,00612	0,01307	0,00522	0,01311	0,00902	0,00114	0,00117	0,00783	0,00589	0,00723	0,01050	0,01290	0,01291	0,01221	0,01487
R ₄	0,00159	0,00793	0,01090	0,00000	0,00341	0,00644	0,00204	0,00722	0,00215	0,00077	0,00108	0,00599	0,00624	0,00525	0,00762	0,00836	0,00563	0,01133	0,00619
R ₅	0,00482	0,00684	0,00758	0,00380	0,00000	0,00457	0,00429	0,00302	0,00823	0,00799	0,00104	0,00413	0,00577	0,00568	0,00642	0,00298	0,00250	0,00430	0,00336
R ₆	0,00465	0,00473	0,01460	0,00732	0,00418	0,00000	0,00609	0,01016	0,00341	0,00051	0,00050	0,00600	0,00452	0,00525	0,00494	0,00238	0,00319	0,00414	0,00238
R ₇	0,01350	0,01350	0,00762	0,00302	0,00520	0,00716	0,00000	0,00388	0,00191	0,00061	0,00250	0,00962	0,00377	0,00995	0,00510	0,00259	0,00244	0,00390	0,00350
R ₈	0,00073	0,00314	0,01006	0,00578	0,00342	0,00629	0,00177	0,00000	0,00064	0,00037	0,00034	0,00243	0,00538	0,00295	0,00858	0,00236	0,00153	0,00171	0,00282
R ₉	0,00123	0,00124	0,01038	0,00413	0,00899	0,00457	0,00250	0,00149	0,00000	0,00223	0,00084	0,00231	0,00390	0,00237	0,00222	0,00129	0,00129	0,00145	0,00137
R ₁₀	0,00046	0,00048	0,00287	0,00115	0,00921	0,00073	0,00061	0,00070	0,00210	0,00000	0,00007	0,00068	0,00322	0,00326	0,00269	0,00074	0,00057	0,00135	0,00070
R ₁₁	0,00369	0,00567	0,00114	0,00097	0,00176	0,00067	0,00225	0,00025	0,00055	0,00007	0,00000	0,00552	0,00275	0,00285	0,00143	0,00065	0,00041	0,00057	0,00099
R ₁₂	0,01294	0,01604	0,01204	0,00959	0,00611	0,00827	0,01296	0,00589	0,00322	0,00099	0,00695	0,00000	0,00832	0,01170	0,00837	0,00375	0,00300	0,00562	0,00382
R ₁₃	0,00677	0,00832	0,00803	0,00743	0,00728	0,00331	0,00397	0,00466	0,00385	0,00288	0,00216	0,00502	0,00000	0,00763	0,00782	0,00471	0,00375	0,00638	0,00522
R ₁₄	0,00735	0,01280	0,01198	0,00777	0,00806	0,00541	0,00691	0,00503	0,00158	0,00480	0,00292	0,00914	0,00804	0,00000	0,00616	0,00386	0,00616	0,01030	0,00564
R ₁₅	0,00251	0,00665	0,01153	0,00702	0,00503	0,00333	0,00177	0,00686	0,00068	0,00079	0,00100	0,00441	0,00572	0,00495	0,00000	0,01109	0,01167	0,01176	0,01436
R ₁₆	0,00150	0,00476	0,01397	0,01047	0,00309	0,00298	0,00138	0,00263	0,00064	0,00066	0,00075	0,00341	0,00519	0,00369	0,01091	0,00000	0,00988	0,00963	0,01204
R ₁₇	0,00146	0,00503	0,01325	0,00714	0,00351	0,00196	0,00147	0,00223	0,00062	0,00057	0,00064	0,00331	0,00370	0,00533	0,01006	0,00764	0,00000	0,00935	0,01116
R ₁₈	0,00210	0,00547	0,01181	0,01367	0,00278	0,00252	0,00226	0,00218	0,00038	0,00075	0,00059	0,00501	0,00544	0,00665	0,00953	0,00761	0,00761	0,00000	0,00979
R ₁₉	0,00184	0,00793	0,01725	0,01080	0,00477	0,00225	0,00296	0,00289	0,00034	0,00041	0,00147	0,00481	0,00707	0,00493	0,01563	0,01296	0,01328	0,01502	0,00000

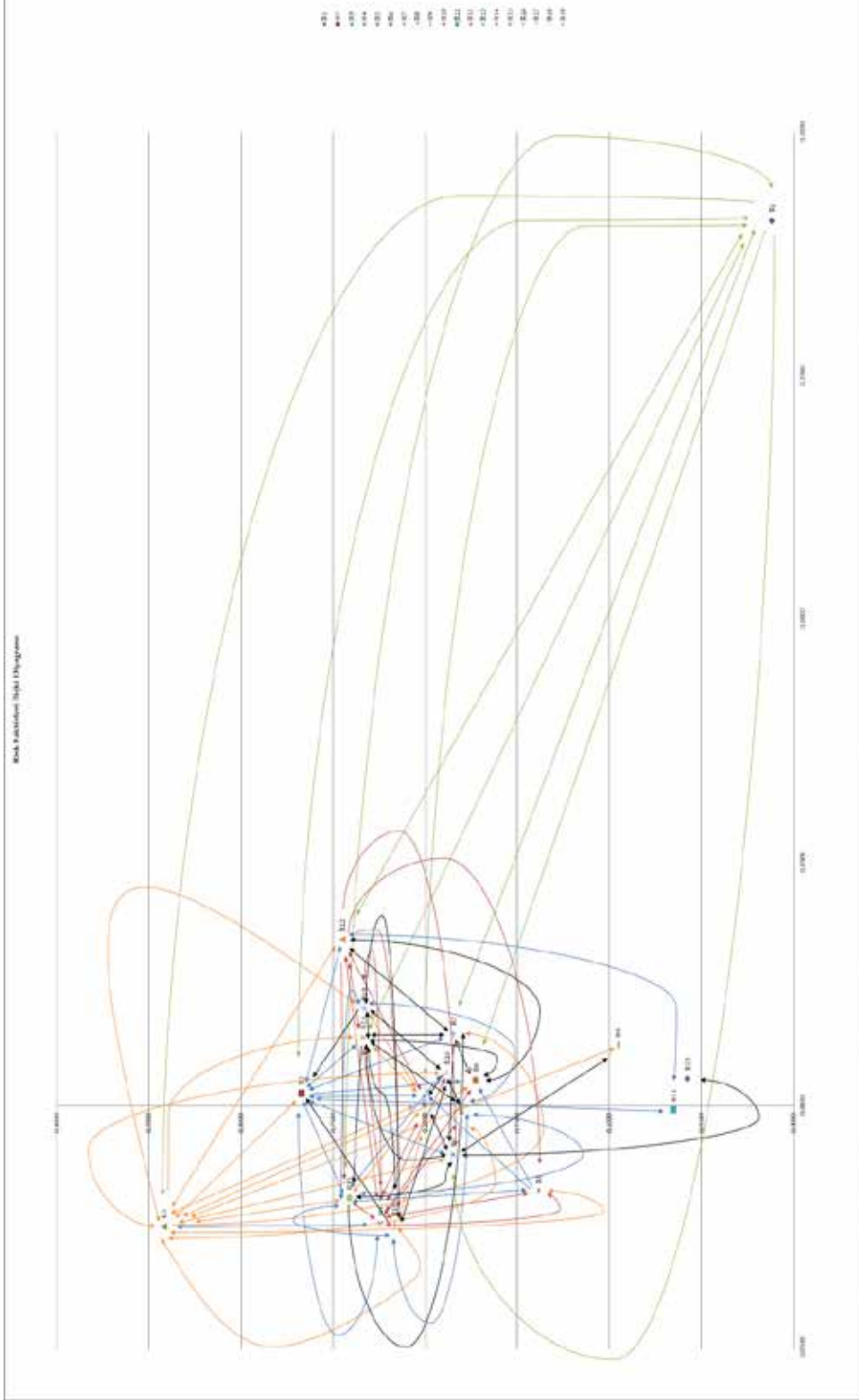
Not: Renklendirilen hücreler, risk faktörleri arasındaki ilişkinin eşik değerini aştığını göstermektedir. Eşik Değeri: 0,005061

Tablo 6: Etkileyen ve Etkilenen Risk Faktörleri

Risk Faktörü Kodu	K_i	N_i	$K_i + N_i$	$K_i - N_i$	Risk Faktörü Etki Türü*
R_1	0,096825	0,084971	0,181796	0,011853	Etkileyen
R_2	0,134876	0,132389	0,267265	0,002487	Etkileyen
R_3	0,158530	0,183412	0,341942	-0,024882	Etkilenen
R_4	0,100145	0,124399	0,224544	-0,024253	Etkilenen
R_5	0,087306	0,097453	0,184759	-0,010147	Etkilenen
R_6	0,088947	0,083791	0,172738	0,005156	Etkileyen
R_7	0,099755	0,084993	0,184748	0,014761	Etkilenen
R_8	0,060308	0,078069	0,138377	-0,017761	Etkilenen
R_9	0,053806	0,041416	0,095222	0,012390	Etkileyen
R_{10}	0,031592	0,026055	0,057648	0,005537	Etkileyen
R_{11}	0,032203	0,033137	0,065340	-0,000934	Etkilenen
R_{12}	0,139559	0,105477	0,245035	0,034082	Etkileyen
R_{13}	0,099213	0,101291	0,200504	-0,002078	Etkilenen
R_{14}	0,123895	0,109846	0,233741	0,014049	Etkileyen
R_{15}	0,111133	0,130190	0,241323	-0,019057	Etkilenen
R_{16}	0,097576	0,090799	0,188376	0,006777	Etkileyen
R_{17}	0,088437	0,091969	0,180405	-0,003532	Etkilenen
R_{18}	0,096159	0,120577	0,216736	-0,024419	Etkilenen
R_{19}	0,126601	0,106632	0,233233	0,019969	Etkileyen

*Risk Faktörünün Etki Türü: Risk faktörünün diğer risk faktörleri üzerindeki etkisini ifade etmektedir. Risk faktörü etki türü "etkileyen" ise diğer faktörleri etkilediğini; aksi takdirde diğer faktörlerden etkilendiğini göstermektedir.

Şekil 1: İlişki Diyagramı



Tablo 7: YLL Üzerinde Etkili Olan Risk Faktörlerinin Ağırlıkları

Risk Faktörü Kodu	Risk Faktörü Adı	Ağırlık (%)	Risk Faktörü Etki Türü*
R_1	Beslenmeyle İlgili Riskler	9,35	Etkileyen
R_2	Alkol Kullanımı	7,29	Etkileyen
R_3	Madde Kullanımı	6,75	Etkilenen
R_4	Yetersiz Fiziksel Aktivite	6,60	Etkilenen
R_5	Tütün Kullanımı (Aktif ve Pasif)	6,39	Etkilenen
R_6	Yüksek Beden Kitle İndeksi	6,39	Etkileyen
R_7	Böbrek Fonksiyon Bozukluğu	6,16	Etkileyen
R_8	Yüksek Sistolik Kan Basıncı	5,95	Etkilenen
R_9	Mesleki Riskler	5,47	Etkileyen
R_{10}	Yüksek Açlık Kan Şekeri	5,14	Etkileyen
R_{11}	Çocuklukta Kötü Muameleye Maruz Kalma	5,06	Etkilenen
R_{12}	Çevreyle İlgili Diğer Riskler	5,05	Etkileyen
R_{13}	Aile İçi Şiddet	4,97	Etkilenen
R_{14}	Yüksek LDL Kolesterol	4,92	Etkileyen
R_{15}	Çocuk ve Annede Malnütrisyon	4,71	Etkilenen
R_{16}	Düşük Kemik Mineral Yoğunluğu	3,81	Etkileyen
R_{17}	Güvenli Olmayan Su, Sanitasyon, El Yıkama	2,62	Etkilenen
R_{18}	Korunmasız Cinsel İlişki	1,78	Etkilenen
R_{19}	Hava Kirliliği	1,58	Etkileyen

*Risk Faktörünün Etki Türü: Risk faktörünün diğer risk faktörleri üzerindeki etkisini ifade etmektedir. Risk faktörü etki türü "etkileyen" ise diğer faktörleri etkilediğini; aksi takdirde etkilediği göstermektedir.

Yapılan analiz neticesinde elde edilen bulgulara göre; R_2 (alkol kullanımı), R_{12} (madde kullanımı), R_{14} (tütün kullanımı), R_{19} (yüksek beden kitle indeksi), R_{16} (yüksek açlık kan şekeri), R_7 (çocuklukta kötü muameleye maruz kalma), R_1 (aile içi şiddet), R_6 (çocuk ve annede malnütrisyon), R_9 (güvenli olmayan su, sanitasyon ve el yıkama) ve R_{10} (hava kirliliği) risk faktörleri etkileyen yani neden sınıfında yer alan risk faktörleri iken; R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_{18} (yüksek sistolik kan basıncı), R_{13} (mesleki riskler), R_5 (çevreyle ilgili diğer riskler), R_{17} (yüksek LDL kolesterol), R_8 (düşük kemik mineral yoğunluğu)

ve R_{11} (korumasız cinsel ilişki) risk faktörleri etkilenen; yani, sonuç grubunda yer alan faktörlerdir. Bununla birlikte bir risk faktörünün net etkileyen sınıfında yer alan bir faktör olması, söz konusu faktörün diğer faktörlerden etkilenmediği anlamına gelmemektedir. Benzer şekilde herhangi bir risk faktörünün net etkilenen faktör olması, diğer risk faktörlerini etkilemeyeceği anlamına da gelmemektedir. Net etkileyen ya da etkilenen olma durumu, bir risk faktörünün Eşitlik (6)'da gösterilen K_i ve Eşitlik (7)'de gösterilen N_i değerleri arasındaki farkın; yani $(K_i - N_i)$ değerinin pozitif ya da negatif olmasına göre değişmektedir. Bir diğer ifadeyle herhangi bir risk faktörünün diğer risk faktörlerini etkileme derecesi, diğer risk faktörlerinden etkilenme derecesinden daha büyük ise söz konusu risk faktörü net etkileyen; aksi durumda net etkilenen risk faktörü olmaktadır.

Bu bağlamda R_1 (aile içi şiddet) net etkileyen bir risk faktörü olarak; R_2 (alkol kullanımı), R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_5 (çevreyle ilgili diğer riskler), R_6 (çocuk ve annede malnütrisyon), R_7 (çocuklukta kötü muameleye maruz kalma), R_{12} (madde kullanımı), R_{13} (mesleki riskler), R_{14} (tütün kullanımı) ve R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite) risk faktörlerini etkilerken; R_2 (alkol kullanımı), R_7 (çocuklukta kötü muameleye maruz kalma), R_{12} (madde kullanımı), R_{13} (mesleki riskler), R_{14} (tütün kullanımı) risk faktörlerinden de etkilenmektedir.

R_2 (alkol kullanımı) net etkileyen risk faktörü olarak; R_1 (aile içi şiddet), R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_5 (çevreyle ilgili diğer riskler), R_6 (çocuk ve annede malnütrisyon), R_7 (çocuklukta kötü muameleye maruz kalma), R_{11} (korunmasız cinsel ilişki), R_{12} (madde kullanımı), R_{13} (mesleki riskler), R_{14} (tütün kullanımı), R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite), R_{18} (yüksek sistolik kan basıncı) ve R_{19} (yüksek beden kitle indeksi) risk faktörlerini etkilerken; R_1 (aile içi şiddet), R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_5 (çevreyle ilgili diğer riskler), R_7 (çocuklukta kötü muameleye maruz kalma), R_{11} (korunmasız cinsel ilişki), R_{12} (madde kullanımı), R_{13} (mesleki riskler), R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite), R_{18} (yüksek sistolik kan basıncı) ve R_{19} (yüksek beden kitle indeksi) risk faktörlerinden de etkilenmektedir.

R_3 (beslenmeyle ilgili riskler) net etkilenen risk faktörü olarak; R_1 (aile içi şiddet), R_2 (alkol kullanımı), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_5 (çevreyle ilgili diğer riskler), R_6 (çocuk ve annede malnütrisyon), R_8 (düşük kemik mineral yoğunluğu), R_9 (güvenli olmayan su, sanitasyon ve el yıkama), R_{12} (madde kullanımı), R_{13} (mesleki riskler), R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite), R_{16} (yüksek açlık kan şekeri), R_{17} (yüksek LDL kolesterol), R_{18} (yüksek sistolik kan basıncı) ve R_{19} (yüksek beden kitle indeksi) risk faktörlerinden etkilenirken; R_2 (alkol kullanımı), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_5 (çevreyle ilgili diğer riskler), R_6 (çocuk ve annede malnütrisyon), R_7 (çocuklukta kötü muameleye maruz kalma), R_8 (düşük kemik mineral yoğunluğu), R_9 (güvenli olmayan su, sanitasyon ve el yıkama), R_{12} (madde kullanımı), R_{13} (mesleki riskler), R_{14} (tütün kullanımı), R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite), R_{16} (yüksek açlık kan şekeri), R_{17} (yüksek LDL kolesterol), R_{18} (yüksek sistolik kan basıncı) ve R_{19} (yüksek beden kitle indeksi) risk faktörlerini de etkilemektedir.

R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu) net etkilenen risk faktörü olarak; R_2 (alkol kullanımı), R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_6 (çocuk ve annede malnütrisyon), R_8 (düşük kemik mineral yoğunluğu), R_{12} (madde kullanımı), R_{13} (mesleki riskler), R_{14} (tütün kullanımı), R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite), R_{16} (yüksek açlık kan şekeri), R_{17} (yüksek LDL kolesterol), R_{18} (yüksek sistolik kan basıncı), R_{19} (yüksek beden kitle indeksi) risk faktörlerinden etkilenirken; R_2 (alkol kullanımı), R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_6 (çocuk ve annede malnütrisyon), R_8 (düşük kemik mineral yoğunluğu), R_{12} (madde kullanımı), R_{13} (mesleki riskler), R_{14} (tütün kullanımı), R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite), R_{16} (yüksek açlık kan şekeri), R_{17} (yüksek LDL kolesterol), R_{18} (yüksek sistolik kan basıncı) ve R_{19} (yüksek beden kitle indeksi) risk faktörlerini de etkilemektedir.

R_5 (çevreyle ilgili diğer riskler) net etkilenen risk faktörü olarak; R_1 (aile içi şiddet), R_2 (alkol kullanımı), R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_7 (çocuklukta kötü muameleye maruz kalma), R_9 (güvenli olmayan su, sanitasyon ve el yıkama), R_{10} (hava kirliliği), R_{12} (madde kullanımı), R_{13} (mesleki riskler) ve R_{14} (tütün kullanımı) risk faktörlerinden etkilenirken; R_2 (alkol kullanımı), R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_9 (güvenli olmayan su, sanitasyon ve el yıkama), R_{10} (hava kirliliği), R_{13} (mesleki riskler), R_{14} (tütün kullanımı), R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite) risk faktörlerini de etkilemektedir.

R_6 (çocuk ve annede malnütrisyon) net etkileyen risk faktörü olarak; R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_7 (çocuklukta kötü muameleye maruz kalma), R_{11} (korunmasız cinsel ilişki) ve R_{14} (tütün kullanımı) risk faktörlerini etkilerken; R_1 (aile içi şiddet), R_2 (alkol kullanımı), R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_7 (çocuklukta kötü muameleye maruz kalma), R_8 (düşük kemik mineral yoğunluğu), R_{12} (madde kullanımı) ve R_{14} (tütün kullanımı) risk faktörlerinden de etkilenmektedir.

R_7 (çocuklukta kötü muameleye maruz kalma) net etkileyen risk faktörü olarak; R_1 (aile içi şiddet), R_2 (alkol kullanımı), R_5 (çevreyle ilgili diğer riskler), R_6 (çocuk ve annede malnütrisyon), R_{12} (madde kullanımı), R_{14} (tütün kullanımı) ve R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite) risk faktörlerini etkilerken; R_1 (aile içi şiddet), R_2 (alkol kullanımı), R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_6 (çocuk ve annede malnütrisyon), R_{12} (madde kullanımı), R_{14} (tütün kullanımı) risk faktörlerinden de etkilenmektedir.

R_8 (düşük kemik mineral yoğunluğu) net etkilenen risk faktörü olarak; R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_{12} (madde kullanımı) ve R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite) risk faktörlerinden etkilenirken; R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_6 (çocuk ve annede malnütrisyon), R_{13} (mesleki riskler) ve R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite) risk faktörlerini de etkilemektedir.

R_9 (güvenli olmayan su, sanitasyon ve el yıkama) net etkileyen risk faktörü olarak; R_3 (beslenmeyle ilgili riskler) ve R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu) risk faktörlerini etkilerken; R_3 (beslenmeyle ilgili riskler) ve R_5 (çevreyle ilgili diğer riskler) risk faktörlerinden de etkilenmektedir.

R_{10} (hava kirliliği) net etkileyen risk faktörü olarak; sadece R_5 (çevreyle ilgili diğer riskler) risk faktörünü etkilerken; yine sadece R_5 (çevreyle ilgili diğer riskler) risk

faktöründen etkilenmektedir. Bu iki risk faktörü karşılıklı olarak birbirlerini etkilemekte ve birbirlerinden etkilenmektedirler. R_{10} (düşük kemik mineral yoğunluğu)'nun R_5 (çevreyle ilgili diğer riskler)'i etkileme derecesi R_5 (çevreyle ilgili diğer riskler)'den etkilenme derecesinden daha büyük olduğundan R_{10} (hava kirliliği) net etkileyen risk faktörü olmuştur.

R_{11} (korunmasız cinsel ilişki) net etkilenen risk faktörü olarak; R_2 (alkol kullanımı) ve R_{12} (madde kullanımı) risk faktörlerinden etkilenirken; aynı zamanda, R_2 (alkol kullanımı) ve R_{12} (madde kullanımı) risk faktörlerinden de etkilenmektedir.

R_{12} (madde kullanımı) net etkileyen risk faktörü olarak; R_1 (aile içi şiddet), R_2 (alkol kullanımı), R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_5 (çevreyle ilgili diğer riskler), R_6 (çocuk ve annede malnütrisyon), R_7 (çocuklukta kötü muameleye maruz kalma), R_8 (düşük kemik mineral yoğunluğu), R_{11} (korunmasız cinsel ilişki), R_{13} (mesleki riskler), R_{14} (tütün kullanımı), R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite) ve R_{18} (yüksek sistolik kan basıncı) risk faktörlerini etkilerken; R_1 (aile içi şiddet), R_2 (alkol kullanımı), R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_6 (çocuk ve annede malnütrisyon), R_7 (çocuklukta kötü muameleye maruz kalma), R_{11} (korunmasız cinsel ilişki) ve R_{14} (tütün kullanımı) risk faktörlerinden de etkilenmektedir.

R_{13} (mesleki riskler) net etkilenen risk faktörü olarak; R_1 (aile içi şiddet), R_2 (alkol kullanımı), R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_5 (çevreyle ilgili diğer riskler), R_8 (düşük kemik mineral yoğunluğu), R_{12} (madde kullanımı), R_{14} (tütün kullanımı), R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite), R_{16} (yüksek açlık kan şekeri), R_{18} (yüksek sistolik kan basıncı) ve R_{19} (yüksek beden kitle indeksi) risk faktörlerinden etkilenirken; R_1 (aile içi şiddet), R_2 (alkol kullanımı), R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_5 (çevreyle ilgili diğer riskler), R_{14} (tütün kullanımı), R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite), R_{18} (yüksek sistolik kan basıncı) ve R_{19} (yüksek beden kitle indeksi) risk faktörlerini de etkilemektedir.

R_{14} (tütün kullanımı) net etkileyen risk faktörü olarak; R_1 (aile içi şiddet), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_5 (çevreyle ilgili diğer riskler), R_6 (çocuk ve annede malnütrisyon), R_7 (çocuklukta kötü muameleye maruz kalma), R_{12} (madde kullanımı), R_{13} (mesleki riskler), R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite), R_{17} (yüksek LDL kolesterol), R_{18} (yüksek sistolik kan basıncı), R_{19} (yüksek beden kitle indeksi) risk faktörlerini etkilerken; R_1 (aile içi şiddet), R_2 (alkol kullanımı), R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_5 (çevreyle ilgili diğer riskler), R_6 (çocuk ve annede malnütrisyon), R_7 (çocuklukta kötü muameleye maruz kalma), R_{12} (madde kullanımı), R_{13} (mesleki riskler), R_{17} (yüksek LDL kolesterol) ve R_{18} (yüksek sistolik kan basıncı) risk faktörlerinden de etkilenmektedir.

R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite) net etkilenen risk faktörü olarak; R_1 (aile içi şiddet), R_2 (alkol kullanımı), R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_5 (çevreyle ilgili diğer riskler), R_7 (çocuklukta kötü muameleye maruz kalma), R_8 (düşük kemik mineral yoğunluğu), R_{12} (madde kullanımı), R_{13} (mesleki riskler), R_{14} (tütün kullanımı), R_{16} (yüksek açlık kan şekeri), R_{17} (yüksek LDL kolesterol), R_{18}

(yüksek sistolik kan basıncı), R_{19} (yüksek beden kitle indeksi) risk faktörlerinden etkilenirken; R_2 (alkol kullanımı), R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_8 (düşük kemik mineral yoğunluğu), R_{13} (mesleki riskler), R_{16} (yüksek açlık kan şekeri), R_{17} (yüksek LDL kolesterol), R_{18} (yüksek sistolik kan basıncı) ve R_{19} (yüksek beden kitle indeksi) risk faktörlerinden de etkilenmektedir.

R_{16} (yüksek açlık kan şekeri) net etkileyen risk faktörü olarak; R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_{13} (mesleki riskler), R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite), R_{17} (yüksek LDL kolesterol), R_{18} (yüksek sistolik kan basıncı) ve R_{19} (yüksek beden kitle indeksi) risk faktörlerini etkilerken; R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite), R_{17} (yüksek LDL kolesterol), R_{18} (yüksek sistolik kan basıncı) ve R_{19} (yüksek beden kitle indeksi) risk faktörlerinden de etkilenmektedir.

R_{17} (yüksek LDL kolesterol) net etkilenen risk faktörü olarak; R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_{14} (tütün kullanımı), R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite), R_{16} (yüksek açlık kan şekeri), R_{18} (yüksek sistolik kan basıncı) ve R_{19} (yüksek beden kitle indeksi) risk faktörlerinden etkilenirken; aynı zamanda, R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_{14} (tütün kullanımı), R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite), R_{16} (yüksek açlık kan şekeri), R_{18} (yüksek sistolik kan basıncı) ve R_{19} (yüksek beden kitle indeksi) risk faktörlerini de etkilemektedir.

R_{18} (yüksek sistolik kan basıncı) net etkilenen risk faktörü olarak; R_2 (alkol kullanımı), R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_{12} (madde kullanımı), R_{13} (mesleki riskler), R_{14} (tütün kullanımı), R_{16} (yüksek açlık kan şekeri), R_{17} (yüksek LDL kolesterol) ve R_{19} (yüksek beden kitle indeksi) risk faktörlerinden etkilenirken; R_2 (alkol kullanımı), R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_{13} (mesleki riskler), R_{14} (tütün kullanımı), R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite), R_{16} (yüksek açlık kan şekeri), R_{17} (yüksek LDL kolesterol) ve R_{19} (yüksek beden kitle indeksi) risk faktörlerinden de etkilenmektedir.

R_{19} (yüksek beden kitle indeksi) net etkileyen risk faktörü olarak; R_2 (alkol kullanımı), R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_{13} (mesleki riskler), R_{16} (yüksek açlık kan şekeri), R_{17} (yüksek LDL kolesterol) ve R_{18} (yüksek sistolik kan basıncı) risk faktörlerini etkilerken; R_2 (alkol kullanımı), R_3 (beslenmeyle ilgili riskler), R_4 (böbrek fonksiyon bozukluğu), R_{13} (mesleki riskler), R_{14} (tütün kullanımı), R_{15} (yetersiz fiziksel aktivite), R_{16} (yüksek açlık kan şekeri), R_{17} (yüksek LDL kolesterol) ve R_{18} (yüksek sistolik kan basıncı) risk faktörlerinden de etkilenmektedir.

Yapılan analizle faktörler arası içsel ilişkiler, etkileyen ve etkilenen faktörler belirlendiği gibi; söz konusu faktörlerin ağırlıkları da hesaplanmıştır. Hesaplanan bu ağırlıklar Tablo 7’de gösterilmiştir. Buna göre net etkileyen faktörler arasında %7,29’luk ağırlıkla alkol kullanımı ilk sırada yer almaktadır. Bu net etkileyen risk faktörünü sırasıyla; %6,75’lik ağırlıkla madde kullanımı, %6,39’luk ağırlıkla tütün kullanımı, %6,39’luk ağırlıkla yüksek beden kitle indeksi, %5,14’lük ağırlıkla yüksek açlık kan şekeri, %5,06’lık ağırlıkla çocuklukta kötü muameleyle maruz kalma, %4,97’lik ağırlıkla aile içi şiddet, %4,71’lik ağırlıkla çocuk ve annede malnütrisyon,

%2,62'lik ağırlıkla güvenli olmayan su, sanitasyon ve el yıkama ve son olarak %1,58'lik ağırlıkla hava kirliliği net etkileyen risk faktörleri takip etmektedir. Net etkilenen faktörler arasında ise, %9,35'lik ağırlıkla beslenmeyle ilgili riskler ilk sırada yer alırken söz konusu bu net etkilenen risk faktörünü sırasıyla; %6,60'lık ağırlıkla yetersiz fiziksel aktivite, %6,16'lık ağırlıkla böbrek fonksiyon bozukluğu, %5,95'lik ağırlıkla yüksek sistolik kan basıncı, %5,47'lik ağırlıkla mesleki riskler, %5,05'lik ağırlıkla çevreyle ilgili diğer riskler, %4,92'lik ağırlıkla yüksek LDL kolesterol, %3,81'lik ağırlıkla düşük kemik mineral yoğunluğu ve nihayetinde %1,78'lik ağırlıkla korumasız cinsel ilişki izlemektedir.

Sonuç ve Öneriler

Kanuni Sultan Süleyman Han'ın "Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi, Olmaya devlet cihanda, bir nefes sıhhat gibi" sözleri sağlığın ne denli önemli olduğunu anlatmaya yeter bir ifadedir. Bu öneme binaen tezahür eden bu çalışmada, bireylerin sağlıklı geçirdikleri yaşam yıllarındaki kaybı ifade eden YLL ölçütü üzerinde etkili olan başlıca 19 risk faktörünün içsel ilişkileri belirlenmeye ve söz konusu faktörlerin ağırlıkları hesaplanmaya çalışılmıştır. Bu amaç doğrultusunda kullanılan DEMATEL yöntemi, analiz edilen 19 risk faktörünü; 10 tanesini etkileyen, 9 tanesini de etkilenen olmak üzere iki gruba ayırmıştır. Yöntem bu yolla, kıt olan kaynakları tüm risk faktörlerinin çözümüne tahsis etmek yerine, esas çabanın ilk olarak YLL üzerinde daha etkili olduğu anlaşılan 10 etkileyen risk faktörüne yönlendirilmesi için bir fırsat sunmuştur. Bu fırsat iyi değerlendirilmek suretiyle, YLL'de meydana gelebilecek herhangi bir kaybı ortadan kaldırmaya yönelik hayata geçirilecek çabaların da etkililiği arttırılabilecektir.

Analizle elde edilen bulgular; etkileyen yani neden grubunda yer alan risk faktörlerinin, ağırlıklarına göre; alkol kullanımı, madde kullanımı, tütün kullanımı, yüksek beden kitle indeksi, yüksek açlık kan şekeri, çocuklukta kötü muameleye maruz kalma, aile içi şiddet, çocuk ve annede malnütrisyon, güvenli olmayan su, sanitasyon ve el yıkama ve hava kirliliği şeklinde sıralandığını göstermektedir. Söz konusu bu faktörlerin pek çoğunun, nispeten yüksek açlık kan şekeri hariç, koruyucu sağlık uygulamaları, küçük yaşta başlayan eğitim faaliyetleri, bilinçlendirme ve farkındalık yaratmaya yönelik kampanyalar, bağımlılık yaratıcı maddelerin kullanımını azaltmaya, ortadan kaldırmaya veyahut bu tür zararlı maddelere başlama yaşını yükseltmeye yönelik uygulamaya konulacak yasal düzenlemeler, sosyal ve kültürel etkinlikler, sportif faaliyetlerin toplum geneline yayılmasını sağlayacak organizasyonlar vasıtasıyla ortaya çıkma olasılıkları düşürülebilecektir. Hemen belirtmek gerekir ki; elde edilen bu bulgular, etkileyen risk faktörleri tamamen ortadan kaldırılsa dahi etkilenen risk faktörlerinin ve/veya sağlıklı geçirilecek yaşam yılında meydana gelecek kayıpların ortaya çıkmaması anlamına gelmemektedir. Zira, bu faktörler sadece ve sadece risk faktörleridir. Kaldı ki; pek çok etkileyen ve etkilenen risk faktörü arasında karşılıklı bir etkileşim olduğu anlaşılmaktadır. Etkileyen faktörlerin ağırlıkları incelendiğinde bağımlılık yapıcı madde kullanımının ilk üç sırada yer aldığı anlaşılmaktadır. Söz konusu bu maddeleri kullanmaya başlama yaşının giderek düşmesi birey ve toplum sağlığı açısından ciddi bir risk

oluşturmaktadır. Son yıllarda tütün ve tütün mamullerinin kullanımını azaltmaya yönelik uygulamaya konulan sağlık politikaları ve idari politikalar, tütün ve tütün kullanımında dikkate değer bir düşüşe neden olmuştur. Aynı zamanda, tütün ve tütün mamullerinin kullanılabilmesi alanların giderek kısıtlanması pasif içicilik nedeniyle maruz kalınan risklerin de azaltılmasına olumlu katkı yapmıştır. Tütün ve tütün mamullerinin tutundurulmasına, özendirilmesine, satılmasına ve kullanılmasına yönelik hayata geçirilen tedbirlerin alkol kullanımına yönelik de uygulamaya konması YLL'de meydana gelebilecek kayıpların ortaya çıkma riskini düşürecektir. Madde kullanımını önlemeye yönelik farkındalık yaratacak faaliyetlerin yanı sıra, güvenlik tedbirlerinin artırılması, bu tür maddeleri satanlara ve özendirilenlere yönelik daha ağır cezai müeyyidelerin getirilmesi de daha sağlıklı bir nesil için elzem bir konudur. Elbette ki; uyuşturucu madde kullanımı hariç olmak üzere, tütün ve alkol gibi bağımlılığa neden olan maddelerin kullanımını kısıtlamaya yönelik hayata geçirilecek tedbirlerin bireysel hak ve özgürlükler göz önüne alınarak uygulamaya konması da bu tedbirlerin toplum geneline yayılması ve benimsenmesi bakımından kolaylaştırıcı bir rol üstlenecektir.

Son olarak, analizle ulaşılan bulguların doğru yorumlanabilmesi için araştırmanın sınırlılıklarının dikkate alınması gerekliliği unutulmamalıdır. Keza, kullanılan DEMATEL yöntemi uzman görüşüne dayanan bir yöntemdir. Her ne kadar görüşleri alınan katılımcılar alanlarında uzman dahi olsalar, bu durum sonuçlar üzerindeki özneliliği ortadan kaldırmamaktadır. Bir başka ifadeyle, karar verici kitlesinin değişmesi durumunda risk faktörleri arasındaki ilişki ağının ve faktör ağılıklarının değişmesi kaçınılmazdır. Bu nedenle bundan sonraki süreçte konuyla ilgili olarak yapılacak çalışmalarda daha geniş bir katılımcı kitlesinin sağlanması sonuçlar üzerinde uzlaşma sağlanmasını da kolaylaştıracaktır. Aynı zamanda, sadece YLL üzerinde etkili olan risk faktörlerinin değil; YLL ve YLD üzerinde etkili olan tüm risk faktörlerinin bir arada ele alınacağı bir başka araştırma yoluyla DALY ölçütü üzerinde etkili olan risk faktörleri sınıflandırılarak literatüre katkı sağlanabilir. Bunun yanı sıra, bu çalışmada karar vericilerin bireysel değerlendirmeleri için dörtlü bir skala kullanılmıştır. Bunun karar vericilerin değerlendirmelerini kısıtlayıcı bir husus olabileceği gözden kaçırılmamalıdır. Bu tarz bir kısıtlamayı ortadan kaldırabilmek adına, gelecekte yapılacak çalışmalarda bulanık küme teorisinin ve bulanık sayıların, üçgen ya da yamuk gibi, kullanılması; bunun da ötesinde kullanımı henüz çok yaygın olmasa da tip-2 bulanık sayıların araştırmalarda denenmesi karar vericilere değerlendirme ve yargılarını ifade ederken daha geniş bir yelpazede yer alan dilsel değişkenleri kullanabilme imkanı sunacaktır.

Kaynakça

- Aktaş, Ramazan, Mete M. Doğanay, Yunus Gökmen, Yavuz Gazibey ve Ufuk Türen. *Sayısal Karar Verme Yöntemleri*. İstanbul: Beta Yayınları, 2015.
- Arslan, Deniz Tugay ve İsmail Ağırbaş. “Sağlık Çıktılarının Ölçülmesi: QALY ve DALY”. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 13 (2017): 99-126.
- Bahadori, Mohammadkarim ve Ramin Ravangard. “Analysis of the Systematic Relationships among Social Determinants of Health (SDH) and Identification of Their Prioritization in Iran Using DEMATEL Technique”. *Iranian Journal of Public Health*. 42/12 (2013): 1457-1464.
- Bahadori, Mohammadkarim, Mahmood Salesi, Ramin Ravangard, Seyed Mojtaba Hosseini, Mehdi Raadabadi, Amin Hojati Dana ve Ahmad Ameryoun. “Prioritization of Factors Affecting Time Management among Health Managers”. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*. 3/4 (2015): 159-164.
- Bulut, Sinan. “Sağlıkta Sosyal Bir Belirleyici; Fiziksel Aktivite”. *Turkish Bulletin of Hygiene and Experimental Biology/Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji*. 70/4 (2013): 205-215.
- Büyüközkan, Gülçin ve Sezin Güteryüz. “An Integrated DEMATEL-ANP Approach for Renewable Energy Resources Selection in Turkey”. *International Journal of Production Economics*. 182 (2016): 435-448.
- Candan, Gökçe. “İlaç Sektöründe Başarılı Tersine Lojistik Uygulamaları İçin Faktörlerin Değerlendirilmesi: Bulanık Mantık Temelli Yaklaşım. İşletme Araştırmaları Dergisi”. *Journal of Business Research Turk*. 10/3 (2018): 592-605.
- Chang, Dong-Shang, Shu-Ming Liu ve Yi-Chun Chen. “Applying DEMATEL to Assess TRIZ’s Inventive Principles for Resolving Contradictions in the Long-Term Care Cloud System”. *Industrial Management and Data Systems*. 117/6 (2017): 1244-1262.
- Chen, Xiujuan, Guangqian Qiu, Linhai Wu, Guoyan Xu, Jianhua Wang ve Wuyang Hu. “Influential Impacts of Combined Government Policies for Safe Disposal of Dead Pigs on Farmer Behavior”. *Environmental Science and Pollution Research*. 24 (2017): 3997-4007.
- Çımrın, Arif, Peri Arbak, İbrahim Akkurt, Emel Ceylan, Fatma Evyapan, Ayten Filiz ve Abdurrahman Şenyiğit. Ed., Muzaffer Metintaş. “Çevresel-Mesleksi Akciğer Hastalıkları”, Türkiye’de Temel Akciğer Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri. Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, 2010.
- Dikmen, Feyyaz Cengiz ve Yunus Taş. “Applying Dematel Approach to Determine Factors Affecting Hospital Service Quality in A University Hospital: A Case Study”. *Yönetim Bilimleri Dergisi/Journal of Administrative Sciences*. 16/2 (2018): 11-28.
- Elbir, Tolga, Abdurrahman Bayram, Melik Kara, Hasan Altıok, Remzi Seyfioğlu, Pınar Ergün ve Sedef Şimşir. “İzmir Kent Merkezinde Karayolu Trafikinden Kaynaklanan Hava Kirliliğinin İncelenmesi”. *Dokuz Eylül Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Fen ve Mühendislik Dergisi*. 12/1 (2010): 1-17.

- Frichi, Youness, Fouad Jawab ve Said Boutahari. "The Mixed-Method 5W2D Approach for Health System Stakeholders Analysis in Quality of Care: An Application to the Moroccan Context". *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 16/2899 (2019): 1-25.
- George-Ufot, Glory, Ying Ou ve Ifeyinwa Juliet Orji. "Sustainable Lifestyle Factors Influencing Industries' Electric Consumption Patterns Using Fuzzy Logic and DEMATEL: The Nigerian Perspective". *Journal of Cleaner Production*. 162 (2017): 624-637.
- Guigoz, Yves. "The Mini Nutritional Assessment review of the literature - What does it tell us?". *The Journal of Nutrition, Health and Aging*. 10 (2006): 466-487.
- Hinduja, Akshay ve Manju Pandey. "Assessment of Healthcare Waste Treatment Alternatives Using an Integrated Decision Support Framework". *International Journal of Computational Intelligence Systems*. 12/1 (2019): 318-333.
- Guy, Hutton ve Haller Laurence. *Evaluation of the Costs and Benefits of Water and Sanitation Improvements at the Global Level*. Geneva: World Health Organization, 2004.
- Okan İbiloğlu, Aslıhan. "Aile İçi Şiddet". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 4/2 (2012): 204-222.
- Karlıkaya, Celal, Funda Öztuna, Zeynep Aytemur Solak, Metin Özkan ve Osman Örsel. "Tütün Kontrolü". *Toraks dergisi*. 7/1 (2006): 51-64.
- Khan, Muhammad Waseem, Yousaf Ali, Fabio De Felice, Aneel Salman ve Antonella Petrillo. "Impact of brick kilns industry on environment and human health in Pakistan". *Science of the Total Environment*. 678 (2019): 383-389.
- Korkmaz Çetin, Saniye, Tezan BİLDİK, Serpil ERERMİŞ, Nagehan DEMİRAL, Burcu ÖZBARAN, Müge TAMAR ve Cahide AYDIN. "Erkek Ergenlerde Cinsel Davranış ve Cinsel Bilgi Kaynakları: Sekiz Yıl Arayla Değerlendirme". *Türk Psikiyatri Dergisi*. 19/4 (2008): 390-397.
- Kumar, Anil, Mohamad Amin Kaviani, Eleonora Bottani, Manoj Kumar Dash, Edmundas Kazimieras Zavadskas. "Investigating the Role of Social Media in Polio Prevention in India: A Delphi-DEMATEL Approach". *Kybernetes*. 47/5 (2018): 1053-1072.
- Liou, James.J.H., Ming-Tsang Lu, Shu-Kung Hu, Chia-Hua Cheng ve Yen-Ching Chuang. "A Hybrid MCDM Model for Improving the Electronic Health Record to Better Serve Client Needs". *Sustainability*. 9/1819 (2017): 1-13.
- Liu, Hu-Chen, Jian-Xin You, Chao Lu, Yi-Zeng Chen. "Evaluating Health-care Waste Treatment Technologies Using a Hybrid Multi-criteria Decision Making Model". *Renewable and Sustainable Energy Reviews*. 41 (2015): 932-942.
- Liu, Yupeng, Yifei Chen ve Gwo-Hshiung Tzeng. "Identification of Key Factors in Consumers' Adoption Behavior of Intelligent Medical Terminals Based on a Hybrid Modified MADM Model for Product Improvement". *International Journal of Medical Informatics*. 105 (2017): 68-82.
- Duncan, Mara, Jon Lane, Beth Scott ve David Trouba. Sanitation and health. *PLoS medicine*. 7/11 (2010): 1-6.

- Nilashi, Mehrbakhsh, Sarminah Samad, Azizah Abdul Manaf, Hossein Ahmadi, Tarik A. Rashid, Asmaa Munshi, Wafa Almkadi, Othman Ibrahim, Omed Hassan Ahmed. "Factors influencing medical tourism adoption in Malaysia: A DEMATEL Fuzzy TOPSIS approach". *Computers and Industrial Engineering*. 137/106005 (2019): 1-13.
- Onat, Altan. "Türkiye'de Obezitenin Kardiyovasküler Hastalıklara Etkisi". *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 31/5 (2003): 279-289.
- Ortiz Barrios, Miguel Angel, Zulmeira Herrera-Fontalvo, Javier Rúa-Muñoz and Saimon Ojeda-Gutiérrez, Fabio De Felice ve Antonella Petrillo. "An Integrated Approach to Evaluate the Risk of Adverse Events in Hospital Sector". *Management Decision*. 56/10 (2018): 2187-2224.
- Örsal, Özlem. "Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Tütün ve Tütün Mamulleri Kullanma Alışkanlıkları Üzerine Kesitsel Bir Çalışma". *Turkish Journal of Research and Development in Nursing*. 11/3 (2009):30-40.
- Kaymak Özmen, Suna. "Aile içinde öfke ve saldırganlığın yansımaları". *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 37/2 (2004): 27-39
- Rehm, Jürgen, Jayadeep Patra ve Svetlana Popova. "Alcohol-attributable Mortality and Potential Years of Life Lost in Canada 2001: Implications for Prevention and Policy". *Addiction*. 101 (2006): 373-384.
- Rehm, Jürgen, Robin Room, Kathryn Graham, Maristela Monteiro, Gerhard Gmel ve Christopher T. Sempos. "The Relationship of Average Volume of Alcohol Consumption and Patterns of Drinking to Burden of Disease". *Addiction*. 98 (2003): 1209-1228.
- Shi, Xiaofeng, Jianying Li, Fei Wang, Hasan Dinçer ve Serhat Yüksel. "Hybrid Decision-Making Approach for the Service and Financial-Based Measurement of Universal Health Coverage for the E7 Economies". *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 16/3295 (2019): 1-20.
- Si, Sheng-Li, Xiao-Yue You, Hu-Chen Liu ve Jia Huang. "Identifying Key Performance Indicators for Holistic Hospital Management with a Modified DEMATEL Approach". *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 14/934 (2017): 1-17.
- Supeekit, Tuangyot, Tuanjai Somboonwivat ve Duangpun Kritchanhai. "DEMATEL-modified ANP to evaluate internal hospital supply chain Performance". *Computers and Industrial Engineering*. 102 (2016): 318-330.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)*, Ankara: 2011.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, Ankara: Kuban Matbaacılık, 2017.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*, Ankara: Kuban Matbaacılık, 2019.
- Tezcan, Sabahat, Ayşegül Esin Ertan ve Dilek Aslan. "Beş Yaş Altı Çocuklarda Malnütrisyon Durumunun Değerlendirilmesi". *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*. 23/5 (2003): 420-429.

- Tsai, Wen-Hsien ve Wen-Chin Chou, "Selecting Management Systems for Sustainable Development in SMEs: A Novel Hybrid Model Based on DEMATEL, ANP, and ZOGP", *Expert Systems with Applications*, 36 (2009): 1444-1458.
- Ünal, Gülseren. "Aile İçi Şiddet". *Aile ve Toplum Eğitim - Kültür ve Araştırma Dergisi*. 2/7 (2005): 85-93.
- "Cinsel Sağlık ve Üreme sağlığı". Erişim 12 Aralık, 2019. <https://www.who.int/reproductivehealth/curable-stis/en/>.
- "Hava Kirliliği". Erişim 12 Aralık, 2019. <https://www.who.int/airpollution/events/expertconsult2019/en/>.
- "Health-topics/tobacco". Erişim 12 Aralık, 2019. <https://www.who.int/health-topics/tobacco>.
- "Obezite ve Aşırı Kilo". Erişim 12 Aralık, 2019. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- "Sanitasyon". Erişim 12 Aralık, 2019. <https://www.who.int/topics/sanitation/en/>.
- "Yetersiz Beslenme". Erişim 12 Aralık, 2019. <https://www.who.int/topics/malnutrition/en/>.
- "Fiziksel Aktivite". Erişim 12 Aralık, 2019. <https://www.who.int/health-topics/physical-activity>.

Investigation of the Risk Factors Affecting Years of Life Lost Via DEMATEL Method

GİZEM ZEYDE AYDIN

AHMET SERHAT ULUDAĞ

Abstract: *In this study, the causal relationship between the 19 risk factors that have an effect on the years of life lost (YLL) was investigated by DEMATEL method. The relative weights of these risk factors were calculated. In this way, it is aimed to ensure the effective use of scarce resources and the effectiveness of possible measures that can be implemented by eliminating the risks that may cause harm in healthy life year. According to the findings 19 risk factors; It was divided into two groups as 10 affecting and 9 affected. Among the influencing factors, the use of addictive substances, especially alcohol, has been identified as the risk factors affected and hence the most effective factors on years of life lost. The probability of occurrence of 10 risk factors in the affected group can be largely eliminated through awareness-raising, health and administrative measures and early education.*

Keywords: *Decision making, Decision making techniques, Public health, Life expectancy*



Sağlığın Kavramsallaştırılması ve İnsan Odaklı Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon Perspektifi

BAYRAM DEMİR*

bayramdemir2005@gmail.com

ORCID-ID: 0000-0003-2547-2664

Öz: Tarihsel süreç içerisinde sağlık hizmetlerinin odak nesnesi farklı toplum ve zamanlarda değişkenlik göstermiştir. Hastalık merkezli, hasta merkezli, toplum merkezli ve insan merkezli olmak üzere sağlık hizmetinin odağına yerleşen bu kavramlar sağlık hizmeti sisteminin tasarımında belirleyici olmuşlardır. Bunlara çatı oluşturan kavramsal yaklaşımların en önemlileri biyomedikal model ve biyopsikosozyal modeldir. Hastalık ve sağlık durumuna ilişkin algılamaları belirleyen bu modeller insana ve insanın sağlık durumuna ilişkin farklı sayılıtlara sahiptirler. 1980'li yıllara kadar biyomedikal modelin hâkim olduğu sağlık hizmetleri ve tıbbi pratikler alanı bulunmaktadır. 1948'de Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık tanımına farklı bir bakış açısı getirilmiş olması biyopsikosozyal modelin doğuşunu sağlamıştır. 1980'lerde başlayan sağlık reform dalgası 1990'lara gelindiğinde sağlık sistemlerine insan merkezli sağlık hizmetiyle uyumlu kalite ve akreditasyon çalışmaları entegre edilmiştir. Çalışmada biyopsikosozyal modelin sağlık ve hastalık yaklaşımının insan merkezli sağlık uygulamaları ve kalite akreditasyon çalışmalarıyla ilişkisi tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İnsan odaklı sağlık hizmeti, Biyomedikal model, Biyopsikosozyal model, Kalite, Akreditasyon.

Giriş

İnsanlığın ortaklaşa yaşama geçtiği dönemlerden bu yana sağlık hizmetlerinin sunumu değişim ve dönüşüm geçirmiştir. Tıbbın günümüzde ulaştığı aşamalar ilkel sağlık hizmeti sunumundan, modern batı tıbbının hâkim olduğu günümüze kadar değişim ve de dönüşümü bizlere göstermektedir. İlkel sağlık hizmeti sunumunda insan aklının açıklayabildiği ve eldeki araç ve gereçlerle çözüm bulduğu sorunlar ve hastalıklar halk tıbbı pratiği içinde değerlendirilirken, açıklayamadığı ve çözemediği sağlık sorunlarının çözümü doğaüstücü yaklaşımların geçerli olduğu pratiklere

* Dr. Araştırmacı, Sağlık Bakanlığı.

birakılmıştır.¹ Günümüzde ise, modern batı tıbbının hâkim yaklaşım olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Öte yandan halen halk tıbbının ve diğer doğaüstücü yaklaşımın izlerine de rastlanmaktadır. Her yaklaşım bir paradigma olarak değerlendirilecek olursa aynı dönemde birden fazla paradigmanın varlık gösteriyor olduğu ifade edilebilir.

Thomas Kuhn'un belirttiği paradigma dönüşümleri sadece bilimsel açıklama iddiasındaki teorilerin etkilendiği bir husus değildir.² Ortaya koyduğu çerçeve sağlık hizmet sunumunun gerisinde yatan yaklaşımları da açıklamaktadır. Sosyologlara göre paradigma dönüşümü sağlık hizmet sunumunun kavramsallaştırılmasında da yaşanmaktadır. Castell'e göre hakim paradigma olan biyomedikal modelin "hasta" kavramının yerini "birey veya kişi" kavramı almıştır.³ Sağlık hizmet sunucuları ise sağlık hizmet sunumundaki paradigma dönüşümünün hastalık-hasta ve kişi odaklı sağlık hizmeti şeklinde yaşandığını belirtmektedir. İkinci dünya savaşına kadar tıp, akut hastalıkların eradikasyonuna odaklanmıştır. 1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü sağlıklı olmanın sadece hastalığın olmadığı bir hal olmadığı şeklinde bir sağlık tanımı formüle ederek kavramsal düzeyde tıbbın sağlığa bakış açısını değiştirmeye başlamıştır. Aile hekimliği, psikiyatri gibi tıp branşlarının yaygınlık kazanmasıyla birlikte tıbbın indirgemeci sağlık yaklaşımı değişmiş, psikososyal faktörlerin etkisinin artmasıyla beraber "hasta odaklı yaklaşım" ortaya çıkmıştır. Bu yaklaşım günümüzde birçok tıp disiplininin ana eksenini de biçimlendirmektedir. 2000'li yıllara gelindiğinde ise sağlık hizmet sunumunda ana tema "toplum odaklı sağlık hizmeti" şekline dönüşmüştür.⁴

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımı, hastalığın yokluğu durumuna yaparak farklı bir model önermekte ve kişinin biyopsikososyal çevresini dikkate alan sağlık kavramlaştırması yaklaşımı ise farklı bir sağlık durumu değerlendirmesini ortaya koymaktadır. Hizmetlerin odak noktasını hangi kavramın oluşturduğu sağlık sisteminin tasarımını etkilemektedir. Hasta odaklı sağlık hizmeti, insan odaklı sağlık hizmeti veya toplum odaklı sağlık hizmeti tamlamalarının her biri ayrı ideolojik, politik ve teknik angajmanlarla desteklenen sağlık hizmetlerini ortaya çıkarmaktadır.

Bununla birlikte ülkelerin sağlık sistemleri temel olarak iki ana başlıkta ele alınabilir. Birincisi toplumun sağlık ve hastalık hakkındaki inançları, yaşam ve ölüme dair algıları, bunlara atfettiği anlam ve hastalık durumunda tutum ve davranışlarını içeren sosyokültürel yaklaşımları; ikincisi ise sağlık hizmeti sunumunu oluşturan fiziksel yapıları, teknolojik alt yapısı, sağlık insan gücü, hizmet sunum süreçleri ve hizmetin finansmanını içeren örgütlenmesi olmaktadır.⁵ Öte yandan sağlık dâhil birçok sektörde insanlara ve dolayısıyla topluma sunulan hizmetlerin nitelik olarak güvenli ve kullanıcı dostu olarak sürdürülmesini sağlayan felsefi ve teknik yöntem

1 Richard K. Thomas, *Society and Health –Sociology for Health Professionals*, New York: Kluwer Academic Publishers, 2003, s.78-80.

2 Thomas Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions*. London: The University of Chicago Press, 1996.

3 Sarah Netleton, *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge: Polity Press, 1995, s. 12, 251-252.

4 Jan De Maeseneer, vd., "From "Patient" to "Person" to "People": The Need for Integrated, People-Centered Healthcare", *The International Journal of Person Centered Medicine*, 2/3 (2012), s. 601-614.

5 Thomas, *Society and Health*, s.77.

olarak kalite ve akreditasyon çalışmaları, sağlık hizmetlerinde insan odaklı sağlık hizmet sunumu için organizasyonlara önemli bir seçenek sunmaktadır. Çünkü standartların altındaki sağlık hizmetinin hem insani hem de ciddi finansal sonuçları olabilmektedir.⁶ Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon faaliyetleri sağlık hizmetleri sunumunda uzun yıllardır kendisine yer bulan, sağlık ve hastalığa dair kavramsal dönüşümleri içinde barındıran düzenleyici faaliyetler bütünü olarak işlevsel bir mahiyete sahiptir. Bu çalışmada “insan odaklı sağlık hizmeti” kavramsallaştırması içinde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde kalite yönetimi ve akreditasyon faaliyetlerinin önemi tartışılmaya çalışılacaktır. Bu çerçevede öncelikle sağlık hizmetlerinin odağındaki kavramlar ve sağlığın kavramlaştırılması modellerinin içeriğine yer verilecektir.

Sağlık Hizmetlerinde Odak Nesnesinin Değişimi

Sağlık olgusu, insanoglunun gündelik hayatında merkezi bir role sahiptir. Sağlığın önemi ise, genellikle kaybedildiği anlarda anlaşılmaya başlanır. Sağlık durumunun kötü olması insanın sadece bedeni üzerinde değil, aynı zamanda yaşantısı, kendi hakkındaki düşünceleri ve başkalarıyla olan etkileşimleri açısından da önemli sonuçlar doğurur. Daha da ötesinde, insanların kimlik algısı, yaşam tarzı ve sosyal ilişkileri de sağlıklı olma haliyle şekillenmektedir. Bu nedenle, kişinin sağlık durumunun kötüleşmesi halinde hizmet aldığı sağlık kurumlarının ve etkileşimde buldukları sağlık profesyonellerinin hasta-hastalık haline yaklaşımları, en az sağlıklı olma haline yaklaşımları kadar merkezi bir role sahiptir.

Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin sunumunu tanımlamada sağlık profesyonellerinin bakış açısını da içerecek şekilde temel olarak birkaç yaklaşımın olduğu ifade edilebilir. Bunlar tedavi edici sağlık kurumları için, “hastalık merkezli”, “hasta merkezli sağlık hizmeti”, “kanıt temelli sağlık hizmeti” ve insan merkezli sağlık hizmeti; birinci basamak, temel sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri için ise “hasta merkezli” ve “toplum merkezli sağlık hizmeti” şeklinde bir değişim skalası söz konusudur.⁷ Hizmet sunumunu merkez alan bu ayırım giderek kamu sağlık politikalarının seyrini de belirlemektedir. Yaklaşımlar zaman içerisinde değişerek ve genel itibarıyla yerini bir diğer bakış açısına bırakmakla birlikte aynı habitat içinde var olmaya devam etmeleri de söz konusu olabilmektedir. Buna karşılık sağlık hizmet sunumunun odak nesnesinde dört temel aşamaya yer verebiliriz.

Hastalık Merkezli Sağlık Yaklaşımı

Genel itibarıyla hastaların tıbbi durumlarına ilişkin raporları hastalık süreçlerinin ifadesi olarak değerlendirilmekte ve klinik yöntem olarak da hastalıkları sayısal veriler üzerinden tanımlamaya odaklanmaktadır. Bir yönüyle kanıta dayalı tedavi olarak da değerlendirilebilir. Bu klinik yöntemin, basit, açık, doğrulanabilir olma gibi güçlü yönleri bulunmasının yanında hastalık biyolojik olarak da tanımlanabilir.

6 Reece Hinchcliff vd., “Stakeholder Perspectives on Implementing Accreditation Programs: A Qualitative Study of Enabling Factors”, *BMC Health Services Research*, 13/437 (2013), s.2-9.

7 Jan De Maeseneer vd., “From “Patient” to “Person” to “People”: The Need for Integrated, People-Centered Healthcare”, s.603-604.

Klinisyenlerin neden-sonuç ilişkilerini ve hastalığın süreçlerini tanımlamasına izin verir. Bununla birlikte, hastalığı bedenın ölçülebilir biyolojik değışkenlerinin normundan sapmalar olarak görmesi ve hastanın bakış açısını dikkate almamasının yanı sıra hastalık halinin sorunlarını aşırı basitleştirilmesi nedeniyle eleştirilmiştir.⁸ Temelinde tıp teknolojisinin ilerlemesi ve tıptaki uzmanlaşma bulunmakla birlikte, bireyleri “vaka” olarak gören vetedavi/bakım sürecinde bireyin sosyokültürel ve insancıl yönlerinin göz ardı edilmesi yatmaktadır. Bir paradoks olarak da sağlık kurumlarına güvenin azalması ve alternatif tıp felsefelerinin ve uygulamalarının yükselişini etkilediği ifade edilmektedir.⁹ Bununla birlikte, tıp eğitimi biyomedikal yöntemi temel almaktadır. Hekimler “hastalık merkezli” yaklaşıma göre yetişmektedirler. Bu yaklaşıma göre hekimin görevi, hastalığın tanımlanması, açıklanması, nedenlerinin ortaya konması ve sonrasında bunların önlenmesi ve tedavi edilmesi şeklindedir. Hasta ile iletişimin içeriği de hastaya tanı konulmasına yönelik olmaktadır.¹⁰ Paternalistik karaktere sahip bu süreçlerde hastaya pasif bir rol biçilmiş olmaktadır.

Hasta Merkezli Sağlık Yaklaşımı

20. yüzyılda hasta memnuniyetini artırma ve tedavi sonuçlarını iyileştirme vaadi ile sağlık sistemlerinin merkezinde yer etmiş olan “hasta odaklı” yaklaşımın tanımı, ilk defa Balint tarafından, “hastayı benzersiz bir varlık olarak anlamak” şeklinde yapılmıştır.¹¹ April Reynolds’a göre, hasta merkezli bakım, hastaya ve bireyin özel sağlık bakımı ihtiyaçlarına odaklanır. Hasta merkezli sağlık hizmetlerinin amacı hastaların kendi tedavi süreci ve bakımlarında aktif katılımcılar olmalarını sağlamaktır.¹² Hasta merkezli sağlık hizmeti; hastanın istek, ihtiyaç ve önceliklerinin dikkate alındığı hekim, hasta ve hasta yakını arasındaki işbirliğini vurguladığı gibi hastanın tedavi sürecine katılması sağlanarak, doğru karar almasına yönelik ihtiyaç duyduğu tüm bilgilerin paylaşılmasıdır.¹³ Bu yaklaşım, temelinde klinik araştırmaları içeren, hasta bireyi tedavi etmek ve bireyin sadece sağlık bakımına odaklanmak olarak anlaşılmaktadır.

Toplum Merkezli Sağlık Yaklaşımı

Toplum merkezli sağlık hizmeti ise daha farklı bir bakış açısı sunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre, toplum odaklı sağlık hizmeti hastalık durumundan çok topluma ve çevresine odaklanmış sağlık hizmeti anlamına gelmektedir. Toplum

8 Lidia Borghi vd., “Promoting Patient Engagement and Participation for Effective Healthcare Reform”, *The Patient-Centered Medicine as the Theoretical Framework for Patient Engagement*, ed., Guendalina Graffigna, USA: IGI Global, 2016, s.27.

9 Alexander R. Green, Juan Emilio Carrillo ve Joseph R. Betancourt, “Why the Disease-Based Model of Medicine Fails our Patients”, *Western Journal of Medicine*, 176/2 (2002), s. 141-143.

10 Gülay Şahin ve Füsün A. Artıran İğde, “Hasta Merkezli Bakım-Ortak Karar Alma Süreci ve Kalite”, *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine-Special Topics*, 5/3 (2014), s. 38-42.

11 Gemmae M. Fix vd., “Patient-Centred Care is a Way of Doing Things: How Healthcare Employees Conceptualize Patient-Centred Care”, *Health Expectations*, 21/1 (2018) :300-307.

12 April Reynolds, “Patient-Centered Care”, *Radiol Technol*, 81 (2009), s.133-147.

13 Banu Kumbasar, “Hasta Odaklı Sağlık Hizmetlerinde İletişim”, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3/1 (2016), s.85-90.

merkezli hizmet, yalnızca hasta birey yerine insanlara odaklanmış ve sağlık hizmeti buna göre örgütlenmiştir.¹⁴ Hastalıklardan korunma ve hastalık yönetimi önemli görülmele birlikte toplumun ihtiyaç ve beklentilerini karşılama noktasında yeterli olarak değerlendirilmez. Merkezinde, ailesi, toplumu ve içinde bulunduğu kültürel bağlamı dikkate alınan bağlamında kişi bulunmaktadır. Yaklaşım ayrıca, toplumdaki insanların sağlık politikası ve sağlık hizmetlerinin şekillendirilmesindeki rolüne dikkat çekmektedir.

İnsan Merkezli Sağlık Yaklaşımı

Sağlık hizmetlerinin söylem düzeyindeki odak evriminin bir diğer noktasının “insan merkezli sağlık hizmeti” olduğu belirtilebilir. İnsan merkezli bakım konusunda büyük bir alan yazını olmasına ve bu terimin sağlık politikası ve araştırmasına sıklıkla dâhil edilmesine rağmen, üzerinde anlaşmaya varılmış standart bir tanımı bulunmamaktadır.¹⁵ Miles ve Mezzich insan odaklı sağlık hizmetini, tıbbın imkânlarını uygun bir şekilde hastalara sunan ve hümanistik çerçevede kişiyi bir bütün olarak kabul edip, fiziksel ihtiyaçlarına ilave olarak korkularını, duygularını, geçmişini, kültürel bağlamını, ruhsal ihtiyaçlarını da dikkate alan felsefe ve metot olarak tanımlamaktadır.¹⁶ Morton ve Sellars’a göre bu felsefi yaklaşımın hizmet sunumundaki karşılığını ise şu ilkelere görebiliriz: (1) Tedavi ve bakım kişiye onur, merhamet ve saygı ile verilir; (2) tedavi ve bakım iyi koordine edilmiştir; (3) Tedavi ve bakım, kişinin klinik, sosyal, duygusal ve pratik ihtiyaçlar dikkate alınarak kişiselleştirilir; ve (4) insanların kendi tedavilerinde aktif rol almalarını sağlar. Hastalığa odaklanmaktan ziyade kişiye, ailesine ve sosyal çevresine odaklanmayı tanımlar; hizmetten yararlanan kişiyi, pasif alıcı olarak değil sağlık profesyonelleriyle eşit bir ilişkiyi destekler.¹⁷ İnsan odaklı sağlık hizmeti kişilerin kendi sağlık ve iyilik durumunu kontrol etmesini desteklediği gibi kişilerin bu yöndeki gayretlerini de birçok anlamda desteklemektedir.¹⁸ Ayrıca DSÖ’ye göre insan merkezli sağlık hizmetlerine ilişkin genel vizyon, bireylerin, ailelerin ve toplulukların ihtiyaçlarına insani ve bütüncül yollarla cevap veren güvenilir bir sistem tasarımıdır. Böylelikle, sağlık sistemi, paydaşların ihtiyaçları etrafında tasarlanır. Bireylerin, ailelerin ve toplulukların sağlık hizmetlerinin kalitesinde ve ihtiyaçlara yanıt verebilirliğinde iyileşme sağlamak için kamu otoritesi, özel ve kar amacı gütmeyen sağlık kuruluşlarının işbirliğini sağlar.¹⁹

Her ne kadar ağırlık merkezi farklı sağlık hizmeti sunum anlayışları söz konusu ise de bunların mutlak bir şekilde birbirinden ayrıştırılabilmesi mümkün olduğu

14 World Health Organization, *People Centered Healthcare*, Geneva, 2008.

15 The American Geriatrics Society, “Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements”, *Journal of American Geriatrics Society*, 64 (2016), s.15–18.

16 Andrew Miles ve Juan E. Mezzich, “The Care of the Patient and the Soul of the Clinic: Personcentered Medicine as an Emergent Model of Modern Clinical Practice”, *The International Journal of Person Centered Medicine*, 1/2 (2011), s. 207-222.

17 Rachael L. Morton ve Marcus Sellars, “From Patient-Centered to Person-Centered Care for Kidney Diseases”, *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 14 (2019), s. 623–625.

18 Yuri Quintana, “People Centered Healthcare Systems: Opportunities and Challenges”, *British Medical Journal Satellites*, 18 (2011), s. 17-24.

19 World Health Organization, *People Centered Healthcare*.

düşünülmemektedir. Zira hasta merkezli ve insan merkezli yaklaşım birçok açıdan benzerlikler göstermektedir. Dolayısıyla bu kavramlar bunlar birer ideal tip olarak değerlendirilebilir. Çünkü sağlık hizmetlerinin uygulama karakteristikleri sistemin işleyişindeki merkezi yaklaşımın anlaşılmasına imkân vermektedir. Böyle bir kestirimde bulunmayı kolaylaştıran bir diğer enstrüman ise sağlığı ve sağlık hizmetlerinin sunum pratiklerini tanımlamada kullanılan kavramsal modellerdir.

Sağlık Kavramsallaştırması Modelleri

Sağlık veya hastalık doğrudan tıbbi faaliyetleri çağrıştırıyor da olsa aynı zamanda sosyo- kültürel bir olgudur. Bu nedenle sosyolojik olarak da ele alınması gereken bir olgudur. Ayrıca sağlık, ilk bakışta üzerinde kolaylıkla anlaşılabilir ve ortak bir tanım yapılabilecek bir alan gibi görünmesine karşın oldukça değişken bir içeriğe sahiptir. Üzerinde ortak bir yaklaşım geliştirilememesinin de haklı sebepleri bulunmaktadır. Çünkü sağlık sadece tıbbi değil, sosyal, psikolojik, ruhsal, çevresel ve ekonomik olmak üzere birçok bileşene sahiptir. Dolayısıyla aşağıda yer verilecek modeller de genel itibarıyla sağlık durumunu tanımlama üzerinden ayrılmaktadırlar. Bu algılama biçimleri sadece klinik uygulamada yaşanan bir dil sorunu açısından önem arz etmez. Aynı zamanda nelerin sağlık sorunu olarak değerlendirileceği, sağlık sorunlarından hangisinin öncelikli olarak ele alınacağı, sağlık hizmetinin nasıl sunulması gerektiği ve sağlık hizmet tasarımı konusunda da sağlık politikası ve uygulamalarını mikro ve makro ölçekte farklılaştırabilmektedir.²⁰

Hastalık, hasta, toplum ve insan merkezli sağlık hizmeti çatısı altındaki bütün sağlık hizmet sunum pratiklerinin sağlığa ilişkin genel algılamalardan etkilendiği düşünüldüğünde bu algılamaları şekillendiren genel bir çerçeve, yani bu algılamaların karşılık geldiği kavramsal modeller bulunduğu anlaşılmaktadır. Diğer bütün kavramlar gibi sağlık ve hastalık kavramları da başta öznellik ve nesnellik olmak üzere birçok boyutu içermektedir.²¹ Geçerli olan hâkim kavramlaştırma sağlık ve hastalık durumuna dair temel açıklamaları da belirlemektedir. Bu çerçevede, kavramsal modeller farklı şekillerde adlandırılabilir.

20 Tuğrul Erbaydar, "Sağlık; Kimin için?", *Toplumbilim Dergisi*, 13 (2001), s. 49-58.

21 Aytül Kasapoğlu, "Güncel Sosyal Sorunlar ve Sağlık", *Toplumbilim Dergisi*, 13 (2001), s. 23-37.

Tablo1: Sağlık Tanımlama Modelleri

Model	Tanım
Tıbbi/Biyomedikal Model	Hastalık veya sakatlık halinin yokluğu
Dünya Sağlık Örgütü / Biyopsikososyal Model	Yalnızca hastalık ve sakatlık halinin olmaması değil fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali
İyilik Modeli	Sağlığın desteklenmesi ve verimli yaratıcı yaşam için optimum kişisel uygunluk ve de zihin, beden ve ruhun bütünleşmesi dolu,
Çevresel Model	Fiziksel ve sosyal çevreye uyum - aşırı acı, rahatsızlık veya sakatlıktan uzak bir denge
Sosyal ya da İşlevsel Model	Bireylerin sosyal olarak işlevsel olma yeteneği
Psikolojik Model	Sağlıklı olma hali kişinin kendi durumu hakkındaki öznel değerlendirmesidir.

Kaynak: James S. Larson, "The Conceptualization of Health", *Medical Care Research Review*, 56/2 (1999), s.125; Encyclopedia of Sociology, Donald E. Stull, 2000, "Health and the Life Course" maddesinden uyarlanmıştır.

Tablo 1'de yer verilen modellerden yaygın olarak kendine yer bulanların hiç kuşkusuz Biyomedikal model ve Dünya Sağlık Örgütü modeli olduğu ifade edilebilir. Geleneksel olarak sağlık, hastalık durumunun yokluğu ile eşdeğer kabul edilir. Temel olarak bedeninde patolojik bir bozukluğun olmadığı hallerde kişiyi sağlıklı kabul etmek söz konusu iken patojenler nedeniyle bedensel zayıflığın oluşması hallerinde ise kişiyi hasta olarak nitelendirmek mümkün olmaktadır. Kuşkusuz bu türden dar bir bakış açısı iyilik halini anlaşılmasını zorlaştıracak ve tedaviye yönelik çabaları boşa çıkaracağı gibi koruyucu önlemleri de baskılayabilecektir. Dolayısıyla hastalık ve sağlığa yönelik temel yaklaşımların anlaşılması ayrıca önem kazanmaktadır. Biyomedikal ve biyopsikososyal modelin anlaşılması bu yönüyle de dikkate alınmalıdır.

Biyomedikal Model

Modelin ayırıcı yönü, sağlığın tanımı ile belirgin bir yaklaşım göstermektedir. Model, sadece bireyin fizyolojik durumuna ve hastalık belirtilerinin varlığına veya yokluğuna odaklanır. Buna göre, sağlık durumu, kişinin bedeninde hastalığın olmaması; hastalık ise kişinin bedenindeki fizyolojik bir problem olarak algılanır. Burada asıl olan olumlu bir durumun tespiti yapılmayıp sadece olumsuz bir durumun yokluğunun tespit edilmesidir. Dolayısıyla kişi hasta değilse iyi addedilebilir. Wolinsky'e göre biyomedikal modelin sağlık ve hastalık durumuna dair kavrayışı güçleştiren dört temel sıyaltısı bulunmaktadır:²²

²² Gregory L. Weiss ve Lynne E. Lonnquist, *The Sociology of Health, Healing and Illness*, New York: Routledge, 2016, s.169.

- Hastalığın varlığı, teşhisi ve tedavisi tamamen nesnel olgulardır. Kişide ortaya çıkan semptomlar ve elde edilen bulgular kesin tanının hatasız olarak yapılabileceği doğru ve objektif bilgi verir.
- Sadece sağlık profesyonelleri (hekimler) sağlığı ve hastalıkları tanımlayabilir.
- Sağlık ve hastalık sadece fizyolojik problem olarak tanımlanmalıdır.
- Sağlık sadece hastalığın olmaması olarak tanımlanır.

Engel'e göre ise, tıbbi yaklaşımlar içinde önemli bir yer tutan biyomedikal model, hastalık halinin ölçülebilir bedensel normlardan tamamıyla bir sapma olduğu sayılına sahiptir. Hastalığın sosyal, psikolojik ve de davranışsal yönüne alan bırakmaz. Hastalık, dışarıdan nüfuz ederek bireyin bedeninin fizyolojik yapısını ve ruhsal dengesini bozan bir etken olarak görülür ve bedensel süreçlerdeki sapmaların da hastalık halinin bir sonucu olduğunu ifade eder.²³

Modelde hastalıkların dış veya iç kaynaklı yaralanmalardan ortaya çıktığı vurgulanır. Hastalığın dış nedenleri fiziksel, kimyasal ve mikrobiyolojik; iç nedenleri ise vasküler, immünolojik ve metabolik olarak üç büyük kategoriye ayrılır. Vücudun organlarını esas alan tıbbi uygulama, hücre, doku ve organ işleyişi hakkındaki bilgiyi artırabileceği gibi bazı hastalıkların gelişme ve tedavi mekanizmalarını ortaya çıkarabilecektir. Ancak, hastalıkların daha geniş psikososyal yönlerini hesaba katmadığı için kronik hastalıkların yayılımını azaltmak için gereken önleyici çabaları yönlendirmede çok az şey sunmaktadır.²⁴ Öte yandan, bu yaklaşımın indirgemeci tutumu nedeniyle modern tıbbi uygulamayı insani çerçeveden uzaklaştırıyor oluşu sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan kişilerin memnuniyetsizliğine yol açmaktadır. Modern biyomedikal tıbbi yaklaşımdan ortaya çıkan memnuniyetsizliğin doğrudan bir sonucu olarak tamamlayıcı ve alternatif yaklaşımlar geliştirilmekte ve rağbet görmektedir

Edwards'a göre, modern tıp öncelikle aile hekimleri, hastaneler, bakım evleri ve benzeri gibi sağlık kuruluşları aracılığıyla halka sunulmaktadır. Zaman içinde piyasa ilkeleri de sağlık hizmetinin bir parçası olmuştur (örneğin, özel sağlık sektörü, tedavilerin ticarileştirilmesiyle ilaçlardan büyük karlar elde edilmesi). Biyomedikal modelde modern tıp açısından bilimsel uzmanlık değerli olup ve sıradan insanların görüşü önemli addedilmez. Sağlık profesyonelleri açısından asıl olan uzman bilgisiyle hastalığı tanımlamak, tedavi etmek ve önlemek için bilinen usullere bağlı kalmaktır. Bu nedenle modern tıp, bürokrasi, pazar ve tıbbi uzmanlığın gücü tarafından yönetilen bir kurumdur.²⁵ Biyomedikal modele yönelik bu eleştiri, günümüzde neredeyse kutsal bir kavram olarak değerlendirilen "hasta katılımı"na yer vermediği ve dolayısıyla sağlık hizmetinden yararlanan kişilerin aktif bir paydaş olarak sistemde yer almasını engelliyor olduğudur.

23 George L. Engel, "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine", *Science*, 196 (1977), s.129 – 136.

24 Mladen Havelka, Jasminka Despot Lucanin ve Damir Lucanin, "Biopsychosocial Model – The Integrated Approach to Health and Disease", *Collegium Antropologium*, 33/1 (2009), s. 303–310.

25 Gemma Edwards. "Jürgen Habermas Politics and Morality in Health and Medicine", *Contemporary Theorists for Medical Sociology*, ed., Graham Scambler, New York Routledge, 2012, s.38.

Anjum'a göre, biyomedikal modelin havzası içinde yer alan hastalık ve hasta merkezli anlayışların yerini bıraktığı "insan odaklı sağlık hizmeti", tıptaki değişimin tıbbi pratik ve değerlerin ötesinde olduğunu temsil etmektedir. Ayrıca biyomedikal modelin tek nedenselci, indirgemeci ve mekanik yaklaşımından uzaklaşarak modelin ontolojik çerçevesini etkilediği gibi bireyi içeren bir sağlık hizmetini teşvik ederek kökeni 18. yüzyıla uzanan biyomedikal yaklaşımı eleştirmiş olduğunu da belirtmektedir.²⁶

Sağlık statüsünü belirleyen birçok parametre bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; üreme sağlığı, aşılama, mortalite, morbidite, fertilité gibi parametrelerdir. Ama bu parametreler sistemin bütünü görmeyi ve değerlendirebilmeyi sağlamadığı ve diğer unsurları ihmal ettiği için sağlık durumuna dair saptamalarda ıskalması yüksek olan yaklaşımlardır. Dolayısıyla indirgemeciliğin ötesinde bütüncül bir bakış açısına ihtiyaç bulunmaktadır.

Biyopsikososyal Model

Biyomedikal modelin indirgemeci ve hasta katılımını öngörmeyen yaklaşımı Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımıyla birlikte tartışılmaya başlanmıştır. 1960'lardan itibaren kronik hastaların deneyimlerinin klinik düzeyde ifadesinin biyomedikal bakış açısına nüfuz etmesi toplumun ve tıbbın karşılıklı etkileşiminin bir ürünü olarak ortaya çıkmıştır. Yine 60'lı yılların kültürel ve politik değişimleri ışığında hastalar ve sağlık çalışanları da hastalık deneyimlerinin nesneleştirilmesinden şikâyetçi olmuşlardı. Çünkü klinik prosedürlerin ve tıbbi uygulamaların nesnelere olarak görülen hastalar kendilerini sadece tedavilerinin seyri hakkındaki kararlardan değil, aynı zamanda kendi bedenlerinden ve yaşamlarından da yabancılaşmış görüyorlardı. Bunun temelinde ise, hasta/kişi deneyimini tıbbi bilgiden ayıran bir tür biyomedikal paternalizm olduğu görülmüştür.²⁷

Organlarda meydana gelen bir işlev bozukluğunun ortadan kaldırılması durumunda bile bireyin sağlık durumunun stabil hale getirilemeyeceği, yani bütüncül bir bakış açısı ile bireyin psikososyal durumunu dikkate almayan bir yaklaşımın ihtiyaca cevap veremeyeceği düşüncesi Dünya Sağlık Örgütü'nün medikal alan ve medikal olmayan alan bir araya getiren sağlık tanımlamasıyla somutlaşmıştır.²⁸

Buna göre sağlık, "sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir" şeklinde tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü modeli olarak bilinen bu yaklaşım aynı zamanda "biyopsikososyal model" olarak da adlandırılmaktadır. Biyopsikososyal model, tıbbın pür bilimsel özellikleri üzerine inşa edilen biyomedikal modele göre insan davranışına ve hastalığa daha geniş ve entegre bir yaklaşım sunar.²⁹ "Biyopsikososyal" kavramı ilk olarak 1954 yılında Grinker tarafından kullanılmış olup daha sonra bir dönüm noktası olarak George

26Rani Lill Anjum vd., "Integrating Philosophical Perspectives Into Personcentered Healthcare", *European Journal for Person Centered Healthcare*, 3/4 (2015), s. 427-430.

27Carl May, "Mundane Medicine, Therapeutic Relationships and the Clinical Encounter: Current and Future Agendas for Sociology", *Handbook of the Sociology of Health, Illness and Healing*, ed., Bernice A. Pescosolido vd., London: Springer, 2011, s.313.

28 Erbaydar, "Sağlık; Kimin için?", s.50.

29 Ahmad Dogar Imtiaz, "Biopsychosocial Model", *Annals of Punjab Medical College*, 1/1(2007), s.11-13.

Engel tarafından model olarak zikredilmeye başlanmıştır. Engel genel sistem teorisini temel alan yaklaşımının tıbbi alana uygulandığında biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçlerin her birinin sağlık hizmetinin sunumunun her aşamasında dikkate alınması gerektiğini vurgulamıştır. Çünkü bu öğeleri fiziksel sağlık ve hastalık durumunun ayrılmaz ve etkileşimli parçası olarak değerlendirmektedir. Biyopsikososyal model hastalığı, organizma düzeyinde ve kişiler arası ve çevresel seviyelerde etkileşime giren mekanizmaların sonucu olarak görür.³⁰ Biyopsikososyal model hastalığı organizma düzeyinde, kişiler arası ve çevresel seviyelerde etkileşime giren mekanizmalardan kaynaklandığı sayılına sahiptir. Buna göre, her türlü hastalığa dair inceleme, sistemin temel bileşenleri olarak bireyi, vücudu ve çevresindeki ortamı içerecek şekilde yapılmalıdır. Zira sağlık ve hastalık sosyal yapı içinde oluşur ve onun tarafından şekillendirilir. Bu nedenle sağlık ve hastalık toplumsal ve de çevresel etkenlerden bağımsız değildir. Ona anlamını veren de toplumun onu algılayış biçimidir. Bu yüzden, biyomedikal modelin medikalizasyon kavramının aksine neyin hastalık olup olmadığı tarihselliği içinde her toplumda değişkenlik göstermektedir.³¹

Her iki yaklaşım kendi içinde farklı bir perspektif taşımaktadır. Buna karşılık biyopsikososyal model daha geniş bir çerçeveyi kapsamaktadır.

Biyomedikal ve Biyopsikososyal Modelin Karşılaştırılması

Her iki modelin hastalık ve sağlık hakkındaki yaklaşımları birbirinden farklılık arz etmektedir. Sağlık çerçevesinde insana ve insan doğasına ilişkin önemli ayırım bulunmaktadır. Her iki yaklaşım farklı sayılılara sahiptir. Bu çerçevede, farkları gösteren bir tabloya yer vermek daha aydınlatıcı olacaktır.

30 Ana Sabela A 'lvarez, Marco Pagani ve Paolo Meucci, "The Clinical Application of The Biopsychosocial Model in Mental Health: A Research Critique", *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91 (2012), s.173-180.

31 Ömer Aytaç ve Muzaffer Çağlar Kurttaş, "Sağlık - Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi", *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25/1 (2015), s. 231-250.

Tablo 2: *Biyomedikal ve Biyopsikososyal Modelin Karşılaştırılması*

Odak noktası	Biyomedikal Model	Biyopsikososyal Model
Hastalığın sebebi nedir?	Biyolojik faktörler	Biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler
Hastalıktan kim sorumlu?	Bireyde içsel değişiklere neden olan dışsal faktörler. Hastalık bireyin kontrolü dışında ortaya çıkan biyolojik değişiklik olduğu için birey sorumlu tutulamaz.	Bireyler kendi sağlık ve hastalık durumlarından sorumlu tutulabilirler.
Hastalık nasıl tedavi edilmeli?	Vücudun fiziksel durumunu değiştirmeyi amaçlayan, aşılama, cerrahi ve kemoterapi gibi tıbbi müdahalelerle.	Davranış değişikliği, hastalığa olan yaklaşım, tıbbi tedaviye uyum gibi unsurlarla bireyin bütüncül olarak tedavi edilmesi.
Tedaviden kim sorumlu?	Hekim	Amaç sadece fiziksel hastalığın değil kişinin bütüncül tedavisi olduğundan davranış değişikliği ve tedaviye uyum gibi açılardan hasta da sorumlu olarak görülmektedir.
Sağlık ve hastalık arasındaki ilişki nedir?	Sağlık ve hastalık, niteliksel olarak farklı olgulardır ve ikisi arasında süreklilik bulunmaz. Kişi sağlıklı veya hastadır.	Sağlık ve hastalık bir süreklilik döngüsüne sahiptir. Bireylerin yaşam döngüsü bu iki durum arasında ilerler.
Zihin ve beden arasındaki ilişki nedir?	Zihin ve beden birbirinden bağımsız çalışır. Zihin ve beden ayrı varlıklardır.	Odağı, zihin ve beden arasındaki etkileşimdir. Zihin ve beden etkileşimde bulunur.

Kaynak: Simon George Taukeni, "Psychology of Health", Intecopen 2019. <https://www.intechopen.com/books/psychology-of-health-biopsychosocial-approach>, (erişim 16.11.2019).

Biyopsikososyal model birçok açıdan güçlü yönleri sahiptir. Tıbbi müdahale hastanın ihtiyaç ve beklentileri gözetilerek yapılır. Davranış değişikliği yanında psikolojik sağlığı iyileştirilerek hastanın memnuniyeti artırılır. Hastaneye yeniden yatışları azaltarak maliyetleri düşürür. Kişilerin sağlığını yeniden kazanma sürecinde pasif hasta olmaları yerine aktif katılımcı/paydaş olmaları sağlanır. Hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi destekler. Akılcı ilaç kullanımını aktif hale getirir.³² Ayrıca biyomedikal modelin sağlık ve hastalık kavramsallaştırması içinde hastanın aktif bir varlık olarak yer alması söz konusu değildir. Kişilerin hastalık

³² Simon George Taukeni, "Psychology of Health".

durumunda adeta tamir edilmesi gereken bir makine olarak ele alındığı ifade edilebilir. Bu yaklaşımın reddiyesi üzerine kurulu sağlık ve hastalığın biyopsikososyal modeli ise kişiyi biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleriyle bütüncül bir bakış açısıyla ele almaktadır. Bireyi aktif bir özne olarak tedavi sürecinin aktif bir paydaşı olarak değerlendirmektedir.

Aynı anda varlık gösteren paradigmlar sağlık sisteminin mimarisini değişken hale getirmekte ve farklı uygulama modellerine rastlanabilmektedir. Hastaların sağlık hizmetinin merkezinde yer alması fikri hipokratik tıbbın başlangıcına kadar götürülebilir, ancak hastanın aktif katılımı hususu modern tıbbın uygulandığı on yıllarca sistematik olarak ihmal edilmiştir. Yirminci yüzyıla gelindiğinde, medikal tıp modelinin eleştirisi önem kazanmaya başlamıştır. Öte tandan, en nihayetinde biyomedikal yaklaşımın yararları olduğu ve bunların feda edilmesinin gerekmediğini ve her iki modelin de en iyi sağlık bakımını sağlamak için gerekli olduğu ifade edilebilir. Ayrıca tıp eğitimi uygulamalarında ve diğer sağlık profesyonellerinin eğitiminde dahi sağlık hizmetleri sunumunda biyomedikal modelin devam ettiği belirtilebilir.

Bireyi psikolojik ve sosyal çevresiyle birlikte değerlendiren biyopsikosyal yaklaşımın saha uygulaması sayılabilecek insan odaklı sağlık hizmetinde öncelikle hastaların kendi bireysel bakımlarına katılımları ve daha sonra sağlık profesyonellerinin hasta ile ortak karar verme yönelimi ortaya çıkmıştır.³³ Bu nedenle, hasta katılımı gibi uygulamalar sistemin ana karakteristiklerinde değişime yol açmaktadır. Bu tür uygulamaların taşıyıcısı konumundaki sağlık hizmetinin başlıca katalizörleri ise kalite ve akreditasyon çalışmaları olmaktadır. Ayrıca geleneksel olarak, sağlık hizmetleri çalışmalarında maliyet, kalite ve tedaviye erişim sağlık hizmet sunumunun üç ana konusu olarak görülmektedir. Kalite ve akreditasyon çalışmalarının bir bileşeni kabul edilen hasta memnuniyeti ise genellikle tedaviye erişimin özel bir yönü olarak görülür. 30 yılı aşkın bir süredir, sağlık hizmetine erişim, kalite ve memnuniyet sağlık hizmetleri sunumunun önemli yönleri olarak görülmektedir.³⁴

İnsan Odaklı Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon

Son 40 yılda başta sağlık politikalarında trend belirleyici ülkelerin bulunduğu ve sağlık sistemlerini düzenleyici hegemonik kurum ve kuruluşların (Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu, Dünya Ticaret Örgütü, ve OECD gibi) sağlık hizmetlerinin işleyişinde verimlilik, erişilebilirlik, hakkaniyet ve sistem performansını artırmak için oluşturdukları reform programları dünya ve ülke sağlık gündemlerinin ön sıralarında yer almaktadır. 1980'lerden bu yana görülen ve halen DSÖ verilerine göre yaklaşık 60 ülkede devam eden reform çalışmaları da bu yöndeki arayışların devam ettiğini göstermektedir. Arayışların yönü ise ülkenin ekonomik düzeyi, sağlık sektörünün gelişmişlik düzeyi ve genel sosyo-kültürel ortamından

33 Gamze Bayın, "Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi Sürecinde Hasta ve Toplum Katılımının Rolü", *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15/5 (2016), s.458-466.

34 Jennie J. Kronenfeld, *Access, Quality and Satisfaction With Care: Concerns Of Patients, Providers and Insurers*, Amsterdam: Elsevier 2007.

önemli ölçüde etkilenmektedir.

Bu itibarla, sağlık hizmetleri açısından 1980'lerden sonra dünya ölçeğinde artan reform arayışları ve uygulamaları, küresel reform dalgasının hasta ve sağlık kurumları ve profesyonelleriyle ilişkisini de dönüştürmesi kaçınılmaz olmuştur. Dominic'e göre, sağlık reformlarıyla birlikte sağlık sistemlerinde verimlilik, kalite ve akreditasyon çalışmaları da önemli yer tutmaya başlamıştır. Bu çerçevede, OECD ülkelerinde hükümetlerce sağlık hizmet sunumunu iyileştirmek üzere yerel şartları da gözeten kalite ve akreditasyon programları karşılık bulmuştur. Ayrıca, sosyal ve de kurumsal faydaları önemli görülen bu çalışmalar özel sektör ve de kamu kurumları için de iyi bir yönetim göstergesi olarak kabul görmektedir.³⁵ Buna paralel bir şekilde Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında uygulamaya konan reform programı olan Sağlıkta Dönüşüm Programı ilkeleri arasında başlık olarak kalite ve akreditasyon hususlarına yer verildiğini görmekteyiz.³⁶

Sağlık hizmetlerinin odak noktasının değişiminde çekirdek kavram olarak "hasta katılımının" yer aldığını söylemek yanlış olmayacaktır. Sağlık hizmetlerinin ağırlık merkezini kavramsal ve uygulama düzeyinde domine eden çatı yaklaşımlar da yine bu kavram üzerinden ele alınabilir. Dahası sağlık politikacıları ve sağlık hizmetinden yararlanan insanların sağlık hizmetinin sunumundaki rolleri de hâkim modellerin bir yansıması olarak aynı şekilde ele alınmaktadır. Bununla beraber hastaların ve toplumun sağlığın iyileştirilmesi ve sağlık politikalarının oluşturulması ve de uygulanması süreçlerine katılımları hızlı bir seyir izlememiştir. 1990'lı yıllarda, özellikle sağlık hizmetinin iyileştirilmesi için kaliteyi geliştirme ve toplam kalite yönetimi gibi çalışmalar dâhilinde hastalar ve toplumun bakış açısına yer verilmesine başlanmıştır. Sağlık hizmetlerine hastanın katılımı, sadece kalite geliştirme çalışmaları nedeniyle değil aynı zamanda diğer sosyal ve politik değişimlerin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır.³⁷ Bu çerçevede, sağlık reformlarının oluşumu ve uygulanan kararların bireyler ve topluma etkisi ise reform programının nasıl oluşturulduğuna bağlı olmaktadır.

Weiss ve Lynn'e göre, kamu politikasının en temel ilkesi herhangi bir zamanda, herhangi bir ülkedeki her kamu politikasının benzersiz bir güç yapılandırmasıyla şekillenmekte olduğudur. Kamu politikasının sağlık hizmeti, eğitim veya çevre ilgili olup olmadığı veya hangi ülke olduğu da önemli olmamasına karşın bazı faktörler önemli olduğu ifade edilmektedir. Politik karar alıcıların uygulamalarını etkileyen sayısız sebep ortaya konabilir. Ancak, sağlık hizmetleri ve diğer sosyal sistemler üzerinde, bu güçler arasında oluşan örüntülere göre benzersiz güç yapılandırmasını etkileyen dört ana faktör olduğu belirlenmiştir.

1) Fiziksel çevre (örneğin, çevre kirleticilerinin varlığı ve bunlarla mücadele için gerekli maddi kaynaklar)

35 Montagu Dominic, *Accreditation and Other External Quality Assessment Systems for Healthcare: Review of Experience and Lessons Learned*, Health Systems Resource Centre, 2003.

36 Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm*, Ankara: Sağlık Bakanlığı 2003, s.34.

37 Bayın, Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi, s.458.

- 2) Sağlık politikasını etkileyen tarihsel ve belirli bir olaya özgü durumlar (örneğin, Türkiye'nin 1960 Anayasası ve 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Reform Programı gibi.)
- 3) Kültürel normlar ve değerler (örneğin, Türkiye'deki hekimlerin tıbbi pratiklerine hâkim olan değer ve normlar. Hasta ile etkileşimde paternalistik dilin yaygın olması gibi)
- 4) Toplumun yapısı: siyasi faktörler (merkezi hükümetin rolü ve yapısı), ekonomik faktörler (milli gelir düzeyi), demografik faktörler (nüfus piramidi ve kentleşme oranı) ve sosyal faktörler (sosyal organizasyonlara ve aileye güven).

Sosyal bilimcilerin tümü bu faktörlere aynı şekilde yaklaşmamaktadır. Çünkü bu faktörlerin her birinin aynı ağırlığa sahip olduğu düşünülmez. Bir kısmı ortaya çıkan sonuçları insanların tercihleri ve oy verme davranışı ile ifade ederken, bir kısmı da “güç grupları” açıklamasını desteklemektedir. Buna göre, sağlık politikaları büyük ölçüde belirli grupların (örneğin özel sağlık sektörü, ilaç firmaları ve sigorta şirketleri gibi) gücü ve etkisi tarafından şekillendirilmektedir.³⁸

Biyopsikososyal model, 1980'lerden sonra yaygın olarak tartışılmaya başlamasına karşın yaklaşımın izlerini taşıyan sağlık politika ve reformları 1990'lı yıllardan sonra başlamıştır. Buna paralel olarak kalite ve akreditasyon çalışmaları da 1990'lardan sonra sağlık kurum ve kuruluşlarının gündeminde yer almaya başlamıştır.³⁹ Amerikan Tıp Enstitüsünün 2001 yılında yayınladığı “Kalite Uçurumunu Aşmak” isimli raporunda sağlık sisteminin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için belirlediği altı amacının içerisinde sağlık sisteminin hasta odaklı olması gerektiğini belirtmektedir. Bunun aynı zamanda sağlık hizmetinin kalitesi ve hasta güvenliği için esas olduğu ifade edilmiştir.⁴⁰

Herkesçe üzerinde anlaşılmış operasyonel bir tanımı bulunmamasına karşın sağlık hizmetleri açısından kalite kavramının tanımına kısaca yer verecek olursak; Dünya Sağlık Örgütüne göre, “bireylere ve hasta popülasyona verilen sağlık hizmetinin kapsamının arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaştırmasıdır. Bunu başarmak içinse sağlık hizmetinin verimli, etkili, adil ve insan merkezli olmalıdır” vurgusuna yer vermektedir.⁴¹ Sağlık hizmetlerinde kalitenin bir diğer tanımı ise, sunulan hizmetin etkili, güvenli, mükemmellik kültürü ve arzulan sonuçlar ilkelerini temel alan “mükemmellik kültürünü yansıtan, optimal veya istenen sağlığa ulaşılmasıyla sonuçlanan etkili ve güvenli bakımın değerlendirilmesi ve sağlanması hizmeti” şeklinde ifade edilmiştir.⁴²

38 Gregory L. Weiss ve Lynne E. Lonnquist, *The Sociology Of Health, Healing and Illness*, s.524.

39 Abdullah Alkhenizan ve Charles Shaw, “Impact of Accreditation on the Quality of Healthcare Services: A Systematic Review of the Literature”, *Annals of Saudi Medical*, 31/4 (2011), s.407-416.

40 Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Washington DC: National Academy Press, 2001.

41 World Health Organization, “How Do We Define Quality of Care”, erişim 15 Kasım 2019, https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/.

42 Angela Allen-Duck, Jennifer C. Robinson ve Mary W. Stewart, “Healthcare Quality: A Concept Analysis”, *Nursing Forum*, 52/4 (2017), s.377-386.

Kalitenin bir yönetim felsefesi olduğu dikkate alınacak olursa uygulama tekniklerinden birisi de akreditasyon çalışmalarıdır. Bu yönüyle, sağlıkta akreditasyon, bir sağlık kurumunun önceden belirlenmiş standartlara uygunluğunun yerinde değerlendirilmesidir.⁴³⁻⁴⁴ Tıbbi uygulamalardaki farklılıkları azaltmak, uygun olmayan sağlık hizmetini ve artan maliyetleri azaltmak gibi yararları öngören standart seti oluşturmak olarak da görülebilir. Akreditasyon programları, zorunlu ya da gönüllü programlar şeklinde uygulanabilmektedir. Sağlık sisteminin farklı hizmet alanlarından (Hastaneler, birinci basamak sağlık hizmetleri vb.) ortaya çıkan uyarılara yanıt olarak uygulanagelen karmaşık kalite ve akreditasyon programları esas itibarıyla hasta güvenliği müdahaleleridir. Programların başarılı olabilmesi için kamu politikalarıyla sağlık kurumlarının özendirilmesi istendik sonuçların alınması belirleyici olmaktadır.⁴⁵ Kalite ve akreditasyon programlarının sağlık hizmeti sunan kurumlar ve başvuruda bulunan kişiler için başlıca faydaları ifade edilecek olursa: birincisi sağlık hizmet üretim sürecini geliştirmektedir; ikincisi hizmet alan kişilere ait klinik sonuçların iyileştirilmesine katkıda bulunmaktadır; üçüncüsü, sağlık bakım kalitesi ile ilgili olarak hizmet alanların kuruma güvenini artırır; dördüncüsü hizmet alanlar ve çalışanlar açısından zarar görme ve enfeksiyon risklerini azaltmaktır.⁴⁶

Bununla birlikte kalite ve akreditasyon çalışmaları salt belgelendirmeye eşdeğer tutulmamalıdır. Zira akreditasyon çalışmaları bazı ülkelerde sağlık kuruluşları için mevzuat zorunluluğu olarak ele alınmaktadır. Oysa ki kalite ve akreditasyon faaliyetleri sağlık hizmet süreçlerinin iyileştirilmesi amacıyla uygulama rehberi olarak değerlendirilmelidir.

Hijazi ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada, araştırmaya katılan görevli hemşirelerin bakış açısıyla, hasta-kişi merkezli sağlık hizmetleri, gücünü esas olarak kalite çalışmalarını alt yapısından ve hastanın amaçlarına değer veren destekleyici politikalarından aldığını belirtmiştir.⁴⁷ Aynı çalışmada, tıbbi açıdan, tedavi ve bakımda kişi merkezli bir yaklaşımın, sağlık kuruluşunun operasyonel işlemlerinde düşünme ve çalışma yöntemlerini değiştirme esasına dayandığı belirtilmiştir. Böylelikle hastaların birer tanı veya semptom olarak değil, planlama, geliştirme ve bakımın değerlendirmesinde eşit katılımına ihtiyaç duyulduğu kişiler haline geldiği ve dolayısıyla hastalar için neyin önemli olduğunu ve hizmet sunumunun kalitesinin nasıl artırılacağını belirlemek için sağlık profesyonellerinin yanında hizmet alan hastalara da karar verme sürecine katılımlarının önemi vurgulanmaktadır. Ayrıca, tedavi ve bakımın hastayı/kişiyi merkeze alan bir şekilde sunulması memnun ve sadık hastalara, gelişmiş bakım uygulamasına ve daha iyi klinik sonuçlara katkı

43 WHO, Quality And Accreditation in Health Care Services: A Global Review, Geneva 2003.

44 Ebrahim Jaafaripooyan, Dila Agrizzi ve Faizollah Akbari-Haghighi, "Healthcare Accreditation Systems: Further Perspectives on Performance Measures", *International Journal for Quality in Health Care*, 23/6 (2011), s.645-656.

45 Hinchcliff, "Stakeholder perspectives", s. 2.

46 Özden Güdük ve Cenk Hilmi Kılıç, "Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu ve Türkiye'de Gelişimi", *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7/2 (2017), s.102-107.

47 Heba H. Hijazi vd., "The Impact of Applying Quality Management Practices on Patient Centeredness in Jordanian Public Hospitals: Results of Predictive Modeling", *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55(2018), s. 1-15.

sağlayabileceği ifade edilmiştir. Dolayısıyla, uygulamada hasta ve kişi merkezli sağlık hizmetleri adlandırmasının net bir şekilde ayrıştırılmadığı ama yukarıda yer verilen örneğin ideal tip olarak insan merkezli sağlık hizmeti yaklaşımına dahil olduğu düşünülmektedir.

Günümüzde kalite ve akreditasyon çalışmaları temel olarak hasta güvenliği ve hasta katılımını öne çıkaran bir perspektife sahiptir. Mejdahl ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada hasta katılımının bir örneği olarak hastalığına ait sonuçların hastanın kendisi tarafından raporlanmasının kronik böbrek hastalığının anlaşılmasına ve bütünsel olarak hastanın biyolojik ve psikososyal açıdan daha iyi anlaşılmasını sağladığı belirtmiştir.⁴⁸ Hasta deneyimleri ve sağlık hizmetlerinde hasta katılımı, sağlık hizmetinin kalitesi, klinik etkililik ve hasta güvenliğinin temel göstergeleri olarak değerlendirilmektedir.

Andres ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada akreditasyon ve dolayısıyla kalite çalışmalarının hasta deneyimlerini iyileştirdiği, hastanın tedavi ve bakım sürecine katılım noktasında algısını artırdığı ve hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin hastaya duygusal anlamda destek oldukları bulgusuna eriştiklerini vurgulamaktadır.⁴⁹

Wolf ve Boyd (2015) yaptıkları çalışmada insan ve aile odaklı yaklaşımın soyut kavramlar olmadığı ve sağlık hizmet sunum sürecinde (tedavi-bakım) hasta katılımını sağladığı, tedavinin mali yükünü azalttığı ve karar verme tercihlerinde esneklik sağladığı sonucuna ulaştıklarını vurgulamaktadırlar.⁵⁰

İnsan odaklı sağlık hizmetinin, mutlak anlamda sağlık hizmetinin kalitesinin geliştirilmesiyle entegre bir yaklaşım olduğu söylenemez. Ancak, küresel ölçekte hasta katılımını ve hastanın bakış açısının önemini vurgulayan kamu politikalarında yer aldığı üzere sağlık hizmetlerinin maliyetlerini azalttığı, hastaların sağlık hizmeti kullanımını makul seviyeye çektiği ve sağlık hizmetinin etkililiğini artırırken hasta deneyimlerini de iyileştirdiği görülmektedir.⁵¹ Bu yönüyle insan odaklı yaklaşım, hasta odaklı yaklaşımdan daha çok kalite ve akreditasyon faaliyetlerine uyumlu ve bu faaliyetlerin gelişimine daha uygun olduğu söylenebilir. Çünkü ülke örneklerinde kalite ve akreditasyon faaliyetleriyle birlikte insanların ihtiyaç duyduğu sağlık hizmeti ve sağlık sisteminin etkililiği ve verimliliği artmaktadır.⁵²

İnsan odaklı sağlık hizmetine yönelik eleştiriler ise uygulamanın kendisine

48 Caroline Trillingsgaard vd., "Use of Patient-Reported Outcomes in Outpatient Settings as a Means of Patient Involvement and Self-Management Support – A Qualitative Study of the Patient Perspective", *European Journal for Person Centered Healthcare*, 4/2 (2016): s. 359-367.

49 Ellie Bostwick Andres vd., "Can Hospital Accreditation Enhance Patient Experience? Longitudinal Evidence from a Hong Kong Hospital Patient Experience Survey", *BMC Health Services Research*, 19/623 (2019): s.2-9.

50 Jennifer L. Wolff ve Cynthia M. Boyd, "A Look at Person-Centered and Family-Centered Care Among Older Adults: Results from a National Survey", *Society of General Internal Medicine*, 30/10 (2015), s. 497-504.

51 Maria J. Santana vd., "How to Practice Person-Centred Care: A Conceptual Framework", *Health Expectations*, 21 (2018), s.429-440.

52 Wulan I. R. Sari, "How Does Policy on Accreditation Affect the Quality Improvement in Indonesian Hospitals", *Advances in Economics, Business and Management Research*, 35 (2017), s.243-250.

olmaktadır. Uluslararası Hemşireler Konseyine göre, insan merkezli sağlık hizmeti, gerçekte uygulamada istenen sonuca ulaşamamıştır. Klinisyenler bu fikri destekler gibi görünmesine rağmen mesleki ve kurumsal ihtiyaçlardan dolayı realize edememektedir. Ayrıca, bu modelin gerçekten uygulamasında yaşanan sorunların hastalık sürecine odaklanan tıbbi modelin hâkimiyetinin devam etmesinden kaynaklandığı belirtilmektedir.⁵³

Her ne kadar kalite ve akreditasyon faaliyetlerine yaşıt bir geçmişe sahip olmasa da temel felsefi sayılılarıyla birlikte “insan odaklı sağlık hizmeti” yaklaşımının kalite ve akreditasyon faaliyetlerine sosyo-kültürel açıdan meşru bir zemin oluşturduğu ifade edilebilir.

Sonuç

Bütün kamu politikalarının arka planında siyasal, ekonomik ve sosyal gerekçeler bulunmaktadır. Keza sağlık politikaları da benzer gerekçeleri taşımaktadır. Öte yandan politikaların uygulama düzeylerinde açık olarak ifade edilmese bile bu gerekçeleri hissetmek her zaman için mümkündür. Sağlık hizmetlerinin merkezi kavramının değişiminde yaşanan süreçler de benzer dinamiklere sahiptir. İnsan odaklı sağlık hizmetleri açısından kalite ve akreditasyon faaliyetleri bu yaklaşımın uygulama aracı olarak görülebilir. Ayrıca, küresel ölçekte insan odaklı bir politika çerçevesi oluşturan Dünya Sağlık Örgütü “insan odaklılığı” sağlık çalışanlarının yetkinliği ve sağlık sisteminin kalitesi için temel önemde bir husus olarak değerlendirmiştir.⁵⁴ Bu çerçevede, İnsan odaklılık ve sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon için şu saptamalar yapılabilir: birincisi insan odaklılık, kalite ve akreditasyon uygulamalarına içkindir. İkincisi kalite ve akreditasyon, sağlık kuruluşları için hastayı bütüncül değerlendirmenin imkânlarını sağlar. Üçüncüsü tarihsel olarak kalite standartlarının belirlenmesi tıp insanlarına delege edilmişken insan odaklı yaklaşım bu sürece hasta katılımını eklemiştir.⁵⁵

Bu çerçevede, kalite ve akreditasyon uygulamalarının sağlık sistemine entegrasyonunda sistem reformları önemli bir imkân sunmaktadır. Kalite ve akreditasyon çalışmaları birer belgelendirme faaliyeti olarak düşünülmemeli hizmet sunum süreçlerini iyileştirme çabası olarak değerlendirilmelidir. Dikkat edilmesi gereken en önemli hususlar ise, sağlık sisteminin tasarımı ve uygulamalarının gerçekleştirileceği ülkenin sosyo-kültürel bağlamından kopuk olmamasıdır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinden arzu edilen sonuçları alabilmenin yollarından birisi de sağlık hizmetleri sunumunun tasarımını insanların duygu, düşünce ve davranışlarını dikkate almak olduğu düşünülmektedir. Bu yönüyle sağlık ve hastalığa yaklaşım sistem tasarımının en önemli belirleyicisi olmaktadır. Ayrıca, sağlık sisteminin önemli bileşeni olan sağlık profesyonellerinin eğitim ve uygulama süreçlerinin bu kavramlar ile irdelenmesine yönelik çalışmalar konuyu zenginleştirecektir.

53 Uluslararası Hemşireler Konseyi, *ICN 2018 Tema Özeti*, 2018, s.14. (erişim 20.12.2019)

54 World Health Organization, *People-Centred Health Care: A Policy Framework*, Geneva: WHO, 2007.

55 Syed Saad Andaleeb, “Service Quality Perceptions and Patient Satisfaction: A Study of Hospitals in a Developing Country”, *Social Science & Medicine*, 52 (2001), s. 1359–1370.

Kaynakça

- Alkhenizan, Abdullah and Charles Shaw. "Impact of Accreditation on the Quality of Healthcare Services: A Systematic Review of the Literature". *Annals of Saudi Medical*. 31/4 (2011): 407-416.
- Alvarez, Ana Sabela, Marco Pagani and Paolo Meucci. "The Clinical Application of the Biopsychosocial Model in Mental Health: A Research Critique". *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 91(2012): 173-180.
- Andaleeb, Syed Saad. "Service Quality Perceptions and Patient Satisfaction: A Study of Hospitals in a Developing Country". *Social Science & Medicine*. 52 (2001): 1359-1370.
- Anjum, Rani Lill, Samantha Copeland, Stephen Mumford and Elena Rocca. "Integrating Philosophical Perspectives into Person Centered Healthcare". *European Journal for Person Centered Healthcare*. 3/4 (2015): 427-430.
- Aytaç, Ömer ve Muzaffer Çağlar Kurtdaş. "Sağlık - Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi". *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 25/1 (2015): 231-250.
- Bayın, Gamze. "Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi Sürecinde Hasta ve Toplum Katılımının Rolü". *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 15/5 (2016): 458-466.
- Dogar, Ahmad Imtiaz. "Biopsychosocial Model". *Annals of Punjab Medical College*. 1/1 (2007): 11-13.
- Dominic, Montagu. "Accreditation and Other External Quality Assessment Systems for Healthcare: Review of Experience and Lessons Learned". *Health Systems Resource Centre*, 2003.
- Duck, Angela Allen, Jennifer C Robinson and Mary W Stewart. "Healthcare Quality: A Concept Analysis". *Nursing Forum*. 52/4 (2017): 377-386.
- Edwards, Gemma. "Jürgen Habermas Politics and Morality in Health and Medicine". *Contemporary Theorists for Medical Sociology*. Ed., Graham Scambler. New York: Routledge, 2012.
- Ellie Bostwick Andres, Wen Song, Wei Song and Janice Mary Johnston. "Can Hospital Accreditation Enhance Patient Experience? Longitudinal Evidence from a Hong Kong Hospital Patient Experience Survey". *BMC Health Services Research*. 19/623 (2019): 2-9.
- Engel, George. L. "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine". *Science*. 196 (1977): 129 - 136.
- Erbaydar, Tuğrul. "Sağlık; Kimin için?". *Toplumbilim Dergisi*. 13 (2001):49-58.
- Fix, Gemmae M, Carol Van Deusen, Lukas Ed, Rendelle E. Bolton, Jennifer N. Hill, Nora Mueller, Sherri L. LaVela and Barbara G. Bokhour. "Patient-Centred Care is a Way of Doing Things: How Healthcare Employees Conceptualize Patient-Centred Care". *Health Expectations*. 21/1 (2018): 300-307.
- Alexander R. Green, Juan Emilio Carrillo ve Joseph R. Betancourt. "Why The Disease-Based Model of Medicine Fails Our Patients". *Western Journal of Medicine*. 176/2 (2002):141-143.

- Güdük, Özden ve Cenk Hilmi Kılıç. "Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu ve Türkiye'de Gelişimi". *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 7/2 (2017): 102-107.
- Havelka, Mladen, Despot Jasminka Lucanin ve Damir Lucanin. "Biopsychosocial Model – The Integrated Approach to Health and Disease". *Collegium Antropologium*. 33/1 (2009): 303–310.
- Hijazi Heba H., Harvey Heather L., Alyahya Mohammad S., Alshraideh Hussam A., Al Abdi Rabah M. ve Parahoo Sanjai K. "The Impact of Applying Quality Management Practices on Patient Centeredness in Jordanian Public Hospitals: Results of Predictive Modeling". *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 55 (2018): 1–15.
- Hinchcliff, Reece, David Greenfield, Johanna I. Westbrook, Marjorie Pawsey, Virginia Mumford ve Jeffrey Braithwaite. "Stakeholder Perspectives on Implementing Accreditation Programs: A Qualitative Study of Enabling Factors". *BMC Health Services Research*. 13 (2013): 2-9.
- Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC: National Academy Press; 2001.
- Jaafari-pooyan, Ebrahim, Dila Agrizzi, Faizollah Akbari-Haghighi, "Healthcare Accreditation Systems: Further Perspectives On Performance Measures". *International Journal for Quality in Health Care*. 23/6 (2011): 645–656.
- Jennifer L. Wolff and Cynthia M. Boyd. "A Look at Person-Centered and Family-Centered Care Among Older Adults: Results from a National Survey". *Society of General Internal Medicine*. 30/10 (2015): 1497–504.
- Kasapoğlu, Aytül. "Güncel Sosyal Sorunlar ve Sağlık". *Toplumbilim, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı*. 13 (2001): 23-37.
- Kronenfeld, Jennie ve J. Access, *Quality and Satisfaction With Care: Concerns of Patients, Providers and Insurers*. Amsterdam, Elsevier 2007.
- Kuhn, Thomas. *The Structure of Scientific Revolutions*. London: The University of Chicago Press, 1996.
- Kumbasar, Banu. "Hasta Odaklı Sağlık Hizmetlerinde İletişim". *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 3/1 (2016): 85-90.
- Lidia Borghi, Federica Galli, Maria, Vegni Elena Anna. "Promoting Patient Engagement and Participation for Effective Healthcare Reform". Ed., Guendalina Graffigna, *The Patient-Centered Medicine as the Theoretical Framework for Patient Engagement*. USA: IGI Global, 2016.
- Maeseneer Jan De, Chris Van Weel, Lieve Daeren, Christine Leyns, Peter Decat, Pauline Boeckxstaens, D. Avonts ve Sara Willems. "From "Patient" To "Person" To "People": The Need For Integrated, People-Centered Healthcare". *The International Journal of Person Centered Medicine*. 2/3 (2012): 601-614.
- May, Carl. "Mundane Medicine, Therapeutic Relationships, and the Clinical Encounter: Current and Future Agendas for Sociology". *Handbook of the Sociology of Health, Illness and Healing*. Ed., Bernice A. Pescosolido, Jack K.

- Martin, Jane D. McLeod, Anne Rogers. London: Springer, 2011.
- Mejdahl Caroline Trillingsgaard, Nielsen Berit Kjærside, Hjöllund Niels Henrik ve Lomborg Kirsten. "Use of Patient-Reported Outcomes in Outpatient Settings as a Means of Patient Involvement and Self-Management Support – a Qualitative Study of the Patient Perspective". *European Journal for Person Centered Healthcare*. 4/2 (2016): 359-367.
- Miles, Andrew ve Juan E. Mezzich. "The Care of the Patient and the Soul of the Clinic: Personcentered Medicine as an Emergent Model of Modern Clinical Practice". *The International Journal of Person Centered Medicine*. 1/2 (2011): 207-222.
- Morton, Rachael L. ve Marcus Sellars, "From Patient-Centered to Person-Centered Care for Kidney Diseases". *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 14 (2019) : 623–625.
- Netleton, Sarah. *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press, 1995.
- Quintana, Yuri, Nancy M. Lorenzi ve Mordechai Shani. "People Centered Healthcare Systems: Opportunities and Challenges". *British Medical Journal Satellites*. 18 (2011): 17-24.
- Reynolds, April. "Patient-Centered Care". *Radiol Technol*. 81 (2009):133-147.
- Sağlık Bakanlığı. *Sağlıkta Dönüşüm*. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2003.
- Santana, Maria J., Kimberly Manalili, Rachel J. Jolley, Sandra Zelinsky, Hude Quan ve Lu Mingshan. "How to Practice Person-Centred Care: A Conceptual Framework". *Health Expectations*. 21 (2018): 429–440.
- Sari, Wulan I. R. "How Does Policy on Accreditation Affect the Quality Improvement in Indonesian Hospitals". *Advances in Economics, Business and Management Research*. 35 (2017): 243-250.
- Şahin, Gülay ve Füsün A. İğde Artıran. "Hasta Merkezli Bakım-Ortak Karar Alma Süreci ve Kalite". *Türkiye Klinikleri Journal Of Family Medicine-Special Topics*. 5/3 (2014): 38-42.
- Taukeni, Simon George. "Psychology of Health". Intecopen. 2019. <https://www.intechopen.com/books/psychology-of-health-biopsychosocial-approach> (erişim, 16.11.2019)
- The American Geriatrics Society. "Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements". *Journal of American Geriatrics Society*. 64 (2016): 15–18.
- Thomas, Richard K. *Society and Health –Sociology for Health Professionals*. New York: Kluwer Academic Publishers, 2003.
- Uluslararası Hemşireler Konseyi. "ICN 2018 Tema Özeti". 2018. <https://medicana.com.tr/Assets/uploads/icn-2018-45867.pdf> (erişim 20.12.2019)
- Weiss, Gregory L. ve Lynne E. Lonnquist. *The Sociology of Health, Healing, and Illness*. New York: Routledge, 2016.
- World Health Organization. *People Centered Healthcare*. Geneva, 2008. https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/5453/9789290613930_eng.pdf (erişim, 10.10.2019)
- WorldHealth Organization. *Quality And Accreditation in Health Care Services: A Global*

- Review*. Geneva: WHO, 2003. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68410> (erişim, 11.10.2019)
- World Health Organization. “How Do We Define Quality of Care”. (Son güncelleme 15 Kasım 2019), https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/
- WorldHealthOrganization.*People-CenteredCareinLow-andMiddle-IncomeCountries*. World Health Organization 2010. <https://www.personcenteredmedicine.org/doc/genevathree/geneva2011i.pdf> (erişim, 10.10.2019)
- World Health Organization. *People-Centred Health Care: A Policy Framework*. Geneva: WHO, 2007. <https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/5420> (erişim, 11.10.2019)

Health Conceptualization and Quality and Accreditation Perspective in Person-Centered Health Care

BAYRAM DEMİR

Abstract: *In the historical process, the focus object of health services has changed in different societies and times. These concepts, which are centered on healthcare services such as disease-centered care, patient-centered care, community-centered care and person-centered care, have been determinative in the design of health care system. The biomedical model and biopsychosocial model are the most important conceptual approaches that provide a framework for these types of care. These models, which determine the perceptions of disease and health status, have different assumptions about human and human health status. Until the 1980s, there was a field of health services and medical practices dominated by the biomedical model. The introduction of a different perspective on the definition of health by WHO in 1948 enabled the development of the biopsychosocial model. The health reform wave that began in the 1980s, and in the 1990s, quality and accreditation activities that are compatible with human-centered health care were integrated into health systems. In this study, the relationship between biopsychosocial model and person-centered health practices and quality accreditation studies is discussed.*

Keywords: *Person-Centered health service, Biomedical model, Biopsychosocial model, Quality, Accreditation.*



Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri Düzeylerinin İncelenmesi

SERKAN DENİZ*

serkand100@gmail.com

ORCID ID: 0000-0002-8093-1336

Öz: İnternette sağlıkla ilgili bilgilere hızlı ve kolay bir şekilde ulaşabilmek mümkün hale gelmiştir. Bu durum e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri kavramlarını günümüzde önemli hale getirmiştir. Bu çalışma ile bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğinin; ayrıca e-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma, Aralık 2019-Ocak 2020 aylarında İstanbul'da gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda katılımcıların yaşına, eğitim durumuna, medeni durumuna ve çalışma durumuna göre e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık göstermediği; ancak katılımcıların cinsiyetine göre e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Katılımcıların cinsiyetine, yaşına, medeni durumuna ve çalışma durumuna göre siberkondri düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık göstermediği; ancak katılımcıların eğitim durumuna göre siberkondri düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir. E-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri düzeyleri arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: E-Sağlık okuryazarlığı, Siberkondri, İnternet, Sağlık.

Giriş

Sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan değişimler bireylerin sağlıklarıyla ilgili sorumluluklarını arttırmıştır.¹ Bu sorumlulukla beraber teknolojik gelişmelere bağlı olarak bireylerin bilgiye hızlı ve kolay bir şekilde ulaşabilmesi, sürekli bilgiye maruz kalması,² sağlık hizmetlerinin çeşitlenmesi ve sayısının artması, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması gibi birçok sebepten dolayı sağlık okuryazarlığı günümüzde daha da önemli hale gelmiştir. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklarını koruması, geliştirmesi ve bozulan sağlıklarını iyileştirmesi için temel sağlık bilgilerini edinebil-

* Dr. Öğr. Üyesi, Yalova Üniversitesi, Termal Meslek Yüksekokulu.

1 Medine Yılmaz ve Zeliha Tiraki, "Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür?", *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9:4 (2016), s.146.

2 Seçil Utma, "Sağlık Okuryazarlığı Kavramı ve Sağlık Haberlerini Doğru Okumak", *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, 5 (2019), s.226.

mesi, yorumlayabilmesi ve anlayabilmesi açısından önemlidir.³

İnternet sağlıkla ilgili araştırma yapmak ve bilgi edinmek için günümüzde önemli bir kaynak haline gelmiştir. Bu durum sağlık okuryazarlığının farklı bir hali olan e-sağlık okuryazarlığının önem kazanmasına neden olmuştur. E-sağlık okuryazarlığı elektronik kaynaklarda yer alan sağlık bilgilerine yönelik bir kavramdır. İnternetin sağlıkla ilgili araştırma yapmak ve bilgi edinmek için önemli bir kaynak haline gelmesi ile beraber önem kazanan başka bir kavram da siberkondridir. Bireyler sağlık durumlarıyla ilgili bilgi edinmek, endişelerini gidermek veya rahatlamak için internette çeşitli araştırmalar yapabilirler. Ancak bu araştırmalar sonucunda internette edinilen bilgiler bireylerin kaygı ve endişelerinin daha da artmasına ve bağlı olarak internette sağlık durumlarıyla ilgili daha çok ve daha uzun süren araştırmalar yapmasına neden olabilir. Bu durum siberkondri kavramı ile açıklanmaktadır.

Bu çalışma ile bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğinin; ayrıca e-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Sağlık Okuryazarlığı ve E-Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, iyi sağlığı teşvik etmek ve sürdürürebilmek için bireylerin bilgiye erişebilme, bilgiyi anlayabilme ve kullanabilme becerisini ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerilerdir.⁴ Başka bir tanıma göre sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilinçli seçimler yapmak, sağlık risklerini azaltmak ve yaşam kalitelerini arttırmak için, sağlıkla ilgili bilgi ve kavramları aramaya, anlamaya, değerlendirmeye ve kullanmaya yönelik sahip olduğu beceri ve yetkinliklerdir.⁵ Diğer bir tanıma göre sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerini okuma, anlama ve uygun sağlık kararları vermek için kullanma yeteneğidir.⁶

Herhangi bir ilacın hangi dozda alınması gerektiği, tahlil sonuçlarının, tansiyon ve şeker ölçümündeki rakamların ne anlama geldiği, bazı alışkanlıkların getirdiği risklerin bilincinde olmak gibi birçok konu sağlık okuryazarlığı ile yakından ilişkilidir.⁷ Sağlık okuryazarlığı toplum sağlığı açısından önemli bir konudur.⁸ Sağlık okuryazarlığının yetersizliği, bireylerin sağlık hizmetleri hakkında bilgi eksikliklerine, tıbbi bilgileri anlamamalarına, sağlık durumlarının kötü olduğunu anlayamamalarına, koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmalarına, tedavi ağırlıklı hizmetlere daha fazla yönelmelerine, gereksiz hastane başvuruları ile sağlık talebinin artması-

3 Özlem İbrahimoglu, Hülya Saray Kılıç ve Sevinç Mersin, "Fabrika Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler: Bilecik İli Örneği", *Sağlık ve Toplum*, 3 (2019), s.29.

4 Don Nutbeam, *Health Promotion Glossary*, Geneva: World Health Organization, 1998, s.10; T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011, s.10

5 Christina Zarcadoolas, Andrew Pleasant ve David S. Greer, "Understanding Health Literacy: An Expanded Model", *Health Promotion International*, 20:2 (2005), s.196-197.

6 Joanne G Schwartzberg vd., "Communication Techniques for Patients with Low Health Literacy: A Survey of Physicians, Nurses, and Pharmacists", *American Journal of Health Behavior*, 31:1 (2007), s.S96.

7 Utma, "Sağlık Okuryazarlığı", s.228.

8 Jennifer A. Manganello, "Health Literacy and Adolescents: A Framework and Agenda for Future Research", *Health Education Research*, 23:5 (2008), s.840.

na, sağlık profesyonelleriyle iletişim sorunları yaşamalarına, hastalıklarının ilerleyen aşamalarında sağlık hizmetlerini kullanmalarına, uygulanan tedaviyi anlamamalarına, tedavi önerilerine uymamalarına, öz bakım yetersizliğine, ilaç kullanım hatalarına, sağlık giderlerinde artışa, morbidite ve mortalite oranlarında artışa neden olabilmektedir.⁹

Günümüzde hemen hemen her konuda olduğu gibi sağlık konusunda da internet önemli bir bilgi kaynağı haline gelmiştir. Bu durum sağlık okuryazarlığının farklı bir hali olan e-sağlık okuryazarlığının önem kazanmasına neden olmuştur. E-sağlık okuryazarlığı, elektronik kaynaklarda sağlık bilgilerini araştırmak, bulmak, anlamak, değerlendirmek ve edinilen bilgiyi sağlık problemlerinin ele alınması veya çözülmesi için kullanabilme/uygulayabilme becerisi olarak tanımlanmaktadır.¹⁰

Güven, Bulut ve Öztürk'ün araştırmasına göre katılımcıların sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak için kullandıkları en önemli kaynağın internet olduğu belirlenmiştir.¹¹ TÜİK'in araştırmasına göre de 2019 yılının son üç ayında ülkemizde internet kullananların %69,3'ü interneti sağlıkla ilgili bilgi araştırmak için kullanmışlardır.¹² İnternetin sağlıkla ilgili bilgi edinmek ve araştırmak için bu derece yaygın kullanılmasına karşın Can ve diğerlerinin sağlığı ilgilendiren konularda kullanılan ve belli kriterlere göre seçilmiş olan web sitelerine yönelik yaptıkları araştırma kapsamında inceledikleri web sitelerinin büyük bir kısmının kanıta dayalı bilgiler içermediği, kaynaklarının güncelliğinin belirtilmediği ve uzman görüşü içermediği belirlenmiştir.¹³ İnternetin sağlıkla ilgili bilgilere erişim için çok yoğun bir şekilde kullanılmasına karşın internette yer alan sağlık bilgilerinin güvenilirliğinin tartışılması e-sağlık okuryazarlığının önemini ortaya koymaktadır. E-sağlık okuryazarlığının düşük olması bireylerin internette durumları ile ilgili doğru bilgilere ulaşamamalarına ve ulaşılan yanlış bilgilere inanarak yanlış teşhise, tedaviye ve sağlık davranışlarına yönelmelerine neden olabilmektedir.¹⁴

Siberkondri

Sağlık konusunda internetin önemli bir bilgi kaynağı haline gelmesi ile beraber önem kazanan diğer bir kavram da siberkondridir. Siberkondri, bedensel duyumların farklı yorumlanmasından kaynaklanan korku ve endişe olarak tanımlanan hipokondri

9 Miranda R. Andrus ve Mary T. Roth, "Health Literacy: A Review", *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 22:3 (2002), s.291; Ayşegül Ilgaz ve Sebahat Gözüm, "Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Güvenilir Kullanımı için Sağlık Okuryazarlığının Önemi", *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9:2 (2016), s.74; Mahmut Akbolat vd., "Sağlık Okuryazarlığı Hasta-Hekim İlişkisini Etkiler mi?: Sakarya İlinde Bir Araştırma", *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15:4 (2016), s.356; Anne-Linda Frisch vd., "Defining and Measuring Health Literacy: How Can We Profit from Other Literacy Domains?", *Health Promotion International*, 27:1 (2011), s.117.

10 Cameron D. Norman ve Harvey A. Skinner, "eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World", *Journal of Medical Internet Research*, 8:2:e9 (2006), s.2.

11 Durdane Yılmaz Güven, Hülya Bulut ve Sercan Öztürk, "Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi", *Journal of History Culture and Art Research*, 7:2 (2018): s.404.

12 TÜİK, erişim 9 Ocak, 2020, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028.

13 Abdullah Buğra Can vd., "Sağlık Arama Davranışı Olarak İnternet Kullanımını İnceleyen Bir Araştırma", *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36:4 (2014), s.490.

14 Can vd., "Sağlık Arama", s.491.

kavramının internet ortamına yansımış hali olarak değerlendirilmektedir.¹⁵ Siberkondri, sağlık konusunda yaşanan kaygı ve endişeler nedeniyle sağlık bilgisi araştırmak için yapılan; ancak yaşanan kaygı ve endişeleri daha da arttıran, internetteki aşırı veya tekrarlanan aramalar olarak tanımlanmaktadır.¹⁶ Siberkondri, sağlıkla ilgili araştırma yapmak için internette çok fazla zaman geçirmeyi ve bunun sonucunda da sağlıkla ilgili duyulan kaygıda yaşanan artışı içeren bir kavramdır.¹⁷ Siberkondri zihinsel bir hastalık değildir. Sağlık kaygısı ve hipokondrinin bir parçası olarak ortaya çıkan bir davranıştır.¹⁸

Günümüzde internet kullanımının artmasıyla beraber bireyler sağlık sorunlarıyla ilgili internette sık sık araştırmalar yapmaya başlamışlardır.¹⁹ Bireyler fayda sağlama amacı ile internette sağlık bilgileri araştırırken bu davranışları ile zarar görme olasılıklarını da arttırmaktadırlar.²⁰ İnternette yer alan sağlık bilgilerinin çelişkili, belirsiz ve yanlış olması ya da bireylerin hiç bilmediği hastalık ve sağlık bilgilerine de erişebilmesi nedeni ile internette yapılan araştırmalar bireylerin sağlık konusundaki kaygı ve endişelerini arttırabilmekte²¹ ve rahatlamak için internette defalarca kez araştırmalar yapmalarına neden olabilmektedir. Sağlıkla ilgili duyulan kaygı ve endişelerini hafifletmek için yapılan bu tekrarlayıcı aramalar bireylerin kaygı ve endişelerinin daha da şiddetlenmesine neden olabilmektedir.²² Bu durum beraberinde siberkondriyi getirmektedir.

Siberkondri yaşayan kişilere siberkondriyak denilmektedir. Siberkondriyaklar kendi bedenlerinde meydana gelen belirtileri internette araştırarak benzer belirtileri olan ciddi hastalıkların kendilerinde de olduğunu düşünerek kaygı ve endişeye kapılabilmektedirler. Örneğin siberkondriyak bir kişi göğüs bölgesinde ağrı hissettiği zaman, kalp krizi geçirdiğini veya kalp yetmezliği yaşadığını düşünebilmekte ve kendi kendine koyduğu teşhisle hastaneye başvurabilmektedir. Yapılan test ve tetkikler sonucunda herhangi bir hastalığı olmadığı ortaya çıksa bile kaygı ve endişe yaşabilmektedir. Siberkondri; hastanelerin yoğunluğunun ve iş yükünün artması, kaynak israfı, kişinin zamanını boşa harcaması ve yanlış tedavilere yönelmesi gibi olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir.²³

15 Kemal Elciyar ve Deniz Taşçı, "Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Öğrencilerine Uygulanması", *Abant Kültürel Araştırmalar Dergisi*, 2:4 (2017), s. 231.

16 Vladan Starcevic ve David Berle, "Cyberchondria: Towards a Better Understanding of Excessive Health-Related Internet Use", *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13:2 (2013), s.206.

17 Ryan D. McMullan vd., "The Relationships between Health Anxiety, Online Health Information Seeking, and Cyberchondria: Systematic Review and Meta-Analysis", *Journal of Affective Disorders*, 245 (2019), s.271.

18 Starcevic ve Berle, "Cyberchondria: Towards", s.211.

19 Ali Görkem Gençer vd., "DSM-5'e Giremeyen Tanılar (Kompulsif Satın Alma, Misophonia, Facebook Kıskançlığı, Pagofaji, Siberkondria, İnternet Bağımlılığı)", *Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Konular*, DSM-5'in Yeni Tanıları Özel Sayısı (2018), s.89.

20 Ayşegül Durak Batıgün vd., "Siberkondriya Ölçeği (SİBKÖ): Geliştirme, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31:2 (2018), s.149.

21 Vladan Starcevic, "Cyberchondria: Challenges of Problematic Online Searches for Health-Related Information", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86:3 (2017), s.130.

22 Selma Altındış vd., "Üniversite Çalışanlarında Siberkondria Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi", *Sakarya Tıp Dergisi*, 8:2 (2018), s.360.

23 Derya Altınışik, "İnternet Çağının Hastalığı: Siberkondri", erişim 10 Ocak, 2020, <https://www.bilimvetekno.com/internet-caginin-hastaligi-siberkondri/>

Yöntem

Araştırma, Aralık 2019 – Ocak 2020 aylarında İstanbul’da gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veri toplamak için anket yöntemi kullanılmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini, İstanbul’da oturan ve 18 yaşını doldurmuş bireyler oluşturmuştur. Araştırma evrenini temsil edebilecek örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında 384 kişi olarak belirlenmiş olup; örnekleme yöntemi olarak kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma kapsamında 438 anket formu toplanmış; ancak geçerli olan 394 anket formu değerlendirilmeye alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak için üç bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunun ilk bölümde araştırmaya katılanların demografik özelliklerinin belirlenmesine yönelik sorular yer almaktadır. Anket formunun ikinci bölümünde, katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine yönelik ifadeler yer almaktadır. Bu bölümde Norman ve Skinner tarafından geliştirilen ve 8 ifadeden oluşan “E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” kullanılmıştır.²⁴ Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Coşkun ve Bebiş tarafından yapılmıştır.²⁵ Bu araştırma kapsamında yapılan analize göre ölçeğin güvenilir olduğu belirlenmiştir ($\alpha=0,88$). Ölçekte yer alan ifadeler, 5’li Likert tipi ölçek seçenekleri ile ölçülmüştür. Ölçekten elde edilecek ortalama puanın 5’e yaklaşması e-sağlık okuryazarlık düzeyinin arttığını gösterdiğinden değerlendirmeler bu yönde yapılmıştır.

Anket formunun üçüncü bölümünde ise, katılımcıların siberkondri düzeylerinin belirlenmesine yönelik ifadeler yer almaktadır. Bu bölümde McElroy ve Shevlin tarafından geliştirilen “Siberkondri Ciddiyet Ölçeği” kullanılmıştır.²⁶ Ölçek, zorlantı (8 ifade), aşırı kaygı (8 ifade), aşırılık (8 ifade), içini rahatlatma (6 ifade) ve doktora güvensizlik (3 ifade) olmak üzere 5 boyuttan ve 33 ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Uzun tarafından yapılmıştır.²⁷ Bu araştırma kapsamında yapılan analize göre ölçeğin güvenilir olduğu belirlenmiştir ($\alpha=0,90$). Ölçekte yer alan ifadeler, 5’li Likert tipi ölçek seçenekleri ile ölçülmüştür. Ölçekten elde edilecek ortalama puanın 5’e yaklaşması siberkondri düzeyinin arttığını gösterdiğinden değerlendirmeler bu yönde yapılmıştır.

24 Cameron D. Norman ve Harvey A. Skinner, “eHEALS: The eHealth Literacy Scale”, *Journal of Medical Internet Research*, 8:4:e27 (2006), s.4.

25 Sabahat Coşkun ve Hatice Bebiş, “Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği: Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 57 (2015).

26 Eoin McElroy ve Mark Shevlin, “The Development and Initial Validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS)”, *Journal of Anxiety Disorders*, 28:2 (2014).

27 Süleyman Utku Uzun, “Pamukkale Üniversitesi Çalışanlarında Siberkondri Düzeyi ve Etkileyen Etmenler”, Uzmanlık Tezi, T.C. Pamukkale Üniversitesi, 2016.

Verilerin Analizi

Veri analizlerinde, e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeyini belirlemek için tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. E-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin katılımcıların demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde, Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda verilerin normal dağılımdan geldiği belirlendiğinden ($p>0,05$) iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında bağımsız örneklem için t-testi, ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında ise, tek yönlü varyans analizleri (ANOVA) yapılmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonucunda ortaya çıkan farklılıkları belirlemek için tamamlayıcı olarak LSD testi kullanılmıştır. E-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri arasındaki ilişkiyi belirlemek için de Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında ve %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular

Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 1. Demografik Özelliklerin Dağılımı (n=394)

Demografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Erkek	139	35,3
	Kadın	255	64,7
Yaş	≤ 25	211	53,6
	26-35	105	26,6
	≥ 36	78	19,8
Eğitim Durumu	Lise veya Altı	125	31,7
	Önlisans	126	32,0
	Lisans veya Lisansüstü	143	36,3
Medeni Durum	Bekar	268	68,0
	Evli	126	32,0
Çalışma Durumu	Evet	226	57,4
	Hayır	168	42,6

Araştırmaya katılanlara ilişkin demografik özellikler Tablo 1'de gösterilmiştir. Tabloya göre araştırmaya katılanlardan 139 kişi (%35,3) erkek, 255 kişi de (%64,7) kadındır. Katılımcılardan 211 kişinin (%53,6) 25 veya altı yaş aralığında, 105 kişinin (%26,6) 26-35 yaş aralığında, 78 kişinin de (%19,8) 36 veya üzeri yaş aralığında yer aldığı belirlenmiştir. Katılımcılardan 125 kişinin (%31,7) lise veya altı, 126 kişinin (%32,0) önlisans, 143 kişinin de (%36,3) lisans veya lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcılardan 268 kişi (%68,0) bekar, 126 kişi de (%32,0) evlidir. Katılımcılardan 226 kişi (%57,4) bir işte çalışırken, 168 kişi ise (%42,6) herhangi bir işte çalışmamaktadır.

Tablo 2. Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	n	Ort.	Std. Sapma
E-Sağlık Okuryazarlığı	394	3,30	0,75
Siberkondri	394	2,41	0,57

Tablo 2'ye göre e-sağlık okuryazarlık düzeyinin orta düzeyde ($3,30 \pm 0,75$), siberkondri düzeyinin ise düşük düzeyde ($2,41 \pm 0,57$) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. E-Sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Demografik Özellikler		n	E-Sağlık Okuryazarlığı			Siberkondri		
			Ort.	Std. Sapma		Ort.	Std. Sapma	
Cinsiyet	Erkek	139	3,19	0,76	t= -2,07 p= 0,04	2,44	0,55	t= 0,65 p= 0,52
	Kadın	255	3,35	0,73		2,40	0,58	
Yaş	≤ 25	211	3,33	0,76	F= 2,35 p= 0,10	2,43	0,56	F= 1,91 p= 0,15
	26-35	105	3,16	0,71		2,47	0,59	
	≥ 36	78	3,37	0,75		2,31	0,56	
Eğitim Durumu	Lise veya Altı (1)	125	3,22	0,75	F= 1,36 p= 0,26	2,49	0,59	F= 3,92 p= 0,02 Fark= 1>3, 2>3
	Önlisans (2)	126	3,38	0,76		2,45	0,55	
	Lisans veya Lisansüstü (3)	143	3,29	0,73		2,31	0,55	
Medeni Durum	Bekar	268	3,31	0,75	t= 0,71 p= 0,48	2,43	0,54	t= 1,06 p= 0,29
	Evli	126	3,26	0,74		2,37	0,62	
Çalışma Durumu	Evet	226	3,24	0,79	t= -1,58 p= 0,12	2,40	0,59	t= -0,63 p= 0,53
	Hayır	168	3,36	0,69		2,43	0,53	

Tablo 3'de katılımcıların demografik özelliklerine göre e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Tabloya göre katılımcıların yaşına, eğitim durumuna, medeni durumuna ve çalışma durumuna göre e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık göstermediği ($p>0,05$); ancak katılımcıların cinsiyetine göre e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Kadın katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeyinin erkek katılımcılara göre yüksek olması farklılığın nedenini ortaya koymaktadır. Yine tabloya göre katılımcıların cinsiyetine, yaşına, medeni durumuna ve çalışma durumuna göre siberkondri düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık göstermediği ($p>0,05$); ancak katılımcıların eğitim durumuna göre siberkondri düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4. E-Sağlık Okuryazarlığı ile Siberkondri İlişkisi

		Siberkondri
E-Sağlık Okuryazarlığı	r	0,16
	p	0,00
	n	394

Tablo 4'e göre e-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$). Korelasyon katsayısına göre ($r = 0,16$), e-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri düzeyleri arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki vardır.

Tartışma ve Sonuç

Bu araştırma sonucunda katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin, orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Teknolojide yaşanan gelişmeler ve internete erişimin artması ile beraber bireyler yoğun bir şekilde bilgiye maruz kalmakta ve internetten istedikleri her türlü bilgiye hızlı ve çok kolay bir şekilde ulaşabilmektedirler. Ancak internetten ulaşılan bu bilgilerin bir kısmı doğru iken bir kısmı da eksik, yanıltıcı ve yanlış olabilmektedir. Özellikle sağlık konusunda ulaşılan eksik, yanıltıcı ve yanlış bilgiler hem bireye hem de topluma geri dönüşü olmayan büyük zararlar verebilmektedir. Böylesi bir durumla karşılaşmamak için e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha da yükseltilmesi gerekmektedir. Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların siberkondri düzeylerinin, düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Siberkondrinin bireylerin kaygı ve endişelerini arttırması ve yanlış tedaviye yönlendirmesi, ilerleyen dönemlerde bir hastalığa dönüşmesi, hem bireysel hem de toplumsal kaynakların israfı gibi olumsuz etkileri düşünüldüğünde araştırma ile ulaşılan bu sonuç istenilen bir sonuçtur ve bu sonucun daha da düşürülmesi önerilmektedir.

Araştırma ile katılımcıların cinsiyetine göre e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık gösterdiği, katılımcıların yaşına, eğitim durumuna, medeni durumuna ve çalışma durumuna göre e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir. Ertaş, Kırac ve Demir'in yapmış oldukları benzer araştırmanın bulgularına göre de e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin katılımcıların cinsiyetine, yaşına ve eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir.²⁸

Araştırma bulguları incelendiğinde, kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre; 36 veya üzeri yaş aralığında yer alan katılımcıların diğer yaş gruplarında yer alan katılımcılara göre; önlisans eğitim durumuna sahip katılımcıların diğer eğitim durumuna sahip katılımcılara göre; bekar katılımcıların evli katılımcılara göre; herhangi bir işte çalışmayan katılımcılarında çalışan katılımcılara göre e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

28 Handan Ertaş, Ramazan Kırac, Rahime Nur Demir, "Dijital Okuryazarlık ve E-Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" (3.Uluslararası 13.Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı, Sakarya Üniversitesi, Sakarya, Ekim 10-13, 2019).

Araştırma ile katılımcıların cinsiyetine göre siberkondri düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bu sonuç Altındış ve diğerlerinin araştırma bulguları ile benzerlik gösterirken, Tiritioğlu'nun araştırma bulguları ile benzerlik göstermemektedir.²⁹ Katılımcıların eğitim durumuna göre siberkondri düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bu sonuç Tiritioğlu'nun ve Uzun'un araştırma bulguları ile benzerlik gösterirken, Altındış ve diğerlerinin araştırma bulguları ile benzerlik göstermemektedir.³⁰ Katılımcıların yaşına ve medeni durumuna göre siberkondri düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir. Altındış ve diğerlerinin ve Uzun'un araştırmalarında ise, katılımcıların yaşına göre siberkondri düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık gösterdiği; ancak katılımcıların medeni durumuna göre siberkondri düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir.³¹ Katılımcıların çalışma durumuna göre siberkondri düzeylerinin istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bu sonuç Tiritioğlu'nun araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir.³²

Araştırma bulguları incelendiğinde, kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre; 36 veya üzeri yaş aralığında yer alan katılımcıların diğer yaş gruplarında yer alan katılımcılara göre; lisans veya lisansüstü eğitim durumuna sahip katılımcıların diğer eğitim durumuna sahip katılımcılara göre; evli katılımcıların bekar katılımcılara göre; çalışan katılımcıların herhangi bir işte çalışmayan katılımcılara göre siberkondri düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırma ile ulaşılan başka bir sonuç ise, e-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişkinin olduğudur. Başka bir ifade ile e-sağlık okuryazarlık düzeyindeki artış, düşükte olsa siberkondri düzeyinin de artmasına neden olmaktadır. Bu durumun internette geçirilen süre ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Ergün, Kızıl Sürücüler ve Işık'ın yapmış oldukları araştırma bulgularına göre internet kullanım süresi ile e-sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ve internet kullanım süresi yüksek olan katılımcıların daha yüksek e-sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.³³ Bu sonuçlar çerçevesinde e-sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylerin internette daha fazla vakit geçirdiği ve bu durumda düşük düzeyde de olsa siberkondri düzeyini arttırdığı söylenebilir. Ayrıca e-sağlık okuryazarlık ile siberkondri arasındaki ilişkinin derinlemesine araştırılması önerilmektedir.

Araştırma sonuçları çerçevesinde e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttırılması için halka yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi, sağlık kurumlarının web sayfa-

29 Altındış vd., "Üniversite Çalışanlarında", s.363; Sena Tiritioğlu, "Diyetisyene Başvuran Bireylerin Beslenme ve Diyet Hakkındaki Düşünceleri ile Siberkondri İlişkisi", Yüksek Lisans Tezi, T.C. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019, s.17

30 Tiritioğlu, "Diyetisyene Başvuran", s.17; Uzun, "Pamukkale Üniversitesi", s.55; Altındış vd., "Üniversite Çalışanlarında", s.363.

31 Altındış vd., "Üniversite Çalışanlarında", s.363; Uzun, "Pamukkale Üniversitesi", s.55.

32 Tiritioğlu, "Diyetisyene Başvuran", s.17.

33 Sibel Ergün, Hale Kızıl Sürücüler, Reyhan Işık, "Ergenlerde e-Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları: Balıkesir Örneği", *JAREN*, 5:3 (2019), s.199-201.

larında e-sağlık okuryazarlığını arttırmaya yönelik bilgilerin verilmesi, okul müfredatlarında sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik derslere yer verilmesi önerilmektedir. Siberkondri düzeyinin düşürülmesi için de, internetteki sağlık bilgilerinin içeriğini denetlemek ve yanıltıcı veya yanlış bilgi paylaşımlarının önüne geçmek adına bir mekanizmanın kurulması, sağlık kurumlarının veya hekimlerin web sayfalarında yayınladıkları sağlık bilgileri için Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınması, internette sağlık bilgisi araştırırken dikkat edilmesi gereken hususlara basın yayın organlarında yer verilmesi, sağlık kurumlarının, üniversitelerin, sivil toplum kuruluşlarının bireylerin doğru ve güvenli sağlık bilgilerine ulaşabileceği web siteleri oluşturmaları ve erişime açmaları önerilmektedir. Bu araştırmanın sadece İstanbul'da yapılmış olması bir sınırlılık olsa da, bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini; ayrıca e-sağlık okuryazarlığı ile siberkondri düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya koyması açısından önemlidir. Konuyla ilgili benzer araştırmaların daha geniş bir coğrafyada, daha fazla katılımcıyla ve farklı değişkenlerde dahil edilerek yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Kaynakça

- Akbolat, Mahmut, Gülcan Kahraman, Gülsün Erigüç ve Hakan Sağlam. "Sağlık Okuryazarlığı Hasta-Hekim İlişkisini Etkiler mi?: Sakarya İlinde Bir Araştırma". *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 15:4 (2016): 354-362.
- Altındış, Selma, Mustafa Baran İnci, Ferhat Gürkan Aslan ve Mustafa Altındış. "Üniversite Çalışanlarında Siberkondria Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi". *Sakarya Tıp Dergisi*. 8:2 (2018):359-370.
- Altınışik, Derya. "İnternet Çağının Hastalığı: Siberkondri". Erişim 10 Ocak, 2020, <https://www.bilimvetekno.com/internet-caginin-hastaligi-siberkondri/>.
- Andrus, Miranda R. ve Mary T. Roth. "Health Literacy: A Review". *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*. 22:3 (2002): 282-302.
- Batıgün, Ayşegül Durak, Nağme Gör, Burcu Kömürcü ve İpek Şenkal Ertürk. "Siberkondriya Ölçeği (SİBKÖ): Geliştirme, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması". *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 31:2 (2018):148-162.
- Can, Abdullah Buğra, Ebru Sönmez, Ferhad Özer, Gözde Ayva, Halit Bacı vd. "Sağlık Arama Davranışı Olarak İnternet Kullanımını İnceleyen Bir Araştırma". *Cumhuriyet Tıp Dergisi*. 36:4 (2014): 486-494.
- Coşkun, Sabahat ve Hatice Bebiş. "Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği: Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması". *Gülhane Tıp Dergisi*. 57 (2015): 378-384.
- Elciyar, Kemal ve Deniz Taşçı. "Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Öğrencilerine Uygulanması". *Abant Kültürel Araştırmalar Dergisi*. 2:4 (2017): 231-244.
- Ergün, Sibel, Hale Kızıl Sürücüler ve Reyhan Işık. "Ergenlerde E-Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları: Balıkesir Örneği". *JAREN*. 5:3 (2019):194-

203.

- Ertaş, Handan, Ramazan Kırac ve Rahime Nur Demir. "Dijital Okuryazarlık ve E-Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" 3.Uluslararası 13.Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı, Sakarya Üniversitesi, Sakarya, Ekim 10-13, 2019.
- Frisch, Anne-Linda, Luca Camerini, Nicola Diviani ve Peter J. Schulz. "Defining and Measuring Health Literacy: How Can We Profit from Other Literacy Domains?". *Health Promotion International*. 27:1 (2011):117-126.
- Gençer, Ali Görkem, Mehmet Emrah Karadere, Burak Okumuş ve Çiçek Hocaoğlu. "DSM-5'e Giremeyen Tanılar (Kompulsif Satın Alma, Misophonia, Facebook Kıskaçlığı, Pagofaji, Siberkondria, İnternet Bağımlılığı)". *Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Konular*. DSM-5'in Yeni Tanıları Özel Sayısı (2018): 87-96.
- Güven, Durdane Yılmaz, Hülya Bulut ve Sercan Öztürk. "Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi". *Journal of History Culture and Art Research*. 7:2 (2018): 400-409.
- Ilgaz, Ayşegül ve Sebahat Gözüm. "Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Güvenilir Kullanımı için Sağlık Okuryazarlığının Önemi". *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 9:2 (2016): 67-77.
- İbrahimoğlu, Özlem, Hülya Saray Kılıç ve Sevinç Mersin. "Fabrika Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler: Bilecik İli Örneği". *Sağlık ve Toplum*. 3 (2019): 26-32.
- Manganello, Jennifer A. "Health Literacy and Adolescents: A Framework and Agenda for Future Research". *Health Education Research*. 23:5 (2008): 840-847.
- McElroy, Eoin ve Mark Shevlin. "The Development and Initial Validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS)". *Journal of Anxiety Disorders*. 28:2 (2014): 259-265.
- McMullan, Ryan D., David Berle, Sandra Arnáez ve Vladan Starcevic. "The Relationships between Health Anxiety, Online Health Information Seeking, and Cyberchondria: Systematic Review and Meta-Analysis". *Journal of Affective Disorders*. 245 (2019): 270-278.
- Norman, Cameron D. ve Harvey A. Skinner. "eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World". *Journal of Medical Internet Research*. 8:2:e9 (2006): 1-11.
- Norman, Cameron D. ve Harvey A. Skinner. "eHEALS: The eHealth Literacy Scale". *Journal of Medical Internet Research*. 8:4:e27 (2006): 1-7.
- Nutbeam, Don. *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization, 1998.
- Schwartzberg, Joanne G., Allison Cowett, Jonathan VanGeest ve Michael S. Wolf. "Communication Techniques for Patients with Low Health Literacy: A Survey of Physicians, Nurses, and Pharmacists". *American Journal of Health Behavior*. 31:1 (2007): S96-S104.
- Starcevic, Vladan. "Cyberchondria: Challenges of Problematic Online Searches for

- Health-Related Information”. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 86:3 (2017): 129-133.
- Starcevic, Vladan ve David Berle. “Cyberchondria: Towards a Better Understanding of Excessive Health-Related Internet Use”. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 13:2 (2013): 205-213.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011.
- Tiritoğlu, Sena. “Diyetisyene Başvuran Bireylerin Beslenme ve Diyet Hakkındaki Düşünceleri ile Siberkondri İlişkisi”. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Okan Üniversitesi, 2019.
- TÜİK. Erişim 9 Ocak, 2020. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028
- Utma, Seçil. “Sağlık Okuryazarlığı Kavramı ve Sağlık Haberlerini Doğru Okumak”. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*. 5 (2019):223-231.
- Uzun, Süleyman Utku. “Pamukkale Üniversitesi Çalışanlarında Siberkondri Düzeyi ve Etkileyen Etmenler”. Uzmanlık Tezi, T.C. Pamukkale Üniversitesi, 2016.
- Yılmaz, Medine ve Zeliha Tiraki. “Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür?”. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 9:4 (2016): 142-147.
- Zarcadoolas, Christina, Andrew Pleasant ve David S. Greer. “Understanding Health Literacy: An Expanded Model”. *Health Promotion International*. 20:2 (2005): 195-203.

A Study on the e-Health Literacy and Cyberchondria Levels of Individuals

SERKAN DENİZ

Abstract: *Accessing health related information rapidly and easily from the Internet has become possible. Because of this, the concepts of e-health literacy and cyberchondria have become important nowadays. This study aims to assess whether e-health literacy and cyberchondria levels of individuals display a difference according to demographic features or not, and to determine the correlation between e-health literacy and cyberchondria levels. The research was realized in Istanbul between the months of December 2019 – January 2020. The result of the study demonstrated that the e-health literacy levels of participants did not vary statistically according to their age, educational status, marital status or their employment status, however it was found that e-health literacy levels of participants varied statistically according to gender. It was demonstrated that the cyberchondria levels of participants did not vary statistically according to the gender, age, marital status and employment status of the participants, but that they varied statistically according to the participants' educational status. A positive and low-level correlation was found between e-health literacy and cyberchondria.*

Keywords: *e-Health Literacy, Cyberchondria, Internet, Health.*



Hasta Merkezlilik ve Hasta Merkezli Bakım¹

MUSTAFA ERDOĞAN*
mtkerdogan1907@gmail.com

ORCID ID: 0000-0002-5840-9939

HARUN KIRILMAZ**
hkirilmaz@sakarya.edu.tr

ORCID ID: 0000-0001-6055-6826

Öz: 20. yüzyılda hekim ve hastalık merkezli yaklaşımlardan uzaklaşarak hasta merkezlilik yaklaşımına geçiş başlamıştır. Hasta merkezli yaklaşımının benimsenmesi ile sağlıkta kalitenin artacağı ve bu yaklaşımın sağlığın gelişimine de katkı sağlayacağı kabul edilmektedir. Bu sayede hastalar, tedavi ve bakım süreçlerinde kararlara dâhil edilmekte ve oluşturulan bu ortak karar alma ortamı ile hasta memnuniyetinin de artırılacağı, tedavi ve bakım süreçlerinde ortaya çıkan gereksiz tanı ve testlerin ortadan kaldırılarak maliyetlerin düşürüleceği ve toplumda sağlık okuryazarlığının artarak sağlığın gelişimine katkı sağlanacağı öngörülmektedir. Literatür incelendiğinde klinik uygulamalar ve hastalık türleri gibi spesifik özelliklere göre ve özellikle hasta tedavi ve bakım süreçlerinde çalışan sağlık profesyonelleri üzerinde nicel araştırma yöntemleri kullanılarak hasta merkezli bakım araştırmaları yapılmıştır. Söz konusu araştırmalar da konu ile ilgili öngörülerini destekler niteliktedir. Türkçe alan yazında ise hasta merkezli bakım konusunda sınırlı sayıda çalışma yer almakta olup, bu çalışmalar daha ziyade birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekim ve hasta ilişkisi üzerinde odaklanmaktadır. Bu araştırmada hasta merkezlilik ve hasta merkezli bakım kavramlarına, modellerine, hasta merkezli bakımın önündeki engeller ile olumlu ve olumsuz yönlerine yer verilmektedir. Bu çalışma ile hasta merkezlilik ve hasta merkezli bakım yaklaşımları için kavramsal bir çalışma ile alan yazına katkı sunulması amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hasta merkezlilik, Hasta merkezli bakım, Sağlıkta kalite.

Giriş

Günümüz koşullarında iş yaşamı ve rekabet koşulları hızlı bir şekilde değişmektedir. Değişen koşullara sağlık kurumları ve çalışanlarının uyum sağlaması da son derece önemlidir. Sağlık kurumlarında ve çalışanlarında, yenilikçi düşünce yaklaşımlarının varlığı ilgili sağlık organizasyonuna dinamik, sürekli gelişen ve stratejik bir avantajı da beraberinde getirecektir. Son zamanlarda küresel olarak hekim-hastalık merkezli yaklaşımlardan uzaklaşılması ile sağlık hizmetleri sunumunda yenilikçi bir yaklaşım olan hasta merkezlilik yaklaşımı ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinde hekim

* Lisansüstü, Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı.

** Doç. Dr. Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü.

1 Bu çalışma Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında "İç Girişimciliğin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Üzerine Etkisi" başlıklı yüksek lisans tezinin bir bölümünden geliştirilmiştir.

merkezli düşünceden uzaklaşarak hasta merkezli bir düşünce yaklaşımına geçişin yaşanması, hastaların tedavi ve bakım süreçlerine dâhil edilmesi ile olabilmektedir. Hasta merkezlik, hastanın sağlığı ile ilgili verilecek kararlara dâhil edilmesini, sağlık profesyonelleri ile hasta arasından tedavi ve bakım sürecine dair ortak karar alma sürecini destekleyen bir yaklaşımdır.

Hasta merkezli yaklaşımda, hasta ile hekim arasında çift yönlü etkileşimsel ilişki kurularak hastanın değer ve tercihleri keşfedilmeye çalışılır. Ayrıca hasta merkezli bakım düşünce tarzı ile hasta ve yakınlarının karar verme sürecine dâhil edilmesi, hastanın uygun tedavi ve bakıma ulaşmasını kolaylaştırarak sağlığın korunması ve özellikle geliştirilmesi adına hastada ihtiyaç duyulan davranış değişikliklerinin oluşturulmasına yardımcı olur.

Literatür incelendiğinde hasta-merkezli bakımın, hasta memnuniyetine olumlu katkı sağladığı ve sağlıktaki maliyet ile eşitsizlikleri azalttığı bunun yanında bakım kalitesi ve sağlık sonuçlarını geliştirdiği görülmektedir.²

Sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirmeye ve hasta güvenliğine sürekli vurgu yapılmıştır. ABD Tıp Enstitüsü (IOM), sağlık çalışanlarının ekip çalışması, kanıt temelli uygulama, kalite geliştirme ve bilişim yetkinliklerini vurgulamanın yanı sıra hasta merkezli bakım sunmanın da önemini vurgulamıştır.³ Hatta hasta merkezli bakım kendi başına bir kalite alanı olarak kabul edildiğinden, kaliteli sağlık hizmeti sunumunda sağlık organizasyonları açısından büyük bir öneme sahiptir. Sağlık organizasyonlarında tedavi ve bakım hizmetlerinde özellikle hasta ile iletişiminin yoğun olduğu meslek grubu olan hemşirelerin rolü büyüktür. Özellikle bakım sürecinde olan hastaların ve aile üyelerinin bakım sürecine dâhil edilmesi hemşireler için hasta merkezli bakım yetkinliğini ortaya çıkarmıştır. Bu maksatla hemşireler tarafından, hasta merkezli bakım gibi yenilikçi düşünce yaklaşımının benimsenmesi hasta memnuniyetini artırmakta nihayetinde sağlık organizasyonuna değişen piyasa koşullarında rekabet edebilme becerisi kazandırırken, sağlığın gelişimine de katkı sağlamaktadır.

Daha önceki çalışmalarda klinik uygulamalar ve hastalık türleri gibi spesifik özelliklere göre hasta merkezli bakım araştırmaları yapılmış, hasta merkezli bakım yaklaşımının kavramsal çerçevesinin oluşturulduğu genel bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Çalışmada alan yazında çok fazla çalışma bulunmayan hasta merkezlik, hasta merkezli bakım kavramlarına değinilmiş, hasta merkezli bakıma yönelik geliştirilen ve sıklıkla kullanılan üç model açıklanmış, hasta merkezli bakıma yönelik alan yazıda yapılan çalışmalardan ortaya çıkan olumlu olumsuz yönler açıklanmıştır. Sonuç olarak bu çalışma ile yenilikçi, inovatif ve kendi başına bir kalite alanı olarak görülen hasta merkezli bakım konusunda literatürde ki bu eksiklik de doldurulmuş olacaktır.

2 Gülay Şahin ve Füsün Artıran-İğde, "Hasta Merkezli Bakım-Ortak Karar Alma Süreci ve Kalite", Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 5/3 (2014), s.38-43.

3 Institute of Medicine. (IOM), Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, Washington DC, USA: The National Academies Press, 2001.

Kavramsal Çerçeve

Hasta Merkezlilik

Hasta merkezli yaklaşım, Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Bilim Akademileri Tıp Enstitüsü tarafından kaliteli sağlık hizmetinin altı özelliğinden biri olarak tanımlanmıştır.⁴ Avustralya Sağlık Hizmetlerinde Güvenlik ve Kalite Komisyonu (ACSQHC) (2010), hasta merkezli yaklaşımın benimsenmesi ile hasta merkezli sağlık bakımının anlaşılmasının, hastaların ihtiyaçlarının daha iyi tespit edilerek karşılanacağını ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinde daha iyi sağlık sonuçlarına yol açacağını belirtmiştir.⁵ Bu bağlamda Güney Afrika tarafından belirlenen kamu politikaları ile de kısaca vatandaşlarına aldıkları kamu hizmetlerinin düzeyi ve kalitesi hakkında danışılması ve mümkün olan yerlerde sunulan hizmetler hakkında hastalar tarafından bir seçim yapılabilmesi sağlanmıştır. Bu anlamda her üç kıtada hasta merkezli yaklaşım benimsenerek küresel bir anlam kazanmıştır.⁶

Günümüzde kaliteli bakım ve hasta güvenliği ihtiyacını ele almak için çok sayıda çalışma yürütülmekte ve sağlık hizmetleri, odak noktalarını hastaların özel ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı, güvenilir, hasta merkezli yaklaşımlara dönüştürmektedir. Sağlık hizmetindeki bu dönüşüm süreci, hastayı meslekler arası ekibin ayrılmaz bir üyesi olarak kabul ederek şefkatli bir bakım sunmayı amaçlamaktadır. Bu yaklaşımda hastalar tüm hizmetlerin merkezinde yer alırken, sağlık profesyonelleri ve sağlık hizmeti sağlayıcıları, sağlık hizmetleri gereksinimlerini hastaların perspektifinden ele alarak sağlık hizmetleri sunumunda hasta ile ortaklıklar geliştirerek gerçek ve işbirlikçi ilişkiler kurmaktadır.⁷

Sağlık alanında yapılan niteliksel çalışmalarda elde edilen sonuçlar, hastalara yüksek kaliteli bakım sunmak için ihtiyaç duyulan temel bileşenlerin; hasta ihtiyaçlarına cevap vermek, bakımı bireyselleştirmek, hastaları saygıyla tedavi etmek, hastaları durumları ve tedavileri konusunda bilgilendirmek ve hastaları karar vermeye dâhil etmek olduğunu göstermektedir.⁸ Hasta merkezli yaklaşımın temelini oluşturan bu bileşenler, hastaların tedavi bakım süreçlerinde aktif rol almak istediğinin bir göstergesidir. Hasta merkezlilik, yüksek kaliteli bakımın ve hasta güvenliğinin temel bileşenidir. Hatta hasta merkezlilik kendi başına bir kalite alanı olarak kabul edilmektedir.⁹

4 World Health Organisation (WHO), *People Centred Health Care. A policy Framework*, Geneva: WHO Press, 2007, s.5.

5 Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC), *Patient-Centred Care: Improving Quality and Safety by Focusing Care on Patients And Consumers*, Sydney: GPO Box, 2010, s.5.

6 Sihaam Jardien-Baboo vd., "Perceptions of Patient-Centred Care at Public Hospitals in Nelson Mandela Bay", *Health SA Gesondheid*, 21/1 (2016), s.398.

7 Esther Bankert, Andrea Lazarek-LaQuay ve Joanne M. Joseph, "Bölüm 6", *Patient-Centered Care*, haz., Patricia Kelly, Beth A. Vottero ve Carolyn A. Christie-McAuliffe, New York: Springer Publishing Company, 2014, s.162.

8 Souraya Sidani, Dana Epstein ve Joyal Miranda, "Eliciting Patient Treatment Preferences: A Strategy to Integrate Evidence-Based and Patient-Centered Care", *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3/3 (2006), s.118.

9 Karen Luxford, Dana Gelb Safran ve Tom Delbanco, "Promoting Patient-Centered Care: A Qualitative Study of Facilitators and Barriers in Healthcare Organizations with a Reputation for Improving the Patient Experience", *International Journal for Quality in Health Care*, 23/5 (2011), s.510-515; Alicia Renedo ve Ciceley Marston, "Developing Patient-Centred Care: An Ethnographic Study of Patient Perceptions and Influence on Quality

Hasta merkezli yaklaşımda, yalnızca hekimin, hasta üzerinde bir otoritesi söz konusu değildir. Aksine hastalara sorunlarını ifade etmeleri noktasında ihtiyaç duydukları süre verilir. Hastalar, düşüncelerinde merak ettikleri tüm soruları sormaları için desteklenir. Şikâyetleri ve sağlık durumları hakkında detaylı sorular sorularak hastaların hastalıklarıyla ilgili algılarının tümü öğrenilmeye gayret edilir. Bu sırada hekim hastalığın ne olduğunu düşünürken, diğer yandan hastalığın hasta açısından nasıl anlaşıldığını ve hastanın sosyal yaşantısında ne gibi değişikliklere sebep olduğunu araştırır. Hasta merkezli yaklaşımın amacı hastalığı tedavi etmek değil hastayı tedavi etmektir.¹⁰

Dünyadaki çoğu ülkede artan sağlık harcamaları, yaşlanan nüfus, kronik hastalıkların yaygınlığı ve hastaların kendini tedavi etme eğilimi gibi çeşitli nedenlerle insanların sağlık ihtiyaçlarını etkin, ekonomik ve verimli bir şekilde karşılayan sağlık sistemlerine olan ihtiyacı artırmaktadır. Bu doğrultuda Tıp Enstitüsü Robert Wood Johnson Vakfı Girişimi tarafından yayınlanan raporlar, hemşirelerin güvenli, yüksek kaliteli, hasta merkezli, erişilebilir ve ekonomik bakım ihtiyaçlarını karşılayan bir bakım sisteminin oluşturulmasında önemli bir rol oynadığını göstermektedir.¹¹

Hasta merkezlilik üzerine yapılmış çalışmalar incelendiğinde bazı araştırmacıların hasta merkezliliği, müşteri hizmetleri ile benzeştirdiği görülmüştür. Bu araştırmalarda müşteri hizmetleri ile benzer kabul edilen hasta merkezlilik tam olarak gerçeği yansıtmamaktadır. Epstein, hasta merkezli yaklaşımın, müşteri hizmetlerindeki gibi “hastalara istediklerini, istediklerinde vermek”ten daha fazlası olduğunu belirtmektedir. Millenson’un belirttiği gibi, hasta merkezliliği tam anlamıyla müşteri hizmetlerinden ayıran özellik hastalarla işbirliği içinde olunmasıdır.¹² Rogers ve diğerleri için, hasta merkezli yaklaşım bireyin sağlık durumunu görmenin bir yolu ya da hastaları güçlendirme süreci olarak tanımlanmıştır.¹³

Özellikle sağlığın gelişimi ile insanlar sağlıklı yaşam biçimini seçmekte, sağlıklarından sorumlu hale gelmekte ve bunun sonucu olarak da ortalama yaşam süresi artmaktadır. Sağlıklı yaşam beklentisi ve farkındalığı içinde olan insanlara şans verildiği takdirde kendi tedavi süreçlerinde ortaya çıkan karmaşık yönetim görevlerini bile üstlenmeye istekli oldukları görülmektedir. Bundan dolayı hastaları dinlemek ve hastaların tedavi süreçlerine dâhil edilmesi önem arz etmektedir. Sağlık hizmetleri sunumunda bu anlamda yeni yaklaşım tarzlarından olan hasta merkezlilik, bireysel değerlere ve tercihlere odaklanan, sağlık hizmetlerinin sunumunda ortak karar vermeyi öncelikli amaç edinen temel bir yaklaşımdır.¹⁴

Improvement”, BMC Health Services Research, 15/122 (2015), s.2; Jee In Hwang, “Development and Testing of a Patient-Centred Care Competency Scale for Hospital Nurses”, International Journal of Nursing Practice, 21/1 (2015), s.47.

10 Şahin ve Artıran-İğde, “Hasta Merkezli Bakım”, s.39.

11 Simin Jahani vd., “Iranian Entrepreneur Nurses’ Perceived Barriers to Entrepreneurship: A Qualitative Study”, Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 21/1 (2016), s.45.

12 Fix M. Gemmae vd., “Patient-Centred Care Is a Way of Doing Things: How Healthcare Employees Conceptualize Patient-Centred Care”, Health Expectations, 21/1 (2017), s.306.

13 Mariastella Pulvirenti vd., “Empowerment, Patient Centred Care and Self-Management”, Health Expectations, 17/3 (2012), s.305.

14 Tessa Richards, Angela Coulter ve Paul Wicks, “Time to Deliver Patient Centred Care”, BMJ, 350/h530 (2015),

Hasta Merkezli Bakım

Sağlık hizmeti sunumunda hasta merkezli bakım giderek artan bir hal almaktadır. Balint tarafından hasta merkezli bakım basit bir şekilde “Hastayı eşsiz bir insan olarak anlamak” olarak tanımlanmıştır. 20. yüzyıl boyunca hasta merkezli bakım, hasta memnuniyetinin artırılması ve sonuçların iyileştirilmesi için sağlık sistemlerinin odak noktası haline geldi. Yapılmış çalışmalar, hasta merkezli bakım uygulamalarını çeşitli sağlık koşullarında iyileştirmeler, örgütsel bağlılığın artması, sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımında azalma, daha iyi bakım oranları ve iyileştirilmiş bakım kalitesi ile ilişkilendirmiştir. 2001 yılına kadar Tıp Enstitüsü, kaliteli sağlık hizmeti sunumunun kilit bir parçası olarak adlandırmıştır.¹⁵

Uluslararası Hasta Örgütleri İttifakı (IAPO) “Hasta merkezli sağlık bakımı tanımlarken, hastaların sağlık bakım sisteminin merkezinde olması gerektiğini ve bu nedenle sistemin hasta etrafında tasarlanması gerektiğini” vurgulamaktadır.¹⁶

Hasta merkezli bakım yaklaşımı “en iyiyi hekimin bildiği” geleneksel davranışsal yaklaşımdan dönüşüm süreciyle ortaya çıkmıştır. Geleneksel paternalistik yaklaşımda, tıp profesyonelleri sınırlı tecrübe ve bilgileri ile planladığı tedavileri sunmakta iken, günümüzde yapılan araştırmalar sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık kurumları tarafından bireye daha fazla önem verilmesini gerektiğini vurgulamakta, dolayısıyla bunun için hasta merkezli yaklaşımın vazgeçilmez bir unsur olduğunu savunmaktadırlar.¹⁷

Hasta merkezli bakım, iletişimi temel alan ve pratiği temel olarak sağlık koşullarını iyileştirme ve sağlıklı yaşam tarzları üzerine odaklanan sağlık hizmeti sunucusu ve hasta arasındaki etkileşimler ile ortaklıklar hakkındadır. Hasta merkezli bakımda amaç, hastada bilinçli karar vermeyi teşvik etmektir.¹⁸ Literatürdeki tanımlar incelendiğinde hasta merkezli bakım en geniş ifadeyle, hastanın etrafında düzenlenen bakımdır. Sağlık hizmeti sunucularının, hasta ihtiyaç ve tercihlerini tanımlamak ve karşılamak için hastalarla ve aileleriyle ortaklaşa karar verdiği bir modeldir.¹⁹

Hasta merkezli bakım basit bir şekilde “hekim-merkezli, hastalık-merkezli, hastane-merkezli veya teknoloji-merkezli” olmayan bakım olarak tanımlanmıştır. Hasta merkezli bakım sadece hastanın ihtiyaçlarına teslim olmak ya da hastalara bilgi verildikten sonra karar vermek için hastaları kendi başlarına bırakmak demek değildir. “Hasta merkezli bakım” terimi sağlık politikası sözlüğüne 2001 yılında Tıp Enstitüsü’nün raporu “Crossing the Quality Chasm” ile girmiştir. Bu raporda tümüyle sistem değişikliğine vurgu yapılmakta, yüksek kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşmada altı ana hedeften bahsedilmektedir. Bunlardan bir tanesi olan Hasta Merkezli Bakım “Hastaların değerlerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını bilmek ve bunlara saygı göstermek, has-

s.1.

15 Fix M. Gemmae vd., “Patient-Centred Care”, s.301.

16 Sihaam Jardien-Baboo vd., “Time to deliver”, s.398.

17 Lori Jo Delaney, “Patient-Centred Care as an Approach to Improving Health Care in Australia”, The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research, 25/1 (2018), s.119.

18 Mariastella Pulvirenti vd., “Empowerment, Patient Centred Care”, s.305.

19 Sara A. Kreindler, “The Politics of Patient-Centred Care”, Health Expectations, 18/5 (2013), s.1140.

taların kararlarında hastalar ile ortaklık kurmayı teşvik etmek, hastaların fiziksel ve duygusal rahatlığını sağlamak ve hastaların savunuculuğu” olarak tanımlanmıştır.²⁰

Sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması ve değerlendirilmesi yaklaşımı olan hasta merkezli bakım, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar arasında karşılıklı yarar sağlayan bir ortaklık kurma fikrine dayanmaktadır. Bu ortaklığı kurarak hasta merkezli bakım, maliyetli ya da gereksiz tanı testleri, ilaçları, hastane konaklamalarını ve doktor tavsiyelerini azaltırken hasta sonuçlarını ve deneyimlerini kolaylaştırmak için tasarlanmıştır. Hasta merkezli bakım modelinde bakımın etkinliği, hekim merkezli araçlar ve standartlar yerine hasta konsültasyonu ve raporlaması yoluyla değerlendirilir.²¹

Hasta Merkezli Bakım (PCC-HMB), “hastayı veya bakım sorumluluğunu üstlenen kişiyi, hastanın tercihlerine, değerlerine ve gereksinimlerine saygı göstererek şefkatli ve koordineli bir bakım sağlamak için kontrol kaynağı ve tam ortağı olarak tanır” sağlık profesyonelleri ve sağlık hizmeti sağlayıcıları, hasta bakım hizmetlerini şefkatli ve saygılı bir şekilde koordine eder ve hasta ile profesyonel ekip arasındaki işbirliğine dayanan bir ortaklık kurar.²² Bu doğrultuda hasta merkezli bakım hastanın ve ailesinin bireysel ihtiyaçlarını karşılamak için esnek ve kişiye özel olma kabiliyeti nedeniyle, sağlık hizmetinin kalitesini arttırarak sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin bağımsız bir ölçütü haline gelmiştir.²³

Tıp ve sağlık hizmetlerinde verilen eğitimlerin temelinde biyomedikal yöntem yer almaktadır. Bu temelde verilen eğitimlerde sağlık personeli “hekim veya hastalık merkezli” yaklaşıma yönelik yetiştirilmektedir. Bu doğrultuda verilen eğitimlerde hekim, hastalıkların tanımlanarak açıklanmasına ve hastalığa neden olabilecek durumların önlenerek tedavi edilmesine odaklanmaktadır. Bundan dolayı, hasta ile kurulan iletişimin amacı hastalığın tanısının belirlenmesini amaçlamaktadır.²⁴ Bu yaklaşımda lider her zaman hekimdir ve hasta ile yapılan görüşmelerde hekim hastadan aldığı bilgilerin hangisinin önemli olup, hangisinin kullanılacağına karar veren kişidir. Aldığı bilgiler doğrultusunda hastayı muayene eden hekim daha önceki bilgi ve tecrübelerinden faydalanarak gerek duyduğu müdahaleleri planlar ve hastadan bu plana tam olarak uymasını ister.²⁵

Oysa Hasta merkezli yaklaşımda, hastanın kendisini ifade etmesine yeterli süre verilerek sorunlarını özgür bir şekilde dile getirmelerine fırsat verilmektedir. Hatta hastanın her sorununu dile getirmesi için hastalar teşvik edilir. Ayrıntılı sorularla hastanın hastalığı hakkındaki tüm düşünceleri ortaya çıkarılarak hastalığın hasta için ne anlama geldiği öğrenilmeye çalışılır. Hasta merkezli yaklaşımda hekimin görevi

20 Şahin ve Artıran-İğde “Hasta Merkezli Bakım”, s.38; Ali Arslanoğlu ve Harun Kırılmaz, “Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği (HMBY) Ölçeğinin Türkçe’ye Uyarlanması”, Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 6/2 (2019), s.159.

21 Shari Parsons Miller, “Patient-Centered Care”, Salem Press Encyclopedia, 1 (2019), s.1.

22 Esther Bankert, Andrea Lazarek-LaQuay ve Joanne M. Joseph, “Bölüm 6”, s.162.

23 Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC), Patient-Centred Care: Improving Quality and Safety by Focusing Care on Patients and Consumers, Sydney: GPO Box, 2011, s.8.

24 Robert C. Smith, Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2. bs., 2002, s.3.

25 Şahin ve Artıran-İğde “Hasta Merkezli Bakım”, s.39.

hastalığın tanısına yanıt ararken aynı zamanda hastalığın hasta açısından ne şekilde algılandığını ve hastanın hayatında ne gibi değişikliklere sebep olduğunun tespit edilmesidir. Hasta merkezli yaklaşımda hâkim olan düşünce her hasta ayrı bir vaka düşüncesidir. Hekim için amaç hastalığı tedavi etmekten ziyade hastayı tedavi etmektir.²⁶

Ayrıca hasta merkezli bakım yaklaşım, hastaların kendi sağlık kararlarına ve bakımlarına etkin bir şekilde katılmaları için yeterince bilgilendirilmeleri ve hazırlıklı olmaları için zamanında, doğru ve eksiksiz bilgi almaları gerektiğini şart koşmaktadır. Hasta merkezli bakım modelinde, hastalar ve aileleri veya bakıcıları aktif olarak kendi bakımlarına katılmaya teşvik edilir. Daha geniş bir şekilde bu model, aynı zamanda hastaların ve destek ağlarının, sağlık hizmetleri politikalarının ve programlarının geliştirilmesi ve değerlendirilmesi, tıbbi bakım tesislerinin tasarımı ve profesyonel sağlık bakımı eğitiminin uygulanması konularında sağlık hizmetleri liderleri ve kurumlarıyla işbirliği yapmalarını sağlar.²⁷

Uygulayıcılar, etkili iletişim kurarak, empati göstererek ve hastalarıyla güvenilir bir ortaklık kurarak yalnızca hasta memnuniyetini değil aynı zamanda hasta sonuçlarını da iyileştirebilirler. Bunun nedeni, hastalarını eğiten ve barındıran hekimlerin tedavi ve hastalık yönetimi ile ilgili hasta uyumluluğunu geliştirebilmeleridir. Geliştirilmiş uyumluluk ve açık doktor-hasta ilişkisi, hekime karşı hasta bakım modeli altındaki potansiyel bilgi boşluklarını ve süreç gereksinimlerinden kaynaklanan pahalı reçeteleri, tıbbi testlere ve hastaneye yatışlara olan ihtiyacı azaltarak genel sağlık bakım maliyetlerini azaltmaya yardımcı olur.²⁸

Tüm bu tanımlamalar doğrultusunda Hasta Merkezli Bakım (PCC-HMB), hastaların yeni bakım modellerinin tasarımında ve bireysel tedavi seçenekleri hakkında karar vermede aktif katılımlarını desteklemektedir. Kararlar, sadece fiziksel sağlık ve klinik sonuçların ötesinde, yaşamlarının her alanında kişisel tercihlere, ihtiyaçlara ve koşullara dayandırılmaktadır.²⁹ Bu nedenle hasta merkezli bakım, tüm karar verme ve tedavi süreçlerinde hastayı ön saflara koyan bir sağlık hizmeti sunum şeklidir.³⁰ Kısaca hasta merkezli bakımın odağında hastayı karar verme süreçlerine dâhil eden bir sağlık profesyoneli-hasta ilişkisi yatmaktadır.³¹

Hasta Merkezli Bakımın Olumlu Yönleri

Hasta merkezli bakım (PCC-HMB) bir hastayı tıbbi işlemin pasif bir bileşeni olarak görmek yerine, hastanın karar alma sürecine dâhil olması gereken aktif bir katılım-

26 Şahin ve Artıran-İğde "Hasta Merkezli Bakım", s.39.

27 Shari Parsons Miller "Patient-Centered Care", s.1.

28 Shari Parsons Miller "Patient-Centered Care", s.1.

29Jane Murray Cramm ve Anna Petra Nieboer, "Validation of an Instrument for the Assessment of Patient-Centred Care among Patients with Multimorbidity in the Primary Care Setting: The 36-İtem Patient-Centred Primary Care Instrument", BMC Family Practice, 19/143 (2018), s.2.

30 Sasha Scambler, Adyya Gupta, ve Koula Asimakopoulou, "Patient Centred Care – What Is It and How Is It Practised in the Dental Surgery?", Health Expectations, 18/6 (2015), s.2549.

31 Sara A. Kreindler, "The Politics of Patient-Centred Care", s.1143.

cı olarak görüldüğü bir yaklaşım benimsemektedir.³² Hasta merkezli bakıma geçiş, sağlık hizmeti sağlayıcıları ile hastaların tedavi planlarına uyumu arasındaki etkiyi arttırmaktadır. Hasta merkezli bakım sağlık hizmetlerinde gelişme sağlarken hastaların sağlık hizmetlerindeki memnuniyetini de arttırmaktadır. Hasta merkezli bakım uygulamalarının sağlık hizmet sunucuları tarafından benimsenmesiyle hastalar sağlıklarıyla ilgili her konuda bilgilendirilmekte, desteklenmekte ve sağlıklarını daha iyi yönetebilmektedir. Dolayısıyla hasta merkezli bakım hastaların sağlıkları için önemli avantajlar sağlamaktadır.³³

Hasta merkezli bakımın temel ilkelerinden biri, hastaların sağlık bakım sağlayıcılarının ihtiyaçlarını ne kadar iyi karşıladığının ortaya koyulmasıdır. Hasta bakış açısının hasta sonuçlarına ve memnuniyetine yakından bağlı olduğunu kabul eden hasta merkezli bakım yaklaşımı, hekimlerin, hastalarının değerleri ile görüşlerini dinlemesinin ve onlara saygı duymasının ve bu bakış açılarını dikkate almasının önemini vurgulamaktadır. Bu amaçla, hasta merkezli bakımı uygulayan sağlık hizmeti sağlayıcıları, sürekli olarak hasta algılarını ölçmek için çevrimiçi anketler gibi sistemlere kullanmaktadır. Hastalardan bilgi talep edilmesinin yanı sıra, hasta merkezli bakım yaklaşımı da hekimlerin hastalarına samimi bilgi vermelerini gerektirir.³⁴

Bertakis ve Azari (2011) kronik hipertansiyonlu hastalar üzerinde yapmış oldukları araştırmaları sonucunda hasta merkezli bakım yaklaşımının benimsenmesiyle hastaların sağlık hizmetlerinde medikal uyumunun arttığı bulunmuştur.³⁵ Hasta merkezli bakım yaklaşımının benimsendiği diyabet yönetimine yönelik yapılan benzer araştırmalarda, diyabet hastalarının algılarında iyileşme bulunurken, streslerinde azalma ve güçlenmelerinde artışa yönelik bulgular bulunmuştur.³⁶

Hasta merkezli bakım yaklaşımlarını kullanan üniteler hastaları, yaşam tarzlarında değişiklikler yapmaya ve genel sağlık durumlarını iyileştirme konusunda güçlendirmeye odaklanmakta iken geleneksel sağlık yönetim stratejileri hastalığa, müdahalelere, farmakolojiye ve sağlığın nasıl optimize edileceğine yönelik iyileştirilmiş stratejilere odaklanmaktadır. Klinik bakımı hastaların ihtiyaçlarını karşılamak üzere ayarlanması sayesinde hastaların deneyimlerinde ve fonksiyonel kapasitelerinde artış olduğu görülmüştür.³⁷

Hasta merkezli bakım üzerine yapılmış çalışmalar, yaklaşımın hem hizmet alanlara

32 Alain Leplege vd., "Person-Centredness: Conceptual and Historical Perspectives", *Disability and Rehabilitation*, 29/20-21 (2007), s.1557.

33 Lori Jo Delaney, "Patient-Centred Care", s.120.

34 Shari Parsons Miller, "Patient-Centered Care", s.1.

35 Klea D. Bertakis ve Rahman Azari, "Patient-Centred Care is Associated with Decreased Health Care Utilization", *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24/3 (2011), s.236.

36 Robert M. Anderson, Martha M. Funnell ve Patricia M. Butler, "Patient Empowerment-Results of a Randomised Trial", *Diabetes Care*, 18/7 (1995), s.943-949; Norbert Hermanns vd., "The Effect of a Diabetes Education Programme (Primas) for People with Type 1 Diabetes: Results of a Randomized Trial", *Diabetes Research and Clinical Practice*, 102/3, (2013), s.149-157; Anna Louise Kinmonth, Alison Woodcock ve Simon Griffin, "Randomised Controlled Trial of Patient Centred Care of Diabetes in General Practice: Impact on Current Wellbeing and Future Disease Risk", *British Medical Journal*, 317/7167 (1998), s.1202-1208.

37 Lori Jo Delaney, "Patient-Centred Care", s.120.

hem de sağlık kuruluşlarına fayda sağladığını ortaya koymaktadır.³⁸ Bununla birlikte, kanıta dayalı sağlık hizmeti yaklaşımı sağlık profesyonellerine hastalara ne yararı olabileceğini düşünmelerini ve hastalarını tanımları gerektiğini önermektedir. Hasta merkezli bakım yaklaşımı hasta değerlerini ve tercihlerini kabul etmenin, hasta sağlığı savunuculuğunun teşvik edilmesinin (hastaların tercihlerine saygı göstererek) önemli olduğunu benimsemektedir. Ayrıca hastanın kendi kaderini tayin etme hakkının destekler ve hastaların gelecekteki sağlık bakım kararlarına katılmalarına izin verir. Bu tür girişimler, hastaların, ailelerin ve sağlık hizmeti karar vericilerin kararlarındaki uyuşmazlıkları azaltır.³⁹

Sağlık uzmanları tarafından hastanın kendi tedavisini tayin etme hakkının göz ardı edilmesi, tedavi yapılırken altta yatan sistemik bozukluktan ziyade semptom odaklanılması (hastalık odaklı olmak) hastaları alternatif tedavi yöntemleri aramaya yönlendirebilir hatta hastaların tıbbi müdahaleleri ve tedaviyi, alternatif ilaçlar lehine reddetmelerine neden olabilmektedir.⁴⁰ Bu gibi durumlarda sağlık uzmanları, hastaların kararlarının kendi değerlerini ve tercihlerini yansıttığını anlamalı, hastaya gerekli tıbbi bilgileri sağlayarak destek vermelidirler. Araştırmalar, bu sebeplerden dolayı birçok hastanın boşuna sayılan tedavilere başvurduğunu, hasta ile ailesine ek baskı uygulandığını ve bakım verenin ahlaki olarak sıkıntılı hissetmesine neden olduğunu göstermektedir.⁴¹

Huynh ve diğ. (2013), yoğun bakım ünitesine başvuran hastalara sağlanan hasta merkezli tedavilerin sıklığını araştırmış ve hastaların %20'sinin genel sağkalım oranlarını veya yaşam kalitesini arttıran tedavileri aldıklarını tespit etmişlerdir.⁴² Ayrıca yapılan araştırmalar ile bu tedavilerin hastanelere finansal açıdan olumlu etkiler sağladığı ve hastaların aileleri tarafından hissedilen psikolojik strese katkıda bulunduğu bulunmuştur.⁴³

Avustralya Sağlık Hizmetleri Kalite Çerçevesi hasta merkezli bakımı güvenli ve yüksek kaliteli bir sağlık hizmeti sisteminin kritik bir bileşeni olarak tanımlamaktadır. Hasta merkezli bakım yaklaşımlarının klinik alanlara entegrasyonu, klinik hizmetlerde bir dizi değişikliklerle sonuçlanmıştır. Geleneksel yaklaşımlarda, hastaların bakımlarının ayrılmaz bir parçası olan hasta devir teslim işlemleri hastalardan uzakta yapılmakta iken, hasta merkezli yaklaşımda hasta devir teslim işlemlerinin yatak başucunda yapılması gerekmektedir. Hatta hasta devir teslimlerinde, her hastanın klinik durumlarına ve dikkat edilmesi gereken hususlara yönelik iletişim teşvik edi-

38 Kristian Pollock ve Janet Grime, "The Cost and Cost-Effectiveness of PPIs: GP Perspectives and Responses to a Prescribing Dilemma and Their Implications Forthe Development of Patient-Centred Healthcare", *European Journal of General Practice*, 9/4 (2003), s.133.

39 Ana Balsa vd., "Clinical Uncertainty Andhealth Care Disparities", *American Journal of Law and Medicine*, 98/1 (2003), s.16.

40 Marja Verhoef ve Margaret A. White, "Factors in Making the Decision to Forgo Conventional Cancer Treatment", *Cancer Practice*, 10/4 (2002), s.202.

41 Lori Jo Delaney, "Patient-Centred Care", s.120.

42 Thanh N. Huynh vd., "The Frequency and Cost of Treatment Perceived to Be Futile in Critical Care", *The Journal of the American Medical Association Internal Medicine*, 173/20 (2013), s.1894.

43 Karen M. Detering vd., "The Impact of Advance Care Planning on End of Life Care in Elderly Patients: Randomised Controlled Trial", *British Medical Journal*, 1345 (2010), s.340.

lerek hastalara sağlıkları hakkında soru sormalarına ve karar vermelerine fırsat tanımaktadır.⁴⁴

Avustralya Sağlık Hizmetlerinde Güvenlik ve Kalite Komisyonu (ACSQHC) (2007) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (2007) hasta merkezli bakım yaklaşımını, hastaların güvenliğini arttırmanın anahtarı olarak tanımlamaktadır. Hasta merkezli bakım yaklaşımı hastaları, sağlıklarına ilişkin bilgilerin aktarma sürecine dâhil ederek, bilgi ve iletişimin doğruluğunu arttırmaktadır. Ayrıca, hastaların bakımlarına katılımı ile elde mevcut bilgilerdeki hataların ve eksikliklerin giderilmesi sağlanmış, bu sayede hastaların güvenliği artırılırken, dolayısıyla hem hastaların hem de klinik personelin memnuniyeti artırılmıştır.⁴⁵

Bu nedenle, hasta merkezli bakım yaklaşımı, bakım planlamasında hasta ve bakım sorumluluğunu üstlenen kişiler ile kurulacak ortaklıkları ve işbirliğini teşvik ederken tıbbi bakım ve kararlarla ilgili olarak hasta ve klinik personel arasındaki şüphe ve gizlilik seviyesini azaltır. Avustralya merkezli klinik personel üzerine yapılmış bir çalışmada, çalışanların %44'ünden fazlasının hastaların tedavilerine katılımları sayesinde hasta güvenliğinde iyileşme algısı olduğu bulunmuştur. Hasta merkezli bakım yaklaşımında, taburculuk planlaması, hastaların destek hizmetlerinin planlanması ve koordinasyonu ile ilgili önemli hususların iyi bir şekilde belirlenebilmesinden dolayı, hastaların sonuçlarında gözle görülür iyileşmeler olduğu bulunmuştur.⁴⁶

Hasta merkezli yaklaşımının benimsendiği sağlık sistemlerinde, hastaların karar verme sürecine katılımı ile tedavide uyumun artması, bakımdan dolayı hasta memnuniyetin artması, fonksiyonel ve klinik sonuçlarda iyileşme ile hasta hekim arasında güven verici bir ilişkinin elde edildiği görülmüştür. Bunun yanında bu yaklaşım sayesinde, gereksiz tanısal test oranlarında azalma (dolayısıyla bakım maliyetinin azalması), reçete ve reçetelerdeki ilaç sayısında azalma, hastanede kalış sürelerinde azalma ve son olarak gereksiz sevklerde azalma olduğu görülmüştür.⁴⁷

Hasta merkezli bakım yaklaşımını benimsemiş Avustralya merkezli hastanelerde, kötüleşen hastaların erken teşhisine yönelik çeşitli bakım programları uygulanmıştır. Bu programlar hastaları korumayı amaçlamakta ve hastaların bakım sürekliliğini üstlenen yakınlarının genellikle hastalarda klinik olmayan ince değişiklikleri tanımlamak için daha donanımlı olduklarını öngörmektedir. Dolayısıyla bu programlar aileler, hastalar ve sağlık personeli arasındaki iletişimin hem hastalar hem de aile üyeleri için erken müdahalede önemli olduğunu vurgulamakta ve bunu teşvik etmektedir. Bundan dolayı hasta merkezli yaklaşım ailelerin endişelerini sağlık personeli ile ifade etmelerini ve bildirmelerini, gerektiğinde endişelerini bakımda görevli diğer sağlık personeline iletmelerini tavsiye eder.⁴⁸

44 Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC 2011), "Patient-Centred Care", s.7.

45 Lori Jo Delaney, "Patient-Centred Care", s.120.

46 Wendy Chaboyer vd., "Bedside Handover: Quality Improvement Strategy to "Transform Care at the Bedside", Journal of Nursing Care Quality, 24/2 (2009), s.142.

47 Souraya Sidani, Dana Epstein ve Joyal Miranda, "Eliciting Patient Treatment Preferences", s.118.

48 Lori Jo Delaney, "Patient-Centred Care", s.120.

Kendi bakımlarına katılan hastaların potansiyel sorunları gözleme, tespit etme ve iletme olasılıkları daha fazladır, böylece hastaya sunulan tedavi ve bakım riskleri azalmakta ve sağlanan bakımın güvenliği ve kalitesi artmaktadır.⁴⁹ Hasta merkezli yaklaşımla ilgili olarak Avustralya'nın birçok yerinde çok sayıda yükseltme programı oluşturuldu. Bu programlar üzerine yapılan ilk çalışmalar, hasta ve aileleri ile işbirliğinin sağlık kuruluşları için hayati yardım sağlayabileceğini göstermektedir. Çalışmalar, hasta merkezli yaklaşımın benimsenerek uygulamaya konulan programlar sayesinde hasta sonuçlarıyla ilgili olarak örgütsel bir iyileşme, ölüm oranlarında önemli bir düşüş ve acil durum çağrısında önemli bir azalma olduğunu göstermektedir.⁵⁰

Hasta merkezli bakımın, akut miyokart enfarktüsü ile başvuran hastaların sonuçları üzerindeki etkilerini değerlendirildiği bir çalışmada, bir yıllık bir süre zarfında ölüm oranlarında önemli bir azalmaya sebep olduğunu tespit etmiştir. Tüm bu çalışmalar hasta merkezli bakım yaklaşımının, klinik etkililiğin artırılmasında önemli bir unsur olduğunu göstermektedir. Ayrıca hasta merkezli yaklaşım hastaların güvenliğini ve memnuniyetlerini artırırken, sağlık kuruluşlarının performansını da geliştirmektedir.⁵¹

Yukarda yazılı hususlar doğrultusunda hasta merkezli bakım yaklaşımı hasta açısından güvenliği artırırken, hasta ve bakım sorumluluğunu üstlenen kişiler açısından memnuniyeti de artıran bir yaklaşımdır. Dolayısıyla hasta merkezli bakım yaklaşımının benimsendiği ortamlarda sağlık kuruluşları rekabette önemli avantajlar kazanacak ve hasta merkezli bakım yaklaşımının sağlığın gelişimine önemli katkılar sağlayacağı değerlendirilmektedir.

Hasta Merkezli Bakımın Olumsuz Yönleri

Literatür incelendiğinde bakım için hasta merkezli yaklaşımın geniş ölçüde desteklendiği görülmektedir. Hasta merkezli bakım yaklaşımının değişik boyutları olmasına rağmen, en önemli unsur bakıma hasta katılımı ve hasta ile hekim arasında güç ve bilgi paylaşımının varlığıdır. Hasta merkezli bakım yaklaşımında sağlık profesyonelleri, genellikle hastalarını çeşitli seçenekler arasından bilinçli seçimler yapmaya yönlendirmektedir. Bu sayede hasta memnuniyetinde artışlar sağlanmakta, hastaların hizmet aldığı kuruma bağlılığı artmakta ve sağlık sonuçlarında iyileşmeler görülmektedir. Buna rağmen bazı hastalar (örneğin yaşlılar veya belirli etnik kökene sahip hastalar), tedavi ve bakım süreçlerinde kendisine daha fazla rehberlik edecek ve yapılandırılmış tedavi ve bakımlar sunacak sağlık personeli talep etmektedirler. Bunun yanında ciddi sağlık sorunları olan hastalar sağlık profesyonellerinin kendilerini daha fazla yönlendirmelerini isteyebilmektedir.⁵²

49 Margaret Broom vd., "World Café Methodology Engages Stakeholders in Designing a Neonatal Intensive Care Unit", *Journal of Neonatal Nursing*, 19/5 (2013), s.256.

50 Cynthia Gerdik vd., "Successful Implementation of a Family and Patient Activated Rapid Response Team in an Adult Level 1 Trauma Center", *Resuscitation*, 81/12 (2010), s.1680.

51 Cathal Doyle, Laura Lennox ve Derek Bell, "A Systematic Review of Evidence on The Links between Patient Experience and Clinical Safety and Effectiveness", *British Medical Journal*, 3/1 (2013), s.5-17.

52 Edward Krupat vd., "When Physicians and Patients Think Alike: Patient-Centered Beliefs and Their Impact

Zandbelt ve arkadaşları tarafından (2007) yapılan çalışmada, sağlık profesyonellerinin hasta merkezli bakım yaklaşımını iletişimlerinin, hastaların semptomlarında beklentilerin aksine bir azalma sağlamadığı sadece hastada psikolojik olarak olumlu etkiler sağladığı bulunmuştur. Ayrıca sağlık profesyonelleri tarafından, sorunların hasta perspektifinden anlaşılıp yanıtlanmasının, hastanın sağlık durumu gibi daha spesifik sonuçları değiştirmede ancak hasta memnuniyetini artırabileceği tespit edilmiştir. Bu sonuçla hasta ile kurulan hasta merkezli iletişim, hastalığın klinik olarak kabul edilen seyrinde etkili olmayabilir veya tedavisine katılım sağlayan hastalardan kronik hastalığı olanların sağlık durumları kronik hastalığın gereği nispeten değişmeyebilir. Tüm bunların yanı sıra, sağlık profesyoneli, hastanın hastalık deneyimlerine odaklanırken, hastalıkla ilgili hususları gözden kaçırabilir.⁵³

Hasta merkezli yaklaşım için genellikle aşağıda verilmiş dört soru sorulmaktadır:

- Hasta merkezli yöntem her zaman gerekli midir?

Mc Whinney (2009), sıklıkla karşılaşılan basit bir yaralanma veya enfeksiyon vakalarında hasta merkezli yaklaşıma ihtiyaç var mıdır? sorusuna yanıt aradığı çalışmasında hastaların acil durumlarda ihtiyaç duyduğu öncelikli müdahale yapıldıktan sonra önemli bir hastalık ve ciddi travması olan hastalar kadar dinlenilmeye ihtiyaç duymadığını tespit etmiştir.⁵⁴

- Hastaların tedavi ve bakım süreçlerindeki beklentileriyle tıbbi bakım süreci arasında uyumsuzluk olduğunda karar nasıl verilecektir?

Diyabetik ketoasidozu olan bir hasta, yatarak tedavi görmesi gerekirken evde bakmakla sorumlu olduğu bir çocuk veya yaşlı yüzünden hastanede kalmayı reddedebilir. Bu durum tedavi ve bakım süreci ile çelişmektedir. Bundan dolayı sağlık personeli hastanın endişelerini iyi analiz etmeli ve talebin nereden kaynaklandığını öngörebilmelidir. Hasta merkezli yaklaşımda, tedavi ve bakımda karar verme sürecine hasta katılımının önemli olduğu düşüncesi sağlık personelinin hasta endişelerini görmesini engelleyebilir ve hastanede daha iyi bir tedavi ve bakım süreci geçirerek hastanın bundan yoksun kalmasına sebep olabilir.⁵⁵

- Hastaya ayrılacak zaman yeterli midir?

Hasta merkezli yaklaşımda hastanın karar verme sürecine dâhil edilebilmesi için etkili bir iletişime ihtiyaç vardır. Bunun için hastaya ayrılan zamanın yeterli olması gerekir. Yapılan çalışmalar hasta merkezli yaklaşımda ihtiyaç duyulan zamanın hekim merkezli yaklaşıma oranla daha fazla olduğunu ancak aradaki sürenin çokta uzun olmadığını göstermektedir. Beckman ve Frankel (1984), yaptıkları çalışmalarında hekimlerin hastayla yaptıkları görüşmelerde hastaların sözleri kesilmediği takdirde

on Satisfaction and Trust", *The Journal of Family Practice*, 50/12 (2001), s.1057-1058.

53 Linda C. Zandbelt vd., "Medical Specialists' Patientcentered Communication and Patient-Reported Outcomes", *Medical Care*, 45/4 (2007), s.330-331.

54 Ian R. Mc Whinney ve Thomas Freeman, *Textbook of Family Medicine*, New York: Oxford University Press, 3. bs., 2009; Şahin ve Artıran-İğde, "Hasta Merkezli Bakım", s.42.

55 Şahin ve Artıran-İğde, "Hasta Merkezli Bakım", s.42.

bu sürenin ortalama 2,5 dakika olduğunu tespit etmişlerdir.⁵⁶

Yapılan bir çalışmada ise hasta merkezli hasta görüşmesi için ihtiyaç duyulan sürenin 9 dakika ve üzeri olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca hasta merkezli görüşmenin uzun vadede hasta ve sağlık personeli açısından ne gibi fayda sağlayacağı tam olarak tespit edilememiştir. Bu hususlar çerçevesinde hastaya ayrılan zaman ne kadar fazla ise o kadar iyi anlayışının hâkim olduğu hasta merkezli bakım yaklaşımında performans ölçütleri açısından olumsuz yönde etkiler olabilir. Buna rağmen hasta merkezli yaklaşımın benimsenmesi ile zaman konusunda ciddi kazanımlar sağlanacağı öngörülmektedir.⁵⁷

- Son olarak sağlık profesyoneli hasta merkezli yaklaşımda bulunurken hastada, baş edilemez psikolojik, duygusal ve sosyal, sorunların baş göstermesine neden olursa ne yapılacaktır?

Zaman konusuyla yakından ilgili olan bu sorunun sebebi sağlık personelinin iş yoğunluğu nedeniyle iş gününün bitmesine yakın bir zamanda hasta ile uzun görüşmelerden kaçınmak istemesinden kaynaklanabilmektedir. Ayrıca sağlık personeli mesleği gereği hastalara tavsiyede bulunma ihtiyacı duymaktadır. Hasta bu tavsiyeler karşısında durumunda bir değişiklik olmadığını beyan ettiğinde ise sağlık profesyoneli hasta için anksiyete durumu hissederek çözüm odaklı bir öneride bulunamayabilir. Unutulmamalıdır ki hastalar sağlık personelinin sorunlarının hepsini düzeltmelerini beklememektedirler. Bazen hastanın ihtiyaç duyduğu tek şey acısına tanıklık edilmesi ve kendisine destek olunmasıdır.⁵⁸

Hasta Merkezli Bakım Önündeki Engeller

Literatür incelendiğinde hasta merkezli bakımın sunumunda bakımın önünde uygulamaya yönelik bir takım engeller olduğu görülmektedir. Bunlar kaynaklar, idari işler ve profesyonel olmayan davranışlar olarak üç ana başlık altında toplanabilir.

Kaynaklar

Yapılan araştırmalarda katılımcılar, personel sıkıntısı karşısında personelin öngörülmemesi, ortaya çıkan artan iş yükünün yanı sıra hasta merkezli bakımı sağlayan sınırlı ekipmanın yanı sıra, personelin yetersiz kalması konusundaki sıkıntılarını dile getirmişlerdir. Longmore ve Ronnie (2014) tarafından insan kaynakları yönetimi üzerine yapılan araştırmalarda hasta merkezli bakımın önündeki engellerden birinin personel sıkıntısı olduğu tespit edilmiştir.⁵⁹

Pelzang, Wood ve Black (2010) tarafından yapılmış bir başka çalışmada katılımcılar, çok fazla çalıştıklarından dolayı yorulduklarını ve hasta merkezli bakımı etkin bir

56 Howard B. Beckman ve Richard Frankel, "The Effect of Physician Behavior on the Collection Of Data", *Annals of Internal Medicine*, 101/5 (1984), s.695.

57 Şahin ve Artıran-İğde "Hasta Merkezli Bakım", s.42.

58 Şahin ve Artıran-İğde "Hasta Merkezli Bakım", s.42.

59 Bruce Longmore ve Linda Ronnie, "Human Resource Management Practices in a Medical Complex in the Eastern Cape, South Africa: Assessing Their Impact on the Retention of Doctors", *South African Medical Journal*, 104/5 (2014), s.369.

şekilde sağlayamadıklarını belirtmişlerdir. Çalışma ile personel sayısı ile doğru orantılı olan fazla çalışma sorununun hasta merkezli bakımın önündeki en büyük engel olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle, personel sıkıntısı ile hasta merkezli bakımın yeterli düzeyde sağlanamaması arasında negatif bir ilişki kurulabilir.⁶⁰

Bir başka çalışmada ise katılımcıların, sabun, el havluları ve tıbbi ekipman gibi temel gereksinimlerde oluşan yetersizliğin, hasta merkezli bakımın sağlanmasını ve kaliteli bakımın sunulmasını engelleyen faktörler olarak gösterildiği bulunmuştur. Hemşirelerin algılarını ve hasta bakımı konusundaki anlayışı araştıran bu çalışmada, hemşirelerin malzeme ve personel kaynaklarının yetersiz olmasının hasta merkezli bakımın sağlanmasında engel teşkil ettiği bulunmuştur.⁶¹

Papastavrou ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan araştırmada da benzer sonuçlar bulunmuş, hasta merkezli bakımın sunulmasında kaynak eksikliğinin hastalar için olumsuz sonuçlara yol açabileceğini tespit edilmiştir.⁶²

İdari İşler

Hasta merkezli bakımın bir diğer engellerinden sayılan hemşirelerin idari işlerdeki iş yüklerinin artışı, hasta merkezli bakımı sağlamada bir engel olarak görülmektedir. Klinik dokümantasyon ve idari işler için harcanan zaman çok fazladır. Klinik dokümantasyon ve idari işler için fazla zaman harcanması, hastalara daha az zaman ayrılmasına sebep olmakta ve hasta merkezli bakımın etkin bir şekilde sunulmasına engel teşkil etmektedir.⁶³

Ammenwerth ve Spötl (2009) tarafından yapılan bir çalışmada araştırmacılar, dâhiliye servisinde çalışan hemşirelerin çalışma süresinin önemli bir kısmının (% 26,6), klinik dokümantasyonla (% 22,4) ve iç hastalıkları bölümündeki idari işlerle (% 4,2) geçtiğini tespit etmişler, ayrıca hemşirelerin doğrudan hasta bakımı ile geçen sürelerinin ise (%27,5) klinik dokümantasyona ve idari işlere ayrılan süre ile arasında çok az fark olduğunu göstermektedir. Bulgular katılımcıların dokümantasyona harcadıkları zamanın hastalarla daha fazla zaman geçirmelerine ve dolayısıyla hasta merkezli bakıma engel olduğunu göstermektedir.⁶⁴

Profesyonel Olmayan Davranış

Yapılan çalışmalarda hasta bakım hizmetlerinde görevli bazı hemşirelerin, profesyonel ve etik olmayan bir şekilde hastalara kaba ve sert davranışlarda bulunduğu görülmektedir. Hasta ve hemşireler arasında profesyonel olmayan bu davranışlar, hastalar açısından olumsuz deneyimlere neden olur ve nihayetinde, hastaların tedavi ve bakım süreçlerine katılımları olumsuz yönde etkilenir. Bundan dolayı hastalar

60 Rinchen Pelzang, Beverley Wood ve Simon Black, "Nurses' Understanding of Patient-Centred Care in Bhutan", *British Journal of Nursing*, 19/3 (2010), s.186.

61 Sihaam Jardien-Baboo vd., "Perceptions of Patient-Centred Care", s.403.

62 Evridiki Papastavrou vd., "Linking Patient Satisfaction with Nursing Care: The Case of Care Rationing a Correlational Study", *Biomed Central Nursing*, 13/1 (2014), s.2.

63 Sihaam Jardien-Baboo vd., "Perceptions of Patient-Centred Care", s.403.

64 Elske Ammenwerth ve HP. Spötl, "The Time Needed for Clinical Documentation Versus Direct Patient Care", *Methods Information Medicine*, 48/1 (2009), s.81.

isteklerini iletmekte çekingen davranabilirler. Bu durum hasta merkezli bakımın sunulmasında engel oluşturmaktadır.⁶⁵

Jangland, Gunningberg ve Carlsson (2009) tarafından yapılan bir çalışmada, hastaların ve hasta yakınlarının, sağlık hizmeti sunumunda karşılaştıkları sorunlar ve şikâyetleri incelenmiş, katılımcılardan bazılarının ifadelerine göre, sağlık profesyonellerinin hastalarının saygınlığını tehdit ederek hastayla ilgili konularını kötüye kullandıkları tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmada sağlık çalışanları tarafından kaba dil ve düşmanca davranış içeren yıkıcı ve korkutucu davranışların hasta memnuniyetinin azalmasına neden olduğu bulunmuştur.⁶⁶ Sağlık personelinin bakım esnasında gösterdiği profesyonel olmayan davranışlar, etkili hasta merkezli bakımı sağlamada hemşire ve hasta arasında bir bariyer oluşturmaktadır.⁶⁷

Hasta Merkezli Bakım Modelleri

Hastaların giderek artan sağlık hizmetlerinde tedavi ve bakım süreçlerine dâhil olma isteği üzerine yapılmış çalışmalar bu ortaklığın hasta merkezli bakım ile sağlanabileceğini göstermektedir. Bunun üzerine hasta merkezli bakımı tanımlamak için, birçok çalışma yapılarak birden fazla model geliştirilmiştir. ABD’de Yapılan bu modellerden en etkili olanlarının, Picker Milletler Topluluğu modeli (Picker/Commonwealth Dimensions), Aile Merkezli Bakım Enstitüsü modeli (Institute for Family-Centered Care) ve Çınarağacı (Planetree model) modeli olduğu belirtilmektedir.⁶⁸

Picker Enstitüsü Modeli

Hasta merkezli bakım terimi, sonradan Picker Institute adlı Hasta Bakım Merkezinde Picker Commonwealth Programı tarafından, daha sonra Picker Institute tarafından 1988 yılında oluşturulmuştur. Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Avrupa’daki bakım kuruluşları, hastaların bakımlarını sekiz boyutta ölçmüşlerdir. Bu boyutlar; hastaların değerlerine ve tercihlerine saygı duymak; bakımın koordinasyonu, bilgi, iletişim ve eğitim; fiziksel konfor (günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili yardım dâhil); Duygusal destek, korku ve kaygıyı hafifletmek; bakım süreçlerine ailelerin ve arkadaşların katılımı; geçiş ve süreklilik ve son olarak bakıma erişim olarak belirlenmiştir.⁶⁹ Bu boyutları kısaca tanımlamak gerekirse;

- Hastaların değerlerine, tercihlere ve ifade edilen ihtiyaçlara saygı göstermek: Hasta merkezli bakım insanların yaşam kalitesi konularında farkındalık sahibi olmayı, hastaların karar alma sürecine dâhil edilmesini, hastaların ihtiyaçlarına ve tercihlerine saygı duymayı ve hasta özerkliğine dikkat göstermeyi gerektirmektedir.

65 Sihaam Jardien-Baboo vd., “Perceptions of Patient-Centred Care”, s.403.

66 Eva Jangland, Lena Gunningberg ve Maria Carlsson, “Patients’ and Relatives’ Complaints about Encounters and Communication in Health Care: Evidence for Quality Improvement”, *Patient Education and Counseling*, 75/2 (2009), s.202-203.

67 Deborah Nadzam, “Nurses’ Role in Communication and Patient Safety”, *Journal of Nursing Care Quality*, 24/3 (2009), s.186.

68 Dale Shaller, “Patient-Centered Care: What Does It Take?”, *The Commonwealth Fund*, 1067 (2007), (erişim 21.12.2019)

69 Jim Conway vd., *Partnering with Patients and Families to Design a Patient- and Family-Centered Health Care System*, Bethesda MD: Institute for Family-Centered Care, 2006, s.5.

- Bakımın koordinasyonu: Hasta merkezli bakımda, hastanın bakım sorumluluğunu üstlenen sağlık personeli klinik uygulamalarda ve destek hizmetleri uygulamalarında hasta koordinasyonunu ve entegrasyonunu sağlayabilmelidir.
- Bilgi, iletişim ve eğitim: Hasta merkezli bakım sunumunda sağlık personeli hasta özerkliği, öz bakım, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için, klinik durum, hastalığın seyri, buna bağlı olarak yapılan tahmin (prognoz) ve bakım süreçleri hakkında bilgi, iletişim ve yeterli eğitime sahip olmalıdır.
- Fiziksel konfor: Hasta merkezli bakımda sağlık profesyoneli, hastanın ağrı yönetimi de dâhil olmak üzere hastanın fiziksel rahatlığına ve günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olur ayrıca hasta için temiz ve konforlu bir ortam sağlar.
- Duygusal destek, korku ve kaygıyı hafifletmek: Hasta merkezli bakımda sağlık profesyoneli, hasta ve yakınlarının tedavi ve bakım süreçlerindeki endişelerini giderir ve onlara duygusal destek sağlar.
- Bakım süreçlerine ailelerin ve arkadaşların katılımı: Hasta merkezli bakımda, hastanın ailesinin ve arkadaşların hasta ile ilgili farkındalık düzeyleri artırılarak, hastanın tedavi ve bakım süreçlerine dâhil edilmesi gerekmektedir.
- Geçiş ve süreklilik: Hasta merkezli bakımda hastalar bakım süreçlerine dâhil edilmelidirler. Bunun için hastalara klinik ortamdan uzakta kendi bakımlarına yardımcı olacak bilgiler verilmelidir. Ayrıca bu geçişleri kolaylaştırmak ve sürekliliğini sağlamak için ciddi bir koordinasyon, planlama ve destek gerekmektedir.
- Bakıma erişim: Hasta merkezli bakımda hastalar kabul işlemlerinde, ayaktan tedavi ve bakım işlemlerinde, yatış işlemlerinde harcanan zamana dikkat edilmelidir. Erişim için zaman, hasta beklentilerinden daha yüksek olmamalı iken tedavi ve bakım için planlanan zamana riayet edilmelidir.

Aile Merkezli Bakım Enstitüsü Modeli

Aile Merkezli Bakım Enstitüsü, hasta ve aile merkezli bakım ilkelerinin, sağlık, eğitim, zihinsel sağlık ve sosyal hizmetler dâhil olmak üzere, bireylere, ailelere bakım ve destek sunan tüm sistemlere yansıtılmasını sağlamak amacıyla 1992 yılında kurulmuştur. Enstitüye göre, hasta ve aile merkezli bakım, hastalar, aileleri ve sağlık hizmetleri sağlayıcıları arasında karşılıklı yarar sağlayan ortaklıklara dayanan sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması ve değerlendirilmesini sağlayan bir yaklaşımdır. Enstitüye göre hasta ve aile merkezli bakım onur ve saygı, bilgi paylaşımı, katılım ve işbirliği içermektedir.⁷⁰

- Onur ve saygı: Sağlık bakımı uygulayıcıları hasta, aile bakış açılarını ve seçimlerini dinler, hasta için bakımın planlanmasında ve sunulmasında hastanın ve aile üyelerinin değerlerini, inançlarını ve kültürel geçmişlerini göz önünde bulundurur ve bunlara saygı duyar.

⁷⁰ Dale Shaller, "Patient-Centered Care", s.3-4.

- **Bilgi paylaşımı:** Hasta merkezli bakımda sağlık bakımı uygulayıcıları, hastalar ve aileleri ile doğrudan iletişim kurarak tüm bilgileri tarafsız bir şekilde paylaşır. Hastalar ve aileleri, bakım ve karar vermeye etkin bir şekilde katılmak için zamanında, eksiksiz ve doğru bilgi alırlar.
- **Katılım:** Hastaların ve ailelerinin, bakım süreçlerinin seçtikleri düzeyde olması için tedavi ve bakım süreçlerine katılmaları teşvik edilir ve desteklenir.
- **İşbirliği:** Sağlık bakım liderleri, mesleki eğitimde, bakımın sunulmasında, sağlık hizmeti tesisi tasarımı, politika ve program geliştirme ile uygulama ve değerlendirme gibi konularında hastalar ve aileleri ile işbirliği yapar.

Planetree Modeli

1978 yılında kurulan Planetree'nin misyonu, hasta merkezli, değer temelli ve bütünsel, zihinsel, bedensel ve ruhsal iyileşme sağlayan yeni sağlık bakım modellerinin geliştirilmesinde ve uygulanmasında öncü olma görevini üstlenmektedir. Planetree modeline göre hasta merkezli bakımın dokuz boyutu vardır. Bunlar:⁷¹

- İnsan etkileşimi açısından, kişisel bakım, nezaket ve hastalarla birlikte olma gibi unsurların önemli olduğunu kabul etmek.
- İnsan odaklı sağlık kütüphaneleri ve hasta eğitimleri yoluyla çeşitli hasta popülasyonlarının bilgilendirilmesini ve güçlendirilmesini sağlamak.
- Aile ve arkadaşlarla kurulacak sağlık ortaklıklarını sunulacak bakımın tüm yönlerinde bütünleştirmek.
- Besinlerin ve beslenmenin sağlıklı yönleriyle ilgilenmek.
- Hastaların bakımını iyileştirmek için maneviyatın ve içsel kaynakların kullanılması.
- Tedavi ve bakım sunumunda hastaya temas etmekten çekinmemek hatta hastaya masaj yapmak.
- Tedavi ve bakım sürecine sanatı (müzik, görsel sanatlar) dâhil etmek.
- Tamamlayıcı ve alternatif uygulamaları tedavi ve bakım sürecindeki geleneksel uygulamalara entegre etmek.
- Mimari ve tasarım yoluyla iyileştirici ortamlar yaratmak.

Bu üç model incelendiğinde elde edilen bulgular, hasta merkezli bakımın özellikleri ve bunlara ulaşmak için gereken temel faktörler konusunda birbirleri ile benzeştiğini göstermektedir.

Özellikle hemşireler üzerine yapılmış hasta merkezli bakım çalışmalarında elde edilen sonuçlar hastaya sevgi ve saygıyla davranmayı, hastanın ve hastanın ailesinin karar verme sürecine dâhil edilmesini, hastanın değerlerine, tercihlerine, kültürüne

⁷¹ Dale Shaller, "Patient-Centered Care", s.4.

ve ihtiyaçlarına saygı gösterilmesini tavsiye etmektedir.⁷² Bu doğrultuda araştırmanın buradan sonraki kısmında Hwang (2015) tarafından geliştirilen ve Arslanoğlu ve Kırılmaz (2019) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ölçeğinde belirtilmiş olan ve hasta merkezli bakımın boyutları olan, hasta perspektifine saygı duymak, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek, hasta Konforu Sağlamak ve hasta haklarını savunmak isimli dört boyuttan bahsedilecektir.⁷³

Hasta Merkezli Bakımın Boyutları

Hwang (2015) tarafından “hastane hemşireleri için hasta merkezli bakım yetkinlik ölçeğinin geliştirilmesi ve test edilmesi” çalışmasında ve bu çalışmanın Arslanoğlu ve Kırılmaz (2019) tarafından yapılmış Türkçe uyarlaması çalışmasında hasta merkezli bakım boyutları hasta perspektifine (bakış açlarına) saygı duymak, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek, hasta konforu sağlamak ve hasta haklarını savunmak olarak belirlenmiştir.⁷⁴

Hasta Perspektifine Saygı Duymak

Hasta merkezli bakımın özü, hastalığın deneyimini hastanın perspektifinden anlama çabasıdır.⁷⁵ Ayrıca hasta merkezli bakımın merkezi noktasında hasta değerlerine, tercihlerine ve perspektifine saygılı olmak vardır. Hastaların sosyal yaşamlarında değer verdiği şeylerin neler olduğunun bilinmesi ve sunulan bakım esnasında yapılanların hasta tarafından ne şekilde algılandığının anlaşılması önem arz etmektedir. Çünkü hastaların kararlarının, davranışlarının ve algılarının hemşire tarafından iyi bir şekilde sentez edilmesi, hasta tercihleri ve perspektifleri için standartlar sağlamaktadır.⁷⁶ Sağlık bakımı uygulayıcıları hasta ve aile bakış açılarını ve seçimlerini dinler ve onurlandırır. Hasta ve aile bilgisi, değerleri, inançları ve kültürel geçmişleri bakımın planlanması ve sunulmasına dâhil edilir.

Hasta merkezli bakımda hastaların perspektifine saygı duymak önemlidir. Multimorbidite oranının yüksek olduğu hastalıklardan mustarip hastalar, birçok hastalığın birlikte baş gösterdiği hastalık toplamı olarak değil, özel bir birey olarak görülmektedir. Hasta merkezli bakımın da merkezinde bu vardır. Odak noktası hastalık değil hastadır. Örneğin, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bir hastaya hastalığına yönelik planlama yapmak ve ardından aynı hastaya var olan bir diyabet rahatsızlığı için bir planlama yapmak hasta merkezli bakım yaklaşımına uymamaktadır. Olması gereken sağlık bakım hizmeti sunan profesyonellerin hastasını bir bütün olarak kabul etmesi gerektiğidir. Bu boyutta amaç hastanın değerlerini ve tercihlerini tanımak için zaman ayırmak ve hastanın refahı için çaba sarf etmektir.⁷⁷

72 Sihaam Jardien-Baboo vd., “Perceptions of Patient-Centred Care”, s.404.

73 Jee In Hwang, “Development and Testing”, s.43-51; Ali Arslanoğlu ve Harun Kırılmaz, “Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği”, s.158-166.

74 Jee In Hwang, “Development and Testing”, s.43-51; Ali Arslanoğlu ve Harun Kırılmaz, “Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği”, s.158-166.

75 Sihaam Jardien-Baboo vd., “Perceptions of Patient-Centred Care”, s.398.

76 Brendan McCormack, “A Conceptual Framework for Personcentred Practice with Older People”, International Journal of Nursing Practice, 9/3 (2003), s.206.

77 Jane Murray Cramm ve Anna Petra Nieboer, “Validation of an Instrument”, s.3.

Sağlık, her birey için farklı anlamlar taşımaktadır. Her bireyin sağlık öncelikleri ve sağlık için önem dereceleri birbirinden farklıdır. Dolayısıyla, herkese fayda sağlayacak olan tek bir tedavi veya bakım yoktur. Her ne kadar bazı müdahaleler diğer müdahalelere göre daha doğru gibi gözüksün de en doğru yaklaşım hastayı bireysel olarak görerek merkezinde hasta olan bir şekilde uygulama planlamak ve yapmaktır. Bundan dolayı sağlık profesyonelleri sunacakları tüm hizmetlere hasta ile beraber karar vermeli, kısacası hastaya verilecek bakımda sağlık profesyonelleri tarafından ortak karar verme anlayışının benimsenmesi gerekmektedir.⁷⁸

Hasta merkezli bakım yaklaşımının özünde her hasta ayrı bir vaka olarak görüldüğünden, bakımda görevli tüm sağlık profesyonelleri ile hastanın durumu iyi bir şekilde koordine edilmelidir. Özellikle hastanın sağlığı ile ilgili hikâyesi sürekli olarak hastaya tekrar ettirilmemeli ve bakımda görevli ekip bu konuda bilgilendirilmelidir. Dolayısı ile hasta bakımında koordinasyonu gelişmiş bir ekip çalışması yapmak önem arz etmektedir. Bunun için iyi bir ekip çalışması ve ekip arasında koordinasyon gereklidir.⁷⁹

Bir kişinin hayatının hastalıktan nasıl etkilendiğini anlamak, hastanın tepkilerini ve duygularını anlamada önemlidir. Bu anlayış düzeyi, bir başkasının bakış açısını anlamaya yeteneğini ortaya çıkarmaktadır.⁸⁰ Hastalığın hasta üzerindeki etkisi düşünüldüğünde sabırlı olmak çoğu hasta için zor bir davranıştır. Aynı şekilde sağlık personeli de hastanın kültürel normlarını ve hastanın kültürüne özgü sağlık bakım uygulamalarını anlamada sabırlı olmalı ve buna saygı göstermelidir. Hasta merkezli bakım ortamlarında, bu hastalarda hemşireler ve sağlık hizmeti sağlayıcıları hastalığın hasta tarafından nasıl algılandığını ortaya çıkaracak şekilde davranmalıdır.⁸¹

Hasta merkezli bakım ortamlarında ilk bileşen, sağlık hizmet sunucusunun hem hastalarının hem de hastalarının hastalık deneyimlerinin araştırmasıdır. Bu araştırma yapılırken hastaların, hasta olma duyguları, sağlığı ile ilgili neyin yanlış olduğuna dair düşünceleri, hastalıklarının ya da sorunun günlük yaşantılarına olan etkileri, sağlığı ile ilgili beklentileri ve yapılması gerekenler hakkında sorgulama yapılmalıdır.⁸²

Çeşitli kültürlerden gelen sağlık hizmeti kullanıcıları tarafından, sağlık profesyonelleri, farklı dilleri, farklı değerleri, sağlık ve hastalık yönetimi ile ilgili farklı inançları olan hastaları tedavi etmeye maruz kalmaktadırlar. Hastaların sağlığı, psikolojik, fiziksel, sosyal, duygusal ve ruhsal gibi farklı bileşenler tarafından etkilenen bir insan olarak görülmesi gerekmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri, hasta merkezli bakımı sağlamak için, karşısındakinin kültürel farkındalığını anlama çabası içinde olmalıdır.

78 Brendan McCormack, "A Conceptual Framework", s.206.

79 Jane Murray Cramm ve Anna Petra Nieboer, "Validation of an Instrument", s.3.

80 Derek J. Burks ve Amy M. Kobus, "The Legacy of Altruism in Health Care: The Promotion of Empathy, Prosociality and Humanism", Medical Education, 46/3 (2012), s.322.

81 Annesofie Lunde Jensen, Tina Wang Vedelø ve Kristen Lomborg, "A Patient-Centred Approach to Assisted Personal Body Care for Patients Hospitalised with Chronic Obstructive Pulmonary Disease", Journal of Clinical Nursing, 22/7-8 (2013), s.1013; Bankert, Lazarek-LaQuay ve Joseph, "Bölüm 6", s.169.

82 Moira Stewart vd., "The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes", The Journal of Family Practice, 49/9 (2000), s.797-798.

Kültür çok yönlüdür ve bu nedenle etkili bakım sağlamak için hemşirelerin ve tüm sağlık profesyonellerinin hastaların kültürünü anlamaya çalışmaları zorunludur.⁸³

Sağlık profesyonellerinin, sağlık hizmeti kullanan hastalarının ve yakınlarının kültürel beklentilerine duyarlı olmaları gerekmektedir.⁸⁴ Bu amaçla hemşirelerin bilgisi, kültürel duyarlılık sahibi ve hasta güvenliğine önem verecek şekilde olmaları yönünde bir değişim içerisinde olması gerektiği ve Madeleine Leininger'in Kültürlerarası hemşirelik modeline göre, uygulayıcı olmaya zorlanması gerektiği belirtilmektedir.⁸⁵

Hastalara sağlıkları ile ilgili bakım sunumunda değerlendirmeler, hastaların perspektifinden yapılmalıdır. Klinik görüşmelerde, bakım planının uygulanmasında ve değerlendirmesinde; hasta değerleri, tercihleri ve ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca bakım sunumunu diğer sağlık profesyonelleri ile koordinasyon içinde yapmak önemlidir. Tüm bu süreçte bakımda görevli tüm ekip üyeleri, hastaların kendisinden farklı değerlere sahip olabileceğini unutmamalı ve bu hastalara gönüllü olarak hizmet verebilmelidir.⁸⁶

Bakım Süreçlerinde Hasta Katılımını Teşvik Etmek

Hasta ve yakınlarının tedavi ve bakıma katılımı, hasta merkezli bakımın önemli bir bileşenidir.⁸⁷ Hastaların sağlık bakım süreçlerine aktif katılımlarının sağlanması için engellerin tespit edilerek ortadan kaldırılması gerekmektedir. Bu engellerden en önemlisi iletişimdir. Dolayısıyla hastalarla iletişimi geliştirmeye ve düşük sağlık okuryazarlığının etkisini azaltmaya odaklanılması gerekmektedir. Bunun için hem sözlü hem de yazılı bilgiler için basit bir dil kullanılması gerekmekte ve tıbbi jargonlardan kaçınmak önerilmektedir. Hatta hemşirelerin, bir hastanın kültüründe yaygın olarak kullanılan bileşenlerin adlarını öğrenmeleri tavsiye edilmektedir. Bilgi, hasta için yönetilebilir şekilde düzenlenmeli ve aktarılmalıdır.⁸⁸

Hastalara sunulan bakım esnasında hastalarda sağlık okuryazarlığının olması önemlidir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalar yüksek olan hastalara nazaran en iyi sağlık hizmetlerini elde etmek için aynı kaynaklara, yeteneğe veya yeterliliğe sahip değildir. Doğal olarak sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalar, sağlık bilgisi edinme, anlama ve uygulamada zorluk çekebilirler. Etnik azınlık grupları, yeni göçmenler, yaşlılar, kronik hastalıkları olan bireyler, yoksul veya düşük sosyo-ekonomik durumdaki insanlar düşük sağlık okuryazarlığı seviyelerine maruz kalanlar arasında yer almaktadır.⁸⁹

Hemşireler, sağlık sisteminin, eğitim sisteminin yanı sıra sosyal ve kültürel faktörlerin

83 Mary A. Smith ve Debra Anne Street, "Nurse Practitioners' Contributions to Cultural Competence in Primary Care Settings", *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24/7 (2012), s.426.

84 Delena Van Rooyen vd., *Foundations of Nursing Practice*, Edinburg: Elsevier, 2009, s.158.

85 Lynn Chenoweth vd., "Cultural Competency and Nursing Care: An Australian Perspective", *International Nursing Review- International Council of Nurses*, 53/1 (2006), s.34; Renee Blackman, "Understanding Culture in Practice: Reflections of an Australian Indigenous Nurse", *Contemporary Nurse*, 37/1 (2011), s.32.

86 Ali Arslanoğlu ve Harun Kırılmaz, "Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği", s.160.

87 Dale Shaller, "Patient-Centered Care", s.4.

88 Ella Stiles, "Promoting Health Literacy in Patients with Diabetes", *Nursing Standard*, 26/8 (2011), s.38.

89 Bankert, Lazarek-LaQuay ve Joseph, "Bölüm 6", s.170.

hepsinin sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olduğunu kabul etmelidirler. Geçmişte sağlık okuryazarlığı, hastalar açısından incelenerek entelektüel bir eksiklik olarak kabul edilmekteydi. Ancak günümüzde, sağlık okuryazarlığı sağlık sisteminin bir konusu olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı, hastayla kurulacak iletişim esnasında hemşireler ve hasta bakımında görevli diğer sağlık ekibinin tıbbi jargondan uzak, basit açıklamalar yoluyla verilen bilgiler ile güçlendirilmektedir.⁹⁰

Hastalara sunulan bakım sürecinde, hastaları veya ailelerini güçlendirecek (etkin kılacak) stratejilerin belirlenmesi gerekmektedir. Bunun için hastalar için sağlık bilgilerinin kişiselleştirilmesi tavsiye edilmektedir. Bu stratejiler hastaların bilgi, anlayış ve başa çıkma yeteneklerini artırarak güçlenmelerini sağlamakta ve dolayısıyla hizmetlerden memnuniyetlerini arttırmaktadır.⁹¹

Hastaların bakımında sorumlu olan hemşireler ve diğer sağlık personeli, hastaları soru sormaya teşvik etmeli ve bakım faaliyetlerini geliştirmek için eğitimlerinde aktif rol almalıdırlar. İyi bilgilendirilmiş ve bakımlarına daha fazla dâhil olan hastalar daha iyi sağlık sonuçları almaktadır. Günümüzde sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm, hastaları sağlık hizmet sunumunda meslekler arası ekibin bir parçası olarak tanımaktadır. Bu anlayışa göre hastalar verilen tüm hizmetlerin merkezindedir. Bundan dolayı hastaların bakım sürecinde görevli herkes, hastaların sağlık hizmeti ihtiyaçlarını yine hastaların gözünden görebilmelidir. Bunun için hastalarla gerçek ve iş birliğine dayanan ilişkiler kurulmalı, hastalar tedavi ve bakım süreçlerine dâhil edilerek ortak karar verme süreci işletilmelidir.⁹²

Hasta merkezli bakımın geliştirilebilmesi için bakım sorumluları, hastaları ve yakınlarını bakımları hakkındaki kararlara dâhil ederek, kendi bakımlarını ve yaşamlarını belirlemede onları teşvik etmelidirler. Süreç boyunca oluşabilecek komplikasyonlar net bir şekilde açıklanmalı, hasta ve yakınlarının onayı alınarak ortak karar verme süreci uygulanmalıdır. Verilen bir tedavi esnasında yan etkiler nedeniyle başka kötü bir hususun ortaya çıkabileceği net bir şekilde açıklanmalıdır (Örneğin, KOAH'lı bir hastada kullanılan kortikosteroidler osteoporozu neden olabilir) yada uzun vadede fayda sağlayan bir tedavinin kısa vadede zararları olabilir (Örneğin, statinlerin çoğunlukla yan etkileri olması). Bundan dolayı verilecek bir tedavi veya sunulacak bir bakımda olması muhtemel tüm olumsuzluklar hasta ve yakınlarına açıklanmalı ve karar sürecine hastaların katılımı sağlanmalıdır.⁹³

Hastaların ve ailenin tedavi ve bakım süreçlerine katılımı, hasta merkezli bakımın önemli bileşenidir. Literatür incelendiğinde birçok araştırmada hasta merkezli bakımın tanımlarında değişiklikler olmasına rağmen içerik olarak hemen hemen hepsi birbirine benzemektedir. Shaller (2007) tarafından yapılmış bir çalışmada, hasta merkezli bakımı tanımlamak için dokuz model ve çerçevenin sistematik bir şekilde gözden geçirilmesi sağlanmış ve beş modelde, hasta merkezli bakım tanımında ba-

90 Bankert, Lazarek-LaQuay ve Joseph, "Bölüm 6", s.170.

91 Charlotte Nath, "Literacy and Diabetes Self-Management: Low Literacy Affects Outcomes; Communication Is Key", *American Journal of Nursing*, 107/6 (2007), s.45-46.

92 Bankert, Lazarek-LaQuay ve Joseph, "Bölüm 6", s.162.

93 Jane Murray Cramm ve Anna Petra Nieboer, "Validation of an Instrument", s.3.

kım süreçlerine ailenin ve arkadaşların katılımının önemi vurgulanmıştır.⁹⁴

Multimorbiditesi yüksek olan kronik hastalıklara sahip hastaların, bu süreçten sadece kendileri değil yakınları da olumsuz yönde etkilenir. Bu ve buna benzer olgularda bakım planları, hastanın bakım sorumluluğunda aktif olan yakınlarının veya bakıcılarının kararlara katılmasına yönelik olmalı ve ihtiyaçlar buna göre planlanmalıdır. Özellikle bu hususlar dikkate alınmalı ve hasta merkezli bakım ortamı iyileştirilmelidir. Hasta merkezli bakımda hastalar için optimal bakım söz konusudur. Bu durum ise, hastaların bakım sorumluluğundaki yakınları, bundan etkilenenler ile sağlık personeli arasındaki yürütülen ortak süreçle yapılabilir. Unutulmamalıdır ki aile üyelerinden, özellikle eşler, bakım süreçlerinin bazılarında sorumluluğu paylaşma konusunda lider rol üstlenmektedirler.⁹⁵

Hasta merkezli bakım yaklaşımı, hastanın sağlık koşulları ile ilgili tercihleri, eğer hasta müsaade ederse yakınları ve bakımında görevli diğer üyelerden gelen bilgilerin toplanması ile başlamaktadır. Hasta tercihleri doğrultusunda toplanan tüm bilgiler kapsamlı ve fonksiyonel bir şekilde değerlendirmeye tabii tutularak hastanın, sağlık durumu, beklentileri ve hedeflediği yaşam düzeyinin şekillendirilmesine katkı sağlamak için kullanılmalıdır. Amaç, hedeflenen yaşam için öncelikle hastanın ne istediğinin ve gelecekteki refahı için neleri öngördüğünün belirlenmesidir.⁹⁶

Hasta merkezli bakımında maksimum faydanın sağlanması için bakım sürecine hasta ve bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının sürece dâhil edilmesiyle ve bunun teşvik edilmesiyle sağlanabilir.⁹⁷ Bir kişi için aileleri, sağlığını etkileyen sosyal bir kurumdur. Bu nedenle, Hasta ve yakınlarını tedavi ve bakım sürecine dâhil etmek, bunu teşvik etmek hasta merkezli bakım sunumu için vazgeçilmezdir.⁹⁸

Hasta Konforu Sağlamak

Hastalar çoğunlukla hastalıklarının ve bakımlarının yaşamları üzerindeki etkileri konusunda endişe yaşarlar. Hastaların endişeleri yalnızca sağlıklarının fiziksel çıktıları ilgili değildir, bunun yanında devamlı acı duymak ve yorgunluk hissi nedeniyle sosyal yaşantılarında kısıtlanmalara maruz kalırlar. Ayrıca bakım esnasında yapılan uygulamalar ve ilişkiler, bazı kaygılara neden olabilir. Bundan dolayı hastaların fiziksel refah düzeylerinin iyileştirilmesi için etkin bir şekilde destek verilmelidir. Hastaların ağrı yönetimi etkin bir şekilde yapılmalı, iyi bir uyku uyumaları sağlanmalıdır. Bakım sürecinde görevliler, hastanın bakım için ihtiyaç duyacağı tüm desteği sağlarken aynı zamanda da günlük ihtiyaçlarında da destek vermelidirler. Hasta merkezli bakım ortamlarında hastaların günlük yaşantılarındaki konfor sağlanmalıdır. Hastaların fiziksel konforları için özellikle ortam temiz olmalı ve özellikle ziyaretler esnasında mahremiyete özen gösterilmelidir.⁹⁹

94 Dale Shaller, "Patient-Centered Care", s.4.

95 Jane Murray Cramm ve Anna Petra Nieboer, "Validation of an Instrument", s.3.

96 Jane Murray Cramm ve Anna Petra Nieboer, "Validation of an Instrument", s.3.

97 Ali Arslanoğlu ve Harun Kırılmaz, "Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği", s.160.

98 Marion Mitchell vd., "Positive Effects of a Nursing Intervention on Family-Centered Care in Adult Critical Care", American Journal of Critical Care, 18/6 (2009), s.544.

99 Jane Murray Cramm ve Anna Petra Nieboer, "Validation of an Instrument", s.3.

2005 yılında National Quality Forum (Ulusal Kalite Forumu), HCAHPS (Hospital Consumer Assessment Of Healthcare Providers and Systems-Sağlık Hizmet Sağlayıcıları ve Sistemlerinde Hastane Tüketici Değerlendirmesi) tarafından yapılan çalışmada hastaların sağlık kuruluşundaki deneyimlerine yönelik algıları ölçülmüş ve hasta memnuniyetine etkisi olan hususlar ortaya çıkarılmıştır. Çalışma sonunda ağrı yönetimi, ilaçlar hakkında iletişim, temizlik ve hastane ortamının sessizliği gibi özellikle hastaların konforunu etkileyen hususların, hasta memnuniyetinde ilk sıralarda yer aldığı tespit edilmiştir.¹⁰⁰

Yapılan çalışmalar hasta konforuna etki eden hususların hastalar için memnuniyet göstergesi olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Hasta memnuniyeti için önem arz eden hasta konforu, dolayısıyla hasta merkezli bakım ortamları içinde önemlidir. Bundan dolayı hasta merkezli bakım ortamlarında sağlık çalışanları, hastanın hissettiği ağrıyı ve ıstırabı anlayabilmeli buna yönelik bakım ortamları sağlayarak hastaların fiziksel ve duyuşsal refah düzeylerini artırmaya yönelik bakım planları düzenleyebilmelidir. Ayrıca, hastanın ağrı veya ıstırabının giderilmesine yönelik olarak hasta ve yakınlarının beklentilerini karşılama çabası içinde olmalıdırlar.¹⁰¹

Hasta Haklarını Savunmak

Hasta haklarının savunuculuğu ise kısaca hastaların çıkarlarını diğer gruplardan korumayı ifade eder.¹⁰² Hastaların avukatı olarak hizmet etmek hasta merkezli bakımın bir özelliğidir ve profesyonel sağlık ekibi içindeki hemşirelik ve liderliğin temel bir bileşenidir. Savunuculuk, bir hastanın nihayetinde hastanın ihtiyaçlarına ve isteklerine bağlı olarak “en iyi” bakımı almasına yardımcı olan herhangi bir faaliyet anlamına gelir. Florence Nightingale, hemşirelerin hastayı hemşirelik bakımının merkezinde tutması gerektiğini, hemşirenin uygulamalarında fayda ve sadakat gibi değerlerin somutlaşmış bir zorunluluk olması gerektiğini vurgulamıştır.¹⁰³

Hastaların güçlendirilmesi, hastaları değişiklik yapmalarını ve sağlıklarını yönetmek ve iyileştirmek için kararlar almalarını sağlayan ve motive eden, kendini yönlendiren bir savunuculuk şeklidir.¹⁰⁴ Savunuculuk ve güçlendirme konusunda hasta merkezli bir yaklaşımla bakıcı ve hasta arasındaki ortaklık hastanın özerkliğini ve kendi bakımına katılımını artırabilir.¹⁰⁵

Hasta savunuculuğu, hastanın refahını arttırırken çeşitli sağlık profesyonelleri tarafından uygulamakta ancak hemşirelerin profesyonel rollerinin kilit bir unsuru olarak görülmektedir. Hastaları etik bir şekilde korumak, hastaları bilgilendirmek ve

100 Bankert, Lazarek-LaQuay ve Joseph, “Bölüm 6”, s.162.

101 Ali Arslanoğlu ve Harun Kırılmaz, “Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği”, s.161.

102 Sara A. Kreindler, “The Politics of Patient-Centred Care”, s.1143.

103 Ann Lane Bradshaw, “The Virtue of Nursing: The Covenant of Care”, Journal of Medical Ethics, 25/6 (1999), s.478.

104 Carla Bann, Fuschia M. Sirois, ve Edith G. Walsh, “Provider Support in Complementary and Alternative Medicine: Exploring the Role of Patient Empowerment”, Journal of Alternative and Complementary Medicine, 16/7 (2010), s.746.

105 Inger Holmstrom ve Marta Roing, “The Relation Between Patient-Centeredness and Patient Empowerment: A Discussion on Concepts”, Patient Education and Counseling, 79/2 (2009), s.167.

konusmak dâhil olmak üzere hastanın ihtiyaçlarına ve isteklerine odaklanan hasta bakımı ile ilgilidir.¹⁰⁶

Hasta haklarının savunulması hasta merkezli bakımın ve sağlık hizmet sunucularının bir özelliğidir. Hasta merkezli bakım yaklaşımını benimsemiş sağlık kuruluşları bu yaklaşımın bir parçası olan savunuculuğun yanı sıra, hastalarını iyi bir şekilde bilgilendirmeli ve hastaların kendi bakımlarına katılarak aktif olmaları için her türlü çabayı sarf etmelidirler. Bazı hastaneler hasta ile çalışanlara bilgi akışını artırmak, hasta endişelerini gidermek, hasta ve ailelerine duygusal destek sağlamak için hasta savunuculuğu (hasta hakları birimi) pozisyonları oluşturmuştur. Bu pozisyonlar hastalar, aileler, doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık personeli için merkezi bir temas noktası görevi görür. Hizmette öngörülebilir veya önlenemez aksamalara cevap vererek hastalara yardımcı olmaktadır.¹⁰⁷

Ayrıca hasta ve personel iletişimini katkı sağlayarak verilen hasta bakım hizmetlerini geliştirmektedir. Örneğin, bir hasta savunucusu, ameliyat için planlanan bir hastanın anestezi için tüm sorularına cevap bulmak için yardımcı olabilir. Ayrıca, hastanın kendisi için konuşamadığı zaman, hastanın isteklerinin yerine getirilmesine yardımcı olabilirler. Hasta savunucusu, hastane tarafından sağlanan biri, bir hemşire veya sosyal hizmet uzmanı olabilir; ancak, pozisyon tıbbi veya sağlık eğitimi gerektirmez. Hasta savunucusu ayrıca hastanın bir arkadaşı veya aile üyesi de olabilir. Bu kişinin ve/veya pozisyonun özelliği, hastanın güvenebileceği bir kişi olması ve hastalar için etkili bir şekilde iletişim kurabilmesi olmalıdır.¹⁰⁸

Hastalara, hastalık ve bakım süreçleri konusunda bilgi verilmesi hastaların temel haklarından. Hastalara kendi bakımları ile ilgili sorumluluk verilmelidir. Bundan dolayı bakım sürecinde hastalar çok iyi bir şekilde bilgilendirilmelidirler. Bundan dolayı bakımları ile ilgili tüm kayıtlara ulaşabilmeli (örneğin e-sağlık platformuyla) ve hastalıklarının ne olduğu hakkında bilgileri barındıran broşür vs. ile aydınlatılmalıdır.¹⁰⁹

Tedavi ve bakım sürecinde, sürece bağlı olarak ortaya çıkabilecek olumsuz durumlar ve komplikasyonların önemi sağlık personelleri açısından daha az olabilir. Bundan dolayı özellikle bazı hastalıkların tedavi planlarında bir yöntem olan çoklu ilaç kullanımı ve tedaviler, hastalarda yanlış olarak algılanarak hastalıklarının ve planlanan bakım süreçlerinin gerektiğinden fazlaca önemli olduğunu düşünmelerine sebep olabilir. Bu durum hastalarda gereksiz bir endişeye neden olabilir. Bundan dolayı hastalar, tedavi ve bakım süreciyle ilgili olarak eğitim ve algı seviyelerine göre detaylı bir şekilde bilgilendirilmelidirler. Ancak, hastalara detaylı ve açıklayıcı bilgiler verildikten ve hastaların da durumu anladıklarına kanaat getirdikten sonra hastaların onayları ve rızaları alınmalıdır. Ayrıca tedavisi için bakım planı oluşturulmuş bir hastada, ihtiyaçları devamlı takip edilmeli, hastanın ihtiyaçları doğrultusunda bakım

106 Ann-Sofie Sundqvist vd., "Promoting Person-Centred Care in the Perioperative Setting through Patient Advocacy: An Observational Study", *Journal of Clinical Nursing*, 27/11-12 (2018), s.2404.

107 Bankert, Lazarek-LaQuay ve Joseph, "Bölüm 6", s.174.

108 Bankert, Lazarek-LaQuay ve Joseph, "Bölüm 6", s.174.

109 Jane Murray Cramm ve Anna Petra Nieboer, "Validation of an Instrument", s.3.

planında güncelleme yapılmalıdır. Bu sayede olası bir çatışmanın ortaya çıkması önlenmiş ve ortak karar alma süreci desteklenmiş olacaktır.¹¹⁰

Sonuç

Çalışma sonuçları incelendiğinde sağlık organizasyonları için hasta memnuniyetine katkı sağlayan ve temelinde ortak karar alma sürecini bulunduran hasta merkezli bakım gibi kendi başına bir kalite alanı olarak kabul edilen yaklaşımların kurumsal olarak benimsenmesi organizasyona sürekli gelişen dinamik bir rekabet avantajını beraberinde getirecek ve sağlığın gelişimine de katkı sağlayacaktır. Bu sebeple sağlık organizasyonları tarafından hasta merkezli bakım gibi yaklaşımların kurumsal olarak benimsenmesi çalışmanın organizasyonlara bir önerisi olarak sunulabilir.

Özellikle sağlık organizasyonları için nitelikli insan gücü kaynaklarının en önemli unsurudur. Bu anlamda özellikle sağlık çalışanlarında hasta merkezli yaklaşımların benimsenmesi hasta memnuniyeti açısından önem arz etmekte, artan hasta memnuniyetleri doğal olarak sağlık organizasyonlarına da kurumsal bir değer katmaktadır. Günümüzde önemi günden güne artan hasta memnuniyet oranları ve her hastanın ayrı bir vaka olarak kabul edilmesi, teknolojiye getirdiği faydalarla hastalarda artan sağlık okuryazarlığı şüphesiz sağlık çalışanlarının da dinamik ve sürekli gelişen bir yapıda olmasını mecbur kılmaktadır. Bundan dolayı sağlık çalışanları yeniliklere açık olmalı ve özellikle hasta memnuniyetinin sağlık kalitenin en önemli bileşeni olduğu kabul edilerek davranışlarının buna göre düzenlenmesi önem arz etmektedir. Nitelikli insan gücünün sağlık organizasyonları için en büyük kaynak olduğu unutulmamalı ve hasta merkezli bakım gibi yenilikçi yaklaşımların sağlık çalışanları tarafından benimsenmesi gerektiği çalışmanın sağlık çalışanlarına bir önerisi olarak sunulabilir.

Geleneksel yaklaşımlardan uzaklaşarak yenilikçi yaklaşımların benimsenmesi için özellikle sağlık çalışanlarının nitelikli olarak yetiştirilmesi gerekmektedir. Bundan dolayı sağlık hizmetlerinde görev alacak çalışanların kaynakta eğitilmesinin önemini ortaya büyüktür. Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde yaşanan hızlı değişim kaynakta eğitilen nitelikli insan gücünün bu tarzda yenilikçi ve inovatif bir eğitimden geçirilmesini mecbur kılmaktadır. Bundan dolayı kaynakta eğitilen sağlık personelinin nitelikli olarak yetişebilmesi için hasta merkezli bakım yaklaşımının benimsenmesi çalışmanın eğitim kurumlarına bir önerisi olarak sunulabilir.

Ayrıca günümüzde hastaneye başvurularda hastaların kendi tedavi ve bakım süreçlerinde söz sahibi olması gerektiği küresel olarak kabul görmüş bir yaklaşımdır. Bu maksatla hasta olarak sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlıkları ile ilgili vereceği kararlara dâhil olması, kişinin kendinde sağlık okuryazarlığını artırırken sağlık organizasyonuna, sağlık çalışanına ve dolayısıyla toplumsal olarak sağlığın gelişiminde katkı sağlayacaktır. Potansiyel hasta olan tüm insanlar tarafından bu tarz yaklaşımların benimsenmesi tüm insanlığa çalışmamızın bir diğer önerisi olarak sunulabilir.

110 Ali Arslanoğlu ve Harun Kırılmaz, "Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği", s.161.

Sonuç olarak kendi başına bir kalite alanı olarak kabul edilen hasta merkezli bakım sağlık çalışanlarının kaynakta eğitilirken ve hizmet içi eğitimleri sırasında eğitim programlarına eklenmesi, sağlık hizmeti sunumunda kalitenin en önemli ölçütü olan hasta memnuniyetine artan bir değer katarken sağlığın gelişimine de katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Bu anlamda özellikle günümüzde, sağlık organizasyonlarının artan rekabet koşullarına ayak uydurabilmeleri ve bunu sürdürebilir kılmaları için yenilikçi düşünceleri gerekmektedir ve hekim ve hastalık merkezli yaklaşımlardan uzaklaşarak hasta merkezli düşünceleri gerekmektedir.

Kaynakça

- Ammenwerth, Elske ve HP. Spötl. "The Time Needed for Clinical Documentation Versus Direct Patient Care". *Methods Information Medicine*. 48/1 (2009): 84-91.
- Anderson, Robert M., Martha M. Funnell ve Patricia M. Butler. "Patient Empowerment-Results of a Randomised Trial". *Diabetes Care*. 18/7 (1995): 943-949.
- Arslandoğlu, Ali ve Harun Kırılmaz. "Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği (HMBY) Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması". *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 6/2 (2019): 158-166.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). *Patient-Centred Care: Improving Quality and Safety by Focusing Care on Patients And Consumers*. Sydney: GPO Box, 2010.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). *Patient-Centred Care: Improving Quality and Safety by Focusing Care on Patients and Consumers*. Sydney: GPO Box, 2011.
- Balsa, Ana, Naomi Seiler, Thomas G McGuire ve M. Gregg Bloche. "Clinical Uncertainty Andhealth Care Disparities". *American Journal of Law and Medicine*. 98/1 (2003): 203-219.
- Bankert, Esther, Andrea Lazarek-LaQuay ve Joanne M. Joseph. "Bölüm 6". *Patient-Centered Care*. Haz., Patricia Kelly, Beth A. Vottero ve Carolyn A. Christie-McAuliffe. New York: Springer Publishing Company, 2014.
- Bann, Carla, Fuschia M. Sirois, ve Edith G. Walsh. "Provider Support in Complementary and Alternative Medicine: Exploring the Role of Patient Empowerment". *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 16/7 (2010): 745-752.
- Beckman, B. Howard ve Richard Frankel. "The Effect of Physician Behavior on the Collection of Data". *Annals of Internal Medicine*. 101/5 (1984): 692-696.
- Bertakis, Klea D. ve Rahman Azari. "Patient-Centred Care Is Associated with Decreasedhealth Care Utilization". *Journal of the American Board of Family Medicine*. 24/3 (2011): 229-239.
- Bradshaw, Ann Lane. "The Virtue of Nursing: The Covenant of Care". *Journal of Medical Ethics*. 25/6 (1999): 477-481.
- Broom, Margaret, Bernadette Brady, Zsuzsoka Kecskes ve Sue Kildea. "World Café Methodology Engages Stakeholders In Designing A Neonatal Intensive Care Unit". *Journal of Neonatal Nursing*. 19/5 (2013): 253-258.
- Chaboyer, Wendy, Anne McMurray, Joanne Johnson, Linda Hardy, Marianne Wallis

- ve Fang Ying. "Bedside handover: Quality Improvement Strategy to 'Transform Care at the Bedside'". *Journal of Nursing Care Quality*. 24/2 (2009): 136-142.
- Cramm, Jane Murray ve Anna Petra Nieboer. "Validation of an Instrument for the Assessment of Patient-Centred Care among Patients with Multimorbidity in the Primary Care Setting: The 36-Item Patient-Centred Primary Care Instrument". *BMC Family Practice*. 19/143 (2018): 1-10.
- Conway, Jim, Bev Johnson, Susan Edgman-Levitan, Juliette Schlucter, Dan Ford, Pat Sodomka, ve Laurel Simmons. *Partnering with Patients and Families to Design a Patient- and Family-Centered Health Care System*. Bethesda MD: Institute for Family-Centered Care, 2004.
- Delaney, Lori Jo. "Patient-Centred Care as an Approach to Improving Health Care in Australia". *The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research*. 25/1 (2018): 119-123.
- Detering, M. Karen, Andrew D Hancock, Michael C Reade ve William Silvester. "The Impact of Advance Care Planning on End of Life Care in Elderly Patients: Randomised Controlled Trial". *British Medical Journal*. 1345 (2010): 847-847.
- Doyle, Cathal, Laura Lennox ve Derek Bell. "A Systematic Review of Evidence on The Links between Patient Experience and Clinical Safety and Effectiveness". *British Medical Journal*, 3/1 (2013): 1-18.
- Gemmae, M. Fix, Carol VanDeusen Lukas, Rendelle Bolton ve Jennifer N. Hill. "Patient-Centred Care Is a Way of Doing Things: How Healthcare Employees Conceptualize Patient-Centred Care". *Health Expectations*, 21/1 (2017): 300-307.
- Gerdik, Cynthia, Roberta O Vallish, Kelly Miles ve Steven A. Godwin. "Successful Implementation of a Family and Patient Activated Rapid Response Team in an Adult Level 1 Trauma Center". *Resuscitation*. 81/12 (2010): 1676-1681.
- Hermanns, Norbert, Bernhard Kulzer, Dominic Ehrmann ve Nikola Bergis-Jurgan. "The Effect of a Diabetes Education Programme (Primas) for People with Type 1 Diabetes: Results of a Randomized Trial". *Diabetes Research and Clinical Practice*. 102/3, (2013): 149-157.
- Holmstrom, Inger ve Marta Roing. "The Relation between Patient-Centeredness and Patient Empowerment: A Discussion on Concepts". *Patient Education and Counseling*. 79/2 (2009): 167-172.
- Huynh, N. Thanh, Eric C. Kleerup, Joshua F. Wiley, Terrance D. Savitsky, Diana Guse, Bryan J. Garber ve Neil S. Wenger. "The Frequency and Cost of Treatment Perceived to Be Futile in Critical Care". *The Journal of the American Medical Association Internal Medicine*. 173/20 (2013): 1887-1894.
- Hwang, Jee In. "Development and Testing of a Patient-Centred Care Competency Scale for Hospital Nurses". *International Journal of Nursing Practice*. 21/1 (2015): 43-51.
- Institute of Medicine. (IOM). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC, USA: The National Academies Press, 2001.
- Jahani, Simin, Heidarali Abedi, Nasrin Elahi ve Mesud Fallahi-Khoshknab. "Iranian Entrepreneur Nurses' Perceived Barriers to Entrepreneurship: A Qualitative

- Study". *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 21/1 (2016): 45-53.
- Jangland, Eva, Lena Gunningberg ve Maria Carlsson. "Patients' and Relatives' Complaints about Encounters and Communication in Health Care: Evidence for Quality Improvement". *Patient Education and Counseling*. 75/2 (2009): 199-204.
- Jardien-Baboo, Sihaam, Dalena van Rooyen, Esmeralda Ricks ve Portia Janine Ürdün. "Perceptions of Patient-Centred Care at Public Hospitals in Nelson Mandela Bay". *Health SA Gesondheid*. 21/1 (2016): 397-405.
- Kinmonth, Anna Louise, Alison Woodcock ve Simon Griffin. "Randomised Controlled Trial of Patient Centred Care of Diabetes in General Practice: Impact on Current Wellbeing and Future Disease Risk". *British Medical Journal*. 317/7167 (1998): 1202-1208.
- Kreindler, Sara A. "The Politics of Patient-Centred Care". *Health Expectations*. 18/5 (2013): 1139-1150.
- Krupat, Edward, Robert A. Bell, Richard L Kravitz, David H Thom ve Rahman Azari. "When Physicians and Patients Think Alike: Patient-Centered Beliefs and Their Impact on Satisfaction and Trust". *The Journal of Family Practice*. 50/12 (2001): 1057-1062.
- Leplege, Alain, Fabrice Gzil, Michele Cammelli, Celine Lefevre, Bernard Pachoud ve Isabelle Ville. "Person-Centredness: Conceptual and Historical Perspectives". *Disability and Rehabilitation*. 29/20-21 (2007): 1555-1565.
- Longmore, Bruce ve Linda Ronnie. "Randomised Controlled Trial of Patient Centred Care of Diabetes in General Practice: Impact on Current Wellbeing and Future Disease Risk". *South African Medical Journal*. 104/5 (2014): 368-371.
- Luxford, Karen, Dana Gelb Safran ve Tom Delbanco. "Promoting Patient-Centered Care: A Qualitative Study of Facilitators and Barriers in Healthcare Organizations with a Reputation for Improving the Patient Experience". *International Journal for Quality in Health Care*. 23/5 (2011): 510-515.
- Mc Whinney, R. Ian ve Thomas Freeman. *Textbook of Family Medicine*. New York: Oxford University Press, 3. bs., 2009.
- Miller, Shari Parsons. "Patient-Centered Care". *Salem Press Encyclopedia*. 1 (2019): 1-1.
- Mitchell, Marion, Wendy Chaboyer, Elizabeth Burmeister ve Michelle Foster. "Positive Effects of a Nursing Intervention on Family-Centered Care in Adult Critical Care". *American Journal Of Critical Care*. 18/6 (2009): 543-552.
- Nadzam, Deborah. "Nurses' Role in Communication and Patient Safety". *Journal of Nursing Care Quality*. 24/3 (2009): 184-188.
- Nath, Charlotte. "Literacy and Diabetes Self-Management: Low Literacy Affects Outcomes; Communication Is Key". *American Journal of Nursing*. 107/6 (2007): 43-49.
- Papastavrou, Evridiki. "Linking Patient Satisfaction with Nursing Care: The Case of Care Rationing a Correlational Study". *Biomed Central Nursing*. 13/1 (2014): 1-10.

- Pelzang, Rinchen, Beverley Wood ve Simon Black. "Nurses' Understanding of Patient-Centred Care in Bhutan". *British Journal of Nursing*. 19/3 (2010): 186-193.
- Pollock, Kristian ve Janet Grime. "The Cost and Cost-Effectiveness of PPIs: GP Perspectives and Responses to a Prescribing Dilemma and Their Implications For the Development of Patient-Centred Healthcare". *European Journal of General Practice*. 9/4 (2003): 129-133.
- Pulvirenti, Mariastella, BA Hons John McMillan ve Sharon Çimen. "Empowerment, Patient Centred Care and Self-Management". *Health Expectations*. 17/3 (2012): 303-310.
- Renedo, Alicia ve Ciceley Marston. "Developing Patient-Centred Care: An Ethnographic Study of Patient Perceptions and Influence on Quality Improvement". *BMC Health Services Research*. 15/122 (2015): 1-11.
- Richards, Tessa, Angela Coulter ve Paul Wicks. "Time to Deliver Patient Centred Care". *BMJ*. 350/h530 (2015): 350-350.
- Scambler, Sasha, Adyya Gupta ve Koula Asimakopoulou. "Patient Centred Care – What Is It and How Is It Practised in the Dental Surgery?". *Health Expectations*. 18/6 (2015): 2549-2558.
- Shaller, Dale. "Patient-Centered Care: What Does It Take?". The Commonwealth Fund. 1067 (2007 Eki): 1-26. (erişim 21.12.2019)
- Sidani, Souraya, Dana Epstein ve Joyal Miranda. "Eliciting Patient Treatment Preferences: A Strategy to Integrate Evidence-Based and Patient-Centered Care". *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 3/3 (2006): 116-123.
- Smith, Robert C. *Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2. bs., 2002.
- Stiles, Ella. "Promoting Health Literacy in Patients with Diabetes". *Nursing Standard*. 26/8 (2011): 35-40.
- Sundqvist, Ann-Sofie, Ulrica Nilsson, Marie Holmefur ve Agneta Anderzén-Carlsson. "Promoting Person-Centred Care in the Perioperative Setting through Patient Advocacy: An Observational Study". *Journal of Clinical Nursing*. 27/11-12 (2018): 2403-2415.
- Şahin, Gülay ve Füsün Artıran-İğde. "Hasta Merkezli Bakım-Ortak Karar Alma Süreci ve Kalite". *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 5/3 (2014): 38-43.
- World Health Organisation. *People Centred Health Care. A policy Framework*. Geneva: WHO Press, 2007.
- Verhoef, Marja ve Margaret A. White. "Factors in Making the Decision to Forgo Conventional Cancer Treatment". *Cancer Practice*. 10/4 (2002): 201-207.
- Zandbelt, C. Linda, Ellen Ma Smets, Frans J. Oort, Mieke H. Godfried ve Hanneke CJM de Haes. "Medical Specialists' Patientcentered Communication and Patient-Reported Outcomes". *Medical Care*. 45/4 (2007): 330-339.

Patient Centeredness and Patient-Centered Care

MUSTAFA ERDOĞAN

HARUN KIRILMAZ

Abstract: *In the 20th century, the shift from physician and disease-centered approaches to patient-centered approach began. It is accepted that the quality of health will increase with the adoption of patient-centered approach and this approach will contribute to the development of health. In this way, patients are included in the decisions in the treatment and care processes. It is foreseen that patient satisfaction will be increased with this common decision-making environment, the unnecessary diagnoses and tests in the treatment and care processes will be eliminated, costs will be reduced and health literacy in society will contribute to the development of health. When the literature was examined, patient-centered care researches were conducted by using quantitative research methods according to specific characteristics such as clinical applications and disease types and especially health professionals working in patient treatment and care processes. These studies support the projections on the subject. In the Turkish literature, there are a limited number of studies on patient-centered care and these studies focus on the relationship between physician and patient in primary health care. In this research, patient-centered and patient-centered care concepts, models, barriers to patient-centered care and their positive and negative aspects are included. This study aims to contribute to the field literature with a conceptual study for patient-centered and patient-centered care approaches.*

Keywords: *Patient centeredness, Patient centred care, Health quality.*



Aktör İlişkileri, Sağlık-Hastalık ve Suç: Şahsiyet Dizisi Üzerinden Bir Tartışma

ALİ GÜNDÜZ*
agunduz9932@gmail.com
ORCID-ID: 0000-0002-7132-5481

GÜNNUR ERTONG ATTAR**
gunnurertong@mersin.edu.tr
ORCID-ID: 0000-0002-6933-7731

Öz: Bu çalışma, bir öznenin ilişki ağındaki dönüşümü, hastalık ve cinayet olguları temelinde ele almakta ve bu dönüşümü Şahsiyet dizisi örneğinde ve Aktör İlişkileri Kuramı (Actor Network Theory) bağlamında incelemektedir. Araştırmanın temel motivasyonu, bireysel bir yaşantının toplumsal bir etkiye dönüşümünden ve Şahsiyet'teki kurgunun her an gerçeğe dönüşebilme olasılığından kaynaklanmaktadır. Çalışma, Diken ve Laustsen'in¹ "Filmden bahsederken toplumdansan, toplumdansan bahsederken de filmde bahsederiz" ilkesinden hareket ederek, hastalığın seri cinayete evrilişine, biyopsikososyal bakış açısıyla ve Merton'un gerilimi (strain) temele aldığı suçluluk kavramıyla yaklaşmaktadır. Sonuçlar, bir hastalığın bireyin yaşamında radikal etkiler bırakabileceğini ve haksızlıkları görmezden gelmek gibi toplumsal ve kurumsal çatlakların birikip derin toplumsal yaralara dönüşerek bireysel adalet arayışlarına neden olabileceğini ortaya koymaktadır.

Anahtar kelimeler: Aktör İlişkileri Kuramı, Şahsiyet dizisi (2018), Sağlık ve hastalık sosyolojisi, Alzheimer, Bireysel adalet arayışı.

Giriş

Sinema tıpkı kaza yerinde kullanılan reflektörler gibi, başka kazaların olmaması için seyir halindeki uyaran ve olaya ışık tutarak onu daha da görünür hale getiren önemli bir araçtır. Morin'e göre²; sinema bize başka yaşamları gözlemleme ve o yaşamlarla özdeşleşme olanağı tanıyarak muhafazakâr bir ev kadınının bir fahişeye empati kurabilmesine fırsat verir. Bu nedenlerle sinema, toplumu okumak için etkili bir araçtır.

Toplum, insanların birbirlerinden izole olmadıkları, aksine birbirleriyle çeşitli güçteki bağlarla etkileşim halinde oldukları bir ağ (network) olarak kabul edilebilir. En ufak bir etkinin bile, ağın bir ucundan diğer ucuna kadar, farklı nitelikteki merkezle-

* Lisansüstü, Mersin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Ana Bilim Dalı.

** Dr. Öğr. Üyesi, Mersin Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü.

1 Bülent Diken ve Carsten Bagge Laustsen, *Filmlerle Sosyoloji*, çev., Sona Ertekin, İstanbul: Metis Yayınları, 2016, s.35.

2 Akt. Diken ve Laustsen, *Filmlerle Sosyoloji*, s.28.

rine farklı dozlarda etki etme gücü vardır. Bu etki sürecinde gerek canlı gerek cansız birçok faktör, ilişkilerin boyutunu, sınırlarını, süresini ve niteliğini belirlemektedir. Örneğin bir hastalık, bireylerin tüm hayatını altüst edebilir. Suça karışma, düzenden memnuniyetsizlik, hak arama gibi konulardaysa bireyler hem kendi hayatlarını hem de etki edecekleri diğer hayatları değiştirme potansiyeliyle doludurlar.

Filmlerin “indirgenemez biçimde tarihi ve toplumsal” olduğunu söyleyen Ryan³, bu noktada haklıdır. Çünkü sinema, toplumsalın bir alt kolu olarak görev üstlenebilir.⁴ Bugün, sinema endüstrisi, ürünlerini küçük parçalar halinde sunduğu format olan dizilerde, bu özelliklerini koruyarak sürdürmektedir. Benjamin’in, düşüncelerini resimler ve alegorilerden hareketle aktaran Barok insanlarına yaptığı vurgu ve diyalektik imge perspektifinde olduğu gibi⁵, dizilerdeki kişilerin, konuların ve nesnelerin geleceğe aktarılan ve kilden tabletler yerine dijital bellek kartlarının her bitine işlenen toplumsal ve kurgusal birçok düşünceyi anlamada yol gösterici olduğu düşünülmüştür. Bu çalışmada, bir hastalık durumundan doğan cinayet işleme kararını, farklı sosyolojik yaklaşımların kavramlarını kullanarak failin ve içinde bulunduğu ilişki ağının dönüşümünü araştırmaktadır.

Şahsiyet, bir Internet platformu olan Puhu TV’de 17 Mart 2018-8 Haziran 2018 tarihleri arasında üçer bölümlük parçalarla yayınlanmış, toplam 12 bölümlük dram, polisiye türünde bir Ay Yapım dizisidir. Dizinin yönetmeni Onur Saylak, senaristi Hakan Günday’dır.⁶ Dizinin adınınsa bir tesadüf olmadığı Atay’ın⁷ şu analizinde belirginleşir: İngilizce’de vicdan anlamına gelen “conscience” ve bilinç anlamına gelen “consciousness” kelimeleri etimolojik olarak Latince’deki “consire” kelimesine dayanır. Bu kelimeyse “yanlış bilmek” anlamıyla, aslında Şahsiyet dizisinde Agah karakterinin sürekli aklını kurcalayan cinsel istismar olayını bilmesiyle oldukça ilişkilidir. Zaten Agah isminin sözlük anlamı “bilir, bilgili, haberli”dir.⁸ Yaşanmış bir istismar olayını bilen Agah, vicdani sancı duyduğu bu olayın bilincindedir ve hastalandıktan sonra daha cüretkâr bir intikam alma eylemine girişir. Çünkü bilinci oluşturan temel faktör olan hatırlama yetisini kaybetmesine neden olacak olan Alzheimer hastalığıyla tanışmıştır ve bundan sonraki hayatı artık koşuşturmalı bir cinayetler serisine dönüşecektir.

Dizinin ana karakterlerinden olan Agah Beyoğlu (*Haluk Bilginer*), İstanbul Beyoğlu’nda münzevi şekilde yaşayan emekli bir adliye memurudur. Eşi ölmüş, kızıysa yurtdışında yaşamaktadır. Kambura⁹ Adliyesi’nde çalıştığı dönemde bir cinsel istis-

3 Michael Ryan, “Sinema Politikaları: Söylem, Psikanaliz, İdeoloji”, çev., Hakan Erkiç, *Sinecine*, 6/2 (2015), s.84. (erişim 24.05.2019).

4 Ryan, “Sinema Politikaları”.

5 Diken ve Laustsen, *Filmlerle Sosyoloji*, s.34.

6 “Şahsiyet PuhuTV”, erişim 27 Şubat, 2020, <https://puhutv.com/sahsiyet-detay>.

7 “Unutabilmenin ‘Vicdani-Cinai’ Ferahlığı!”, erişim 26 Mayıs, 2019, <http://www.cumhuriyet.com.tr/koseyazisi/944765/Unutabilmeninvicdani-cinaiferahligi.html>.

8 “Agah”, erişim 3 Şubat, 2019, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&katgori1=veritbn&kelimesec=4270.

9 Dizi için kurgulanmış bir yerdir. Esasiye ilinin Kambura ilçesi olarak geçer ve 13400 nüfusa sahip 13 rakımlı bir bölgedir. Dizideki görüntülere Bursa’nın Nilüfer ilçesinin Uluabat Gölü kıyısındaki Gölyazı Köyü’nde geçmektedir. Kambura bir yarımada. Olaylar ilerledikçe Ferdinand Tönniesci (1855-1936) anlamda birbirine

mar olayı Agah'a aktarılmış fakat çözüme kavuşturmak için elinden bir şey gelmemiştir. 2007 ve 2011 yıllarında olayın baş sorumlusu olduğunu düşündüğü ağır ceza hâkimi Mehmet Yurtgil'i (*Avni Yalçın*) öldürmeye niyetlenmiş ancak başarılı olmamıştır. Daha sonra kendisine Alzheimer başlangıcı teşhisinin konmasıyla Agah, "zaten unutacağım" diyerek suçlu gördüğü herkesin haritasını çıkarmaya ve hepsini bir bir öldürerek geçmişle yüzleşmeye karar verir. Bu ölümlerin kovuşturmasından sorumlu polis Nevra (*Cansu Dere*) da bu hikâyenin en önemli parçalarından biri olarak karşımıza çıkar.

Çalışma özelinde problemi oluşturan konu; bireysel adalet arayışı ve sonucunda ortaya çıkan cinayetlerdir. Umut Vakfı'nın "*Türkiye Silahlı Şiddet Haritası*" 2019 Raporu'na¹⁰ göre 2019 yılında Türkiye'de, 2211 kişinin öldüğü 3736 kişinin de yaralandığı toplamda 3623 silahlı olay medyaya yansımıştır. Bu silahlı olaylarda kullanılan silahların yaklaşık %41'ini (132'si beylik tabancası olmak üzere 1465 olay) tabanca, %39'unu (1402 olay) çeşitli tüfekler, %20'sini (756 olay) kesici aletler oluşturmaktadır.

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 81, 82 ve 83. maddeleri gereğince "kasten öldürme" olarak geçen cinayet terimi, "hayata karşı suçlar" kategorisinde yer alır.¹¹ Hayata karşı işlenen suçlar kategorisi içindeyse 2018 verilerine göre %39,1'lik bir dilim olarak "kasten öldürme" 28115 suç sayısı ile dikkat çekmektedir.¹² Cinayet oldukça hayatın içinde bir olgudur.

Araştırmanın amacı, ortaya çıkan bireysel bir hastalıktan hareketle toplumsal bir durum olarak seri cinayetlere evrilen ilişki ağının dönüşümünü betimlemektir. Bu bağlamda araştırma süresince şu sorulara cevap aranmıştır:

- Hastalık olgusu kişinin ilişki ağını nasıl dönüştürebilir?
- Bireysel bir etki olarak hastalığın, toplumsal bir sonuç olarak seri cinayetlere dönüşümü nasıl olur?
- Agah'ın seri cinayetler işlediği bu ağda onun bireysel adalet arayışını tetikleyen ya da buna katkı sağlayan aktörler ve aktantlar kimlerdir?
- Bireysel adalet arayışı Agah'ın hayatını nasıl dönüştürmektedir?

sıkı sıkıya bağlı bir cemaat (gemeinschaft) oldukları göz önüne serilen Kambura; aile vurgusu, duygusal bağ, birbirini kollama, birincil ilişkiler, coğrafi ve toplumsal hareketin sınırlılığı gibi özellikleriyle de bu fikri desteklemektedir [Martin Slattery, *Sosyolojide Temel Fikirler*, çev. Özlem Balkız, Gülhan Demiriz, Hacer Harlak, Cevdet Özdemir, Şebnem Özkan ve Ümit Tatlıcan. Ankara: Sentez Yayıncılık, 2017, s.59]. Kambura'ya giriş-çıkış, bir köprü ile yapılmaktadır. Bu ince köprü aslında metaforik olarak Kambura'nın, nevi şahsına münhasır bir portre çizmesiyle ve bağlı olduğu anakaradan ayrı özellikler sergilemesiyle eşdeğerdir. Nevra dokuz yaşındayken annesinin tayini nedeniyle Kambura'da bir sene bulunmuştur. Eskiden Kambura'da bulunan Nevra hem Kambura'yla ilişkili olan hem de orayı aslında hiç onaylamayan karakter olarak karşımıza çıkmaktadır.

10 Bu rapor, 2019 yılında Türkiye'nin yerel gazeteleri de kapsayan ve bu gazetelerin günlük olarak taranmasıyla oluşturulan bilgileri içermektedir (bkz: <http://www.umut.org.tr/umut-vakfi-turkiye-silahlı-siddet-haritasi-2019/>).

11 "Türk Ceza Kanunu", erişim 26 Mayıs, 2019, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>, s.8987-8988.

12 "Adli İstatistikler 2018", erişim 24 Mayıs 2019, http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/istatistik_2018/istatistik2018.pdf, s.26.

- Yaşanan dönüşüm sonrası ortaya çıkan yeni ağlar nelerdir?
- Ağlarda yer alan aktör ve aktantlar birbirleriyle nasıl etkileşmektedir?

Türkçe literatürde sık rastlamadığımız Aktör İlişkileri Kuramından¹³ (Actor Network Theory-ANT) hareket etmesi, bu kuramın sinemada çok seyrek kullanılması, bireysel bir etkiden toplumsal bir etkiye dönüşen hastalık konusunun biyopsikososyal bir çerçeveden, sağlık ve hastalık sosyolojisi perspektifinden hareketle ortaya konulması, güncel ve ses getiren bir dizi olarak 9,2 IMDb¹⁴ puanlı (Şubat 2020 itibarıyla) Şahsiyet dizisinin örneklem seçilmesi bu çalışmayı önemli kılmaktadır. IMDb'nin dünyada gelmiş geçmiş en iyi 250 dizi sıralamasında Şubat 2020 itibarıyla 24. sırada olan Şahsiyet dizisi¹⁵, Şubat 2020 itibarıyla 266.000'i aşkın Puhu TV kullanıcısının favori listesindedir.¹⁶ Birçok dizi ve filmin herhangi bir ücret ya da üyelik olmadan izlenebildiği bu platformda¹⁷, diziyi favori listesine almadan ya da kayıtsız kullanıcı olarak da izleyebilecek binlerce kullanıcının olduğu düşünüldüğünde, Şahsiyet'in popülerliği ortadadır.

Şahsiyet Dizisi Üzerine

Kurgu bir karakter olan Agah'ın toplumu ne denli etkilediğine dair bir örnek her bölüm kaç kişiyi öldüreceğine dair oluşturulan bahislerdir. "Ailemizin Seri Katili İçimizden Biri Agah Beyoğlu" olarak nitelenen Agah'ın kaç kişiyi öldüreceğinin yanı sıra dans edip etmeyeceği, yeni bölümlerde rakı masası kurulup kurulmayacağı gibi bahisler de aynı sitede yer almaktadır.¹⁸ Aynı zamanda Şubat 2020 itibarıyla 136.000 kez okunmuş ve 573 kez de farklı sosyal medya platformlarında paylaşılmış olan Onedio sanal platformunun "Hangi Şahsiyet Dizisi Karakterisin?" adlı testi oldukça

13 Bu kuramın isimlendirmesinin Türkçe tercümesinde: Aktör İlişkileri Kuramı [Aytül Kasapoğlu, "Giriş", *Madalyonun İki Yüzü: Hastalık ve Sağlık*, haz., Aytül Kasapoğlu, Ankara: Phoenix Yayınevi, 2008, s.13-37; Zuhul Yonca Hançer, "Sürdürülebilir Afet Yönetimi ve Kadın", Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, 2009; Zuhul Yonca Odabaş ve Günnur Ertong, "Social Effects of Disasters as Actants: A Comparison of 1999 Marmara Earthquake, Turkey and 2004 Tsunami", *Ankara Üniversitesi Çevre Bilimleri Dergisi*, 3/2 (2011). (erişim 26.05.2019); Abdullah Cengiz Kayış, "Aktör İlişkileri Kuramı ve Barajlar: Yusufeli Barajı Örneği", *Karadeniz Araştırmaları*, 14/56 (2017). (erişim 26.05.2019)], Ağ Düzenliği Kuramı [Tolga Torun ve Özüm Eğilmez "Yerleşiklik ve İlişkileri Anlamada Ağ Düzenliği Kuramı: Sosyolojik Bakış", *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 42 (2014), (erişim 26.05.2019)], Aktör Ağ Kuramı/Teorisi [Jeffrey Miles, "Aktör Ağ Kuramı", çev., Deniz Yetkin Aker, *Yönetim ve Organizasyon Kuramları*, haz., Mustafa Polat ve Korhan Arun, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2016, ss.25-31; Töre Seçilmişler ve Zekiye Yenen, "Koruma Sorunsalına İlişkin Kuramsal Bir Değerlendirme: Kurumsal (Alan Yönetimi) ve Çoğulcu (Aktör Ağ Teorisi) Yaklaşımların Karşılaştırması", *Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezlerinden Üretilmiş Yayınlar*, 3 (2011), (erişim 26.05.2019)], Aktör Şebeke Kuramı [Şadi Evren Şeker, "Aktör Ağ Teorisi (Actor Network Theory)", *YBS Ansiklopedisi*, 1/1 (2014), (erişim tarihi 26.05.2019)], Aktör Ağ Kuramı [Ebru Yetişkin, "Bir Başka Laboratuvar: B(Ağ)Sal Kürasyon", *Toplum ve Bilim*, 144 (2018), s.38-67], Fail Ağ Kuramı (Öznur Karakaş, "Toplumsal Hareketler, Ağlar ve Beden", *Toplum ve Bilim*, 144 (2018), s.68-87; Ebru Kayaalp ve Onur Arslan, "Belirsizliğin Bilimi: Beklenen İstanbul Depremi ve Uzmanlar Antropolojisi", *Toplum ve Bilim*, 144 (2018), s.124-145] gibi birden fazla isimlendirmeye rastlanmış olup bu çalışmada Aktör İlişkileri Kuramı tercümesi kullanılmıştır.

14 "Şahsiyet IMDb", erişim 27 Şubat, 2020, <https://www.imdb.com/title/tt7920978/>.

15 "IMDb Top 250", erişim 27 Şubat, 2020, <https://www.imdb.com/chart/toptv/>.

16 "Şahsiyet PuhuTV".

17 "PuhuTV Yardım Merkezi", erişim 26 Mayıs, 2019, <https://puhutv.com/yardim-merkezi>.

18 "Şahsiyet Dizisi Bahisleri", erişim 26 Mayıs, 2019, <https://www.bilemezsin.com/ ailemizin-seri-katili-icimizden-biri-agah-beyoglu-4-bolumde-sadece-1-kisiyi-oldurecek--50080>.

rağbet görmüştür.¹⁹ Ekşi Sözlük'teyse Şubat 2020 itibarıyla "şahsiyet (dizi)" başlığına toplamda 318 sayfalık (3178 adet) entry girilmiştir.²⁰ Dizinin Instagram profilindeyse Şubat 2020 itibarıyla 17.000'i aşkın takipçi bulunurken²¹, dizi 17 Mart 2018 tarihinde Twitter'da TT (Trending Topic) listesine girmiştir.²² Sertaç Özgümüş ve Güntaş Özdemir tarafından yapılan dizinin müzikleri, 26 Mart 2018 – 1 Nisan 2018 haftasında Spotify platformunda 7. sıraya, iTunes platformunda ise 8. sıraya kadar yükselmiştir.²³ Oldukça popülerlik kazanıp çeşitli başarılar yakalayan ve 20 ülkeye satışı gerçekleştirilen dizi²⁴, Ay Yapım ve Viacom ortaklığıyla Meksika'ya da uyarlanacaktır.²⁵ NTV Dijital Medya Kıdemli Direktörü Can Birsay'ın 27 Kasım 2019'daki açıklamalarına göre ise dizi, 10 milyon takipçi tarafından 40 milyona yakın izlenme sayısına ulaşmıştır.²⁶

Ayrıca pek çok matbu ve elektronik kaynakta Şahsiyet'i konu alan yazılar yayınlanmıştır. Agah'ın edimselliğini conatus ve habitus kavramlarından hareketle Bourdieu ve Spinoza perspektifinden ele alan²⁷, Şahsiyet'in bir Türkiye alegorisi olduğu üzerinden şekillenen²⁸, linç kültürü ve dizinin diyaloglarındaki toplumsal göndermeleri ön plana çıkartan²⁹, bellek ve hınç kavramlarını temele alıp Nietzsche perspektifinden diziyi yorumlayan³⁰, erillik, şiddet ve tacize odaklanan³¹, genel bir değerlendirme yaparak kötülük ve adalet gibi kavramlara dikkat çeken³², toplumsal pek çok realiteyi hatırlatan noktaları belirten³³, Osmanlı'dan cumhuriyete geçiş dönemini modernleşme bağlamında Şahsiyet'le tartışan³⁴, Agah ve Cemil karakterlerini hegemonik erkeklik perspektifinden çözümleyen³⁵, Şahsiyet'in senaryosunu siyasi arka planı

19 "Hangi Şahsiyet Dizisi Karakterisin?", erişim 27 Şubat, 2020, <https://onedio.com/haber/hangi-sahsiyet-dizisi-karakterisin-819481>.

20 "Ekşi Sözlük Şahsiyet", erişim 27 Şubat, 2020, <https://eksisozluk.com/sahsiyet-dizi--5572069?p=1>.

21 "Şahsiyet Instagram", erişim 27 Şubat, 2020, <https://www.instagram.com/sahsiyetedizi/?hl=tr>.

22 "Şahsiyet Twitter", erişim 26 Mayıs, 2019, <https://twitter.com/sahsiyetedizi/status/975092349863940097>.

23 "Şahsiyet Dizisinin Müzikleri Listelerde Üst Sıraları Zorluyor!", erişim 26 Mayıs, 2019, <http://www.ranini.tv/haber/30567/1/sahsiyet-dizisinin-muzikleri-listelerde-ust-siralari-zorluyor>.

24 "Şahsiyet Dizisi Satış Sayısı", erişim 15 Aralık, 2019, <https://www.birgun.net/haber/haluk-bilginer-e-odul-kazandiran-sahsiyet-dizisi-hakkinda-bilmeniz-gerekenler-277757>.

25 "Şahsiyet Dizisi Meksika'ya Uyarlanıyor", erişim 26 Mayıs, 2019, <https://neizledik.com/sahsiyet-dizisi-meksikaya-uyarlaniyor/>.

26 "Şahsiyet Dizisi İzlenme Sayısı", erişim 15 Aralık, 2019, https://www.ntv.com.tr/sanat/emmy-odulu-sahsiyete-ilgiyi-20-kat-artirdi-puhutvde-ucretsiz-izle,uXf_MYPdg025Ole1hQxcKA.

27 Ali Gündüz, "Şahsilikten Uzaktır Şahsiyet: Şahsiyet (2018) Dizisinin Düşündürdükleri Üzerine", *Pharmakon Felsefe Dergisi*, 5 (2018).

28 "Bir Türkiye Alegorisi: Şahsiyet Dizisi Üzerine", erişim 26 Mayıs, 2019, http://www.birikimdergisi.com/guncel-yazilar/9063/bir-turkiye-alegorisi-sahsiyet-dizisi-uzerine#.XGX_6ugzZPY.

29 Arzu Şahin, "Unutmak En Büyük Cinayettir", *Hayal Perdesi*, 65 (2018).

30 "Şahsiyet Dizisindeki Unutma-Şahsiyet İlişkisinin Nietzscheci Görünümleri", erişim 26 Mayıs 2019, <https://dusunbil.com/sahsiyet-dizisindeki-unutma-sahsiyet-iliskisinin-nietzscheicigorunumleri/>.

31 "UNUTMA/Şahsiyet Dizisi Üzerine", erişim 26 Mayıs, 2019, <https://www.dirensanat.com/2018/07/22/zehra-ipsiroglu-unutma-sahsiyet-dizisi-uzerine/>.

32 "Şahsiyet Blog", erişim 26 Mayıs, 2019, <https://neokudumneizledim.blogspot.com/2018/11/dizi-incelemesi-sahsiyet.html>.

33 "Şahsiyet: Dizi Finali Bize Neler Anlattı?", erişim 26 Mayıs, 2019, <http://sinekafe.com/sahsiyet-dizi-finali-bize-neler-anlatt/>.

34 "Şahsiyet Aslında Kimdi?", erişim 26 Mayıs, 2019, <http://www.eskimeyentakiplar.com/sahsiyet-aslindakimdi/>.

35 Züleyha Özbaş Anbarlı. "Dijital Televizyon Dizilerinde Hegemonik Erkeklik", *Erciyes İletişim Dergisi*, 1 (2019). (erişim tarihi 26 Mayıs, 2019).

yansıtmadığı için eleştiren³⁶, Haluk Bilginer'in Emmy Ödül Töreni'nde yaptığı konuşulmasında değindiği³⁷ “toplumsal hafıza kaybı/toplumsal Alzheimer” kavramıyla diziyi trajedi temelinde çözümleyen³⁸, Cemil karakteri üzerinden “patriarkal kapitalizm” yorumu yapan³⁹, dizinin trans birey Naz Çörtük karakteri temelinde gerekli çözümü sunmadığını eleştiren⁴⁰, kadın komiser Nevra karakteri üzerinden dizideki kadın temsilini çözümleyen⁴¹, rasyonalite-irrasyonelite ve sosyopolitik boyutta diziyi inceleyen⁴², Alzheimer hastalığının bilişsel süreçleri ve klinik çerçevesi üzerinden diziyi yorumlayan⁴³, dizinin toplumsal hafıza kaybını çok iyi ortaya koyduğunu Türkiye tarihinden örnekler vererek öven⁴⁴ ve seri cinayet olaylarına odaklanan⁴⁵ birçok metin Şahsiyet üzerinde farklı açılardan düşünmemize yardımcı olmuştur. Aynı zamanda dizi; 2018 yılı Ayaklı Gazete TV Yıldızları Ödül Töreni'nde “En İyi İnternet Dizisi Dijital Platform”⁴⁶, Galatasaray Üniversitesi'nin düzenlediği EN Ödülleri'nde “Yılın En İyi İnternet Dizisi”⁴⁷, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Medya Müzik Ödülleri'nde “Yılın En İyi Dizisi”⁴⁸ ve Türk Tıp Öğrencileri Birliği'nin düzenlediği ödül töreninde “En İyi İnternet Dizisi”⁴⁹ kategorilerinde ödül kazanmıştır. Ayrıca dizide Agah Beyoğlu karakterini canlandıran Haluk Bilginer, 47. Uluslararası Emmy Ödülleri'nde “En İyi Erkek Oyuncu” ödülünü almıştır.⁵⁰ Bu ödülünden sonra #Şahsiyet ve #HalukBilginer hashtagleri Twitter'da TT (Trending Topic) listesine girmiştir.⁵¹ Agah'ın kızı olan Zuhale karakterini canlandıran Şebnem Bozoklu, bu performansı ile Orta Doğu Teknik Üniversitesi Medya Müzik Ödülleri'nde “Yılın En İyi Kadın Oyuncusu” ödülünü kazanmıştır.⁵² Dizideki Nevra karakteri performansı ile Cansu Dere de Yıldız Teknik Üniversitesi İşletme Kulübü 17. Yılın Yıldızları Ödülleri'nde

36 “Şahsiyet: ‘Bu Dizide AKP Yokmuş Gibi Davranıyoruz’”, erişim 26 Mayıs, 2019, <https://gazete.hayir.com/sahsiyet-bu-dizide-akp-yokmus-gibi-davraniyoruz-arif-mutlu/amp/>.

37 “Emmy Ödülleri Cumhuriyet Gazetesi”, erişim 15 Aralık, 2019, <http://www.cumhuriyet.com.tr/video/video/1704458/iste-haluk-bilginer-in-odul-alirken-yaptigi-tarihi-konusma.html>.

38 “Ya Alzheimer Ya Cinayet: Bir Şaheserdir Şahsiyet!”, erişim 15 Aralık, 2019, <https://t24.com.tr/yazarlar/tayfun-atay-pazar/ya-alzheimer-ya-cinayet-bir-saheserdir-sahsiyet,24668>.

39 “Şahsiyet'in Düşündürdükleri...”, erişim 15 Aralık, 2019, <http://www.ekdergi.com/sahsiyetin-dusundurduklari/>.

40 “Şahsiyet Dizisinin Trans Kadını Naz'ın Sorunlu Temsili”, erişim 27 Şubat, 2020, <https://t24.com.tr/yazarlar/hande-cayir/sahsiyet-dizisinin-trans-kadini-naz-in-sorunlu-temsili-hakkinda,25106>.

41 Armoni Bayar, “Woman Representation in Turkish Detective Series: Şahsiyet”, *International Perspectives on Feminism and Sexism in the Film Industry*, haz. Gülşah Sarı ve Derya Çetin, ABD: IGI Global, 2020, s. 229-253.

42 Fırat Mollaer, *Yerliliğin Retoriği*, Ankara: Phoenix Yayınevi, 2018, s. 83-103.

43 Hande Kaynak ve Merve Denizci Nazlıgöl, “Alzheimer Hastalığına Bilişsel Süreçler ve Klinik Çerçeveden Bakış: Şahsiyet Dizisinin Kritik İncelemesi”, *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 6 (2019).

44 “Şahsiyet”, erişim 27 Şubat, 2020, <https://www2.karar.com/yazarlar/salih-cenap-baydar/sahsiyet-12563>.

45 “Türk Seri Katil Dizisi”, erişim 26 Mayıs 2019, <https://unifestal.com/seriefilm/turk-seri-katil-dizisi-sahsiyet/>.

46 “Ayaklı Gazete TV Yıldızları”, erişim 26 Mayıs, 2019, <http://www.ayakligazete.com/ayakli-gazete-yilin-enleri-belli-oldu-2/>.

47 “Galatasaray Üniversitesi EN Ödülleri”, erişim 26 Mayıs, 2019, https://www.ntv.com.tr/sanat/sahsiyet-2018in-en-iyi-internet-dizisi-secildi,Scw3ymGd306d06-Fa9o_zQ.

48 “ODTÜ Medya Müzik Ödülleri”, erişim 26 Mayıs 2019, <https://neizledik.com/odtuden-sahsiyet-ve-sebnem-bozokluya-odul/>.

49 “Türk Tıp Öğrencileri Birliği”, erişim 26 Mayıs, 2019, <https://fav10.net/forum/threads/t%C4%B1p-%C3%96%C4%9Frencilerinden-%C5%9Eahsiyete-%C3%96d%C3%BCI.286425/>.

50 “2019 International Emmy Awards”, erişim 15 Aralık, 2019, <https://www.iemmys.tv/2019-international-emmy-winners-announced-at-gala-in-new-york/>.

51 “Emmy Ödülleri Cumhuriyet Gazetesi”.

52 “ODTÜ Medya Müzik Ödülleri”.

“2018 Yılıın En Beğenilen Kadın Dizi Oyuncusu” ödülüne layık görülmüştür.⁵³

Kuramsal Yaklaşım

Bu başlık altında sağlık-hastalık sosyolojisi, Aktör İlişkileri Kuramı ve kriminal sosyolojinin çalışmada kullanılan kavramlarına yer verilecektir.

Sağlık-Hastalık Sosyolojisi ve Biyopsikososyal Yaklaşım

Karmaşık bir organizma olan insan bedeninin hayatta kalabilmesi için sağlıklı bir yapıya ihtiyacı vardır. Sağlık olgusunun karşı cephesindeyse hastalık olgusu bulunur. Hastalık kavramını farklı düzeylerde ele almak mümkündür. Bunlar: rahatsızlık (illness), uzman teşhisi konulmuş rahatsızlık/hastalık (disease)⁵⁴ ve yarı sağlıklıdır (ill health)⁵⁵. Rahatsızlık (illness), daha çok bireyin ve kültürün sübjektif bir şekilde hastalığa yüklediği anlamken, uzman teşhisi konulmuş rahatsızlık/hastalık (disease) ise bir doktorun uzmanlık bilgisi dahilinde nesnel ve ampirik bir şekilde konulan teşhistir.⁵⁶ Yarı sağlıklıdır (ill health) ise, insanların her ne kadar tam hasta olmasalar da karşıtların birliği (unity of opposites) ilkesinden hareketle sağlık ve hastalığın özelliklerini birlikte bulundurma durumunu işaret etmektedir.⁵⁷

Sağlık ve hastalığın bireye özgü olmayıp birtakım biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörün bileşiminden meydana geldiği görüşü, sağlık-hastalık sosyolojisinin kavramsal kırılma noktalarındandır. Çünkü birey, içinde yaşadığı toplumdan bağımsız olarak düşünülemez ve bireyin bir kimlik edinmesi bedeniyle başlayan bir süreçtir.⁵⁸ Bu açıdan bakıldığında sağlık-hastalık sosyolojisine önemli katkılardan birini yapan Engel'e göre sağlık ve hastalık; biyolojik, psikolojik, sosyolojik vd. pek çok alana indirgenemeyecek kadar geniş bir alandır.⁵⁹ Herhangi bir hastalık durumunu açıklarken içinde bulunulan sosyal bağlam ve toplum tarafından ele alınan tamamlayıcı rol göz ardı edilmemelidir.⁶⁰ Çalışma özelindeyse Agah'ın hastalığının, hayatını psikolojik, etik, vicdani, kriminal, biyolojik ve sosyolojik pek çok boyutta etkilediğini görürüz.

Aktör İlişkileri Kuramı

1980'lerin ikinci yarısında şekillenen Aktör İlişkileri Kuramı, Latour, Callon ve Law'un öncülüğünde bilim, teknoloji ve toplum çalışmalarında kullanılmıştır. Birçok olayın nicel olarak ortaya koyulduğu laboratuvar ortamı, sosyal bilimlerin çözmeye çalıştığı pek çok problem için de örnek teşkil ederek ilişki ağı fikrini doğurmuştur. Çalışmada adını bu fikirden alan kuramın önemli kavramları ve arka

53 “YTÜ İşletme Kulübü 17. Yılın Yıldızları Ödülleri”, erişim 19 Kasım, 2019, <https://www.ayyapim.com/tr-tr/odullerimiz>.

54 Erhan Tecim. *Sağlık Sosyolojisi*, Konya: Çizgi Kitabevi, 2018, s.15-18.

55 Kasapoğlu, “Giriş”, s.15-22.

56 Nurşen Adak, “Sağlık Sosyolojisinin Temel Kavramları”, *Sağlık Sosyolojisi*, haz., Mevlüt Özben, Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, 2016, s.5.

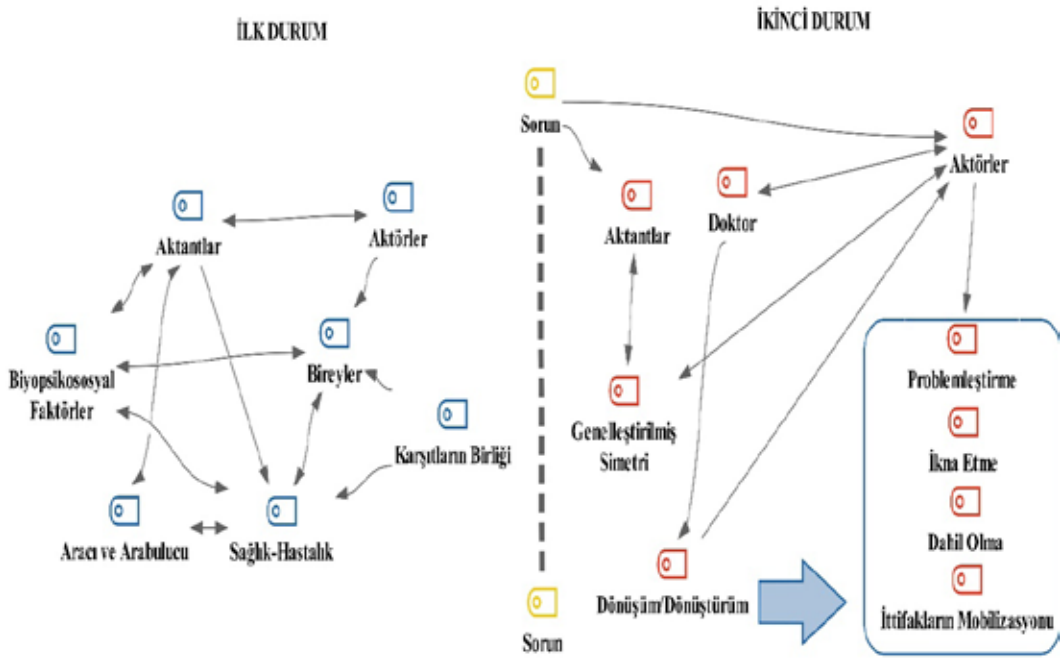
57 Kasapoğlu, “Giriş”, s.20-22.

58 Zafer Cirhinlioğlu. *Sağlık Sosyolojisi*, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2001, s.94.

59 George L. Engel, “The Need For a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine”, *Science*, 196/4286 (1977). (erişim 26.05.2019); George L., Engel. “The Clinical Application of the Biopsychosocial Model”, *American Journal of Psychiatry*, 137 (1980). (erişim 26.05.2019).

60 Engel, “The Need”, s.196-197.

planı açıklanacaktır. Latour'a göre ağ; "enformasyonun her bir parçasının, deforme olmaksızın anlık ve aracısız olarak taşınması anlamına gelmektedir".⁶¹ Bu ilişkiler ağının itici gücü/öznesiyse aktör (actor) ya da aktant (actant) olarak adlandırılır.⁶² Bu süreçte aktör ya da aktantlar, aracı (intermediary) ve arabulucu (mediators) rolüne bürünebilmektedirler.⁶³ Aracı rolü, ilişki ağına hayati bir etkide bulunmaz ama kimyadaki katalizör gibi ilişkinin ortamda akışını sağlar. Arabulucu rolüyse aracı rolünün aksine ilişkiye etki edip yönlendirir. Örneğin bir köprü inşaatının akışını sağlayan bilgisayar bir aracıdır. Fakat çizim ya da hesap için bilgisayarda kullanılan programlar hayati öneme sahip bir role bürünerek arabulucu rolüne geçmektedir. Kuramın hastalık temelindeki ana hatları Şekil 1'de görülmektedir.



Şekil 1: Hastalık Öncesi ve Sonrasındaki Durumun Aktör İlişkileri Kuramı Çerçevesinden Görünümü

Callon'a göre⁶⁴ dönüşüm/dönüştürüm (translation) süreci dört aşamadan oluşur: problemlleştirme (problematization), ikna etme (interessement), dahil olma (enrollment), ittifakların mobilizasyonu (mobilization of alliances). Problemlleştirme aşamasında baş aktör sorunu tespit eder ve kendi konumunu buna uygun olarak belirler. İkna aşamasında baş aktörün dışındaki ağ öznelinin çeşitli yollarla ağa

61 Latour 1999'dan akt. Aylin Tutgun-Ünal, "Sosyal Medya Bağımlılığı: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma", Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, 2015, s.18.

62 Bruno Latour, *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*, Oxford: Oxford University Press, 2005.

63 Mohammad Malla Mahmoud, "Bir Mimari Tasarım Sürecinin Aktör Ağ Teorisi ile Okunması", Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, 2015, s.8.

64 Akt. Zuhul Yonca Odabaş, *Sürdürülebilir Afet Yönetimi ve Kadın*, Ankara: Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Yayınları, 2010, s.55.

dahil edilme sürecindeki efor kastedilir. Dahil olmada ise diğer aktör ve aktantlar ağa dahil olarak ilişkiye katılmışlardır. Son adım olan ittifakların mobilizasyonunda ise baş aktörün yönlendirmesiyle ilişki ağı şekillenir ve ağ öznelere kendi içlerinde etkileşirken buldukları ağ da diğer ağlarla etkileşime girer.

Toplum, sürekli değişen bir yapıdır. Uzunca bir süre bu değişimin sadece insan (human) tarafından yönlendirildiği düşünülse de özellikle Tarde'nin katkılarıyla toplumsal değişim sürecinde insan olmayan (non-human) faktörlerin de etkin rol oynayabileceği fikri öne çıkmıştır. Bu durumu Tarde şöyle açıklar: "a) insan etkileşimlerini anlamak için doğa ve toplum ayrımı önemsizdir; b) makro/mikro ayrımı toplumun nasıl oluştuğunu anlamaya dair çabaların önünü tıkamaktadır".⁶⁵ Bu değişim sürecinde gerek insan gerekse insan olmayan faktörler değişimi başlatan, yönlendiren ve de başka bir değişim için şu anki durumu sonlandıran bir nitelik sergilemişlerdir. Örneğin bir silahı pasif olarak değil de bir kişinin bir kişiye doğrulttuğunu düşünelim. Bu silah artık bir ilişki ağının aktantı haline gelmiştir.⁶⁶

Law'a göre bu kuramda; "varlıklar arasındaki farklılıklar yerine ilişkilerdeki karmaşıklıklar vurgulanmaktadır".⁶⁷ Örneğin bir savaş, ağaçlandırma yasası ya da cinayet gibi kararlar, var olan toplumsal düzeni etkileyecek olup bir insan tarafından verilmiştir. Aynı şekilde, doğal afet ve hastalık konularının başını çektiği insan olmayan faktörler için içine girdiğindeyse bu değişimin önderi kimi zaman bir deprem kimi zaman HIV virüsü kimi zaman da bir teknolojik gelişme olabilmektedir. Kuramda "genelleştirilmiş simetri (generalized symmetry)", Aktör İlişkileri Kuranı'nın temel ilkesi olup "tüm varlıkların/oluşumların eşit derecede eylemde bulunma kapasitesine sahip olması"⁶⁸ olarak açıklanmaktadır.

Duygulara da ilişkileri şekillendirmesi bağlamında yer veren Latour, "dert edilen meseleler" anlayışıyla ağın şekillenebileceğini belirtir.⁶⁹ Rodriguez-Giralt⁷⁰ bu önermeye bir çevreci grubun, kuşlara ve çevreye duygusal bağlar hissettiğini ve bu hislerinin de onları eyleme sevk etmesi örneğini verir.

İlişkiler ağında ortaya çıkan etkileşimler birtakım göstergibilimsel materyalleri de doğurmakta ve bu materyaller de ilişki ağının anlaşılmasını, yorumlanmasını olanaklı kılmaktadır. Latour'a⁷¹ göre miyopik bakış; ilişki ağlarının anlaşılmasında ön kabullere yer vermeden aktör ve aktantların bir bir izlenmesi ve ilişkilene alanlarının belirlenmesini içerir. Bir ilişki ağını anlamlandırabilmek içinse "miyopik" bir bakış gereklidir.

65 Tarde, 1969'dan akt. Bruno Latour, "Tarde ve Toplumsalın Sonu", çev. Fırat Berksun, Emre Koyuncu ve P. Burcu Yalın, *Tesmerasekdiz*, 2/3 (2008), s.34. (erişim 27.05.2019).

66 Latour, 1999: 179'dan akt. Steffen Korsgaard, "Entrepreneurship as Translation: Understanding Entrepreneurial Opportunities through Actor-Network Theory", *Entrepreneurship & Regional Development*, 23 (2011), s.665.

67 Law, 1999'dan akt. Tutgun-Ünal, "Sosyal Medya", s.18.

68 Seçilmişler ve Yenen, "Koruma Sorunsalına", s.381.

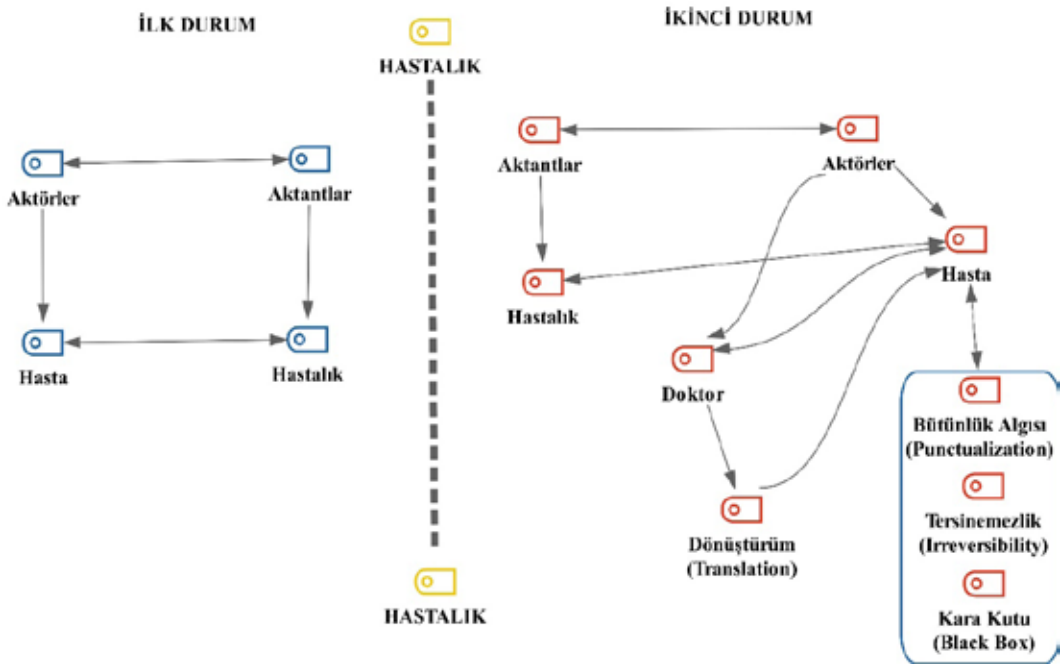
69 Latour 2005'ten akt. Karakaş, "Toplumsal Hareketler", s.77.

70 Israel Rodriguez-Giralt, "Social Movements as Actor-Networks: Prospects for a Symmetrical Approach to Doñana's Environmentalist Protests", *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, 56 (2011), s.21-27.

71 Latour, "Reassemblingthe", s.171-175.

Aktör İlişkileri Kuramının Sağlık-Hastalık Sosyolojisine Uyarlanması

Aktör İlişkileri Kuramı'nın sağlık sosyolojisi alanına uygulanan kapsamlı bir şekli Kasapoğlu'nun editörlüğünde yayımlanan *Madalyonun İki Yüzü: Hastalık ve Sağlık* (2008) eserinde bir araya getirilmiştir. Kasapoğlu'nun⁷² da belirttiği gibi, hastalıklar biyopsikososyal bir yaklaşımla ve Aktör İlişkileri Kuramı'yla ele alındığında: aktör (actor)-hasta, aktant (actant)-hastalık, dönüşüm (translation)-hastalığın bilimsel bir otorite tarafından hastaya anlayacağı dille anlatılması, bütünlük algısı (punctualization)-hastanın, vücudunun hasta kısmına odaklanarak yaşamaya başlaması, tersinemezlik (irreversibility)-hastalığın geri dönüşü olmayan bir şekilde hastanın hayatına dahil olması gibi ana noktalarla eşleştirilebilir. Bu durumun ana hatları Şekil 2'de görülmektedir.



Şekil 2: Hastalık Öncesi ve Sonrasında Hastanın Etkilenme Durumu

Aynı zamanda kara kutu (black box) olarak nitelenen ilişki ağındaki karanlık bölgelerin oluşumu da önemlidir. Her ne kadar sistemin etkileşim sırasında giriş çıkışlara müsaade etmeyen bir yapısının olduğu savunulsa da etkileşim ve ilişkilerin öznelere doğasından ve özellikle aktantlardan hariç düşünülmemeyeceği açıktır.⁷³ Bir ilişki ağı oluşurken ve etkileşim devam ederken dengeli ve düzenli bir ilişki yumağından söz etmek yerinde bir tespit değildir. Çünkü kuramın akış ve devamlı etkileşim üzerine kurulu olması denge ve düzeni imkânsız kılmaktadır.

Kriminal Sosyoloji ve Merton'ın Gerilim Yaklaşımı

Kriminal sosyoloji, suçun; psikolojik, sosyal, coğrafi, kültürel, hukuksal vd. boyutlarını sorular sorarak araştırır ve nedenlere odaklanarak ortaya kapsamlı bir açıklama

72 Kasapoğlu, "Giriş", s.26-27.

73 Harman 2009'dan akt. Şeker, "Aktör Ağ", s.15.

koymayı amaçlar. Bu bağlamda sosyolojik açıklamalar, herhangi bir kriminal olayın açıklanmasında daha kapsamlı ve interdisipliner olabilmektedir.⁷⁴

Gerilim (strain) olgusu, “bireylerin geleneksel araçlarla meşru bir hedefi gerçekleştirmede yaşadığı başarısızlığı veya meşru hedeflerin yine meşru yollarla elde edilmesinin bloke edilme sürecini tanımlamaktadır.”⁷⁵ Aynı şekilde Merton’ın kuramında da suç; “ani sosyal değişme ile ortaya çıkan bir olgu değil, daha çok toplumsal yapı fenomenidir.”⁷⁶

Merton’ın gerilim yaklaşımına göre toplumdaki anomik durumlara karşı beş farklı tepki meydana gelir: uyum (comformity), yenilik (innovation), şekilcilik (ritualism), geri çekilme (retreatism) ve isyan (rebellion). Çalışmada kullanılan isyan durumunda, bireyler hem var olan toplumsal hedefleri hem de bu hedeflere ulaşmak için kullanılması öngörülen meşru yolları yıkarak yerine yeni amaç ve araçlar sunan bireylerdir.⁷⁷ Kızmaz’ın⁷⁸ çalışmasında da değindiği üzere bu tür gerilimden doğan bireysel adalet arayışları, Türkiye özelinde, öç alma ve cezalandırma şeklinde ortaya çıkarken Merton’ın yaklaşımıyla uyumlu olması dikkate değerdir. Çünkü bu arayışların temelinde bireysel inisiyatif alma ve adaleti legal yollarda bulamayıp illegal yollara başvurma edimi göze çarpmaktadır.

Yöntem

Bu çalışma nitel bir araştırma yaklaşımıyla yapılmıştır. Yapısı gereği nitel araştırmalar, çalışılan konuyu anlamayı kolaylaştıran yorumlar ve materyalleri kullanarak dünyayı; “alan notları, mülakatlar, konuşmalar, fotoğraflar, kayıtlar ve araştırmacı günlüklerini içeren bir temsiller serisine dönüştürür.”⁷⁹ Burada amaç, araştırılan konunun anlam kategorilerinden hareketle ortaya konulmasıdır.

Sinemanın toplumsalı anlamada seçkin bir araç olduğu aşikardır.⁸⁰ Gündüz ve Ertong Attar⁸¹, *Westworld*⁸² dizisinin sosyolojik bir okumasını yaptıkları çalışmalarında olduğu gibi, distopik bir sinematik öğenin bile çok da uzak bir geleceğe gönderme yapmadığı, aksine gündelik hayatta yer yer karşılık bulduğu düşüncesi sinemanın bilimsel araştırmalarda yol göstericiliğine bir dayanaktır. Çünkü sinematik örneklemeleri konu edinen bilimsel çalışmalarda “analiz edilen şey, filmin bizatihi

74 Anthony Giddens, *Sosyoloji*, çev., Hüseyin Özel, İstanbul: Kırmızı Yayınları, 2012, s.838-887.

75 Zahir Kızmaz, “Kriminolojide Yeni Yönelimler: Bütünlük (Integrated) Suç Kuramları-1”, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15/2 (2005), s.353. (erişim 27.05.2019).

76 Merton 1968’den akt. Özge Cömert ve Yelda Sevim, “Çocuk ve Suç İlişkisinin Sosyolojik Suç Kuramları ile İncelenmesi”, *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6/1 (2017), s.33-34. (erişim 27.05.2019).

77 Veysel Bozkurt, *Değişen Dünyada Sosyoloji: Temeller, Kavramlar, Kurumlar*, Bursa: Ekin Basım Yayın, 2011, s.183-184.

78 Zahir Kızmaz, “Şiddetin Sosyo-Kültürel Kaynakları Üzerine Sosyolojik Bir Yaklaşım”, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16/2 (2006), s.254. (erişim 27.05.2019).

79 Denzin ve Lincoln, 2011: 3’ten akt. John H. Creswell, *Nitel Araştırma Yöntemleri: Beş Yaklaşım Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni*, çev. Ayfer Budak ve İbrahim Budak, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2016., s.43.

80 Diken ve Laustsen, *Filmlerle Sosyoloji*, s.43.

81 Ali Gündüz ve Günnur Ertong Attar, “‘Her Kahramanın bir Kodu Vardır’: Westworld Dizisine Özne-İktidar-Gözetim Üçgeninden Bakmak”, *Akdeniz İnsani Bilimler Dergisi*, 8/1 (2018).

82 “Westworld”, son güncelleme 29 Şubat, 2020, <https://www.hbo.com/westworld>.

kendisi değil; onun göndermede bulunduğu veya gizlediği örtük gerçekliktir”⁸³ Bu nedenle örneklem seçilirken, “filmler asla bir bireyin ürünü değildir”⁸⁴ anlayışından hareketle, sinema eserinin toplumsala ışık tutabilecek bir ön çalışma alanı ve alegorik bir toplumsal temsil serisi olduğu düşünülmüştür. Bu görüşü destekleyen bir röportajdaysa senarist Hakan Günday kendisini şöyle ifade etmiştir: “Yazı benim için öylesine mucizevi bir araç ki beni rahatsız etmeyen konuları anlatmanın büyük bir israf olacağını düşünüyorum”⁸⁵ Reel hayattaki pek çok problemin yansımına Günday’ın kitaplarında da rastlarız ve bu eserler tıpkı Şahsiyet gibi “ben olsam ne yapardım?” sorusunu sordurtacak kadar zihnimize işler. Çünkü herhangi bir kurgunun aslında oralarda bir yerde şu an yaşanıyor oluşunun en ufak bir ihtimali bile, kurgunun aslında distopik yönünden uzaklaşmaya neden olan bir soğuk duş etkisi yaratır. Armutçu’nun⁸⁶ haberinde de olduğu gibi 28 kişinin tecavüzüne maruz kalan 13 yaşındaki bir çocuğun gündelik hayatta da karşımıza çıkıyor oluşu aslında Şahsiyet’in, gerçek hayatın izlerini taşıyan bir senaryosu olduğunu gösterir. Dizinin bu özelliğinin sosyolojik anlamda altı çizilmelidir. Çünkü Özden’in⁸⁷ de belirttiği gibi sinematik öğeler, içinde doğduğu toplumun yaşamını temalarında ve karakterlerinde taşırlar.

İlişki ağlarını anlamanın temel şartı olan o ilişki ağındaki ilişkilere dahil olarak sosyolojik gözlem yapma durumu⁸⁸, bu çalışmada bir dizi özelinde gerçekleştirilmiştir. Bu durum; tüm hareket, söz, jest ve mimikler gibi ilişkileri şekillendiren faktörleri tekrar tekrar inceleme fırsatı verdiği için, video kayıtları üzerinde yapılan bir araştırma biçimi olarak da ele alınabilir. Hemen bu noktada eklenmelidir ki; çalışmanın konumu, ne sinemayı sosyolojiye ne de sosyolojiyi sinemaya indirgeyecek bir yerde değildir.

Problem, konu, sınırlılık ve örneklem bağlamında Şahsiyet dizisinin 12 bölümü izlenmiş ve gerekli yerler çalışmaya uygunlukları bağlamında not alınmıştır. Tekrar tekrar incelenip revize edilen notlar, kuramsal ve kavramsal çerçeve dahilinde tematik kategorilere ayrılmış ve uygunlukları derecesinde çalışmaya aktarılmıştır. Nitel içerik analizi olarak kullanılan bu teknik, araştırmacılar tarafından elde edilen gerek materyal bulguları (doküman, belge, film vb.) gerekse alan deneyimleri (gözlem, görüşme vb.) gibi birincil kaynaktan gelen üstü örtülü verilerin ardında yatan ikincil ve verilmek istenen anlamı ortaya çıkartmaya yönelik bir gayrettir.⁸⁹ Ayrıca Aktör İlişkiler Ağ Kuramı salt bir kuramdan daha çok, maddi semiyotik/materyalist semi-

83 Sertaç Tı mur Demir, “Dijital Aşklar: Sanallık ve Gerçeklik Arasında Bedenin, Mekânın ve İletişimin Tasarımı”, *TRT Akademi*, 1/2 (2016), s.512. (erişim 26.05.2019).

84 Kracauer 2004’ten akt. Bülent Diken, Graeme Gilloch ve Craig Hammond, *Nuri Bilge Ceylan Sineması: Türkiyeli Bir Sinemacının Küresel Hayal Gücü*, çev. Ahmet Nüvit Bingöl, İstanbul: Metis Yayınları, 2018, s.15.

85 Özlem Özdemir, “Şahsiyet: İki Yalnız İnsanın Hikayesi”, *221B Dergisi*, 15 (2018), s.27.

86 “Ağlaya Ağlaya Anlattı”, erişim 26 Mayıs, 2019, <http://www.hurriyet.com.tr/gundem/aglaya-aglaya-anlattı-155966>.

87 Zafer Özden, *Film Eleştirisi: Film Eleştirisinde Temel Yaklaşımlar ve Tür Film Eleştirisi*, İmge Kitabevi, 2014, s.161.

88 Brown ve Capdevila, 1999’dan aktaran George Ritzer, *Modern Sosyoloji Kuramları*, çev., Himmet Hülür, Ankara: De Ki Basım Yayım, 2013, s.517.

89 Nuri Bilgin, *Sosyal Bilimlerde İçerik Analizi: Teknikler ve Örnek Çalışmalar*, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2014, s.1-28.

yotik⁹⁰ bir yaklaşım olarak ele alınabilir, bu nedenle onu bir yöntem olarak nitelendirmek yanlış olmayacaktır.⁹¹

Merriam'ın da belirttiği üzere, “belgeler kapris yapmaz”⁹² ve “hayal dünyası geniş olan bir araştırmacı için hazır bilgi kaynağıdır”⁹³. Çünkü belgeler çoğu zaman; dış etkenlere karşı korunan, bir karışık harici disklerde koca oda dolusu bilgiyi içerebilen ve en önemlisi de çoğaltılabilir özellikleriyle araştırmacılara kolaylıklar sağlayan dokümanlardır. Doküman, “araştırma öncesi elde mevcut olan herhangi bir şey demektir”⁹⁴ ve bu anlamda da bilimsel çalışmalarda kullanılan sinematografik dokümanlar, reel hayatın ilişkilerini anlamamıza olanak sağlayan portatif araçlardır.

“Sanat yapıtının bir yorumunu yapmak, onu özgün bir bakış açısından yeniden betimlemeyi gerektirir.”⁹⁵ Veri analizi de araştırmacının örneklemden elde ettiği verileri bulgulara dönüştürme ve anlayıp yorumlama sürecidir. Veri analizinin uygulanma amacıysa araştırmadaki sorulara cevaplar bulmaktır.⁹⁶ Bu cevaplar kategori ya da temalara ayrılarak cevaplanabilmektedir ve unutulmamalıdır ki; “bütün veri analizleri öncelikli olarak tümevarımsal ve karşılaştırmalıdır.”⁹⁷ Bu amaç doğrultusunda elde edilen içerik analizi bulgularının anlamları, nitel araştırmanın doğasına uygun olarak bölümlere ve parçalara ayrılmış tıpkı “bir soğanın katlarını ayırır gibi”⁹⁸ önce çıkarılıp sonra tekrar birleştirilebilir hale getirilmiştir. Tüm bu özellikleriyle betimsel bir çalışma ortaya konulmuştur. Ayrıca MAXQDA Analytics Pro 2020 paket programı yardımıyla da çalışmada bulunan 3 şekil oluşturulmuştur. Buradaki amaç, çalışmada kullanılan ve elde edilen verilerin nitel araştırmanın özüne uygun bir şekilde yeniden ve daha anlaşılır bir şekilde görselleştirilerek ortaya konmasıdır.

Araştırmanın sınırlılıklarını; Aktör İlişkiler Ağları Kuramı, biyopsikososyal sağlık sosyolojisi yaklaşımı, Merton'ın gerilim yaklaşımı, yöntem açısından içerik analizi ve örneklem olarak Şahsiyet dizisinin 12 bölümü oluşturmaktadır. Ayrıca örneklem bağlamında, dizideki tüm etkileşimler ve ilişki ağları incelenmemiş olup dizinin üretim sürecindeki kamera, oyuncular, çekim süreci gibi reel faktörler de araştırmanın sınırları dışında tutulmuştur.

Bulgular ve Tartışma

Çalışma bağlamında Alzheimer hastalığına değinmek yararlı olacaktır. “Alzheimer hastalığı, Alzheimer demansı sendromu ile sonuçlanan ilerleyici nörodejeneratif bir

90 Odabaş, *Sürdürülebilir Afet*.

91 Hacer Ansal, Mehmet Ekinci, Duygu Kaşdoğan, “Bilim, Teknoloji ve Toplum Çalışmalarına Bir Giriş”, *Toplum ve Bilim*, 144 (2018).

92 Sharan B. Merriam, *Nitel Araştırma: Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber*, çev., ed. Selahattin Turan, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2013, s.131.

93 Merriam, *Nitel Araştırma*, s.131.

94 Merriam, *Nitel Araştırma*, s.131.

95 Lale Kabadayı, *Film Eleştirisi: Kuramsal Çerçeve ve Sinemamızdan Örnek Çözümlemeler*, İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 2018, s.19.

96 Merriam, *Nitel Araştırma*, s.161-162.

97 Merriam, *Nitel Araştırma*, s.167-168.

98 Creswell, *Nitel Araştırma*, s.194-195.

bozukluktur”.⁹⁹ Tam tedavisi olmayan bu hastalık, en sık görülen (%50-70) demans/bunama nedenidir.¹⁰⁰ Tam olarak sebebi bilinmemektedir. Alzheimer’ın üç ana evresi vardır. Erken evrede, unutkanlık, tanıdığı yerlerde kaybolma, çabuk sinirlenme gibi sorunlar yaşanır. Orta evredeyse unutkanlık durumu ilerler ve erken evredeki bozukluklar daha da yoğunlaşır. Geç evrede hasta, tamamen bağımlıdır ve geçmişe yönelik sadece anı kırıntıları hatırlar.¹⁰¹

Şahsiyet dizisinde de Agah, Alzheimer başlangıcı teşhisinin konmasıyla bambaşka birine dönüşür. Bu değişim sürecinde Agah’ın ilişki ağı üç ana başlık altında incelenmiştir. Bunlar: a) toplumsal ve kurumsal çatlaklar, b) hastalığın farkına varılması ve hastalığın kabul edilip hayatın ilişki ağının değişimi ve c) değişen ilişki ağıyla birlikte aktörde, bambaşka edimselliklerin ortaya çıkışı şeklinde özetlenebilir. Genel anlamda münzevi bir yaşam tarzından bir hastalık durumuyla birlikte farklı etmenlerin de etkisiyle cinayete yönelen Agah’ın yaşamını konu alan bu çalışma, dar bir ilişki ağından (tek başına yaşayan emekli memur) geniş bir ilişki ağına (ülke çapında aranan bir seri katil) ve tekrar dar bir ilişki ağına (bakım evine yerleşmesi) uzanan dönüşümün bir analizidir.

Hınca¹⁰² Yol Açan Ayrımlar: Toplumsal ve Kurumsal Çatlaklar

Bu başlık altında Agah’ın cinayet motivasyonuna zemin hazırlayan ve onu toplumsal anlamda rahatsız eden birtakım etkenler ortaya konulacaktır. ANT penceresinden konuya baktığımızda; toplumsal olayların birey üzerinde yarattığı duygusal etkinin (vicdani sorumluluk ya da etik değerlerin ihlali gibi) bir aktanta dönüşüp öznelerin ilişki ağına farklı aktant ve aktörleri dahil edebilecek düzeye gelmesi açısından değerlidir. Çünkü vicdani bir duygulanımsallığın Agah’ın ilişki ağına, hastalık teşhisinden sonraki “nasıl olsa unutacağım” fikri kadar etki ettiği ve ağı dönüştürdüğü ortadadır.

Agah’a ulaştırılan Reyhan’ın günlüğündeki anlatıda ağır ceza hâkimi, öğretmen, hırsız, polis, yoksul, zengin, okumuş, cahil olarak tanımlanan 53 kişinin, 12 yaşındaki Reyhan’a iki sene boyunca tecavüz ettiği yazar (B12, 37:05)¹⁰³. Reyhan’ın erkek arkadaşının bir ağabeyi olarak karşımıza çıkan Cemil’in, kendini okutanlara Reyhan’ı “hediye” ettiğini yine günlükten öğreniriz (B12, 42:06). Bu anlamda Reyhan’ın günlüğü bir aktant ve tecavüzcüler de ilişki ağının birer aktörüdür. Günlükten alınan bazı cümleler, maktullerin alınlarına cinayet sonrasında Agah’ın dizi boyunca verdiği mesajları olarak yapılandırılmıştır. Agah’ın, Nevra’nın cinsel istismar olayını ha-

99 Richard Clark, “Hastalığa Genel Bakış-Alzheimer Hastalığı”, çev., Koray Karabekiroğlu, Aytül Karabekiroğlu ve Beril Taşkın, *Bestmedicine Alzheimer Hastalığı*, haz., Susan Benbow, İstanbul: And Yayıncılık, 2005, s.1.

100 Kaynak Seçimler, “Alois Alzheimer ve Alzheimer Hastalığı”, *Türk Geriatri Dergisi*, 13 (2010), s.9-14. (erişim 26.05.2019).

101 Gözde Dalan Polat, “Alzheimer Hastalığının Antropolojisi”, Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, 2013, s.27-29.

102 Buradaki “hınç” kelimesiyle, İngilizce’deki “grudge” anlamı kastedilmiştir. Grudge: “Geçmişte yapmış oldukları bir şey yüzünden birisine karşı hoşnutsuzluk veya öfke duyma hissi” (“Grudge”, erişim 26 Mayıs, 2019. https://dictionary.cambridge.org/us/dictionary/turkish/grudge_1.2019).

103 Parantez içlerindeki “B7, 36:35” ya da “B12, 01:02:34” gibi ifadeler ilgili sahnenin dizinin neresinde geçtiğini belirtmektedir. Örneğin “B12, 01:02:34” sahnesi, dizinin 12. bölümünde 1. saat 2. dakika 34. saniyesinde geçtiğini gösterir. Süreler, Puhu TV’nin orijinal Şahsiyet dizisi videoları üzerinden tespit edilmiştir.

tırlaması için bıraktığı bu mesajlarda Nevra'nın ağa dahil olması için çağırma görevi üstlendiğinden aktant olarak nitelendirilebilirler.

Dizide bir diğer aktant da Agah'ın torunu Deva'nın, bazı cinayetlerini kedi kostümü giyerek işleyen seri katile ilgi duyan hayranlar için kurduğu web sitesidir. Sitenin adı ve katile taktıkları lakap Köpek Öldüren'dir. Deva, siteye ve katile verilen bu ismin; doğanın kanuna aykırı olduğunu ve zayıfın, güçsüzün, sessizin başkaldırısına örnek teşkil ettiğini söyler. Bu web sitesi üzerinden "Köpek Öldüren'in Kimi Öldürmesini İstersiniz?" şeklinde bir forum kurmuşlardır. Afşin, web sitesindeki durumu şöyle tarif eder: "Ulan kaç kişi yazmış böyle? İnsanlar hayatları boyunca bu anı beklemişler sanki ya. Hani biri sorsa da biz de yazsak diye" (B8, 01:28). Listedeyseniz; parkta çekirdek çitleyip kabuklarını yere atanlar, trafikte sürekli korna çalanlar, herhangi bir kuyrukta arkada çok yakın bekleyenler yer almaktadır. Böylesi durumlardan rahatsızlık duyan herkes, Köpek Öldüren'i alternatif bir adalet sağlayıcı ya da kendileri suya sabunla dokunmadan hınçlarını alacak bir "tetikçi" olarak görür. Bu noktada web sitesi de bir aktanta dönüşmüş ve ilişki ağındaki etkileşimin bir parçası olmuştur. Köpek Öldüren karakterinin cinayetlerini savunanların, ANT'nin yetki aktarma ve dahil etme (delegates and inscription) kavramıyla uygun olduğu görülmektedir. Çünkü anonim bir karakter olarak Köpek Öldüren, toplumdaki hıncın her bireyden ayrı ayrı toplanarak tek bir "tetikçi"ye yüklenen rolünü bize gösterir. Latour'a göre¹⁰⁴ aktör ağın uzunluğu veya genişlemesi etkinliği, gücü ve gerçekliğiyle ilişkilendirilebilir. Bu nedenle Deva ve arkadaşlarının öncülüğünde kurulan bu sitenin zinciri genişlettiği söylenebilir.

Biyolojik Bir Yin-Yang¹⁰⁵: İnsan

Agah çok sevdiği kedisi Münir Bey'i ölmüş halde bulur (B1, 09:29). Bu noktadan sonra Agah'ın hayatı değişmeye başlayacaktır. Kedisini, ölüm nedenini anlamak için veterinerine götürür. Ölüm nedeni akut böbrek yetmezliği ve susuzluktur (B1, 10:02). Kedisinin bakımını aksatan Agah'ın unutkanlık serüveni bu acı tecrübeyle yavaş yavaş ortaya çıkmaya başlar. Münir Bey, bu sahnede bir aktant olarak karşımıza çıkar ve onun ölümü ilişki ağının şekillenme serüveninin ilk adımlarındandır. Bir aktantla etkileşimi sonucunda hayatı değişen Agah, ağdaki mevcut konumunu değiştirmiş, baş aktör olarak yeni ağların da oluşmasını sağlamıştır. Bu, Çetin'in¹⁰⁶ sosyal hayat üzerinde insanlar ve evcil hayvanların etkileşiminin önemine yaptığı vurguyla da tutarlıdır.

Agah tedavi için doktora gider ve hastalığı bir türlü kabullenmez. Testi tekrar yap-

104 1977: 122-123'ten akt. Çağatay Topal, "Meta Fetişizmi: Latourcu Bir Okuma Denemesi", *Mediterranean Journal of Humanities*, 7/2 (2017), s.425. (erişim 26.05.2019).

105 Yin-Yang, "Taoculukta ve Çin halk dininde, uzlaşmaz bir şekilde çelişkili; ama birbirini tamamlayan temel ilkeler döngüsüdür" [René Guénon, "Siyah ve Beyaz (Sembolizm)", çev., Sadık Kılıç, *Atatürk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 23 (2005): 218-219]. Bu öğretiye göre her şey iki kutupludur ve birbirine karşıttır, kutuplar karşıtını muhakkak kendi içinde barındırır, karşılıklı olarak bir diğerine dönüşebilirler ("Yin-Yang", son güncelleme 26 Mayıs, 2019, https://tr.wikipedia.org/wiki/Yin_ile_yang). Bu başlıklaysa insanın içinde hem iyiliği hem de kötülüğü barındırabildiği gibi hem hastalık hem de sağlığın toplumsal eylemdeki önemi kastedilmiştir.

106 Ebru Çetin, "Tüketim Toplumunda Evcil Hayvanların Sahiplenilmesi: Sosyolojik Bir Analiz", *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 20/2 (2017) s.92. (erişim 26.05.2019).

tırmak ister (B1, 14:30). Doktor durumun zor olduğunu bildiğini söyleyerek teşhisin kesinliğinden emindir: Alzheimer başlangıcı (B1, 14:54). Latour ve Woolgar'ın¹⁰⁷ da belirttiği üzere bilim insanının laboratuvar ya da bilimsel literatür ortamındaki bilgiyi gündelik dile çevirme için bir yazma işlemleri zinciri (a chain of writing operations) oluşturduğu söylenebilir. Bu sahnede de doktor, tahlil sonuçlarını Agah'ın anlayacağı şekle dönüştürmüştür. Kısaca Agah, zamanla her şeyi unutacaktır ve ellerinden gelen tek şeyse bu süreci olabildiğince geciktirmektir. Hem hastalığı hem de sağlığı aynı anda bünyesinde barındıran Agah, literatürdeki yarı sağlıklı insan (ill health) durumunun bir örneğidir. Gerek başlıktaki Yin-Yang metaforu gerekse yarı sağlıklılık durumu ANT literatüründeki melezlik (hybrid) durumunun bir yansımasıdır. Çünkü Agah, hastalığıyla canlı ve canlı olmayanların birlikteliğini yansıtan hybrid/melez bir bedendir. Ayrıca Agah'ın kedisinin ölümüne neden olan unutkanlığı getiren rahatsızlığı (illness), burada doktorun Alzheimer başlangıcı teşhisiyle birlikte hastalığa (disease) dönüşmüş olur. ANT literatüründeki tersinemezlik ilkesiyse tam tedavisi ya da geri dönüşü olmayan Alzheimer hastalığında ortaya çıkmıştır. Doktoru Agah'la konuşurken hastalık belirtisi ve ilaçların yan etkisi olarak ani öfke patlamaları olabileceğinden bahseder. ANT literatüründe kara kutu (black box) olarak adlandırılan sürece benzer şekildeki bu durum, Agah'ın doktor randevularında hastalığı hakkında öğrendikleri ve kendi hayatında tecrübe ettikleriyle sürekli aydınlanan bir süreci temsil etmektedir. Kayış'ın¹⁰⁸ alan çalışmasındaki aktörler gibi Agah da sürekli kara kutuyu kurcalayarak ve uzmanlarca ikna edilmeyi bekleyerek ilişki ağına gittikçe dahil olmaktadır.

Yemekli bir geceye arkadaşı Mümtaz'ın ısrarıyla katılan Agah, huysuzluk ederek içki içenlerle dalga geçer. “Sabah hiçbir şey hatırlamayacaklar ne halt ederlerse etsinler” diyerek sesli düşünürken; “Tabii ya, ben her şeyi unutacağım. Hiçbir şey hatırlayacağım ki!” fikrine ulaşır (B1, 32:50). Agah, yeni bir ilişki ağının fitilini zihninde ateşlemiştir ve burada, hastalığı olan Alzheimer bir aktanta dönüşür. Düşünümsellik, bireyin yapıp etmeleri üzerine tutarlı bir şekilde düşünmesi şeklinde açıklanır.¹⁰⁹ Agah da yeni ilişki ağının şekillenmesindeki dönüşüm (translation) işleminin ilk adımı olan problemlleştirme adımını kendini merkeze alarak düşünümsel (reflexive) bir şekilde atmış olur.

Agah ve sevgilisi Nükhet'in gittiği tiyatro oyununda şu sözler geçer: “Vicdan denen şey bağırsak gibidir. Sen uyurken de çalışır” (B4, 54:04). Bu sahnede Agah, tiyatronun ortasında dayanamayarak dışarı çıkar. Odabaş¹¹⁰ ile Odabaş ve Ertong'un¹¹¹ çalışmalarındaki ilişki ağını şekillendiren kuraklık, depresyon, tsunami gibi afet durumları, Agah'ın “unutma” korkusuyla eşleştirilebilir. Çünkü unutmak, insan zihninin yaşayabileceği en büyük çöküşlerden birisidir ve bu durum dizide, geri dönüşü olmayan/tersinemez (irreversibility) bir afet gibi, insanın/aktörün kontrolünde

107 Latour, Bruno ve Stewe Woolgar, *Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts*, Princeton: Princeton University Press, 1986, s.71.

108 Kayış, “Aktör İlişkileri”, s.175.

109 Anthony Giddens, *Modernliğin Sonuçları*, çev. Ersin Kuşdil, İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 2016, s.42.

110 Odabaş, *Sürdürülebilir Afet*.

111 Odabaş ve Ertong, “Social Effects”.

değildir. Ayrıca Agah unutursa vicdani ideali olan cinayetleri işleyemeyecektir. Bu noktada, daha önce göz önünde bulundurulmamış insan olmayan bir unsurun yani hastalık aktantının, A durumundan B durumuna geçişe köprü olup bireyin edimlerinin ciddiye alınmasını sağlayacak etki gücü karşımıza çıkmaktadır.¹¹²

Bireysel Adalet Arayışı: Vigilante¹¹³

Bireysel adalet arayışında olan Agah, daha önce çalıştığı Ardıçhan Adliyesi'nin adli emanet deposu arşivinin anahtarını, depo olarak kullandığı alt katındaki dairesinden alarak ilgili dosyaları almaya gider. Dosyaları alıp adliyeyi ateşe veren Agah, kendi adaletini kuracaktır (B1, 37:20). Walter Benjamin'in¹¹⁴ de belirttiği gibi: "Şiddet ve ahlak arasındaki ilişkinin çerçevesi, hukuk ve adalet kavramları tarafından çizilir". Tıpkı Seçilmişler'in¹¹⁵ çalışmasında da olduğu gibi yasalar, resmi evraklar ve planlar, bundan sonra Agah'ın edimlerini şekillendirecek birer aktant olarak karşımıza çıkacaktır. Dosya çuvalarını arabasının bagajına koyduğu sahnede, arka planda hukuk kurumunun bir uzantısı olan arşiv deposunun yanı sıra, vigilante karakterimizin işe koyulduğunun bir göstergesidir. Buradan sonra yeni bir ilişki ağına dahil olan Agah, evindeki münzevi yaşamından ülke gündeminde konuşulan bir seri katil kimliğine bürünür. Çilingiroğlu'nun¹¹⁶ çalışmasında belirttiği gibi ilişki ağlarının konjonktüre göre şekillenip değiştiği gerçeği bu dönüşüm aşamasında da karşımıza çıkar. Çünkü Agah, 1996 yılındaki cinsel istismar olayına etki edememişken, 2018 yılında o ilişki ağını dönüştürüp şekillendiren baş aktör konumuna gelmiştir. Dönüşüm (translati-on) işleminin dahil olma safhasına geçtiği görülen Agah, artık hastalığı kabul etmiş ve yeni ilişki ağlarına dahil olmaya başlamıştır. Ayrıca hastalık durumu ve Agah'ın edimsel tercihleri ANT'nin yetki aktarma ve dahil etme (delegates and inscription) terimiyle açıklanabilir. Çünkü Agah, gerek hukuk kurumuna gerekse de güvenlik kurumuna etki eden bir ilişki ağını şekillendirmiştir. Dönüştürüm işleminin son adımı olan ittifakların mobilizasyonunu da farklı aktör ve aktantlara ilişki ağları içinde görevler atfederek tamamlamıştır. Çünkü baba, dede, hasta, sevgili ve katil gibi roller üstlendiği farklı ilişki ağlarını değiştirip dönüştürmektedir. Kurduğu ittifakın bir diğer yansıması da Köpek Öldüren web sitesindeki takipçileridir. Onları da harekete geçirmeyi başarmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Bir vaka analizi gibi sosyolog, film anlatısını sosyal bilimler kuramlarından yararlanarak analiz edebilir, pek çok farklı alanda kendisine bu ilişkileri ve pratikleri takip

112 Karakaş, "Toplumsal Hareketler", s.75.

113 Özellikle polis gibi resmi örgütlerin suçu kontrol edemedikleri düşüncesinden hareketle suçu önlemek için gayri resmi olarak, suç işleyen birini yakalamak ya da cezalandırmak için harekete geçen kişi ya da gruplardır ("Vigilante", erişim 28 Mayıs, 2019, <https://dictionary.cambridge.org/tr/s%C3%B6zl%C3%BCk/ingilizce/vigilante>).

114 Walter Benjamin, "Şiddetin Eleştirisi Üzerine", *Şiddetin Eleştirisi Üzerine*, der. ve çev., Aykut Çelebi, İstanbul: Metis Yayınları, 2010, s.19.

115 Töre Seçilmişler, "Koruma Öncelikli Alanlarda Aktör Ağın Çözümlemesi ve Betimlenmesi: İstanbul Tarihi Yarımada Örneği", Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi, 2010, s.104.

116 Çiler Çilingiroğlu, "Arkeolojide İlişkisel ve Simetrik Yönelimler: Bir Giriş", *TAG-Türkiye Toplantısı Bildirileri 2*, haz., Güneş Duru, Kenan Eren ve Elif Koparal, İstanbul: Ege Yayınları, 2017, s.58-59.

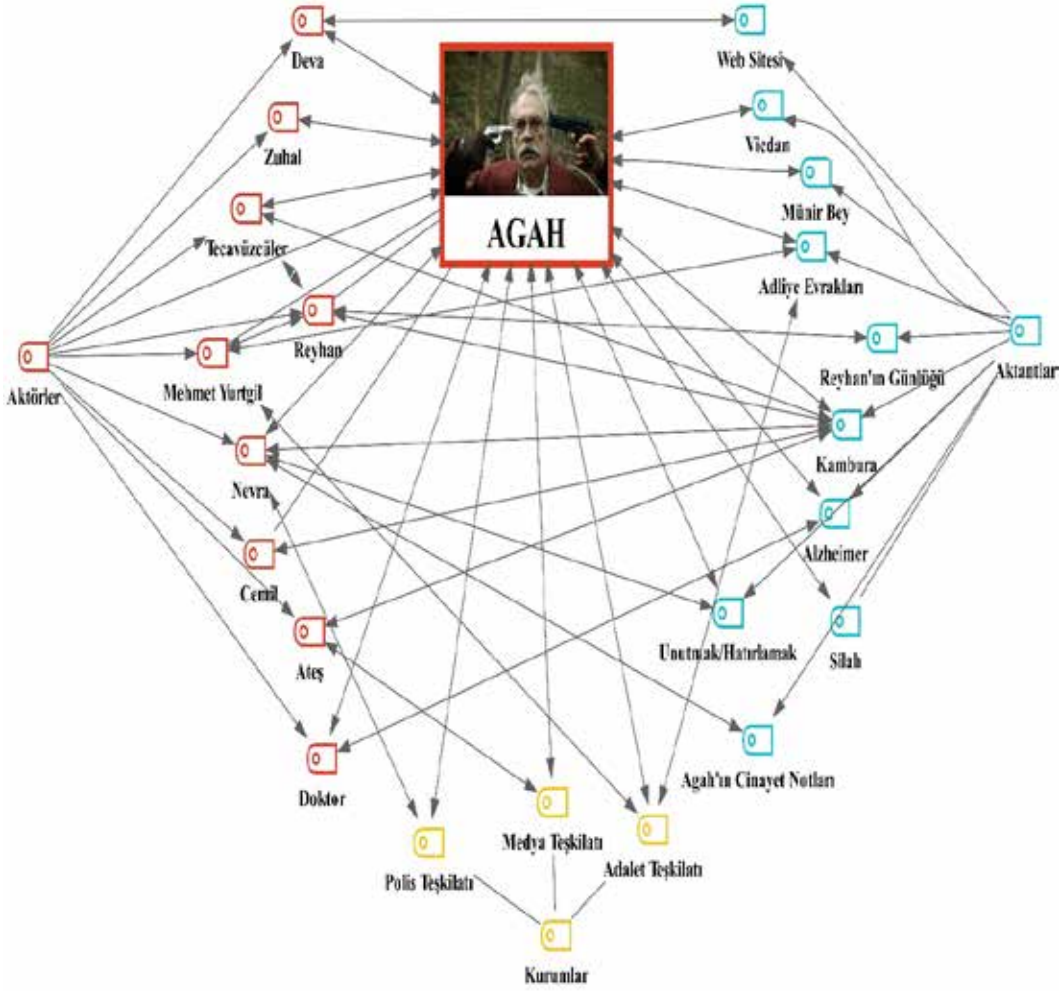
ederek bu ağı haritalandırma¹¹⁷ görevini biçebilir. Sağlık ve hastalık sosyolojisi bağlamında düşünüldüğündeyse, bir film üzerinden bu analizi yapmak bu vakaya daha yakından bakmak için bir hasta dosyası incelemek, yönetmenin kullandığı farklı kareleriye, olayın farklı açılarını deneyimleyen insanları gözlemeleme olarak düşünülebilir. Bu bakış açısı ANT'nin etnometodolojik kökleriyle¹¹⁸ de uyumludur.

Agah'ın önce kısıtlı bir sosyal çevreyle emekli hayatı sürdürdüğü izlenimi ediniriz. Sonrasya ihmal sonucu kedisinin ölmesiyle birlikte hastalık durumunun ilk belirtilerini görürüz. Doktor, Alzheimer başlangıcı teşhisiyle birlikte Agah'ın yıllardır zihninde taşıdığı bir “vicdani ideal/intikam” durumunun toplumsal hayatta karşılık bulmasının yolunu açar. Ülke çapında bir ilişki ağına hitap eden seri cinayetler, Agah'ın ilişki ağının çeşitlenip farklılaşmasına neden olmuştur. Daha sonrasya hastalığının elverdiği kadar intikamını alan Agah, bakımevinde kısıtlı bir ilişki ağına geri dönmüştür. Tüm bu ilişki ağı dönüşümünü Agah'ın Reyhan'ın günlüğüyle (aktant) kurduğu ilişki, Alzheimer hastalığının teşhisi (aktant) ve Agah'ın harekete geçmesi (aktör) şeklinde üç ana noktaya indirgeyebiliriz.

Materyal semiyotik bir analizi işlevsel kılan, buradan çeşitlenen ilişki ağında Agah'ın baba, dede, sevgili, katil, hasta gibi rollerde farklı ilişkileri insan ve insan olmayan unsurlarla yürüttüğünü görmemizi kolaylaştırmasıdır. Vigilante karakterler sinemada yaygın olarak görülse de bunun bir hastalıkla ortaya çıkması ve işlenen suç motivasyonunun bu hastalığın getirdiği dönüşümden kaynaklanması araştırmacıların bu deneyimi ANT üzerinden okumasının başlıca nedenidir. Agah'ın, unutmayı bekleyerek eve kapanmak yerine birçok ilişki ağını etkilediği, yasal olmayan ve anonim bir şekilde unutmaktan korkarak geçmişin intikamını aldığı görülmektedir. Dizi boyunca kadraja yansıyan toplamda 12 cinayet işleyen Agah, hedeflerini kimi zaman ölüme terk etmiş, kimi zaman da hedeflerin kendini asmasına yardım etmiştir. Tabanca, yastık, bomba gibi silah nitelikli aletler Agah'ın cinayet işlerken kullandığı nesnelere dir. Hukukla girdiği ilişkide sorun yaşayan Agah'ın tüm ilişki ağı, hastalığın da bu ağa dahil olmasıyla dönüşmüştür. Dizideki aktör ve aktantlar genel itibarıyla Şekil 3'teki gibi bir ilişki yumağını oluşturmuştur.

117 Karakaş, “Toplumsal Hareketler”.

118 Allan McDougall vd., “Beyond the Realist Turn: A Socio Material Analysis of Heart Failure Self Care”, *Sociology of Health & Illness*, 40/1 (2018): s.20. (erişim 27.05.2019).



Şekil 3: Hastalık Sonrası Agah'ın İlişki Ağı

Şahsiyet her şeyden önce bir toplumsal eleştiridir. Bu diziyi, resmin geneline bakıp olay örgüsünden bağımsız düşündüğümüzdeyse; toplumdaki ve kurumlardaki çatlakların çok büyük kırıklara sebep olabileceği, bireysel adalet arayışlarının toplumlarda taraftar bulabileceği, haksızlığa uğrayanların hakkının resmi yollarca korunup gözetilmesi mecburiyeti gözler önüne serilmektedir. Mollae'r'in, Milan Kundera'dan aktardığı gibi: "İktidara karşı mücadele belleğin unutuşa karşı mücadelesi"¹¹⁹ olmuş ve Şahsiyet aslında Türkiye'nin pek çok toplumsal sorununa değinerek bir alegori oluşturmuştur. Toplumsal hafızadaki istismar gibi şiddet olaylarını hatırlamayı Nevra karakterinde ve bu olayların üzerini örtmeyi de Cemil karakterinde bir Türkiye alegorisi olarak görebiliriz.

Zizek'in¹²⁰ belirttiği üzere her ne kadar "filmler yalan söylerken bile toplumsal yapımızın canevindeki yalanı" anlatsalar da Özden'in¹²¹ altını çizdiği bir diğer nokta

119 "Bir Türkiye Alegorisi: Şahsiyet Dizisi Üzerine".

120 Slavoj Zizek, "Sunuş: Toplumsalın Kalbindeki Film", *Filmlerle Sosyoloji*, yaz. Bülent Diken & Carsten B. Laustsen, çev. Sona Ertekin, İstanbul: Metis Yayınları, 2016, s.15.

121 Zafer Özden, *Film Eleştirisi: Film Eleştirisinde Temel Yaklaşımlar ve Tür Film Eleştirisi*, İmge Kitabevi, 2014,

önemlidir: Sinematik öğelerin içinde yer alan kültürel kodlar, problemler ve çözüm yolları her ne kadar kurgu bir yapı sergilese de bu sinematik öğelerden etkilenen bireylere gerçek hayatta yol gösterici düşünce, tutum ve davranış kalıpları empoze edebileceğinden, dizinin illegal yollardan bireysel adalet arayışının tehlikeli sularında yüzdüğü söylenebilir.

Şahsiyet ve benzeri eserlerin sosyolojik, kriminolojik, psikolojik, felsefi, hukuki, adli ve etik gibi pek çok kuramsal temelle ele alınması önerilmektedir. Şahsiyet, Erbalaban Gürbüz'ün¹²² çalışmasındaki gibi toplumsal cinsiyet perspektifinden, Doyuran'ın¹²³ çalışmasında olduğu gibi eleştirel söylem çözümlemesi yapılarak ya da IMDb'de gelmiş geçmiş en iyi 250 dizi listesine girmesi sebebiyle Sayar ve Sayar'ın¹²⁴ çalışmasındaki gibi Gündem Belirleme Kuramı'ndan hareketle de çalışılabilecek bir dizidir. Bununla birlikte Evlioğlu'nun¹²⁵ ve Yuvayapan'ın¹²⁶ çalışmalarında olduğu gibi; medya, temsil, ideoloji, suç ve ceza gibi alt başlıkların hepsi teker teker ya da semsiye bir çalışmayla bir araya getirilebilir.

Teşekkür

Kıymetli yorumları için Prof. Dr. Ayşe AZMAN, Prof. Dr. Yaşar ERJEM ve Doç. Dr. Zuhâl Yonca ODABAŞ'a teşekkür ederiz.

Kaynakça

- Adak, Nurşen. "Sağlık Sosyolojisinin Temel Kavramları". *Sağlık Sosyolojisi*. Mevlüt Özben. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, 2016.
- Ansal, Hacer, Mehmet Ekinci ve Duygu Kaşdoğan. "Bilim, Teknoloji ve Toplum Çalışmaları'na Bir Giriş". *Toplum ve Bilim*. 144 (2018): 9-38.
- Armutçu, Emel. "Ağlaya Ağlaya Anlattı". Erişim 26 Mayıs, 2019. <http://www.hurriyet.com.tr/gundem/aglaya-aglaya-anlattı-155966>.
- Atay, Tayfun. Erişim 15 Aralık, 2019. "Ya Alzheimer Ya Cinayet: Bir Şaheserdir Şahsiyet!", <https://t24.com.tr/yazarlar/tayfun-atay-pazar/ya-alzheimer-ya-cinayet-bir-saheserdir-sahsiyet,24668>.
- Atay, Tayfun. Erişim 26 Mayıs, 2019. "Unutabilmenin 'Vicdani-Cinai' Ferahlığı!", http://www.cumhuriyet.com.tr/koseyazisi/944765/Unutabilmenin__vicdani-cinai__ferahligi_.html.
- "Ayaklı Gazete TV Yıldızları". Erişim 26 Mayıs, 2019. <http://www.ayakligazete.com/>

s.160.

122 Nilay Özge Erbalaban Gürbüz, "Korkuyorum Anne'de Hegemonik Erkekliğin Yapı Sökümü", *Ankara Üniversitesi İlefl Dergisi*, 3/2 (2016).

123 Levent Doyuran, "Medyatik Bir Çalışma Alanı Olarak Eleştirel Söylem Çözümlemesi (Televizyon Dizileri Örneğinde)", *Erciyes İletişim Dergisi*, 5:4 (2018).

124 Tahsin Eren Sayar ve Banu Sayar, "Black Mirror Dizisi 'The National Anthem' Bölümü'nün Gündem Belirleme Kuramı Üzerinden İncelenmesi", *Stratejik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2/1 (2018). (erişim 26.05.2019).

125 Eda Evlioğlu, "Televizyon Dizilerinde Suç ve Cezanın Temsili: Karadağ Dizisi", Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, 2016.

126 Emel Yuvayapan, "Sinemada Suç ve Ceza-Modern Toplumlarda Adalet Arayışının Sinemada Temsili", Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, 2006.

- ayakli-gazete-yilin-enleri-belli-oldu-2/.
- Bayar, Armoni. "Woman Representation in Turkish Detective Series: Şahsiyet", *International Perspectives on Feminism and Sexism in the Film Industry*. Gülşah Sarı ve Derya Çetin. ABD: IGI Global, 2020.
- Baydar, Salih Cenap. Erişim 27 Şubat, 2020. <https://www2.karar.com/yazarlar/salih-cenap-baydar/sahsiyet-12563>.
- Benjamin, Walter. "Şiddetin Eleştirisi Üzerine". *Şiddetin Eleştirisi Üzerine*. Der. ve çev., Aykut Çelebi. İstanbul: Metis Yayınları, 2010.
- Bilgin, Burcu. "Şahsiyet: Dizi Finali Bize Neler Anlattı?". Erişim 26 Mayıs, 2019. <http://sinekafe.com/sahsiyet-dizi-finali-bize-neler-anlatt/>.
- Bilgin, Nuri. *Sosyal Bilimlerde İçerik Analizi: Teknikler ve Örnek Çalışmalar*. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2014.
- Bozkurt, Veysel. *Değişen Dünyada Sosyoloji: Temeller, Kavramlar, Kurumlar*. Bursa: Ekin Basım Yayın, 2011.
- Cambridge Dictionary. "Grudge". Erişim 26 Mayıs, 2019. https://dictionary.cambridge.org/us/dictionary/turkish/grudge_1.
- Cambridge Dictionary. "Vigilante". Erişim 26 Mayıs, 2019. <https://dictionary.cambridge.org/tr/s%C3%B6z%C3%BCk/ingilizce/vigilante>.
- Cirhinlioğlu, Zafer. *Sağlık Sosyolojisi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2001.
- Clark, Richard. "Hastalığa Genel Bakış-Alzheimer Hastalığı". Çev. Koray Karabekiroğlu, Aytül Karabekiroğlu ve Beril Taşkın. Haz., Susan Benbow. *Bestmedicine Alzheimer Hastalığı*. İstanbul: And Yayıncılık, 2005.
- Cömert, Özge ve Yelda Sevim. "Çocuk ve Suç İlişkinin Sosyolojik Suç Kuramları ile İncelenmesi". *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 6/1 (2017): 29-40. (erişim 26.05.2019).
- Creswell, John H. *Nitel Araştırma Yöntemleri: Beş Yaklaşım Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni*. Çev., Ayfer Budak ve İbrahim Budak. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2016.
- Çakır, Gencer. Erişim 15 Aralık, 2019. "Şahsiyet'in Düşündürdükleri...", <http://www.ekdergi.com/sahsiyetin-dusundurduklari/>.
- Çayır, Hande. Erişim 27 Şubat, 2020. "Şahsiyet Dizisinin Trans Kadını Naz'ın Sorunlu Temsili". <https://t24.com.tr/yazarlar/hande-cayir/sahsiyet-dizisinin-trans-kadini-naz-in-sorunlu-temsili-hakkinda,25106>.
- Çetin, Ebru. "Tüketim Toplumunda Evcil Hayvanların Sahiplenilmesi: Sosyolojik Bir Analiz". *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*. 20/2 (2019): 89-107. (erişim 26.05.2019).
- Çilingiroğlu, Çiler. "Arkeolojide İlişkisel ve Simetrik Yönelimler: Bir Giriş". *TAG-Türkiye Toplantısı Bildirileri 2*. Haz., Güneş Duru, Kenan Eren ve Elif Koparal. İstanbul: Ege Yayınları, 2017.
- Demir, Ayşe Bilge. "Şahsiyet Dizisindeki Unutma-Şahsiyet İlişkinin Nietzscheci Görünümleri". Erişim 26 Mayıs, 2019. <https://dusunbil.com/sahsiyet-dizisindeki-unutma-sahsiyet-iliskisinin-nietzscheci-gorunumleri/>.
- Demir, Sertaç Tı mur. "Dijital Aşklar: Sanallık ve Gerçeklik Arasında Bedenin,

- Mekânın ve İletişimin Tasarımı”. *TRT Akademi*. 1/2 (2016): 508-527. (erişim 26.05.2019).
- Diken, Bülent ve Carsten Bagge Laustsen. *Filmlerle Sosyoloji*. Çev., Sona Ertekin. İstanbul: Metis Yayınları, 2016.
- Diken, Bülent. Graeme Gilloch ve Craig Hammond. *Nuri Bilge Ceylan Sineması: Türkiyeli Bir Sinemacının Küresel Hayal Gücü*. Çev., Ahmet Nüvit Bingöl. İstanbul: Metis Yayınları.
- Doyuran, Levent. “Medyatik Bir Çalışma Alanı Olarak Eleştirel Söylem Çözümlemesi (Televizyon Dizileri Örneğinde)”. *Erciyes İletişim Dergisi*. 5:4 (2018): 301-323.
- Dönmez, Dağhan. “Şahsiyet Aslında Kimdi?”. Erişim 26 Mayıs, 2019. <http://www.eskimeyentakiplar.com/sahsiyet-aslinda-kimdi/>.
- Ekşi Sözlük. “Şahsiyet”. Erişim 27 Şubat, 2020. <https://eksisozluk.com/sahsiyet-dizi--5572069?p=1>.
- “Emmy Ödülleri Cumhuriyet Gazetesi”. Erişim 15 Aralık, 2019, <http://www.cumhuriyet.com.tr/video/video/1704458/iste-haluk-bilginerin-odul-alirken-yaptigi-tarihi-konusma.html>.
- Engel, George L. “The Clinical Application of the Biopsychosocial Model”. *American Journal of Psychiatry*. 137 (1980): 535-544. (erişim 26.05.2019).
- Engel, George L. “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine”. *Science*. 196/4286 (1977): 129-137. (erişim 26.05.2019).
- Erbalaban Gürbüz, Nilay Özge. “Korkuyorum Anne’de Hegemonik Erkekliğin Yapı Sökümü”. *Ankara Üniversitesi İlef Dergisi*. 3/2 (2016): 125-142.
- Evlüoğlu, Eda. “Televizyon Dizilerinde Suç ve Cezanın Temsili: Karadayı Dizisi”. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, 2016.
- “Galatasaray Üniversitesi EN Ödülleri”. Erişim 26 Mayıs, 2019. https://www.ntv.com.tr/sanat/sahsiyet-2018in-en-iyi-internet-dizisi-secildi,Scw3ymGd306d06-Fa9o_zQ.
- Giddens, Anthony. *Modernliğin Sonuçları*. Çev., Ersin Kuşdil, İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 2016.
- Giddens, Anthony. *Sosyoloji*. Çev., Hüseyin Özel. İstanbul: Kırmızı Yayınları, 2012.
- Guénon, René. “Siyah ve Beyaz (Sembolizmi)”. Çev., Sadık Kılıç. *Atatürk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 23 (2005): 217-222.
- Gündoğmuş, Buket. “Hangi Şahsiyet Dizisi Karakterisin?”. Erişim 27 Şubat, 2020. <https://onedio.com/haber/hangi-sahsiyet-dizisi-karakterisin-819481>.
- Gündüz, Ali ve Günnur Ertong Attar. “‘Her Kahramanın Bir Kodu Vardır’: Westworld Dizisine Özne-İktidar-Gözetim Üçgeninden Bakmak”. *Akdeniz İnsani Bilimler Dergisi*. 8/1 (2018): 187-201. (erişim 26.05.2019).
- Gündüz, Ali. “Şahsilikten Uzaktır Şahsiyet: Şahsiyet (2018) Dizisinin Düşündürdükleri Üzerine”. *Pharmakon Felsefe Dergisi*. 5 (2018): 39-42.
- Hançer, Zuhale Yonca. “Sürdürülebilir Afet Yönetimi ve Kadın”. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, 2009.
- IMDb Top 250. Erişim 17 Aralık, 2019. <https://www.imdb.com/chart/toptv/>.

- İpşiroğlu, Zehra. “UNUTMA/Şahsiyet Dizisi Üzerine”. Erişim 26 Mayıs, 2019. <https://www.dirensanat.com/2018/07/22/zehra-ipsiroglu-unutma-sahsiyet-dizi-si-uzerine/>.
- Kabadayı, Lale. *Film Eleştirisi: Kuramsal Çerçeve ve Sinemamızdan Örnek Çözümler*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 2018.
- Karakaş, Öznur. “Toplumsal Hareketler, Ağlar ve Beden”. *Toplum ve Bilim*. 144 (2018): 68-88.
- Kasapoğlu, Aytül. “Giriş”, *Madalyonun İki Yüzü: Hastalık ve Sağlık*. Aytül Kasapoğlu. Ankara: Phoenix Yayınevi, 2008.
- Kayaalp, Ebru ve Onur Arslan. “Belirsizliğin Bilimi: Beklenen İstanbul Depremi ve Uzmanlar Antropolojisi”. *Toplum ve Bilim*. 144 (2018): 124-146.
- Kayış, Abdullah Cengiz. “Aktör İlişkileri Kuramı ve Barajlar: Yusufeli Barajı Örneği”. *Karadeniz Araştırmaları*. 14/56 (2017): 159-183. (erişim 26.05.2019).
- Kaynak, Hande ve Denizci Nazlıgül, Merve. “Alzheimer Hastalığına Bilişsel Süreçler ve Klinik Çerçeveden Bakış: Şahsiyet Dizisinin Kritik İncelemesi”. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*. 6 (2019): 204-222.
- Kızmaz, Zahir, “Şiddetin Sosyo-Kültürel Kaynakları Üzerine Sosyolojik Bir Yaklaşım”, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16/2 (2006): 247-267. (erişim 27.05.2019).
- Kızmaz, Zahir. “Kriminolojide Yeni Yönelimler: Bütünleşik (Integrated) Suç Kuramları-1”. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 15/2 (2005): 349-377. (erişim 27.05.2019).
- Korsgaard, Steffen. “Entrepreneurship as Translation: Understanding Entrepreneurial Opportunities through Actor-Network Theory”. *Entrepreneurship & Regional Development*. 23 (2011): 661-680. (erişim 27.05.2019).
- Latour, Bruno ve Stewe Woolgar. *Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts*. Princeton: Princeton University Press, 1986.
- Latour, Bruno. “Tarde ve Toplumsalın Sonu”. Çev., Fırat Berksun, Emre Koyuncu ve P. Burcu Yalım. *Tesmeralsekdiz*. 2/3 (2008): 34-49. (erişim 27.05.2019).
- Latour, Bruno. *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- Malla Mahmoud, Mohammad. “Bir Mimari Tasarım Sürecinin Aktör Ağ Teorisi ile Okunması”. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, 2015.
- McDougall, Allan, Elizabeth Anne Kinsella, Mark Goldszmidt, Karen Harkness, Patricia Strachan and Lorelei Lingard. “Beyond the Realist Turn: A Socio Material Analysis of Heart Failure Self Care”. *Sociology of Health & Illness*. 40/1 (2018): 218-233. (erişim 27.05.2019).
- Merriam, Sharan B. *Nitel Araştırma: Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber*. Çev. ve ed. Selahattin Turan. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2013.
- Mevzuat Bilgi Sistemi. “Türk Ceza Kanunu”. Erişim 26 Mayıs, 2019. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>.
- Miles, Jeffrey A. “Aktör Ağ Kuramı”. *Yönetim ve Organizasyon Kuramları*. Çev., De-

- niz Yetkin Aker. Haz., Mustafa Polat ve Korhan Arun. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2016.
- Mollaer, Fırat. "Bir Türkiye Alegorisi: Şahsiyet Dizisi Üzerine". Erişim 26 Mayıs, 2019. http://www.birikimdergisi.com/guncel-yazilar/9063/bir-turkiye-alegorisi-sahsiyet-dizisi-uzerine#.XGX_6ugzZPY.
- Mollaer, Fırat. *Yerlililiğin Retoriği*. Ankara: Phoenix Yayınevi, 2018.
- Mutlu, Arif. "Şahsiyet: 'Bu Dizide AKP Yokmuş Gibi Davranıyoruz'", <https://gazetehayir.com/sahsiyet-bu-dizide-akp-yokmus-gibi-davraniyoruz-arif-mutlu/amp/>.
- Odabaş, Zuhul Yonca ve Ertong, Günnur. "Social Effects of Disasters as Actants: A Comparison of 1999 Marmara Earthquake, Turkey and 2004 Tsunami", *Ankara Üniversitesi Çevre Bilimleri Dergisi*. 3/2 (2011): 47-54. (erişim 26.05.2019).
- Odabaş, Zuhul Yonca. *Sürdürülebilir Afet Yönetimi ve Kadın*. Ankara: Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Yayınları, 2010.
- ODTÜ Medya Müzik Ödülleri. Erişim 26 Mayıs, 2019. <https://neizledik.com/odtu-den-sahsiyet-ve-sebnem-bozokluya-odul/>.
- Özbaş Anbarlı, Züleyha. "Dijital Televizyon Dizilerinde Hegemonik Erkeklik". *Erciyes İletişim Dergisi*. 1 (2019): 81-104.
- Özdemir, Özlem. "Şahsiyet: İki Yalnız İnsanın Hikayesi". *221B Dergisi*. 15 (2018): 24-28.
- Özden, Zafer. *Film Eleştirisi: Film Eleştirisinde Temel Yaklaşımlar ve Tür Film Eleştirisi*. İmge Kitabevi, 2014.
- Polat, Gözde Dalan. "Alzheimer Hastalığının Antropolojisi". Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, 2013.
- "PuhuTV Yardım Merkezi". Erişim 26 Mayıs, 2019. <https://puhutv.com/yardim-merkezi>.
- Ritzer, George. *Modern Sosyoloji Kuramları*. Çev., Himmet Hülür. Ankara: De Ki Basım Yayım, 2013.
- Rodríguez-Giralt, Israel. "Social Movements as Actor-Networks: Prospects for a Symmetrical Approach to Doñana's Environmentalist Protests". *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*. 56 (2011): 13-35. (erişim 26.05.2019).
- Ryan, Michael. "Sinema Politikaları: Söylem, Psikanaliz, İdeoloji". Çev., Hakan Erkiş. *Sinecine*. 6/2 (2015): 77-90. (erişim 26.05.2019).
- Sayar, Tahsin Eren ve Banu Sayar. "Black Mirror Dizisi 'The National Anthem' Bölümünün Gündem Belirleme Kuramı Üzerinden İncelenmesi". *Stratejik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2/1 (2018): 49-60. (erişim 26.05.2019).
- Seçilmişler, Töre ve Zekiye Yenen. "Koruma Sorunsalına İlişkin Kuramsal Bir Değerlendirme: Kurumsal (Alan Yönetimi) ve Çoğulcu (Aktör Ağ Teorisi) Yaklaşımların Karşılaştırması". *Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezlerinden Üretilmiş Yayınlar*. 3 (2011): 375-384. (erişim 26.05.2019).
- Seçilmişler, Töre. "Koruma Öncelikli Alanlarda Aktör Ağın Çözümlemesi ve Belimlenmesi: İstanbul Tarihi Yarımada Örneği". Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi, 2010.

- Selekler, Kaynak. "Alois Alzheimer ve Alzheimer Hastalığı". *Türk Geriatri Dergisi*. 13 (2010): 9-14. (erişim 26.05.2019).
- Slattery, Martin. *Sosyolojide Temel Fikirler*. Çev., Özlem Balkız, Gülhan Demiriz, Hacer Harlak, Cevdet Özdemir, Şebnem Özkan ve Ümit Tatlıcan. Ankara: Sentez Yayıncılık, 2017.
- Şahin, Arzu. "Unutmak En Büyük Cinayettir". *Hayal Perdesi*. 65 (2018): 58-61.
- Şahsiyet Blog. Erişim 26 Mayıs 2019, <https://neokudumneizledim.blogspot.com/2018/11/dizi-incelemesi-sahsiyet.html>.
- "Şahsiyet Dizisi Bahisleri". Erişim 26 Mayıs, 2019. <https://www.bilemezsin.com/ai-lemizin-seri-katili-icimizden-biri-agah-beyoglu-4-bolumde-sadece-1-kisiyi-ol-durecek--50080>.
- "Şahsiyet Dizisi İzlenme Sayısı". Erişim 15 Aralık, 2019. https://www.ntv.com.tr/sanat/emmy-odulu-sahsiyete-ilgiyi-20-kat-artirdi-puhutvde-ucretsiz-izle,uXf_MYPdg025Ole1hQxcKA.
- "Şahsiyet Dizisi Meksika'ya Uyarlanıyor". Erişim 26 Mayıs, 2019. <https://neizledik.com/sahsiyet-dizisi-meksikaya-uyarlaniyor/>.
- Şahsiyet Dizisi Satış Sayısı. Erişim 15 Aralık, 2019, <https://www.birgun.net/haber/haluk-bilginer-e-odul-kazandiran-sahsiyet-dizisi-hakkinda-bilmeniz-gerekenler-277757>.
- "Şahsiyet Dizisinin Müzikleri Listelerde Üst Sıraları Zorluyor!". Erişim 26 Mayıs, 2019. <http://www.ranini.tv/haber/30567/1/sahsiyet-dizisinin-muzikleri-listelerde-ust-siralari-zorluyor>.
- Şahsiyet IMDb. Erişim 17 Aralık, 2019. <https://www.imdb.com/title/tt7920978/>.
- Şahsiyet Instagram. Erişim 27 Şubat, 2020. <https://www.instagram.com/sahsiyetzizi/?hl=tr>.
- Şahsiyet PuhuTV. Erişim 27 Şubat, 2020. <https://puhutv.com/sahsiyet-detay>.
- Şahsiyet Twitter. Erişim 26 Mayıs, 2019. <https://twitter.com/sahsiyetzizi/status/975092349863940097>.
- Şeker, Şadi Evren. "Aktör Ağ Teorisi (Actor Network Theory)". *YBS Ansiklopedisi*. 1/1 (2014): 14-15. (erişim 26.05.2019).
- T.C. Adalet Bakanlığı. "Adli İstatistikler 2018". Erişim 26 Mayıs, 2019. http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/istatistik_2018/istatistik2018.pdf.
- Tatlı, Öykü. "Türk Seri Katil Dizisi". Erişim 26 Mayıs, 2019. <https://unifestal.com/seriefilm/turk-seri-katil-dizisi-sahsiyet/>.
- TDK. "Agah". Erişim 3 Şubat, 2019. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=4270.
- Tecim, Erhan. *Sağlık Sosyolojisi*. Konya: Çizgi Kitabevi, 2018.
- Topal, Çağatay. "Meta Fetişizmi: Latourcu Bir Okuma Denemesi". *Mediterranean Journal of Humanities*. 7/2 (2017): 423-435. (erişim 26.05.2019).
- Torun, Tolga ve Özüm Eğilmez. "Yerleşiklik ve İlişkileri Anlamada Ağ Düzenegi Kuramı: Sosyolojik Bakış". *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 42 (2014): 69-76. (erişim 26.05.2019).

- Tutgun-Ünal, Aylin. “Sosyal Medya Bağımlılığı: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma”. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, 2015.
- Türk Tıp Öğrencileri Birliği. Erişim 26 Mayıs, 2019. <https://fav10.net/forum/threads/t%C4%B1p-%C3%96%C4%9Frencilerinden-%C5%9Eahsiyete-%C3%96d%C3%BC.286425/>.
- Westworld Dizisi. “Westworld”. Erişim 29 Şubat, 2020. <https://www.hbo.com/westworld>.
- Yetişkin, Ebru. “Bir Başka Laboratuvar: B(Ağ)Sal Kürasyon”. *Toplum ve Bilim*. 144 (2018): 38-68.
- Yin-Yang. Erişim 26 Mayıs, 2019. https://tr.wikipedia.org/wiki/Yin_ile_yang.
- “YTÜ İşletme Kulübü 17. Yılın Yıldızları Ödülleri”. Erişim 19 Kasım, 2019. <https://www.ayyapim.com/tr-tr/odullerimiz>.
- Yuvayapan, Emel. “Sinemada Suç ve Ceza-Modern Toplumlarda Adalet Arayışının Sinemada Temsili”. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, 2006.
- Zizek, Slavoj. “Sunuş: Toplumsalın Kalbindeki Film”. *Filmlerle Sosyoloji*. Yaz. Bülent Diken ve Carsten B. Laustsen. Çev., Sona Ertekin. İstanbul: Metis Yayınları, 2016.
- “2019 International Emmy Awards”. Erişim 15 Aralık, 2019. <https://www.iemmys.tv/2019-international-emmy-winners-announced-at-gala-in-new-york/>.

Actor Network, Health-Illness and Crime: A Discussion over Sahsiyet (Persona) Mini-Series

ALİ GÜNDÜZ

GÜNNUR ERTONG ATTAR

Abstract: *This study evaluates the transformation of a subject's network through illness and murder and investigates this transformation in the context of the Actor Network Theory and with the example of Persona (Sahsiyet) mini-series. The main motivation of the research originates from the transformation of an individual experience into a social influence and from the possibility that the fiction in Persona may turn into reality in any time. Departing from Diken and Laustsen's¹²⁷ principle of "When we talk about film, we talk about society.", the study approaches the evolution of illness into serial murder from the biopsychosocial point of view and through Merton's concept of crime that builds upon strain. The results show that an illness may have radical effects on an individual's life and that accumulating social and institutional fractures such as ignoring in justices may cause individual quests for justice by turning into deep social wounds.*

Keywords: *Actor Network Theory, Sahsiyet (Persona) mini-series (2018), Sociology of health and illness, Alzheimer, Individual quests for justice.*

127 Diken ve Laustsen, *Filmlerle Sosyoloji*, s.35.

Received 16 June 2019

Received in revised form 3 March 2020

Accepted 5 March 2020



Yayın Koşulları / Publication Rules

1. İnsan ve İnsan Bilim Kültür Sanat ve Düşünce Dergisi üç ayda bir elektronik olarak yayımlanan, erişime açık hakemli bir dergidir. Bahar, Yaz, Güz ve Kış sayıları Nisan, Temmuz, Ekim ve Ocak aylarında yayımlanır.
2. İnsan ve İnsan Bilim Kültür Sanat ve Düşünce Dergisi çok alanlı bir dergidir. Çevre, edebiyat, eğitim, etik, felsefe, hukuk, iktisat, iletişim, işletme, sanat, siyaset, şehir, tarih, toplum, uluslararası ilişkiler, yönetim ve yöntembilim alanlarında insana dair, özgün bakış açısına sahip akademik araştırma, inceleme ve çalışmalara yer verir.
3. Dergiye gönderilecek yazılar özgün olmalıdır, daha önce başka bir yerde yayımlanmış veya yayımlanmak üzere gönderilmiş olmamalıdır.
4. Dergiye gönderilen makalelerin yazım bakımından son denetimleri yapılmış; yayımlanmaya hazır olarak gönderilmiş olmalıdır. Bu kapsamda, yazım yanlışları bulunan veya yazım koşullarını sağlamayan makaleler değerlendirilmeye alınmaz.
5. Editörler tarafından ön/biçimsel incelemesi yapılan eserler, değerlendirilmek üzere Yayın Kurulu'na sunulur. Yayın Kurulunca incelenen eserler, anonim en az iki hakeme gönderilir; hakemlerin raporları doğrultusunda, makalenin yayımlanmasına; hakemden gelen rapor çerçevesinde düzeltme istenmesine ya da yayımlanmamasına karar verilir. Yazar, verilen karardan, en kısa zamanda ve e-posta yolu ile haberdar edilir. Tamamlanmış veya düzeltilmiş yazı, Yayın Kurulu'nca tekrar hakeme gönderilebilir.
6. Yazılar Microsoft Word (Microsoft Office 98 ve üzeri sürümler) formatında olmalıdır. Yazı içinde resim, grafik, şekil veya tablolar kullanılmışsa, bu öğeler orijinal resim veya excel dosya olarak ayrı ayrı gönderilmelidir.
7. Dergiye gönderilecek yazılar Türkçe veya İngilizce olabilir.
8. Başlık yazısının altında yazar veya yazarların adları sıralı olarak yazılmalıdır. Yazar ad/adları yazılırken herhangi bir akademik unvan belirtilmez. Yazar veya yazarların unvanı ilk sayfanın altında (*) işareti ile gösterilir. Unvandan sonra, yazarın görev yaptığı kurum (Üniversite, fakülte, bölüm veya diğer) adı belirtilir. Akademik unvan dışında başka unvan kullanılmaz.
9. Makalelerde, 120-150 kelime arası Türkçe ve İngilizce öz / abstract, 3 ile 5 arası anahtar kelime yer almalıdır. Türkçe makalelerde, Türkçe öz ilk sayfada; İngilizce abstract ise başlığı ile birlikte yazının sonunda yer alır. İngilizce makalelerde ise İngilizce abstract ilk sayfada, Türkçe öz başlığı ile birlikte yazının sonunda yer alır.
10. Dergiye gönderilen yazılarda Chicago dipnot-kaynakça sistemi kullanılmalıdır. (bkz. Atıf ve kaynakça yazım kılavuzu ve son sayısında çıkan makale örnekleri).

11. Yazıyla birlikte yazarın (veya yazarların) iletişim bilgileri (adı, unvanı, çalıştığı kurum, açık adresi, kolay ulaşım sağlanabilecek telefon numaraları, elektronik posta adresleri, ORCID ID vb.) editörlere ulaştırılmalıdır.

12. Yayına kabul edilen yazıların yazar(lar)ı tarafından “Etik Sorumluluk Beyanı Formu” doldurularak editörlere iletilmelidir.

Ayrıntılı bilgi için bkz., <http://insanveinsan.org/yayin-kosullari>

For “Publication Rules” in English, see, <http://insanveinsan.org/en/yayin-kosullari>

Yazım Kuralları

A4 Kağıt düzeni

Kenar boşlukları: Sol: 3,5 cm Sağ: 3,5 cm Üst: 2,5 cm Alt: 2,5 cm

Metin içi

Yazı tipi: Times New Roman

Punto büyüklüğü: 12 pt

Hizalama: İki yana yaslı

Paragraflarda girinti boşluğu: Sol: 0 pt Sağ: 0 pt Özel: Yok

Paragraf aralığı: Önce: 8 pt Sonra: 0 pt Satır aralığı: Tek

Alıntı paragraflarda girinti boşluğu: Sol: 30 pt Sağ: 0 pt Özel: Yok

Başlıklar

Yazı tipi biçimi: Koyu

Başlıklarda Yalnızca İlk Harfler Büyük olmalı (“ve”, “veya”, “ile” gibi bağlaçlar küçük harfle yazılmalıdır).

Yazı tipi: Times New Roman

Punto büyüklüğü: 12 pt

Paragraf girinti boşluğu: Sol: 0 pt Sağ: 0 pt Özel: Yok

Paragraf aralığı: Önce: 10 pt Sonra: 0 pt Satır aralığı: Tek

Başlık numaralandırma

Çalışmalar Öz, Giriş, Sonuç, Kaynakça dışında uygun sayıda (en az iki) alt başlık içermelidir. Öz, Abstract, Giriş, Başlık ve Alt Başlıklar, Sonuç ve Kaynakça için hiçbir numaralandırma kullanılmamalıdır. Başlık ve alt başlıklarda kelimelerin ilk harfleri büyük, bağlaçlar küçük olmalıdır ve tümü koyu olmalıdır.

Dipnotlar

Yazı tipi: Times New Roman

Punto büyüklüğü: 9 pt

Hizalama: İki yana yaslı

Paragraf girinti boşluğu: Sol: 0 pt Sağ: 0 pt Özel: Yok

Paragraf aralığı: Önce: 0 pt; Sonra: 0 pt; Satır aralığı: Tek

Kaynakça

Yazı tipi: Times New Roman

Punto büyüklüğü: 12 pt

Hizalama: İki yana yaslı

Paragraf girinti boşluğu: Sol: 0 pt Sağ: 0 pt Özel: Asılı (Değer: 0,7 cm)

Paragraf aralığı: Önce: 2 pt Sonra: 0 pt Satır aralığı: Tek

Tablo, Şekil, Grafik, Resim, Fotoğraf başlıkları

Yazı tipi biçimi: İtalik

Başlıklarda Yalnızca İlk Harfler Büyük olmalı (“ve”, “veya”, “ile” gibi bağlaçlar küçük harfle yazılmalıdır).

Yazı tipi: Times New Roman

Punto büyüklüğü: 12 pt

Paragraf girinti boşluğu: Sol: 0 pt Sağ: 0 pt Özel: Yok

Paragraf aralığı: Önce: 10 pt Sonra: 0 pt Satır aralığı: Tek

Tablo başlıkları tablonun üzerinde, Şekil, Grafik, Resim başlıkları ise şekil veya grafiklerin altında verilmelidir.

Tablo veya Grafikler aşağıdaki gibi numaralandırılmalıdır.

Tablo 1. Tablo Başlığı

Grafik 2. Grafik Başlığı

Tablo içerikleri

Tablolar (satır, sütun ve hücreler) düzenleme sırasında karışıklığa ve veri kaybına yol açmayacak şekilde hazırlanmış olmalıdır. Bu çerçevede, makalelerde kullanılan tablolar, Word belgenin dışında, ayrıca Excel dosya içinde gönderilmelidir.

Şekil veya grafikler

Şekil veya grafikler Word dosya dışında, ayrıca Excel dosya olarak gönderilmelidir.

Resimler

Resim formatında olan öğelerin çözünürlüğü yüksek olmalı; resim öğeleri Word dosyanın haricinde, ayrıca yüksek çözünürlüklü resim dosyası olarak gönderilmelidir (Çözünürlük en az 300 DPI olmalıdır).

Yazıma ve atıflara dair diğer hususlar

Kitap, Dergi, Ansiklopedi vb. eserlerin yazımında bu tür eserler tırnak içine alınmamalı veya koyu yazılmamalıdır. Kitap gibi eserler genel yazım kurallarına göre italik yazılmalıdır.

Dipnot ve kaynakça için Chicago dipnot ve kaynakça sistemi kullanılmalıdır.

Atıf ve kaynakça yazım kılavuzu için bkz.

<http://insanveinsan.org/form/Dipnot-kaynakca-yontemi.pdf>

Ayrıca, atıf ve kaynakça örneği için son sayının makalelerini inceleyiniz.