

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

**III. ULUSLARARASI SAĞLIKTA PERFORMANS VE
KALİTE KONGRESİ**

POSTER BİLDİRİLER KİTABI

Editörler

Umut BEYLİK
Özlem ÖNDER
Dr. Hasan GÜLER
Dr. Abdullah ÖZTÜRK

ANKARA – 2011



III. ULUSLARARASI SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE KONGRESİ

POSTER BİLDİRİLER KİTABI

**Editörler: Umut BEYLİK – Özlem ÖNDER
Dr. Hasan GÜLER – Dr. Abdullah ÖZTÜRK**

1. Basım – Kasım 2011

ISBN: 978-975-590-408-5

Bakanlık Yayın No: 869

© Yazarlar – Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bu kitabın her türlü yayın hakkı T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne aittir. Genel Müdürlüğün yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz. Yazarların bu kitap içinde yer alan bildirilerini başka kitap ve/veya dergilerde münferiden yayınlama hakları saklıdır.

Azim Matbaacılık
Büyük San. 1.Cad.
Alibey İşhanı 99/33
İskitler / ANKARA
Tel: 312 342 03 71
Fax: 341 29 77
E-posta: info@azimmatbaacilik.com
Web: www.azimmatbaacilik.com

İletişim

T. C. Sağlık Bakanlığı
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Mahmut Esat Bozkurt Caddesi No: 19 Kat: 1
Kolej / Ankara
E-posta: performansyonetimi@saglik.gov.tr
Web: www.performans.saglik.gov.tr

KONGRE BAŞKANI VE DANIŞMA KURULU

KONGRE ONURSAL BAŞKANI

Prof. Dr. Nihat TOSUN

Müsteşar

KONGRE BAŞKANI

Prof. Dr. Adnan ÇİNAL

ABD Türkiye Sağlık Ataşesi

KONGRE BAŞKAN YARDIMCISI

Prof. Dr. İrfan ŞENCAN

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü

KONGRE ONUR KURULU

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR - Adana Milletvekili

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN - İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü

Yrd. Doç. Dr. İsmail DEMİRTAŞ - TAPDK Üyesi

Abdülkadir ATALIK - Danıştay Üyesi

DANIŞMA KURULU

Doç. Dr. Turan BUZGAN - Müsteşar Yardımcısı

Yrd. Doç. Dr. Hakkı YEŞİLYURT - Müsteşar Yardımcısı

Ömer Faruk KOÇAK - Müsteşar Yardımcısı

Dr. Ekrem ATBAKAN - Müsteşar Yardımcısı

Dr. Yasin ERKOÇ - Müsteşar Yardımcısı

Dr. Mehmet DEMİR - Bakan Müşaviri

Osman GÜZELGÖZ - Basın Müşaviri

Memet ATASEVER - Strateji Geliştirme Başkanı

Kamuran ÖZDEN - Dış İlişkiler Dairesi Başkanı

BİLİM KURULU

Prof. Dr. Adnan ÇİNAL
Prof. Dr. Ahmet Nezih KÖK
Prof. Dr. Alper CİHAN
Prof. Dr. Arzu TOPELİ İSKİT
Prof. Dr. Aytül KASAPOĞLU
Prof. Dr. Bilâl ERYILMAZ
Prof. Dr. Bilçin TAK
Prof. Dr. Cesim DEMİR
Prof. Dr. Coşkun Can AKTAN
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU
Prof. Dr. Fahri OVALI
Prof. Dr. Fikriye URAS
Prof. Dr. Francois CHAMPAGNE
Prof. Dr. Gönül DİNÇ HORASAN
Prof. Dr. Hakan HAKERİ
Prof. Dr. Hasan Hüseyin ÇEVİK
Prof. Dr. Haydar SUR
Prof. Dr. İsmail BAKAN
Prof. Dr. İsmet ŞAHİN
Prof. Dr. Jülide YILDIRIM ÖCAL
Prof. Dr. Kamil Ufuk BİLGİN
Prof. Dr. M. Kemal ERBİL
Prof. Dr. M. Şerif ŞİMŞEK
Prof. Dr. Mahmut BAYIK
Prof. Dr. Mehmet Mithat ÜNER
Prof. Dr. Mehtap TATAR
Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI
Prof. Dr. Metin DOĞAN
Prof. Dr. Musa EKEN
Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ
Prof. Dr. Mustafa PAÇ
Prof. Dr. Nazmi ZENGİN
Prof. Dr. Niek KLAZINGA
Prof. Dr. Nihat ERDOĞMUŞ
Prof. Dr. Nilay ÇABUK KAYA
Prof. Dr. Oya BAYINDIR
Prof. Dr. Ömür ÖZMEN
Prof. Dr. Özkan TÜTÜNCÜ
Prof. Dr. Pedro J. SATURNO
Prof. Dr. Ramazan ŞEKEROĞLU
Prof. Dr. Recep ÖZTÜRK
Prof. Dr. Robert MCNUTT

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
Prof. Dr. Suat TURGUT
Prof. Dr. Şahin KAVUNCUBAŞI
Prof. Dr. Tansu ARASIL
Prof. Dr. Tengiz ÜÇÖK
Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ
Prof. Dr. Yeşim ÖZARDA
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK
Prof. Dr. Yüksel ALTUNTAŞ
Doç. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU
Doç. Dr. Arslan TOPAKKAYA
Doç. Dr. Asım BALCI
Doç. Dr. Bayram ŞAHİN
Doç. Dr. Didem ÜNSAL AKTAŞ
Doç. Dr. Erdal SARGUTAN
Doç. Dr. Fatma PAKDİL
Doç. Dr. Hacer ÖZGEN
Doç. Dr. Hamza ATEŞ
Doç. Dr. İbrahim ÜNSAL
Doç. Dr. İsmail AĞIRBAŞ
Doç. Dr. Mustafa ERTEK
Doç. Dr. Nermin ÖZGÜLBAŞ
Doç. Dr. Öner ODABAŞ
Doç. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU
Doç. Dr. Turan ASLAN
Doç. Dr. Yaman ZORLUTUNA
Doç. Dr. Yıldız AYANOĞLU
Yrd. Doç. Hanefi ÖZBEK
Yrd. Doç. Dr. Musa ÖZATA
Dr. Ann-Lisse GUISET
Dr. Basia KURTUBA
Dr. Enis BARIŞ
Dr. Kalipso CHALKIDOU
Dr. Mehmet DEMİR
Dr. Nata MENABDE
Dr. Sarbani SCHAKRABORTY
Rekha MENON

YÜRÜTME KURULU

Dr. Hasan GÜLER

Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanı

Süleyman Hafız KAPAN

Hukuk Müşaviri

Uz. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ

Dış İlişkiler Dairesi Başkan Yardımcısı

Dt. İsmail SERDAROĞLU

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Özlem ÖNDER

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Umut BEYLİK

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Uz. Dr. Dilek TARHAN

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Melahat ELMAS GAZİ

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Mik. Uz. Serap SÜZÜK

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Gülsemin TUYGAR

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Uz. Dr. Ferzane MERCAN

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Günnur ERTONG

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Uz. Dr. Merve AKIN

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Ersan DEMİRCİ

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Uz. Dr. Seda USUBÜTÜN

Dış İlişkiler Daire Başkanlığı

Uz. Dr. Hüseyin FİDAN

Eskişehir İl Sağlık Müdürü

3. ULUSLARARASI SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE KONGRESİ

(24 – 26 Kasım / Ankara)

BİLDİRİ BAŞVURULARI

Özet Metin Bildiri Başvuru Sayısı	217
Uygun Görülen Özet Metin Bildiri Sayısı	161
Tam Metin Bildiri Başvuru Sayısı	113
Uygun Görülen Tam Metin Bildiri Sayısı	95
Sözel Bildiri Tam Metin Sayısı	58
Poster Bildiri Tam Metin Sayısı	37

2. ULUSAL SAĞLIKTA KALİTE VE GÜVENLİK ÖDÜLLERİ

ÖDÜL BAŞVURULARI

HKS En İyi Uygulama Ödülü Başvuru Sayısı	35
HKS Araştırma ve Bilimsel Yayın Ödülü Başvuru Sayısı	25

ÖNSÖZ

Sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi artırma, hasta ve çalışan güvenliğini sağlama adına sağlık profesyonelleri ile sağlık çalışanlarının bir araya geldiği önemli ortamlardan biride kongrelerdir. Bakanlığımızda, bu etkileşim ortamlarını oluşturmak ve güncel veriler ışığında bilgi paylaşımını sağlamak amacıyla 2009 yılından beri uluslararası statüde, sağlık alanında ve performans/kalite ekseninde olmak üzere sağlık çalışanı, yönetici ve akademisyenlerin katılımıyla kongreler düzenlemektedir.

Bu kongre geleneğinin devamı niteliğinde olan “Klinik Kalite ve Güvenlik” ana temalı ”III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi” 24-26 Kasım 2011 tarihleri arasında Ankara ilinde gerçekleştirilecektir.

İlk iki Kongremizde olduğu gibi yoğun katılımın ve paylaşımın beklendiği ilgili tüm paydaşların davet edildiği Kongrede; yurtiçi ve yurt dışından akademisyenler ve sağlık yöneticileri ile kamu ve özel sektör uygulayıcılarının karşılıklı olarak birikim, deneyim ve görüşlerini paylaşabilecekleri bir ortam oluşturulması amaçlanmıştır.

“Klinik Kalite ve Güvenlik” ana temasıyla düzenlenen kongrede; teşhis ve tedavide hasta güvenliği, kalitede yeni dönem ve hastane hizmet kalite standartları, Performans’ta yeni kavram ve uygulamalar, HKS uygulamaları, kalitede yeni uygulamalar, tıbbi hataların bildirimi ve güvenlik raporlama sistemi, teoriden pratiğe en iyi uygulamalar, enfeksiyon kontrolü ve önlenmesinde sterilizasyon süreci, indikatör yönetiminden ölçüm kültürüne doğru ve çalışan güvenliği konuları yer alacak olup, böylelikle sağlık hizmetlerinde performans, kalite ve hasta/çalışan güvenliği uygulamalarının etki alanının yaygınlaştırılması hedeflenmektedir.

Yine Kongre kapsamında Hakemli Bilimsel değerlendirme sürecinden geçerek Kongrede sunulacak olan Sözel ve Poster Bildirilerde; El Hijyeni, Enfeksiyon Kontrolü, Hasta ve Çalışan Güvenliği, Memnuniyet, Hizmet Kalite Standartları, İyi Uygulama Örnekleri, Tıbbi Hatalar, Tıbbi Kayıtlar ve Bilgilendirme, İlaç ve Tıbbi Cihaz Güvenliği, Güvenli İletişim, Hasta Hakları ve benzeri pek çok konu incelemeye alınmış ve bu kitapla tüm paydaşların paylaşımına sunulmuştur.

Kongreye katkılarından dolayı Sağlık Bakanlığı’na, Danışma ve Bilim Kurulu üyelerine, panelistlere, bildiri sahiplerine ve tüm katılımcılara teşekkür ederiz.

Kongre Yürütme Kurulu

ÖNSÖZ

İÇİNDEKİLER

<i>Ahmet ATASOY, Salim AKSOY, Yüksel ERSOY, Didem KALAY</i> Sandıklı Devlet Hastanesinin Öz Değerlendirmesi İle İlaç Güvenliğinin Geliştirilmesi.....	1
<i>Ahmet ATASOY, Sabahattin TEKİNGÜNDÜZ</i> Hasta Güvenliğini Riske Eden Olayların Raporlanmasını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi.....	13
<i>Ahmet ATASOY, Songül YORGUN, Salim AKSOY, Hüseyin İKA</i> Hasta Güvenliği İklimi, Ekip Çalışması, İş Yüğü Ve İş Kontrolü, İş Stresi Arasındaki İlişkiler.....	24
<i>Serdar ÖZKAN, Sabire HURMA</i> Hastane Temizliğinde Kullanılan Kimyasallarla İlgili Bilgilendirme Eğitiminin Çalışanların Temizlik Maddeleri Ve Bunların Doğru Kullanımı Hakkındaki Bilgilerine Etkisi.....	37
<i>Gürbüz AKÇAY, Hatice ERBEYİN, Aysel HARKTI, Onur ÇAKIROĞLU, Merve BAYRAM, Müge Emel ÖZTÜRK, İlkay KOCATÜRK</i> Servergazi Devlet Hastanesinde Hasta Ve Yakınları Memnuniyeti Yönetim Sisteminin Kurulması Ve Uygulanması.....	53
<i>Hatice ÇELİK, Hemşire Sevgül YILMAZ</i> Bilecik İlinde Aile Hekimlerinin İş Memnuniyet Düzeylerinin Performanslarına Etkisi.....	66
<i>Necmettin CİHANGİROĞLU, İbrahim Halil CANKUL, Bayram ŞAHİN, Atılhan NAKTİYOK</i> Kararlara Katılım İle Örgütsel Adalet Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi: Doktorlar Üzerinde Bir Araştırma.....	76
<i>Filiz SALIŞ, Fatma BİRGİLİ</i> Hastane Hizmetlerinde Yerinden Yönetim Modeli.....	94
<i>Nesrin AKCA, Sinem SOMUNOĞLU</i> Özel Sağlık Kuruluşlarında Personel Performans Değerlendirme Sistemi: Ankara’da Özel Sağlık Kuruluşu Performans Araştırması.....	108

<i>Havva ÖZTÜRK, Elif BABACAN, Tülay BAYRAMOĞLU</i> Trabzon Aile Ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelini İş Güvenliği.....	125
<i>Havva ÖZTÜRK, Elif BABACAN, Elif ÖZDAŞ ANAHAR</i> Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği.....	136
<i>Ümit ATMAN</i> Hasta Bakım Hizmetlerinin Kalitesinin Geliştirilmesinde Kanıtı Dayalı Uygulamanın Rolü.....	149
<i>Hacer CANATAN SOYDAN</i> Hastanelerde Nükleer Biyolojik Kimyasal Atağında Acil Sağlık Hizmetleri Uygulamalarına Bakış.....	156
<i>Ruşen EREZ, Özcan ÖZYURT, Aydemir KAYABAŞI</i> Yatan Hasta Memnuniyetini Belirleyen Faktörlerin Multivariate Yaklaşım ile Değerlendirilmesi.....	172
<i>Enver ALBAN, Sabahattin TEKİNGÜNDÜZ, Mehmet TOP</i> Poliklinik Hastalarında Hasta Tatmini İncelemesi.....	181
<i>Neslihan DERİN, Erkan Turan DEMİREL</i> Hasta Hakları Birimi Faaliyetlerinin Sağlıkta Kalite Çalışmalarına Katkısı.....	195
<i>Fatma KANTAŞ YILMAZ, Pakize ADIYAMAN, Cihangir ŞEKER</i> Sertifika Programına Katılan Hemşirelerle Katılmayan Hemşirelerin İş Doyum Düzeylerine Etki Eden Faktörlerin Karşılaştırılması Ve Kalitede Sertifika Programlarının Önemi.....	206
<i>Nurhan ÖZKAN AYDIN, Suat ÇOBAN, Hilal MORDOĞAN</i> Malatya Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezinde Hasta Memnuniyeti.....	212
<i>Mehtap OMAÇ, Emin MURAT, Müslüme AKYÜZ, Vedat AÇAR</i> Malatya Devlet Hastanesinde Çalışanların Hizmet Kalite Standartlarını Hasta Hakları Yönünden Algılama Düzeyleri Ve Görüşleri.....	218

<i>Aylin Kazanç KARAYEMİŞOĞLU, Ülkü BAYKAL</i> Çalışan Güvenliği Açısından Hemşirelerin Çalışma Koşullarının Değerlendirilmesi.....	227
<i>Necmettin CİHANGİROĞLU, Bayram ŞAHİN</i> Sağlık Çalışanlarının Psikolojik Sözleşme Ve Örgütsel Adalet Algılarının Değerlendirilmesi.....	253
<i>Özlem AKMAN MERT, Fadime ÇINAR, Hatun MENDEŞ, İhsan BAKIR</i> Açık Kalp Ameliyatı Olacak Hastaların Preop Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesinin Hasta Bakımındaki Önemi.....	271
<i>Fadime ÇINAR, Özlem AKMAN, Hatun MENDES, İhsan BAKIR</i> Kalp Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Çalışan Güvenliği Algı Düzeyi İle Çalışan Memnuniyeti Arasındaki İlişki.....	279
<i>Sinem SOMUNOĞLU, Erhan ERDEM, Ümmühan ERDEM</i> Hasta Memnuniyeti: Denizli Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi Örneği.....	296
<i>Zekeriya GÜMÜŞ, Zeynep SAĞLAM</i> Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi Düzeyleri Ve Roller Üzerine Bir Çalışma.....	303
<i>Saadet PEKUSLU, Hülya DEMİRCİ, Sabri TAŞCIOĞLU, Elif TUNA</i> Bir Devlet Hastanesinde Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Düzeylerinin Belirlenmesi.....	319
<i>Ahmet BAL, Şadiye GÖK, Meral ŞAHİN DEMİR</i> Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi'nde Hemşirelik Bakım Sürecinde Hasta Eğitimi Algısı Ve Uygulamaları.....	331
<i>Sibel AFACAN, Nefise BAHÇECİK</i> Özel Bir Hastanede Algılanan Hizmet Kalitesinin Belirlenmesi.....	340
<i>Aslı KÖSE</i> Birinci Basamaktaki Sağlık Personelinin Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi Trabzon İline Ait Bir Çalışma.....	357

<i>Behiye TEKEŞ, Necdet A.TURHAN, Sıddık KESKİN, Özlem SUR, Fatma KIZILTAŞ</i> Fiziksel Ve Psikolojik Şiddetin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı Araştırması.....	369
<i>Gürbüz AKÇAY, Güner DALOĞLU, Hatice ERBEYİN, F. Mehmet SERİN, İsmail DÖNERTAŞ</i> Hastane Çalışanlarının Sigara İçme Düzeylerinin Belirlenmesi, Sigarayı Bırakmaları İçin Teşvik Edilmesi Ve Dumansız Hava Sahalı Hastane Sağlanması.....	385
<i>Türkan KARACA, Semra MANGAN, Pınar AKKUZZU</i> Hekim Ve Hemşire Grubunun Hasta Güvenliğine Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi: Bir Devlet Hastanesi Uygulama Örneği.....	400
<i>Dilek KONUKBAY, Dilek YILDIZ, Berna EREN FİDANCI, Serap YAVUZ AKÇA, Nalan AKBAYRAK</i> Bir Kurumda Çalışan Hemşirelerin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi.....	420
<i>Dilek AĞIR, Gülşah SEYDAOĞLU</i> Adana İli Kamu Hastanelerinde Yatan Hastalarda Memnuniyet Düzeyi Ve Memnuniyeti Etkileyen Faktörler.....	432
<i>Meruşe MUMYAKMAZ, Cengiz YUMRU, Hatice ORMAN, Fadime TAŞÇI</i> Eski Ve Yeni Fiziki Yapıya Sahip Polikliniklere Başvuran Hastaların Memnuniyetinin Kıyaslanması.....	447
<i>Dilaver TENGİLİMOĞLU, Ümit NALDÖKEN, Umut BEYLİK, Alper GÜZEL</i> Hizmet Sunanların Sağlık Kampüsleri Hakkındaki Görüşleri Ve Değerlendirilmesi.....	454
<i>Öznur GÜRLEK, Nurhan AYTUĞ KANBER, Himmet ÇİÇEK</i> Bir Devlet Hastanesinde Hasta Hakları Birimine Yapılan Başvuruların Değerlendirmesi.....	476

SANDIKLI DEVLET HASTANESİNİN ÖZ DEĞERLENDİRMESİ İLE İLAÇ GÜVENLİĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

Ahmet ATASOY¹, Salim AKSOY², Yüksel ERSOY³, Didem KALAY⁴

Özet

Amaç: Hastanemizde ilaç güvenliğinin oluşturulması ve yerleştirilmesi için yapılan çalışmaların durumunu saptamak ve iyileştirme alanlarını belirlemektir

Önemi: İlaç uygulama hataları hastanelerdeki önlenabilir tıbbi hatalara bağlı ölümlerin önemli bir grubunu oluşturmakta ve mortalite ve morbiditedeki artışa ek olarak maliyet artışının da önde gelen sebeplerinden biri olmaya devam etmektedir.

Yöntem: Çalışmamızda Emergency Care Research Institute (ECRI) tarafından hazırlanan ilaç güvenliği öz değerlendirme anketi kullanılmıştır

Bulgular: 1. Değerlendirmede; % 39,15 oranında 2. Değerlendirme ise % 62,26 oranında ilaç güvenliği hedeflerine ulaşılarak 1. Değerlendirmeye göre % 59,04 artış sağlanmıştır.

Sonuç: İlaç güvenliği öz değerlendirme anketi aracılığıyla yapılan öz değerlendirmeler, hastanemizde hasta güvenliği çalışmalarının durumunu saptamamıza ve iyileştirme için odaklanmamız gereken alanları belirmemizi sağlamıştır. Bu tür değerlendirme ölçeklerinin yaygın olarak kullanılmasının objektif değerlendirmelerle, ilaç güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların başarılı ve sürekli olmasını sağlayacak ve böylelikle, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasına yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: İlaç Güvenliği, Öz Değerlendirme, Sürekli İyileşme

Abstract

Aim: Creating a drug safety to be placed to determine the status of the studies and to identify areas with the aim of improvement

Importance ; Medication errors constitute an important group of mortality caused by preventable medical errors in hospitals and continue to be leading cause of increasing of overall costs.

Method:In our study, prepared by Emergency Care Research Institute of the self-assessment questionnaire was used in medication safety.

Findings; The first evaluation ; 39, 15 % at a rateof 62,262 % at a rate of the the second evaluation achieve the objectives of medication safety has been providedby first evaluation increase by 59,04 %.

Self-Assessment Questionnaire through self-assessments, determine the status of studies on medication safety in our hospital and we need to focus areas for improvement has enabled us to appear. This type of assessment scales widely objective evaluation of the use, the studies related to medication safety that will ensure successful and continuous, and thus, will help increase the quality of health services.

Keywords: Medication Safety, Self-Assessment, Continuous Improvement

¹Sandıklı Devlet Hastanesi, aatasoy15@gmail.com

²Sandıklı Devlet Hastanesi

³Sandıklı Devlet Hastanesi

⁴Sandıklı Devlet Hastanesi

1. GİRİŞ

Tıpta kullanılan ve biyolojik etkinliği olan, saf bir kimyasal maddeye ya da ona eşdeğer olan bitkisel ya da hayvansal kaynaklı, standart miktarda aktif madde içeren karışıma ilaç denir. Dünya Sağlık Örgütü ise ilacı “fizyolojik sistemleri ya da patolojik durumları alanın yararı için değiştirmek ya da incelemek amacıyla kullanılan ya da kullanılması öngörülen bir madde ya da ürün” olarak tanımlamaktadır(Aktay.G, 2003,261).

İçinde yaşadığımız yüzyılda, ilaç kullanımı, sağlık hizmetleri sunumunun vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. Tıbbi tedavi yöntemlerindeki gelişmeler ve ilaç devrimi sayesinde geniş halk kitlelerinin sağlık hizmetlerinden yararlanması, ilaçlara olan talebi ve dolayısıyla ilaç tüketimini de hızla artırmıştır(Özata.M ,2008; 530).

İlaçların güvenliği ve güvenilirliği konusu giderek bütün dünyada hassasiyet artmakta, ülkemizde de hasta güvenliği kavramına paralel olarak ilaç güvenliği kavramı ilgi de artmaktadır (Nayır İ, 2009 ; 20).

İlaç tedavisinin hastaya güvenli, etkili, uygun ve verimli bir şekilde ulaşmasının sağlanması, ilaç kullanım sistemindeki sürecin hatasız işlemesi ile mümkündür(Oğuz Ö.2007, 22).

İlaç kullanım sistemi tüm sağlık hizmeti kuruluşlarında oldukça karmaşık bir yapıya sahip olan ve kendi içinde dahi ayrı basamakları olan bir zincirdir. (Oğuz Ö,2007, 22) İlaç yönetimi kurumun hastalara sağladığı ilaç tedavilerinin sistemi ve süreçlerini içine alır (İzmen.B :2009;38). 1989 yılında Joint Commission tarafından organize edilen panelde ilaç kullanım sistemi, “ilaçların güvenli, etkili, uygun ve verimli bir şekilde kullanımı” olarak tanımlanmıştır Bu sistem klinisyenlerin ve idari çalışanların ilacı seçmesinden ve satın almasından başlar, doktorların ilacı direktif etmesini, eczacının ilacı hazırlamasını ve ilgili yerlere dağıtımını, hemşirelerin ve diğer yetkili sağlık çalışanlarının ilacı hastaya uygulamasını kapsar ve tüm sağlık hizmeti çalışanlarının, hasta ve ailesinin ilacın hasta üzerindeki etkilerini izlemesi ile son bulur (Oğuz Ö,2007, 22)

İlaç hataları hem hastanede yatan hastalarda hemde ayaktan tedavi gören hastalarda sıklıkla saptanmaktadır. (Akalin E. 2004; 10) Hatalı ilaç uygulamaları, sebep oldukları hastalık, sakatlık ve ölümler açısından son derece riskli bir konu olup hastaneye yatan hastaların tedavileri sırasında en sık karşılaştığı hata grubu arasında yer almaktadır (Özata .M. 2010;101).

İlaç hataları maliyeti artıran, mortalite ve morbiditeye neden olan tıbbi hataların en yaygın tiplerinden biridir(Özkan .S,2008; 52).

Her yıl hastanede yatan hastaların 7.000’i sadece ilaç uygulama hataları nedeniyle yaşamını yitirmektedir. İngiltere’de 2001’de tespit edilen 10 binden fazla ilaç hatasının, 1.100’ünün ölümle sonuçlandığı belirlenmiştir (Mayo ve Duncan, 2004).

Önlenabilir ilaç hatalarına maruz kalan hastaların, 4.6 gün daha fazla hastanede kaldığını; bunun maliyetinin 5.857 \$ olduğunu tahmin etmektedir. 700 yataklı bir eğitim hastanesi için bu rakamın yıllık maliyeti, yaklaşık 2.8 milyon \$’dır. Dolaysız maliyetler üzerine

doğrudan bir çalışma olmamakla birlikte, önlenabilir hatalar; ücret kaybına, verimlilik düşüşüne, işe devamsızlığa ve duygusal travmalara yol açabilmektedir (Thomas ve diğ., 1999; Wong & Beglaryan, 2004).

Kaushal ve arkadaşları (2001) yaptıkları çalışmada hastanelerde ilaç hata oranını %5.7 olarak saptamışlardır. Utah ve Colorado da 3.719 kişi üzerinde yapılan çalışmada ise ilaç hatalarının oranının %1 olduğu ve bunlarında %59'unun önlenabilir olduğu saptanmıştır(Kaushal ve ark. 2001;2115)

İlaç hataları genellikle ilaç kullanım sisteminin hangi basamağında ortaya çıkmışsa, ona göre sınıflandırılırlar. Örneğin, bir araştırma sonucunda, ciddi ilaç hatalarının %39'unun ilacın direktif edildiği süreçte, %50'sinin direktifin yazıldığı ve ilacın uygulandığı süreçte ve %11'inin ise ilacın dağıtımının yapıldığı süreçte oluştuğu görülmüştür (Oğuz .Ö,2007, 22).

Tipi ne olursa olsun, bu hatalar bakım personelinin kasıtlı davranışı sonucu değil, sistem hatalarının bir sonucu olarak meydana gelmektedir(Aslan Ö, 2005; 47: 175).

İlaç güvenliği, sağlık kurumlarında öncelik verilen işlemlerdir. İlaç hatalarının sıklığı ve şiddeti azaltmak ve önlemek için stratejiler benimsemek bu tesislerin sürekli amaçlarıdır (ECRİ ,2008, 1).

İlaç hatalarının sıklığı ve şiddeti azaltmak ve önlemek için yerine gelmesi gereken işlem ve programlar şu şekilde sıralanabilir: Acil olmayan tüm ilaçlar için doz-dağılım sistemi uygulanması, tüm intravenöz ilaçların/karışımların eczanede hazırlanması, konsantre KCl solüsyonlarının servislerden kaldırılması, yüksek riskli ilaçların kullanımı ve depolanması ile ilgili özel protokollerin hazırlanması, bilgilendirme: yeni ilaçlar, nadir kullanılan ilaçlar, formüllerde olmayan ilaçlar,tüm hekim, hemiire ve eczacılara işe başlarken ve çalıştıkları süre içinde aralıklarla ilaç reçeteleme, uygulama ve izleme konularında eğitim,hasta eğitimi,eczacılık işlemleri ilgili olarak 24 saat eczacı bulundurma, bilgisayara dayalı ilaç order sistemi ,bilgisayara dayalı hastane eczane sistemi (ilaç etkileşimleri, alerji sorgulama, dozaj bilgilendirme, v.b), elektronik ilaç kullanım sistemleri ,ilaç barkod sistemleridir(Akalın E ,2004) ,(Oğuz Ö,2007), (Özkan S.2008),(Uzun Ş. 2008;221),(Korkmaz, Ö;37).

İlaç güvenliği uygulamaları, Hizmet kalite standartları ve Sağlık Bakanlığınca hazırlanarak 20.04.2009 tarih ve 27214 sayılı “ Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”nde yer almaktadır.

2. AMAÇ

Hastanemizde ilaç güvenliğinin oluşturulması ve yerleştirilmesi için yapılan çalışmaların durumunu saptamak, iyileştirme alanları belirleyip ilaç güvenliği uygulamalarını yerleştirmektedir.

3. YÖNTEM

ECRI Institute (<https://www.ecri.org>) tarafında hazırlanan “ İlaç güvenliği öz değerlendirme anketi” ndeki sorularından oluşturulan kontrol listesi kullanılarak Ocak 2010 ve Haziran 2010 tarihlerinde iki öz değerlendirme yapılmıştır.

Öz Değerlendirmede kullanılan Kontrol listesinde 15 bölüm ve 99 bileşen ve 212 kriter bulunmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. İlaç Güvenliği Öz Değerlendirme Kontrol Listesindeki Bölümler ve Kriterler

BÖLÜM ADI	KRİTER SAYISI	%
1. Liderlik	13	6,13
2.Politika Ve Prosedürler	19	8,96
3.Depolama	15	7,07
4.İlaç Temini	3	1,41
5.Orderleri Ve Kısaltmalar	15	7,07
6.İlaç Hazırlama Ve Dağıtım	19	8,96
7.İlaç Uygulaması	32	15,09
8.İlaç İzlenmesi	3	1,41
9.Yüksek Riskli İlaçlar	7	3,30
10.İlaç Güvenliği Stratejileri	39	18,39
11.İlaçlarla Uyum	3	1,41
12.Standardizasyon	6	2,82
13.Eczacının Rolü	11	5,18
14.Eğitim	14	6,60
15.İlaç olay Raporlama	13	6,13
TOPLAM	212	100,00

İstatistik analizde hedefe ulaşma yüzdesi kullanılmıştır. Hedefe ulaşma yüzdesi her bölüm için (Olumlu Kriter Sayısı / O bölümdeki Toplam Kriter sayısı x 100) formülüyle hesaplanmıştır

İstatistik analizlerde Microsoft Excell programı kullanılmıştır. İki dönem için yapılan öz değerlendirme sonuçları karşılaştırılarak mevcut durum, iyileştirilen ve iyileştirilecek alanların belirlenmesi şeklinde yapılmıştır

1. BULGULAR

Ocak 2010'da yapılan öz değerlendirmede Genel olarak ilaç güvenliği hedeflerine ulaşılma oranı %39,15'tir. En yüksek hedefe ulaşılma alanları sırası ile ilaç

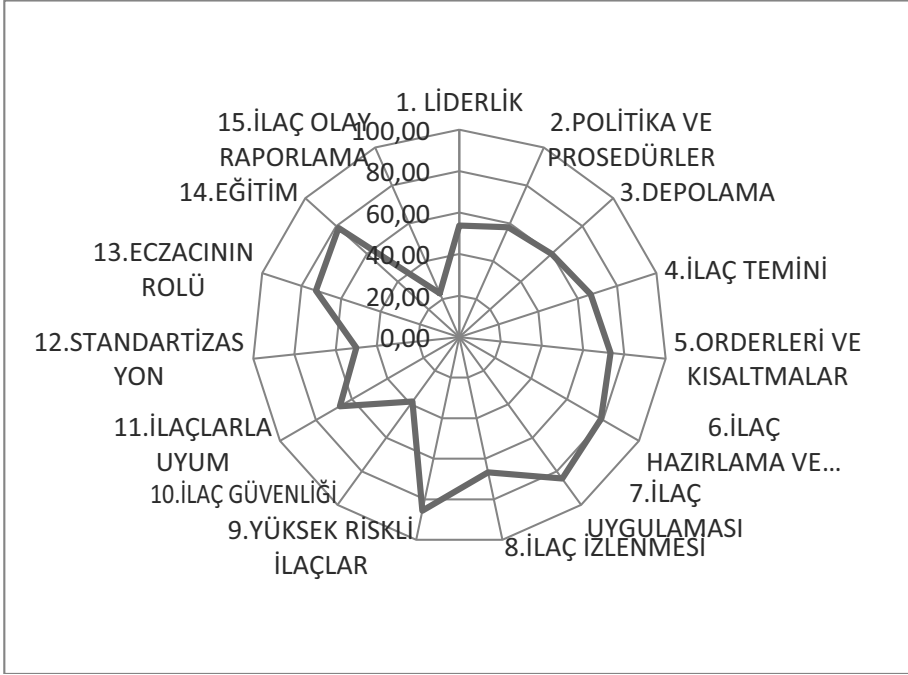
uygulamasında (% 71.88), Politika prosedürlerde ve ilaç hazırlamasında (% 47.37), yüksek riskli ilaçlarda (% 42,86) olarak saptanmıştır. En düşük oranda hedefe ulaşılma alanları ise İlaç olay Raporlama (% 15,38), İlaç güvenliği Stratejiler (% 23,08), Eczacının rolü (% 27.27) olarak saptanmıştır (Grafik-1).

Grafik 1. Birinci Öz Değerlendirmede Hedefe Ulaşma Durumu



Haziran 2010 'da yapılan öz değerlendirme genel olarak İlaç güvenliği hedeflerine ulaşılma oranı % 62,26'dır. En yüksek hedefe ulaşılma alanları sırası ile yüksek riskli ilaçlarda (% 85.71), İlaç uygulamasında (% 84.38), Order ve kısaltmalarda (% 73.33) olarak saptanmıştır. En düşük oranda hedefe ulaşılma alanları ise İlaç olay raporlama (% 23.03), ilaç güvenliği stratejileri (% 38,46) olarak saptanmıştır (Grafik-2).

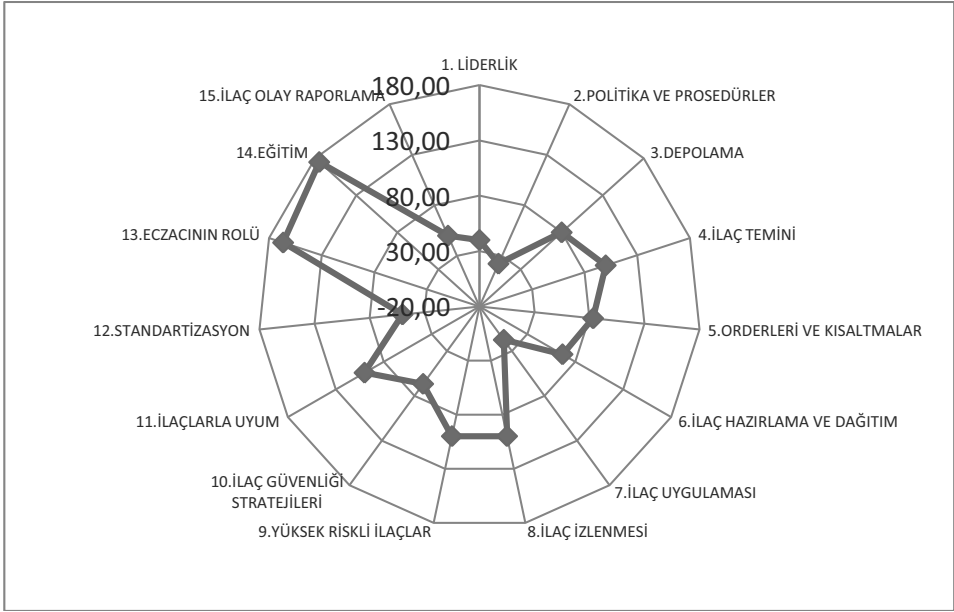
Grafik 2. İkinci Öz Değerlendirmede Hedefe Ulaşma Durumu



Birinci öz değerlendirme sonrası hizmet kalite standartları ile Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında teblihte belirtilen çalışmaların yapılmasıyla % 59,04'lük artışla ilaç güvenliği hedeflerine ulaşılma oranı % 62,26'a yükselmiştir.

İki öz değerlendirmede en az değişim oranı Liderlik (% 40,0), politika ve prosedürler (%22,2) ve ilaç uygulaması (% 17,3) alanlarında, en fazla değişim oranı ise eğitim (% 175,0), eczacının rolü (% 166,6) alanında olduğu saptanmıştır (Grafik-3).

Grafik 3. İki Öz Değerlendirme arasında Değişim Oranı



4. TARTIŞMA

İlaçların depolanması ve kontrolüne yönelik standartlar, ilaçların uygun şartlarda muhafaza edilmesine ve ilaçlara yetkisiz erişimin önlenmesine yönelik gereklilikleri sorgular. Depolama güvenliği standartları aynı zamanda birbirine benzeyen ve sesleri benzeşen ilaçların karışmaması için alınacak depolama ve diğer önlemlerin tanımlanmasını da ister. İlaç konsantrasyonlarının sınırlandırılması ve standartlaştırılması ve konsantre elektrolitlerin hasta bakım ünitelerinde bulundurulmamamsı bu standardın gereklilikleri altında yer alır. Ayrıca bu standart, uygulamak için en çok hazır bulundurulması gereken ilaçlar için bazı stokların oluşturulmasını, bunların tanımlanmasını ve bu stoklardaki ilaçların periyodik olarak kontrol edilmesini gerektirir(Oğuz Ö,2007: 27).

Çalışmamızda ilaçların depolamasına yönelik hedeflere ulaşma oranı ocak 2010'da % 33,33 iken Haziran 2010'da % 60,00 yükselmiştir. Değişim oranı % 80, 00 dir.

Araştırmalarda en çok üzerinde durulan ve ilaç hatalarını önleme stratejilerinden biri eğitimidir. Hemşirelere, ilaç uygulamaları, doz hesaplamaları, ilaçların farmakolojik özellikleri ve kullanımları hakkında verilen eğitimlerin ilaç uygulama hatası oranlarını düşürdüğü gösterilmiştir Kliniğe özgü ilaç uygulama protokolleri ve prosedürlerinin oluşturulması ve ise yeni başlayan hemşireler için kliniğe özgü oryantasyon programlarının uygulanması kaçınılmazdır(Özkan S.2008; 59).

Çalışmamızda eğitime yönelik hedeflere ulaşma oranı ocak 2010'da % 28,57 iken Haziran 2010'da % 71,43 yükselmiştir. Değişim oranı % 150, 00 dir.

Bir Çalışmada "Sözel orderın yazılı hale getirilmemesi" %78.82, "Doğru yazılı order alınmaması %45.04 , "Order edilmeyen ilacın uygulanması %4.27, olduğu tespit edilmiştir(Aslan Ö, 2005; 47: 177).

Telefon direktifleri ve sözel direktifler yalnızca, acil durumlarda, doktorun hastane dışında olduğu durumlarda ve doktorun steril bir ortamda (ameliyat, vb.) bulunup çıkmadığı durumlarda kabul edilebilir olmalıdır. Başka hiçbir durumda direktiflerin sözlü ya da telefonla verilemeyeceği kuruluşların politika ve prosedürlerinde net bir şekilde tanımlanmalıdır. Çünkü sözlü ya da telefonla alınan direktifler, yanlış duyulabilir, eksik kalabilir, yanlış yorumlanabilir, yanlış yazılabilir ve hatta hasta dosyasına yazılması tamamen unutulabilir ve kafa karıştırıcı olabilir (Oğuz Ö.2007 :35).

Çalışmalarda, doz hatalarının önemli nedenlerinden biri olarak gösterilen sözel istemlerin azaltılmasına yönelik politikaların geliştirilmesi önemlidir. Hem sözel istemlerden hem yazılı istemlerden kaynaklanan uygulama hatalarını azaltmaya yönelik söz edilen diğer önleme stratejisi ise elektronik sistemlerin kullanımıdır. Bunlar, bilgisayardan istem girişi, ilaç dağıtım sistemleri ya da barkod sistemleridir. Çalışmalarda barkod sistemlerinin, istem hatalarını %93 oranında azalttığı, uygulama hatalarını azaltma oranının ise % 6 olduğu saptanmıştır (Özkan S.).

Çalışmamızda order ve kısaltmalara yönelik hedeflere ulaşma oranı Ocak 2010'da % 40,00 iken Haziran 2010'da % 73,33 yükselmiştir. Değişim oranı % 83,33 tür.

Kaushal ve arkadaşları (2001) ilaç hatalarında en çok görülen hata tiplerini; yanlış doz (%28), ilacın yanlış zamanda verilmesi (%9.4), yanlış yoldan verilmesi (%18), yanlış ilaç (%1.3), yanlış hasta (%0.16), ilaç alerjisi (% 1.3) olarak sıralamıştır. Taxis ve Barber (2003) yaptıkları araştırmada 430 İntravenöz (IV) ilaç dozunun 21'inde, hazırlama ve uygulama evresinde bir ya da daha çok hata oluştuğunu saptamıştır(Özata M, 2009; 5).

Bir çok ilaç uygulama politikasına temel oluşturmuş olan ilaçların uygulamasındaki beş doğru (doğru ilaç, doğru hasta, doğru doz, doğru yol, doğru zaman), ilaç yönetim standartlarında somutlaştırılmıştır.

Çalışmamızda ilaç uygulamasına yönelik hedeflere ulaşma oranı Ocak 2010'da % 71,88 iken Haziran 2010'da % 84,38'e yükselmiştir. Değişim oranı % 17,39 dur.

Bir çalışmada ilacın doğru teknikle hazırlanmaması %33.55 ve ilaç uygulanmaması sonrasında atıkların uzaklaştırılmaması %18.69, olduğu tespit edilmiştir(Aslan Ö, 2005; 47: 177).

İlaçların hazırlanması ve dağıtımına yönelik standartlar, tüm ilaç direktiflerinin hazırlanıp dağıtılmadan önce eczacı ve yetkin bir klinik disiplin tarafından uygun olup olmadıkları bakımından gözden geçirilmesi gerektiğini ifade eder. Kuruluş tarafından, direktiflerin kontrolü için gerçekçi bir sürenin ayrılması gerektiği ve direktiflerle ilgili geri dönüşlerde gerekli iletişim adımlarının nasıl olacağının politika ve prosedürlerde tanımlanması gerektiği de bu standartların kapsamındadır. İlaç yönetiminin diğer standartlarına göre

ilaçların hazırlanmasına ve dağıtımına ilişkin standartlar daha spesifik ve ayrıntılıdır. Örneğin bu standartlar, steril ilaçların eczanede hazırlanmasını, etiketlemenin standartlaştırılmasını, eczanenin kapalı olduğu zamanlarda eczanenin yetkilerinin nasıl yerine getirileceğinin tanımlanmasını, eczaneye geri gönderilen ya da numune ilaçlar hakkında nasıl bir politika izleneceğinin ve ne gibi kontroller yapılacağını belirlenmesini sorgular (Oğuz. Ö,2007;29)

Çalışmamızda ilaç hazırlanması ve dağıtımına yönelik hedeflere ulaşma oranı Ocak 2010'da % 47,37 iken Haziran 2010'da % 78,95'e yükselmiştir. Değişim oranı % 66,67'dir.

JCAHO ilaçların etkisinin izlenmesi standartları kapsamında, kuruluşların, uygulanan ilaçların hastalar üzerinde yarattığı etkileri ve ilaçlara karşı gelişen ya da gelişmesi olası adverse ilaç olaylarını takip etmesini ister. Özellikle hemşire ve doktorlar ilaçların bu etkilerinin izlenmesinde önemli görevlere sahiptir. Bir ilaç etkisi bir sentinel olay kapsamında olduğunda, ilgili kişiler tarafından bu olay incelenmeli, neden-sonuç analizi yapılarak, gelecek hataların önlenmesine yönelik faaliyet planlarının oluşturulması sağlanmalıdır. Bu tür çalışmaların yapılmasında görev alacak bir risk grubu oluşturulmalıdır. Kuruluş ilaçların etkilerine yönelik bu tür takip kriterlerini ve olaylar geliştiğinde yapılması gerekenleri prosedür ve politikalarında tanımlamalıdır (Oğuz Ö.2007;30).

Çalışmamızda ilaçların etkisinin izlenmesi yönelik hedeflere ulaşma oranı Ocak 2010'da % 33,33 iken Haziran 2010'da % 66,66'a yükselmiştir. Değişim oranı % 100,00'dür.

Yüksek riskli ilaçlar için protokollerin geliştirilmesi özellikle uygulama hatalarını azaltan önemli girişimlerden biridir. Dijitaller, fenobarbütaller, elektrolit solüsyonları gibi yüksek riskli ilaçların uygulama prosedürlerinin yanı sıra çift kontrollerin yapılması birçok çalışmada vurgulanan önleme stratejileri arasındadır(Özkan S.2008; 59).

Çalışmamızda yüksek riskli ilaçlara yönelik hedeflere ulaşma oranı Ocak 2010'da % 42,86 iken Haziran 2010'da % 85,71'e yükselmiştir. Değişim oranı % 100,00'dür.

2004 yılında United States Pharmacopeia (USP) tarafından ilaç güvenliğinin geliştirilmesindeki tavsiyeleri şöyle sıralanmıştır: Kuruluşların baş yöneticileri, müdürleri ve medikal direktörleri ilaç güvenliği çalışmalarına katışmalı ve destek vermelidir. Potansiyel ya da gerçekleşmiş ilaç hatalarının raporlanması için cezasız raporlama politikası benimsenmelidir. İlaç hatalarının raporlanması sistemi, performans değerlendirme sisteminden ayrı tutulmalıdır. İlaç güvenliği raporlama sistemine yönelik bir özendirme sağlanmalıdır İlaç hatalarına eğilimleri değerlendirmek ve süreçlerde gelişmeler yaratmaya yönelik öneriler getirmek için, düzenli olarak toplanan multidisipliner bir risk komitesi oluşturulmalıdır. Kuruluşun tüm departmanları ve disiplinleri arasında açık bir iletişim ağı kurulmalıdır. Çalışanlara, hataların raporlamaları ve güvenli ilaç kullanımına yönelik geliştirme önerilerinde bulunmaları için bir takım yöntemlerle imkanlar yaratılmalı ve çalışanların katılımları için bazı yöntemler kullanılmalıdır. İlaç hataları raporlarından elde edilen bilgiler, analiz sonuçları, planlara faaliyetler tüm çalışanlar ile paylaşılmalıdır. İlaç güvenliğine yönelik prosedürler ve politikalar standartlaştırılmalı ve aynı zamanda anlaşılır olması için basitleştirilmelidir. Hemşirelerin ilaç hazırlama ve uygulama süreçlerinde bölünmeleri ve dikkatlerinin

dağılmasına neden olan faktörler en aza indirilmeli ve bu yönde net stratejiler geliştirilmelidir. Yetersiz kalındığı ve gerekli görüldüğü zamanlarda, eskiye bağlı kalınmayarak bazı kanunlar değiştirilmelidir. Örneğin ülke olarak yapılan hatalar karşısında gerekli görülmüş yasal cezaların değiştirilmesine yönelik kanun değişikliklerine gidilmelidir (Oğuz Ö.,2007 ;32).

Çalışmamızda ilaç güvenliği stratejilerine yönelik hedeflere ulaşma oranı Ocak 2010'da % 23,08 iken Haziran 2010'da % 38,46'a yükselmiştir. Değişim oranı % 66,67'dir.

İlaç Uyumlandırma ilaç hatası hasta güvenliğini etkileyen en yaygın hata tipidir. Hastaneye yatışta, bir servisten diğerine transferde ve hastaneden eve taburcu edilirken bakımın değişik noktalarında; ilaç hatası meydana gelmektedir. ilaç hatalarının ana nedeni bazı zamanlarda ilaç bilgilerinin yetersiz ve yanlış aktarımıdır. Sağlık bakımı verenler hastanın ilaçları hakkında hastane yatış kayıtlarından, hastane ilaç uygulama kayıtlarından, doktorun hasta öyküsünden ve notlarından, hemşire notlarından ve eczane notlarından veri elde etmelidirler. Bu kaynaklardan ilaç bilgilerini elde etmezler ise hastanın aldığı ilaçlar hakkında yanlış ve eksik bilgi sahibi olabilirler.

Hastanın aldığı bütün ilaçların en doğru ve tam listesinin oluşturulması ve doktorun hastaneye yatış, hastaneden taburculuk ve transferdeki istemi ile karşılaştırmasıyla hastanedeki bütün değişim noktalarında hasta için doğru ilaçları sağlamak ilaç uyumudur(Durmaz.A, 2007;19).

Çalışmamızda ilaç uyumlaştırma hedeflere ulaşma oranı Ocak 2010'da % 33,33 iken Haziran 2010'da % 66,67'a yükselmiştir. Değişim oranı % 100,00'dür.

Sağlık çalışanlarının hataları raporlamaları için cesaretlendirildikleri cezasız bir raporlama ortamının oluşturulması, ilaç güvenliği programının gerekli bileşenlerinden ikincisidir. (Oğuz Ö.,2007) Kurum yöneticilerinin yapacağı kalite geliştirme çalışmaları içinde bildirim kültürünün oluşturulması yer almalıdır. Bildirim kültürünün oluşturulması, hata tipleri ve nedenlerinin tanımlanmasını kolaylaştırdığı gibi çözüm önerilerini de beraberinde getirmektedir. Konu ile ilgili çalışmalar, cezalandırıcı olmayan, ne olduğundan çok nasıl olduğuna odaklanılan bir ortamda çalışmanın, hata bildirimlerini artırdığını göstermektedir (Özkan S,2008: 59).

Çalışmamızda ilaç hatası raporlama hedeflere ulaşma oranı Ocak 2010'da % 15,38 iken Haziran 2010'da % 23,08'e yükselmiştir. Değişim oranı % 50,00'dir.

Çalışanlar hataların raporlanmasında direnç göstermektedir. Çalışanlar öncelikle kendilerini düşündükleri için, hataların değerlendirmesinin kendileri için olumsuz geri dönüşlere sebep olacağı endişesi ile bu konuda isteksiz davranmaktadır(Çakır A, Tütüncü Ö 2009).

İlaç hatalarını azaltmanın bir başka yolu da eczacıyı hastanın bakımına daha etkin bir şekilde dahil etmektir. ABD Farmakopesinin son dönemde yaptığı bir çalışmada, ilaçların kapsamlı olarak gözlemlenmesi nedeniyle, cerrahi hastalarının zararlı ilaç hataları konusunda artan bir riskle karşı karşıya olduklarını ortaya koymuştur. Bu raporun sonucu nedir? Eczacıların perioperatif birimlere tahsis edilmesi. Perioperatif olmayan bir ortamda

dahi, eczacı, temel ilaç bilgilerini sağlamak, hastaların ilaca tepkilerini izlemek, hastalara aldıkları ilaçlarla ilgili eğitim sunmak veya ilaç tedavisini optimize etmek için ilaç değişiklikleri konusunda tavsiyelerde bulunmak vasıtasıyla önemli destek sunabilir(Mansur J.).

Çalışmamızda eczacının rolüne yönelik hedeflere ulaşma oranı Ocak 2010'da % 27,27 iken Haziran 2010'da % 72,73'e yükselmiştir. Değişim oranı % 166,67'dir

Birinci değerlendirmede % 39,15 olan ilaç güvenliğindeki hedefe ulaşılma oranımız gerekli düzenlemelerin yapılmasıyla % 59,04'lük artışla ilaç güvenliği hedeflerine ulaşılma oranı % 62,26'a yükselmiştir.

Yüksek riskli ilaçlar hedefinde % 100,00 oranında artış sağlanarak % 85,71 oranına yükseldiği, ilaçların uygulanması hedefinde % 17,39 oranında artışla % 84,38 oranına, ilaç hazırlama ve dağıtım hedefinde % 66,67 oranında artışla % 78,95 'e yükselmiştir.

Değerlendirmeler sonucunda iyileştirilmesi gereken alanlar; ilaç olay raporlama ve ilaç güvenliği stratejileri belirleme olarak belirlendi.

Öz değerlendirmeler hastanemizde ilaç güvenliği çalışmalarında durum saptamamıza ve iyileştirme için odaklanacağımız alanları belirlenmesini sağlamıştır. Bu tür değerlendirmeler sağlık hizmetinin kalitesinin artmasına yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

AKALIN, H.Erdal “Medikasyon Hataları ”ANKEM Derg 2004; 18 : 10-11

AKTAY Göknur, HANCI. Hamit, BALSEVEB Aysun “ İlaç Etkileşimleri ve Hekim Sorumluluğu”, STED,Cilt 12,sayı 7

ASLAN Özlem ,ÜNAL Çilem “ Cerrahi yoğun bakım ünitesinde parenteral ilaç uygulama hataları” Gülhane Tıp Dergisi 2005; 47: 175-178

ÇAKIR Ali, TÜTÜNCÜ Özkan (2009) İzmir il hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı” Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı,Editör Harun Kırılmaz,Cilt 2 s.189- 203)

DURMAZ Aylin “Hastaların Hastaneye Yatmadan Önce Kullandıkları ilaçların Kliniğe Kabul Edildikten Sonra Kullanımı ile ilgili ilaç Hatalarının incelenmesi,Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,2007

İZMEN Banu, “ İlaç Yönetimi ve Kullanımı”, Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon Hasta Güvenliği Dergisi” Yıl 1, Sayı 2

KAUSHAL R, Bates DW, Landrigan C, Mckenna KJ, Clapp M, Federico F, Goldmann D. (2001)

Medication Errors And Adverse Drug Events in Pediatrics Inpatients, **JAMA**, 285(16): pp. 2114- 2120

KORKMAZ. Özlem “ İLAÇ GÜVENLİĞİ” www.samsun.saglik.gov.tr/ppt/sunu3.ppt

MANSUR Jeannell M.“Arttırılmış İlaç Güvenliği”
<http://tr.jointcommissioninternational.org/entr/Medication-Safety-Articles/>

MAYO AM, Duncan D. (2004) Nurse perceptions of medication errors: What We Need to Know for Patient Safety, Journal of Nursing Care Quality, 19:pp. 209-217.

Medication Safety Self-Assessment Questionnaires
<https://www.ecri.org/Documents/SampleCCRMiMedicationiSafetyiSAQ.pdf>

NAYIR İbrahim, “İlaç güvenliğinin Sağlanması için İlaç Takip Sistemi” Sağlık Hizmetlerinde Kalite,
Akreditasyon Hasta Güvenliği Dergisi” Yıl 1, Sayı 2

OĞUZ, Özlem “ İlaç Hataları Ve Hataların Raporlanmasına Yönelik Hemşirelerin Alışkanlık Ve Deneyimlerinin Belirlenmesi Ve İlaç Hatalarının Önlenmesine İlişkin Stratejilerin Geliştirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,2007

ÖZATA Musa, Şebnem ASLAN, Mustafa METE “Rasyonel İlaç Kullanımının Hasta Güvenliğine Etkileri: Hekimlerin Rasyonel İlaç Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi”
<http://www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sosimak/articles/2008/20/MO-SA-MM.PDF>

ÖZATA Musa 1, Handan Altunkan “ Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin geliştirilmesi **Geçerlilik Güvenilirlik Analizinin Yapılması** “ II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bilimsel Araştırma & En İyi Uygulama Ödülleri Kitabı

ÖZATA Musa, ALTUNKAN Handan “ Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği” *Tıp Araştırmaları Dergisi: 2010 : 8 (2) :100 -111*

ÖZKAN Suzan , KOCAMAN Gülseren, ÖZTÜRK Candan “Pediatrik İlaç Uygulama Hatalarının Sıklığı, Tipleri, Nedenleri ve Önleme Girişimleri:Literatür İncelemesi” DEUHYO ED 2008, 1 (1), 19-32, 51-65

UZUN Şenay “ İlaç Uygulama Hataları”Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008, 28

THOMAS, E. J.,& Studdert, D. M. (1999). Costs of Medical Injuries in Utah and Colorado *Inquiry*. 36(3), 255–264.

WONG, J., & Beglaryan, B. . *Strategies for hospitals to improve patient safety: a review of the research*,
http://www.caphc.org/documents_programs/patient_safety/patient_safety_2004.pdf

HASTA GÜVENLİĞİNİ RİSKE EDEN OLAYLARIN RAPORLANMASINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Ahmet ATASOY¹, Sabahattin TEKİNGÜNDÜZ²

Özet

Amaç: Bu çalışma ile hasta güvenliğinin risk eden olayların raporlanmasında etkisi olan faktörleri ve etkilerini ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma Nisan 2010 tarihinde Sandıklı Devlet Hastanesinde çalışan 119 sağlık çalışanı üzerinde yapılmıştır. Araştırmada; Kudo ve arkadaşların geliştirdiği hasta güvenliği iklimi ölçeği kullanılmıştır

Elde edilen veriler SPSS 11.5 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. İstatistik analizlerde ortalama, standart sapma, korelasyon, regresyon testleri kullanılmıştır

Önemi: Olay raporlama, sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, hatalı süreç ve uygulamaların belirlenmesi ve güvenli bakım verilmesinde temel anahtar olarak dikkate alınması gereken önemli bir konudur.

Bulgular: Katılımcıların % 42,0'si hemşire, % 83,2'sinin ön lisans düzeyinde eğitim aldığı tespit edilmiştir. Olay raporlama ile yönetici tutumu ($r = .510$), hemşirelerle iletişim ($r = .582$), doktorlarla iletişim ($r = .618$), yorgunluğun azaltılması ($r = .503$), hemşirelik koşulları ($r = .561$) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Sonuç: Olay raporlamayı en fazla etkileyen değişken hemşirelerle iletişimidir ($\beta = .577$ $p = .000$) dir.

Anahtar Kelimeler: Hasta güvenliği, sağlık bakımı, olay raporlama,

Abstract

Purpose: This study of patient safety risks of reporting the events and effects of the factors that influence is intended to reveal

Method: This study was conducted at Sandıklı Public / State Hospital in april 2010 for 119 personnel. Study developed by Kudo used to measure safety climate. This study was analyzed by using SPSS11.5 software programme. Means and standart deviations ,correlation, regression were given for statistical findings.

Importance :So event reporting is important issue have to be taken in consideration for patient safety as it is the main key for health-care in assessment, identifying error of implementations and processing and delivery of safety care.

Findings : Particitents were 42,0 % nurse, 83,2 % prelicence. A weak correlation was found between reporting and Superiors' attitudes ($r = .510$), relationships among nurses ($r = .582$), Communications with physicians ($r = .618$), Fatigue reduction ($r = .503$), Nursing conditions ($r = .561$).

Conclusion : The most effective factor on event reporting is appropriateness of relationships among nurses ($\beta = .577$ $p = .000$).

Keywords: Patient safety, health-care, event reporting

¹Sandıklı Devlet Hastanesi, aatasoy15@gmail.com

²Sağlık Bakanlığı, stekingunduz@gmail.com

1. GİRİŞ

Sağlık kuruluşları sürekli iyileştirme çabası olarak, hasta güvenliğini sağlık kalitesinin kritik bir bileşeni haline gelmiştir. Sertifikasyon ve akreditasyon da sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğini sağlama ve hataları azaltma en önemli faktör olarak tespit edilmiştir(Tütüncü, 2007 :1).

Hasta güvenliğini riske eden potansiyel ve gerçek olayların bildirimi, kayıt altına alınması ve sınıflandırılarak istatistiksel verilere dönüştürülmesini sağlayacak bir raporlama sisteminin kurulması, hasta güvenliğini sağlamanın olmazsa olmazıdır. Raporlama sistemi veri toplayan ve raporlayan teknik bir sistem olmanın ötesinde hasta güvenliği kültürünün inşa edilmesi açısından çok kritik bir işleve sahiptir (Tak,2010; 89).

Hasta güvenliğinde olay raporlama sistemleri, organizasyonların kendi bünyeleri içerisinde, hasta güvenliğine ilişkin sorunlarının tanımlanmasına yardımcı olacak bir uygulamadır (Altındiş ,2010;18).

Sağlık hizmetleri sunumunda hastalar, doğal olarak bir takım tıbbi hatalara maruz kalırlar. Ortaya çıkan bu hataların sağlık profesyonellerince raporlanması, hasta güvenliği problemlerinin tespit edilmesinde temel araçtır(Altındiş, 2010;18).

Olay raporlama ayrıca hastaya zarar verecek muhtemel hataları azaltmak için sistemde değişiklik yapma girişimlerine kaynak sağlar. Çünkü raporlardan elde edilen yararlı bilgiler vasıtasıyla sağlık hizmeti veren sistemler ve süreçler için bir takım öneriler geliştirilebilir. Geliştirilen bu öneriler doğrultusunda değişimler gerçekleştirilebilir. Tüm bunların sonucu olarak hatalardan öğrenme imkânı tanıyacak olan olay raporlama; çözümlerin geliştirilmesi, değişiklikler için önerilerde bulunma, elde edilen bilgilerin organizasyon boyunca yayılmasını

sağlayacak nitelikte olması gereklidir (WHO, 2005, 7-12; Beasley , 2004, 58-9). Bunun için raporlamayı destekleyen bir organizasyonel iklimin, liderliğin, eğitim faaliyetlerinin, iyi işleyen bir güvenlik komitesinin, güçlü bir iletişimin, bunları gerçekleştirebilecek enformasyon sistemlerinin bulunması gereklidir (Jossi., 2002, 41).

2. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

2.1. Araştırmacının Amacı

Bu çalışma ile hasta güvenliğini riske eden olayların raporlanmasında etkisi olan faktörleri ve etkilerini ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

2.2. Araştırma Evreni, Örneklem Hacmi:

Araştırmacının evreni Sandıklı Devlet Hastanesi 125 hekim dışı sağlık personeli oluşturmaktadır. Raporlu, izinli, araştırmaya katılmayı istememe gibi nedenlerle 6 sağlık personeli araştırmaya katılmamışlardır. Araştırmaya katılım oranı % 95 'dir

2.3. Araştırmada Kullanılan Anket Formu

Araştırmaya ilişkin veriler 37 adet soru ve ifadeden oluşan iki bölümlü bir soru formu aracılığı ile Nisan – Mayıs 2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Birinci bölümde, araştırma

yapılan kişilerin demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular, ikinci bölümde hasta güvenliğini riske eden olayların raporlanmasını etkileyen faktörleri yönelik ifadeler bulunmaktadır.

Bu çalışmada Yasushi Kudo ve arkadaşların (Kudo vd ,20098) geliştirdiği hasta güvenlik iklim ölçeği kullanılmıştır. Ölçekte 30 yargı cümlesi bulunmaktadır. Güvenlik ölçeğinin 7 alt boyutu vardır; Yönetici tutumu, hemşirelerle iletişim, doktorlarla iletişim, eğitim, yorgunluğun azaltılması, hemşirelik koşulları, raporlama.

Ölçek maddelerine verilen yanıtlar 5'li likert tipindedir. Soruların cevapları hiç katılmıyorum (1), katılmıyorum (2) kararsızım (3) katılıyorum (4), tamamen katılıyorum (5) şeklinde sıralanıp puanlanmıştır

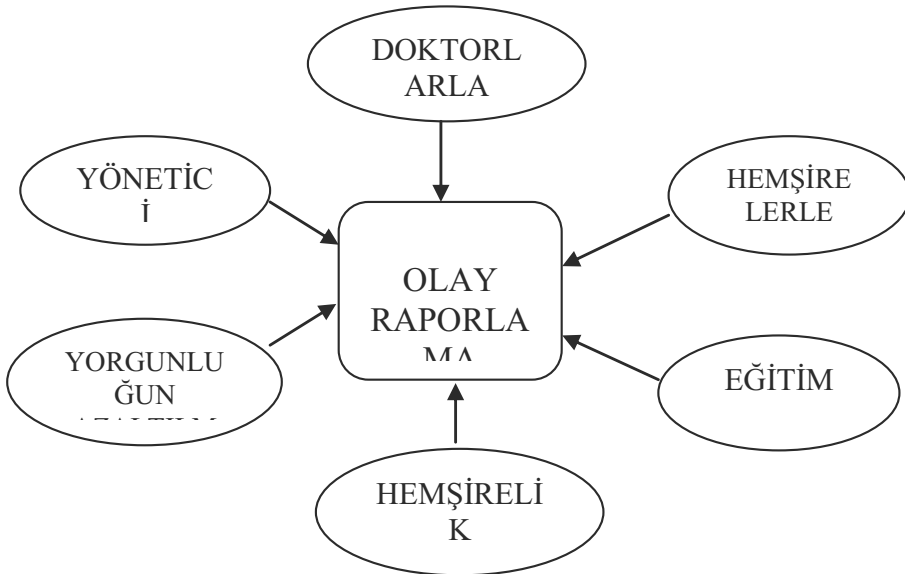
2.4. Araştırmada Kullanılan istatistik analizler

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11.5 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra değişkenler arasındaki ilişkilerinin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi, değişkenlerin olay raporlama üzerinde anlamlı herhangi bir etkisinin olup olmadığını belirlemek için basit regresyon analizleri uygulanmıştır.

2.5. Araştırma Modeli ve hipotezleri

Şekil 1'de araştırma modeli gösterilmektedir. Görüldüğü gibi araştırma modeli hasta güvenliğini riske eden olayların raporlanması üzerindeki, yönetici tutumu, doktorlarla iletişim, hemşirelerle iletişim, eğitim, hemşirelik koşullarının etkilerinden oluşmaktadır.

Şekil 1. Araştırma Modeli



Hipotezler

H1. Yönetici tutumu, hasta güvenliğinde olay raporlamayı pozitif yönde etkilemektedir

H2. Hemşirelik koşulları, hasta güvenliğinde olay raporlamayı pozitif yönde etkilemektedir

H3.Doktorlarla iletişimi, hasta güvenliğinde olay raporlamayı pozitif yönde etkilemektedir

H4. Hemşirelerle iletişim, hasta güvenliğinde olay raporlamayı pozitif yönde etkilemektedir

H5.Yorgunluğun azaltılması, hasta güvenliğinde olay raporlamayı pozitif yönde etkilemektedir

H6.Eğitim, hasta güvenliğinde olay raporlamayı pozitif yönde etkilemektedir

3. BULGULAR

3.1. Sosyodemografik Bulgular

Çalışma katılanların % 42,0'si hemşirelerden oluşmakta, % 83,2'sinin ön lisans düzeyinde eğitim aldığı tespit edilmiştir(Tablo 1)

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

UNVAN	Sayı n= 119	%
Hemşire	50	42,0
Ebe	30	25,2
Sağlık Memuru	39	32,8
CİNSİYET		
Kadın	90	75,6
Erkek	29	24,4
EĞİTİM DURUMU		
Lise	14	11,8
Ön lisans	99	83,2
Lisans	5	4,2
Yüksek Lisans	1	0,8
YAŞ		
20-29	17	14,3
30-39	74	62,2
40- 49	28	23,5
ÇALIŞMA POZİSYONU		
Servis Çalışanı	105	88,2
Servis sorumlusu	14	11,8

3.2. Katılımcıların olay raporlama algılama bulguları

Katılımcıların % 68,9'u hataların kayıt altına alınması, % 58,8'i raporların geri bildirimi, % 56,4'sı raporlardan öğrenme, % 52,1'i raporların analizi, % 53,8'i hastanenin hasta

güvenliği konusunda olumlu görüş (katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum) bildirmişlerdir.

Tablo 2. Katılımcıların olay raporlama algılamaları

	<u>ortalama±s</u> <u>d</u>	Kesinlikle Katılmıyoru m	Katılmıyoru m	Kararsızı m	Katılıyoru m	Kesinlikle Katılıyoru m
Hastanemizde hatalar ve içerikleri kayıt altına alınır	3,70 ±0,98	4,2	7,6	19,3	51,3	17,6
Hastanemizde çalışanlar hata raporlarından haberdar olması sağlanır	3,47±1,13	10,1	5,9	25,2	43,7	15,1
Hastanemizdeki hata raporları, hataların beklenmedik şekilde olduğunu öğrenmemize imkan sağlar	3,48±1,14	9,2	6,7	27,7	38,7	17,7
Hastanedeki hata raporları uygun şekilde analiz edilir	3,48±1,03	5,9	9,2	32,8	37,8	14,3
Bu hastanedeki hata raporlarından hasta güvenliği hakkında bir çok bilgi öğrenmek mümkündür.	3,47±1,08	6,7	9,2	30,3	37,8	16,0

3.3. Güvenirlik analizleri

Bu çalışmadaki ölçeğin güvenirliliğinin saptanmasında Cronbach Alfa Katsayısı kullanılmıştır. Hasta güvenliği iklimi ölçeğinin genel olarak 0,925 'dir. Güvenlik iklimi ölçeğinin alt boyutları ve güvenirlik düzeyleri Tablo 3' de gösterilmiştir

Tablo 3. Güvenlik iklimi ölçeğinin alt boyutları ve güvenirlik düzeyleri

	Madde sayısı	Ortalama	Standart sapma	Cronbach's alpha
Eğitim	5	15,02	5,29	.907
Raporlama	5	17,59	4,85	.942
Yorgunluğun azaltılması	5	14,90	5,02	.871
Yönetici tutumu	4	13,26	3,25	.731
Hemşirelik koşulları	5	16,47	3,50	.648
Doktorlarla iletişim	3	10,19	2,45	.650
Hemşirelerle iletişim	3	9,35	3,22	.927
	30			.925

3.4. Korelasyon Analizi

Hasta güvenliğinde olay raporlama ile yönetici tutumu, hemşirelerle iletişim, doktorlarla iletişim, eğitim, yorgunluğun azaltılması, hemşirelik koşulları arasındaki ilişkilerinin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Korelasyon katsayısının 1,00 olması, mükemmel pozitif bir ilişkiyi; -1,00 olması mükemmel bir negatif ilişkiyi; 0,00 olması ilişkinin olmadığını gösterir. Korelasyon analizi ile hesaplanan ko-relasyon katsayısı r mutlak değer olarak 0,70 – 1,00'un arasında ise “yüksek”; 0,70 -0,30 arasında ise “orta” ve 30'un altında ise iki değişken arasındaki ilişkinin düşük düzeyde olduğu kabul edilmektedir (Büyüköztürk, 2004, 32).

Olay raporlama ile değişkenler arasında yapılan korelasyon analizinde; olay raporlama ile yönetici tutumu arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki ($r = .510$, $p = 0.001$), olay raporlama ile hemşireler iletişim arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki ($r = .582$, $p = 0.001$), olay raporlama ile doktorlarla iletişim arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki ($r = .618$, $p = 0.001$), olay raporlama ile yorgunluğun azaltılması arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki ($r = .503$, $p = 0.001$), olay raporlama ile hemşirelik koşulları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki ($r = .561$, $p = 0.001$) saptanmıştır

Tablo 4. Olay raporlama ile değişkenler arasındaki korelasyon analizi

	1	2	3	4	5	6	7
1.Raporlama	1						
2.Yönetici Tutumu	,510(**)	1					
3.Hemşireler Arası İletişim	,583(**)	,546(**)	1				
4.Doktorlarla İletişim	,618(**)	,672(**)	,597(**)	1			

5.Yorgunluğun Azaltılması	,503(**)	,486(**)	,473(**)	,508(**)	1		
6.Hemşirelik Eğitimi	,137	,045	,040	,349(**)	,105	1	
7. Hemşirelik Koşulları	,561(**)	,471(**)	,382(**)	,476(**)	,392(**)	,539(**)	1

** 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

3.5. Regresyon Analizi

Değişkenlerin olay raporlama üzerinde anlamlı herhangi bir etkisinin olup olmadığını belirlemek için basit regresyon analizleri uygulanmıştır. Korelasyon analizi ile değişkenler arasındaki ilişkinin varlığı ve derecesi ortaya koyulduktan sonra, geliştirilen hipotezleri test etmek için regresyon analizi uygulanmıştır.

Yönetici tutumu, olay raporlamanın anlamlı açıklayıcısı olduğu görülmektedir. ($R=0,562$, $R^2=0,316$, $F=53,957$, $p=0,00$). Analizde, yönetici tutumu bağımsız değişken, hasta güvenliğinde olay raporlama bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Beta değerleri incelendiğinde yönetici tutumunun olay raporlama üzerindeki etkisinin yaklaşık % 56 olduğu görülmektedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t- testi sonuçları incelendiğinde ise, yönetici tutumunun olay raporlama üzerinde anlamlı bir belirleyici olduğu görülmektedir ($p=0,000$).

Tablo 5. Yönetici tutumunun olay raporlamaya etkisi

BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN	BAĞIMLI DEĞİŞKEN				
	Olay Raporlama				
	B değeri	Standart hata	β	T	P (sig)
Sabit	1,010	,357	-	2,831	.005
Yönetici tutumu	,191	,026	.562	7,346	.000

Yönetici tutumunun en iyi temsil eden belirleyicileri “Yöneticilerim, işlerin nasıl yapılacağını bilmediğimde uygun yönergeler verirler” ($3,42 \pm 0,99$), “Yöneticilerim, kıl payı kaçan hatalar yaptığımda beni azarlamazlar” ($3,40 \pm 0,98$) olmak üzere sıralanmıştır

Hemşirelerle ilişki, olay raporlamanın anlamlı açıklayıcısı olduğu görülmektedir. $R=0,577$, $R^2=0,333$, $F=58,521$, $p=0,00$). Analizde, hemşirelerle ilişki bağımsız değişken, hasta güvenliğinde olay raporlama bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Beta değerleri incelendiğinde hemşirelerle ilişki hasta güvenliğinde olay raporlama üzerindeki etkisinin yaklaşık % 57 olduğu görülmektedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t- testi sonuçları incelendiğinde ise, hemşirelerle ilişki olay raporlama üzerinde anlamlı bir belirleyici olduğu görülmektedir ($p=0,000$).

Tablo 6. Hemşirelerle iletişimin olay raporlamaya etkisi

BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN	BAĞIMLI DEĞİŞKEN				
	Olay Raporlama				
	B değeri	Standart hata	β	T	P (sig)
Sabit	1,694	,257	-	6,589	,000
Hemşirelerle ilişki	,199	,026	,577	7,650	,000

Hemşirelerle ilişkinin en iyi temsil eden belirleyicileri “Hastanemizdeki hemşireler, birbirlerine yardım etmeye çalışır” ($3,20 \pm 1,27$), “Hastanemizdeki hemşireler arasında iyi ekip çalışması vardır” ($3,06 \pm 1,07$) olmak üzere sıralanmıştır

Doktorlarla iletişim, olay raporlamanın anlamlı açıklayıcısı olduğu görülmektedir. ($R=0,508$, $R^2=0,258$, $F=40,670$, $p=0,00$). Analizde, doktorlarla iletişim bağımsız değişken, olay raporlama bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Beta değerleri incelendiğinde doktorlarla iletişimin olay raporlama üzerindeki etkisinin yaklaşık % 50 olduğu görülmektedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t- testi sonuçları incelendiğinde ise, doktorlarla iletişimin olay raporlama üzerinde anlamlı bir belirleyici olduğu görülmektedir ($p=0,000$).

Tablo 7. Doktorlarla iletişimin olay raporlamaya etkisi

BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN	BAĞIMLI DEĞİŞKEN				
	Olay Raporlama				
	B değeri	Standart hata	β	T	P (sig)
Sabit	1,213	,378	-	3,212	,002
Doktorlarla iletişim	,230	,036	,508	6,377	,000

Doktorlarla iletişimin en iyi temsil eden belirleyicileri “Hastanemizdeki doktorlar hemşirelere uygun talimatları verir” ($3,61 \pm 1,11$), “Doktorlarla sağlıkla ilgili konularda açıkça konuşabilirim” ($3,39 \pm 1,06$) olmak üzere sıralanmıştır

Yorgunluğun azaltılması, olay raporlamanın anlamlı açıklayıcısı olduğu görülmektedir. ($R=0,445$, $R^2=0,198$, $F=28,960$, $p=0,00$). Analizde, yorgunluğun azaltılması bağımsız değişken, olay raporlama bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Beta değerleri incelendiğinde yorgunluğun azaltılmasının olay raporlama üzerindeki etkisinin yaklaşık % 44 olduğu görülmektedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t- testi sonuçları incelendiğinde ise, yorgunluğun azaltılmasının olay raporlama üzerinde anlamlı bir belirleyici olduğu görülmektedir ($p=0,000$).

Tablo 8. Yorgunluğun azaltılmasının olay raporlamaya etkisi

BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN	BAĞIMLI DEĞİŞKEN				
	Olay Raporlama				
	B değeri	Standart hata	β	T	P (sig)
Sabit	2,087	,288	-	7,258	,000
Yorgunluğun azaltılması	,098	,018	,445	5,381	,000

Yorgunluğun azaltılmasının en iyi temsil eden belirleyicileri “Bu hastanede çalıştığım halde, yorgunluğumun üstesinden gelirim ” ($3,33 \pm 1,29$), “Bu hastanede çalıştığım halde, kendimi yenilemek için yeterli boş zamana sahip olurum” ($3,06 \pm 1,21$) olmak üzere sıralanmıştır

Hemşire çalışma koşulları, olay raporlamanın anlamlı açıklayıcısı olduğu görülmektedir. ($R = 0,569$, $R^2=0,324$ $F = 56,000$, $p = 0,00$). Analizde, hemşire çalışma koşulları bağımsız değişken, olay raporlama bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Beta değerleri incelendiğinde hemşire çalışma koşullarının olay raporlama üzerindeki etkisinin yaklaşık % 56 olduğu görülmektedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t- testi sonuçları incelendiğinde ise, hemşire çalışma koşulları olay raporlama üzerinde anlamlı bir belirleyici olduğu görülmektedir ($p = 0,000$).

Tablo 9. Hemşire çalışma koşulların olay raporlamaya etkisi

BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN	BAĞIMLI DEĞİŞKEN				
	Olay Raporlama				
	B değeri	Standart hata	β	T	P (sig)
Sabit	,587	,405	-	1,449	,150
Hemşire çalışma koşulları	,180	,024	,569	7,483	,000

Hemşire çalışma koşullarının en iyi temsil eden belirleyicileri “Bölümümde hasta güvenliği için yeterli insan gücü gereklidir” ($3,71 \pm 1,08$), “Bölümünde her hemşireye verilen işi miktarı uygundur” ($3,45 \pm 1,03$) olmak üzere sıralanmıştır

Eğitim, olay raporlamanın anlamlı açıklayıcısı olmadığı görülmektedir. ($R = 0,048$, $R^2=0,002$ $F = ,271$, $p = 0,00$). Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t- testi sonuçları incelendiğinde ise, eğitimin olay raporlama üzerinde anlamlı bir belirleyici olmadığı görülmektedir ($p = 0,000$).

Tablo 10. Eğitimin olay raporlamaya etkisi

BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN	BAĞIMLI DEĞİŞKEN				
	Hasta güvenliğinde Olay Raporlama				
	B değeri	Standart hata	β	T	P (sig)
Sabit	3,403	,308	-	11,031	,000
Eğitim	,010	,019	,048	,521	,603

Regresyon analizleri sonucunda olay raporlamayı birinci derecede etkileyen değişken % 57 düzeyinde hemşirelerle iletişim ($\beta = .577$ $p = .000$) dir. İkinci derecede etkileyen değişken % 56 düzeyinde çalışma koşulları ($\beta = .569$ $p = .000$) , üçüncü derecede etkileyen değişken ise % 56 düzeyinde yönetici tutumudur ($\beta = .562$ $p = .000$).

4. SONUÇ

Analizler sonucunda çalışmada ileri sürülen hipotezlerin kabul durumları Tablo 11’de gösterilmektedir

Tablo 11. Hipotez Analizlerinin Sonuçları

İLERİ SÜRÜLEN HİPOTEZLER	RED / KABUL
H1. Yönetici tutumu, olay raporlamayı pozitif yönde etkilemektedir	KABUL
H2. Hemşirelik koşulları, olay raporlamayı pozitif yönde etkilemektedir	KABUL
H3.Doktorlarla iletişimi, olay raporlamayı pozitif yönde etkilemektedir	KABUL
H4. Hemşirelerle iletişim, olay raporlamayı pozitif yönde etkilemektedir	KABUL
H5.Yorgunluğun azaltılması, olay raporlamayı pozitif yönde etkilemektedir	KABUL
H6.Eğitim, olay raporlamayı pozitif yönde etkilemektedir	RED

Hasta güvenliğinde olay raporlamayı en fazla etkileyen değişken hemşirelerle iletişimidir. Hasta güvenliğini riske eden olayların raporlanmasının kaliteli ve etkili olabilmesi için hemşireler arasındaki iletişim engellerinin ortadan kaldırılması, yöneticilerin olay raporlamayı desteklemesi, servislerde çalışan hemşire sayısının optimal düzeyde ayarlanması önerilir

KAYNAKLAR

Altındış, S., “Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama Ve Hasta Güvenliğine Etkileri” Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi Ocak- 2010 sayı 1 ,17- 32

Beasley, J.W., Escato, K.M, Karsh, B.T.(2004). Design Elements for a Primary Care Medical Error Reporting System. Wisconsin Medical Journal. V.103. No.1 56-59

Büyüköztürk Ş. (2004). Veri Analizi El Kitabı. (4) Ankara: Pegem A Yayınları.

Joshi MS, Anderson JF, Marwaha S. A (2002). Systems Approach to Improving Error Reporting Journal Health Inf Manag. Winter; 16(1): pp :40-5.

Tak, B “Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi” Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi Ocak- 2010 sayı 1, 72 -114

Tütüncü, Ö., D. Küçükusta, A. Akman, A. Baykan, İ. Kiremitçi ve G. Nizamoglu., “The Role of Patient Safety Climate on Quality Management System: Perceptions of Nurses”, 51st European Organization for Quality Annual Congress, Prague, Czech Republic, 2007

World Health Organization (2005). WHO Draft Guidelines for Adverse Event

Yasushi KUDO, “ Safety Climate and Motivation toward Patient Safety among Japanese Nurses in Hospitals of Fewer than 250 Beds”Industrial Health 2009, 47, 70–79.

HASTA GÜVENLİĞİ İKLİMİ, EKİP ÇALIŞMASI, İŞ YÜKÜ VE İŞ KONTROLÜ, İŞ STRESİ ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Ahmet ATASOY¹, Songül YORGUN², Salim AKSOY³, Hüseyin İKA⁴

Özet

Amacı: Hasta güvenliği iklimi üzerindeki ekip çalışması, iş yükü ve iş kontrolünün etkilerini ortaya çıkarmaktır.

Önemi: Hasta güvenlik iklimi, sağlık alanında kalitenin önemli bir unsurudur. Olumlu bir güvenlik kültürünün oluşturulmasında ve geliştirilmesinde ekip çalışması, iş yükü ve kontrolü önemli bir yer oluşturmaktadır.

Yöntem: Bu çalışma Mayıs 2010- Eylül 2010 tarihleri arasında Afyon- Sandıklı ve Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanelerinde çalışan 332 sağlık personeli üzerinde yapılmıştır. Veriler bilgisayar ortamında SPSS 11.5 versiyonu kullanılarak değerlendirildi. İstatistik analizlerde ortalama, standart sapma, korelasyon, regresyon, anova testleri kullanılmıştır.

Sınırlılığı: Çalışmanın önemli sınırlılığı sadece hastanede çalışan sağlık personelinin dahil edilmiş olmasıdır

Bulgular: Hasta güvenliği iklimi ile kararlara katılım ($r = .642$), bilgi aktarımı ($r = .428$), iş yükü ($r = -.106$), iş kontrolü ($r = .209$), iş stresi ($r = -.217$) arasında anlamlı bir ilişki vardır. Kararlara katılım, bilgi aktarımı, iş kontrolü hasta güvenliği iklimini pozitif yönde, iş yükü ve iş stres ise negatif yönde etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta güvenliği iklimi, iş yükü, iş kontrolü

Abstract

Aim : To evaluate effects of job demand, job control, job stres on patient safety cliamate.

Importance : Patient safety climate is an important factor of health quality. A positive safety climate development depends on job demand, job control, job stres

Method: This study was made from may 2010 to september 2010 at Afyon-Sandıklı and Bolu State Hospitals .The study group consisted of 332 health workers. Data were

¹ Ahmet ATASOY, Sandıklı Devlet Hastanesi, aatasoy15@gmail.com.

² Songül YORGUN, Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, gulgun14@gmail.com

³ Salim AKSOY, Sandıklı Devlet Hastanesi Başhekimi

⁴ Hüseyin İKA, Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Başhekimi

evaluated by SPSS 11.5 version computer program. In statistical analysis : mean, standart deviation, correlation, regression, anova tests were used.

Findings: A weak correlation was found between patient safety climate and input into decisions and collaboration with other staff ($r = .642$), Information handover ($r = .428$), job demand ($r = -106$), job control ($r = .209$), job stres ($r = -217$). Input into decisions and collaboration with other staff , job control , effects patient safety climate positively and job stres and job demand effects patient safety climate negatively.

Keywords: *Patient safety climate, Job demand, Job control*

1. GİRİŞ

Sağlık hizmet sunumunda kalite yönetiminin göz ardı edilmemesi gereken önemli konularından biri hasta güvenliğidir. Güvenli bir sağlık hizmeti sunumunun ilk adımının hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasından geçtiği yadsınamaz (Budak. M, 2009 1) .

Sağlık kuruluşları sürekli iyileştirme çaba olarak, hasta güvenliğini sağlık kalitesinin kritik bir bileşeni haline gelmiştir. Sertifikasyon ve akreditasyon da sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğini sağlama ve hataları azaltma en önemli faktör olarak tespit edilmiştir (Tütüncü Ö, 2007).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin verimli ve kaliteli bir şekilde sunulabilmesine ilişkin çalışmalar son yıllarda üzerinde artış göstermektedir. Kaliteli ve verimli hizmet sunmanın bir yolu da tıbbi hatalardan oluşabilecek kayıpları önleyerek kaynakların etkin kullanımını sağlamaktır. Bu nedenle, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi hastalara hizmet veren kurumların başarısında önemli bir yer tutmaktadır (Tütüncü Ö, 2009).

1.1. Hasta Güvenliği İklimi

“Güvenlik kültürü” kavramı ile kamuoyunun tanışması Çernobil kazasından sonra olmuştur (IAEA –Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu- , 1986). Hazırlanan raporda kurumun güvenlik kültürünün zayıflığından söz edilmiş ve bu kazanın nedenlerinden biri olarak gösterilmiştir. Ancak, IAEA 1991 yılında bu kavramı tanımlamıştır. “Güvenlik kültürü, kurumun sağlık ve güvenlik programlarının yeterliliğine, tarzına ve uygulamadaki ısrarına karar veren birey ve grupların değer, tutum, yetkinlik ve davranış örüntülerinin bir ürünüdür.” (Özkan T, 2003)

Tıbbi hataları en aza indirmenin bir yolu da güvenlik kültür ve iklimi oluşturmaktır. Güvenlik kültürü ve iklimi üzerinde birçok araştırmalar yapılmış olup birçok tanımları yapılmıştır.

Güvenlik iklimi “çalışanların çalışma ortamları hakkında paylaştıkları temel algıların özeti” (Zohar 1980). Güvenlik iklimi, Bir örgütün güvenlik kültürü bireysel ve grup değerlerin ürünüdür, tutum, algı, yeterlilik ve davranış kalıpları ve stil için taahhüt belirlemek ve yeterlilik, bir kuruluşun iş sağlığı ve güvenliği yönetimidir (Tütüncü Özkan).

Reiman ve Oedewald literatürde çalışmalardan elde edilen ‘iyi güvenlik kültürünün’ kriterlerini; “güvenlik politikaları, yönetimin güvenlik için görünür dirayeti, demokratik uygulamaları ve yetkinliği, güvenlik yönelimli olumlu değerler, tutumlar ve bağlılık, zorunluluk ve sorumlulukların açık tanımı, güvenlik öncelikli işlemler, güvenlik ve üretim arasındaki denge, yetkin çalışanlar ve eğitim, yüksek motivasyon ve iş tatmini, yönetim ve çalışanlar arasında karşılıklı güven ve adil yaklaşım, kalite, kural ve düzenlemelerin güncellenmesi, düzenli ekipman bakımı, gerekli olay (örn., atlatılan kaza) ve küçük bile olsa kazaların rapor edilmesi ve etkin yorumu, farklı kurumsal seviyelerden ve görevlilerden sağlıklı bilgi akışı, uygun tasarım, yeterli kaynak ve sürekli iyileştirme, ve otorite ile olan iş ilişkileri” ana başlıklarında toplamıştır (Özkan T, 2003).

Hasta güvenlik iklimi çeşitli boyutlarında incelenmiş ve çalışanların güvenli davranışı ve tıbbi hatalar sorgulanmış ve güvenlik iklimi araştırmalarında sağlığa verilen özen, idarecinin tutumu, güvenlik sistemleri, güvenli görülen davranışlar, iletişim, ekip çalışması, kişisel özellikler, motivasyon, organizasyon özellikleri incelenmiştir (R Flin 2006).

1.2. Ekip Çalışması

Ekip çalışması kavramı “yapılacak işin niteliğine göre, belirli hedef ve yöntemler göz önünde bulundurularak, iş için gerekli işlem ve eylemlerin eş güdümlenmesi, birden çok çalışanın bir araya gelip güçlerini birleştirmesi ve işbirliği ile (sinerji oluşturarak) işi yapmalarının sağlanmasıdır” (Sur H, 2005). Ortak bir amaç çerçevesinde uzmanlıklarını birbiriyle paylaşmak için bir araya gelmiş, her biri belirli bir bilgi ve beceriye sahip üyelerin oluşturduğu ekiplerin yaptığı çalışmadır (Duyar 2003). Farklı disiplin üyelerinin hastaya bağımsız olarak hizmet sundukları ve daha sonra birbirleri ile bilgiyi paylaştıkları bir işbirliği sürecidir (Soylu. F.2007)

Karmaşık bir sistem yapısına sahip olan sağlık kurumlarında birçok meslek grubundan personel bir arada çalışmakta ve kesintisiz bir hizmet vermektedir. Son derece karmaşık yapıda olan sağlık kuruluşlarında işlerin devamlılığının sağlanması hem yöneticilerin işletme bilgi ve yetenekleriyle birlikte rolleri yerine getirmesi hem de etkili bir takım çalışması ile sağlanabilecektir (Gayef. A. 2006).

Hasta güvenliği ve ekip çalışması hakkındaki literatürü incelediği makalesinde, sağlık hizmetlerinde yaşanan kazalar ve diğer istenmeyen olayların oluşumunda ekip çalışması ve iletişimin önemli bir rolü olduğunu belirtmektedir. Ekip çalışmasının yetersiz olduğu birimlerde tedavi ve tanı işlemlerinde gecikme, hasta hakkında çelişkili bilgilere sahip olma, hizmetin kalitesinin düşmesi gibi sorunlar yaşanabilmektedir. Kaza ve istenmeyen olayların oluşumunu etkileyen birçok faktörün, klinik beceri eksikliğinden ziyade, ekip çalışması eksikliği ile ilişkili olduğunu gösterdiğini belirtmektedir (Manser T, 2008).

2000 kritik olaylarla ilgili bir raporda; tıbbi hataların % 70-80’i kişilerarası etkileşim sorunları nedeniyle olduğunu gösterilmektedir (Williamson ve ark., 1993).

Etkili takım performansı takım üyelerinin bölümünde istekli bir ortak amaç hizmet, hasta güvenliği ve tedavi ortamı tıbbi hatasız oluşturulması geliştirilmesi hedefi gibi işbirliği

gerektirir. Ayrıca, etkin ekip çalışması etkili iletişim ekip içinde birlikte yeterli örgütsel kaynaklar ve destek ile bağlıdır (Baker, D.2007).

Takım içi iletişimin etkinliği ile takım çalışmasının başarısı arasında doğru orantı bulunmaktadır. İletişimde etkinliğin sağlanabilmesi için, takım üyelerinin dinleme, anlatma, sorgulama, geri bilgilendirme, beden dilini kullanma gibi becerilerini hayata geçirmiş olmaları gerekmektedir (Gayef. A. 2006) Ekibin amacına ulaşabilmesi için mevcut durum hakkında bilgi veren, bilgiyi paylaşmayı gerektirir (Moroğlu D, 2007).

Sağlık Bakanlığı THGM Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından 1.3.2011 tarihinde yayınlanan Performans Kalite Yönergesi ile Hizmet Kalite Standartlarında yapılan değişikliklerde ekip çalışması ve iletişim konularına açıklık getiren maddeler eklemiştir. Özellikle hasta bakım hizmetleri bölümünde nöbet teslimleri hususunda ekip çalışması ve iletişim unsurları yer almaktadır. Nöbet teslimlerinin önce deskte daha sonra hasta başında olması hususu açıkça yer almaktadır. Diğer bir uygulama güvenli cerrahi uygulamalarına klinikte ayrılmadan önceki doğrulama ve vaka teslimlerini içermektedir(Sağlık Bakanlığı, 2011; 11).

1.3. İş Stresi

İş stresi, iş göreni normal fonksiyonlarından saptıran psikolojik veya fiziksel davranışları değiştiren işle ilgili etmenlerin sonucunda oluşan bir psikolojik durumdur. Diğer bir ifadeyle iş stresi iş görenin iş yerindeki stres kaynaklarını algılaması ve bunlara vermiş olduğu tepkileri ifade etmektedir(Gül, H. 2007).

Sağlık bakım alanı, hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi hem de çalışan personelin stres yaşantıları ile çok sık karşılaşması nedeniyle diğer iş ortamlarından daha fazla iş stresin yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir(Tel, H, 2003).

İş stresinin açıklanmasında farklı modeller kullanılmaktadır. Bunlardan Karasek ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan iş yükü-iş kontrolü modeli en sık kullanılan modellerdendir. Bu modele göre psikososyal iş yükü ve iş kontrolünün etkileşimi, işin stres düzeyini belirlemektedir. İş yükü, çalışma hızını da içeren işin yoğunluğunu ve güç gerektirme durumunu tanımlamaktadır. İş kontrolü, çalışanın beceri düzeyi ve bu becerileri kullanma olanaklarını ve aynı zamanda işini yapmasında karar verme süreçlerine katılımını göstermektedir (Demiral,2007).

Çalışma yaşamında iş stresi psikolojik, fizyolojik ve örgütsel açıdan önem taşımaktadır. Stresin yoğun olduğu kurumlarda genellikle performansın düştüğü görülmektedir. Belirli bir seviyede ve kabul edilebilir sınırdaki stres, kişinin verimini bir noktaya kadar arttırılabilirken aşırıya kaçtığında psikolojik çöküntüyle beraber verimi düşürmektedir (Ergün, 2008, Aslan, 2007).

3. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, hasta güvenliği iklimi üzerindeki ekip çalışması, iş yükü ve iş kontrolünün etkilerini ortaya çıkarmaktır. Bu amaç çerçevesinde yöneticilere olumlu hasta güvenliği ikliminin oluşturmada ve geliştirilmesinde ışık tutması hedeflenmiştir.

2.2. Araştırma Evreni, Örneklem Hacmi

Araştırmanın evreni Sandıklı Devlet Hastanesi ve Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesinde çalışan 467 sağlık personeli oluşturmaktadır. Raporlu, izinli, araştırmaya katılmayı istememe gibi nedenlerle 135 sağlık personeli araştırmaya katılmamışlardır. Araştırmaya katılım oranı % 71,0 'dır.

2.3. Araştırmada Kullanılan Anket Formu

Araştırmaya ilişkin veriler 45 adet soru ve ifadeden oluşan üç bölümlü bir soru formu aracılığı ile toplanmıştır. Birinci bölümde, araştırma yapılan kişilerin demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular, ikinci bölümde iş yükü, iş kontrolü ve iş stres algılamalarını belirlemeye yönelik ifadeler, üçüncü bölümde ise hasta güvenliği iklimi ve ekip çalışması algılamalarını belirlemeye yönelik ifadeler bulunmaktadır.

Araştırmada İşveç İş Yükü-Kontrol Ölçeği, hasta güvenliği iklimi ve ekip çalışması ölçeği kullanılmıştır.

İşveç İş Yükü- Kontrol-Destek Anketi 17 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin üç ana alt bölümü vardır. İş yükü için 5, iş kontrolü için 6 ve sosyal destek için 6 soru içermektedir. İş kontrolü, İş yükü alt bölümleri için yanıt seçenekleri “sıklıkla, bazen, nadiren ve hiç bir zaman” yanıtlarından oluşmaktadır. Sosyal destek için ise “tamamen katılıyorum, kısmen katılıyorum, kısmen katılmıyorum ve tamamen katılmıyorum” seçenekleri vardır(Demiral, 2007).

Hasta güvenliği iklimi-ekip çalışması ölçeklerindeki ifadeler Hutchinson'ın (2006) çalışmasından alınmıştır. Hasta güvenliği iklimi ölçeğinin 3 alt bölümü vardır. Hatalardan ders çıkarma için 5, kurum güvenliği için 3, yönetimin tutumu için 3 ifade bulunmaktadır. Ekip çalışması ölçeğinde 2 alt bölüm vardır. Kararlara katılım için 7, bilgi aktarımı için 4 ifade bulunmaktadır.

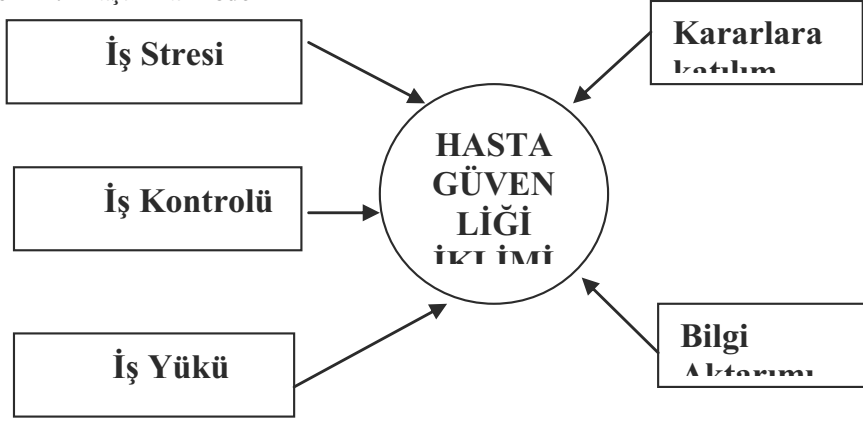
Hasta güvenliği iklimi-ekip çalışması ölçekleri beşli likert tipinde hazırlanmıştır. Soruların cevapları hiç katılmıyorum (1), katılmıyorum (2) kararsızım (3) katılıyorum (4), tamamen katılıyorum (5) şeklinde sıralanıp puanlanmıştır.

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11.5 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra değişkenler arasındaki ilişkilerinin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi, değişkenlerin hasta güvenliği üzerinde anlamlı herhangi bir etkisinin olup olmadığını belirlemek için basit regresyon analizleri uygulanmıştır.

1.4. Araştırma Modeli ve Hipotezleri

Şekil 1’de araştırma modeli gösterilmektedir. Görüldüğü gibi araştırma modeli hasta güvenliği iklimi üzerindeki, ekipte kararlara katılım, ekipte bilgi aktarımı, iş stres, iş kontrolü, iş yükünün etkilerinden oluşmaktadır.

Şekil 1. Araştırma Modeli



Hipotezler

- H1. Ekipte bilgi aktarımı, hasta güvenliği iklimini pozitif yönde etkilemektedir.
- H2. Ekipte kararlara katılım, hasta güvenliği iklimini pozitif yönde etkilemektedir.
- H3. İş stresi, hasta güvenliği iklimini negatif yönde etkilemektedir.
- H4. İş yükü, hasta güvenliği iklimini pozitif yönde etkilemektedir.
- H5. İş kontrolü, hasta güvenliği iklimini pozitif yönde etkilemektedir.

2. BULGULAR

3.1. Sosyodemografik Bulgular

Çalışma katılanların % 56,9’ü hemşirelerden oluşmakta, %64,8 ’sinin ön lisans düzeyinde eğitim aldığı, % 58,4’ünün hizmet süresi 5 yıldan az olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

UNVAN	N= 332	%
Hekim	47	14,2
Hemşire	189	56,9
Ebe	44	13,3
Sağlık Memuru	52	15,7

CİNSİYET		
Kadın	261	78,6
Erkek	71	21,4
EĞİTİM DURUMU		
Lise	41	12,3
Ön lisans	215	64,8
Lisans	41	12,3
Yüksek Lisans	35	10,3
ÇALIŞILAN SERVİS		
Dahiliye klinikleri	82	24,7
Cerrahi klinikleri	64	19,3
Ameliyathane	56	16,9
Acil servis- ambulans	46	13,9
Laboratuvar	22	6,6
Poliklinikler	15	4,5
Diğer	47	14,2
ÇALIŞMA SÜRESİ		
0 – 5 yıl	194	58,4
6 – 10 yıl	51	15,4
11 –1 5 yıl	62	18,7
16 – 20 yıl	17	5,1
21 yıl ve üzeri	8	2,4
YAŞ		
20-29	58	17,5
30-39	198	59,6
40-49	76	22,9
ÇALIŞMA ŞEKLİ		
Servis / ünite Çalışanı	279	84,0
Servis / Ünite Sorumlusu	53	16,0

3.2. Korelasyon Analizi

Hasta güvenliği iklimi ile iş yükü, iş kontrolü, iş stresi arasındaki ilişkilerinin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Korelasyon katsayısının 1,00 olması, mükemmel pozitif bir ilişkiyi; -1,00 olması mükemmel bir negatif ilişkiyi; 0,00 olması ilişkinin olmadığını gösterir. Korelasyon analizi ile hesaplanan ko-relasyon katsayısı r mutlak değer olarak 0,70 – 1,00’un arasında ise “yüksek”; 0,70 -0,30 arasında ise “orta” ve 30’un altında ise iki değişken arasındaki ilişkinin düşük düzeyde olduğu kabul edilmektedir (Büyüköztürk, 2004).

Yapılan korelasyon analizinde hasta güvenliği iklimi ile iş yükü arasında negatif, düşük düzeyde ilişki vardır (r değeri - .106). Hasta güvenliği iklimi ile iş kontrolü arasında pozitif, düşük düzeyde ilişki vardır (r değeri .209). Hasta güvenliği iklimi ile iş stresi arasında negatif, düşük düzeyde ilişki vardır (r değeri -.217).Hasta güvenliği iklimi ile ekipte kararlara katılma arasında pozitif, orta düzeyde ilişki vardır (r değeri.642). Hasta güvenliği iklimi ile ekipte bilgi aktarımı arasında pozitif, orta düzeyde ilişki vardır (r değeri .428).

Tablo 2. Korelasyon Analizi

	Hasta güvenliği İklimi	İş yükü	İş kontrolü	İş stresi	Kararlara katılım	Bilgi aktarımı
Hasta Güvenliği İklimi	1					
İş yükü	-.106	1				
İş Kontrolü	.209 **	- .029	1			
İş Stresi	-.217**	.644**	- .754**	1		
Kararlara katılım	.642*	.- 186**	.125*	- .205**	1	
Bilgi aktarımı	.428**	-.078	.066	-.086	.511**	1

** $p < 0.01$ düzeyinde anlamlıdır.

* $p < 0.05$ düzeyinde anlamlıdır.

3.3. Regresyon Analizi

Değişkenlerin hasta güvenliği iklimi üzerinde anlamlı herhangi bir etkisinin olup olmadığını belirlemek için basit regresyon analizleri uygulanmıştır. Korelasyon analizi ile değişkenler arasındaki ilişkinin varlığı ve derecesi ortaya koyulduktan sonra, geliştirilen hipotezleri test etmek için regresyon analizi uygulanmıştır.

İş kontrolü, hasta güvenliği ikliminin anlamlı açıklayıcısı olduğu görülmektedir. ($R = 0,209$, $R^2 = 0,044$, $F = 15.017$, $p = 0.00$). Hasta güvenliği iklimine ilişkin toplam varyansın % 4'ünü iş kontrolü ile açıklandığı ifade edilebilir. Analizde, iş kontrolü bağımsız değişken, hasta güvenliği iklimi bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Beta değerleri incelendiğinde iş kontrolünün hasta güvenliği iklimi üzerindeki etkisinin yaklaşık % 20 olduğu görülmektedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t- testi sonuçları incelendiğinde ise, iş kontrolünün hasta güvenliği iklimi üzerinde anlamlı bir belirleyici olduğu görülmektedir ($p = 0,000$).

Tablo 3. İş kontrolünün hasta güvenliği iklimine etkisi

BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN	BAĞIMLI DEĞİŞKEN				
	Hasta güvenliği iklimi				
	B değeri	Standart hata	β	T	P (sig)
Sabit	28,600	2,653	28,600	10,781	.000

İş kontrolü	,520	,134	.209	3,875	.000
F	15,017				
R	.209				
R ²	.044				
dzt R ²	.041				

İş stresi hasta güvenliği ikliminin anlamlı açıklayıcısı olduğu görülmektedir. ($R = 0,217$, $R^2 = 0,047$, $F = 16,239$, $p = 0,00$). Hasta güvenliği iklimine ilişkin toplam varyansın % 4'ünü iş stresi ile açıklandığı ifade edilebilir. Analizde, iş stresi bağımsız değişken, hasta güvenliği iklimi bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Beta değerleri incelendiğinde iş stresinin hasta güvenliği iklimi üzerindeki etkisinin yaklaşık % - 21 olduğu görülmektedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t- testi sonuçları incelendiğinde ise, iş stresinin hasta güvenliği iklimi üzerinde anlamlı bir belirleyici olduğu görülmektedir ($p = 0,000$).

Tablo 4. İş stresinin hasta güvenliği iklimine etkisi

BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN	BAĞIMLI DEĞİŞKEN				
	Hasta güvenliği iklimi				
	B değeri	Standart hata	β	T	P (sig)
Sabit	45,128	1,622	-	27,826	,000
İş stresi	-7,624	1,892	-217	-4,030	.000
F	16,239				
R	.217				
R ²	.047				
dzt R ²	.044				

Ektepe kararlara katılıml, hasta güvenliği ikliminin anlamlı açıklayıcısı olduğu görülmektedir. ($R = 0,642$, $R^2 = 0,412$, $F = 231,675$, $p = 0,00$). Hasta güvenliği iklimine ilişkin toplam varyansın % 41'ini ektepe kararlara katılıml ile açıklandığı ifade edilebilir. Analizde, ektepe kararlara katılıml bağımsız değişken, hasta güvenliği iklimi bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Beta değerleri incelendiğinde iş stresinin hasta güvenliği iklimi üzerindeki etkisinin yaklaşık % 64 olduğu görülmektedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t- testi sonuçları incelendiğinde ise, iş stresinin hasta güvenliği iklimi üzerinde anlamlı bir belirleyici olduğu görülmektedir ($p = 0,000$).

Tablo 5. Ektepe kararlara katılımlının hasta güvenliği iklimine etkisi

BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN	BAĞIMLI DEĞİŞKEN				
	Hasta güvenliği iklimi				
	B	Standart	β	T	P (sig)

	değeri	hata			
Sabit	18.770	1,348	-	13,928	.000
Kararlara katılım	.824	.054	.642	15.221	.000
F	231.675				
R	.642				
R ²	.412				
dzt R ²	.411				

Ekte bilgi aktarımı, hasta güvenliği ikliminin anlamlı açıklayıcısı olduğu görülmektedir. ($R = 0,428$, $R^2 = 0,183$, $F = 73,892$, $p = 0,00$). Hasta güvenliği iklimine ilişkin toplam varyansın % 42'ini ekte bilgi aktarımı ile açıklandığı ifade edilebilir. Analizde, ekte bilgi aktarımı bağımsız değişken, hasta güvenliği iklimi bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Beta değerleri incelendiğinde ekte bilgi aktarımının hasta güvenliği iklimi üzerindeki etkisinin yaklaşık % 42 olduğu görülmektedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t- testi sonuçları incelendiğinde ise, bilgi aktarımının hasta güvenliği iklimi üzerinde anlamlı bir belirleyici olduğu görülmektedir ($p = 0,000$).

Tablo 6. Ekte bilgi aktarımını hasta güvenliği iklimine etkisi

BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN	BAĞIMLI DEĞİŞKEN				
	Hasta güvenliği iklimi				
	B değeri	Standart hata	β	T	P (sig)
Sabit	22,342	1,944	-	11,495	.000
Bilgi aktarımı	1.053	.122	.428	8,596	.000
F	73,892				
R	.428				
R ²	.183				
dzt R ²	.180				

Analiz sonuçları incelendiğinde iş yükünün hasta güvenliği ikliminin anlamlı bir açıklayıcısı olmadığı görülmektedir ($R = 0,106$, $R^2 = 0,011$, $F = 3,753$, $p = 0,054$).

Tablo 7. İş yükünün hasta güvenliği iklimine etkisi

BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN	BAĞIMLI DEĞİŞKEN				
	Hasta güvenliği iklimi				
	B değeri	Standart hata	β	T	P (sig)
Sabit	43,537	2,489	-	17,492	0,00
İş yükü	-.300	.155	-.106	-1,937	.054
F	3,753				

R	.106
R ²	.011
dzt R ²	.008

3. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Analizler sonucunda çalışmada ileri sürülen hipotezlerin kabul ve red durumları Tablo 8’de gösterilmektedir.

Tablo 8. Hipotez Analizlerinin Sonuçları

İLERİ SÜRÜLEN HİPOTEZLER	RED / KABUL
H1. Ekipte bilgi aktarımı, hasta güvenliği iklimini pozitif yönde etkilemektedir	Kabul
H2. Ekipte kararlara katılım, hasta güvenliği iklimini pozitif yönde etkilemektedir	Kabul
H3. İş stresi, hasta güvenliği iklimini negatif yönde etkilemektedir	Kabul
H4. İş yükü, hasta güvenliği iklimini pozitif yönde etkilemektedir	Red
H5. İş kontrolü, hasta güvenliği iklimini pozitif yönde etkilemektedir	Kabul

Sağlık sektöründe görev yapan işgörenlerin üzerinde yapılan çalışmada iş stresi, iş kontrolü ekipte bilgi aktarımı ve ekipte kararlara katılım ile hasta güvenliği iklimi arasında ilişkiler analiz edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda iş stresi ile hasta güvenliği iklimi arasında negatif, iş kontrolü, bilgi aktarımı, kararlara katılım arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişkiler bulunduğu tespit edilmiştir. Hasta güvenliği ikliminin geliştirilmesinde iş stresin ortadan kaldırılması veya en az seviyeye indirilmesi için gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

Baker, D. (2007). Effective Teamwork And Communication To Enhance Patient Safety <http://www.patientsafetyinstitute.ca/english/toolsresources/teamworkcommunication/pages/default.aspx>

Budak, M., “Hasta Güvenliği Kültürü” <http://www.semahastaneleri.com/2009/docs/hastaguvenciligi.doc> (erişim 11.12.2009)

Büyüköztürk, Ş. (2004). Veri Analizi El Kitabı. (4) Ankara: Pegem A Yayınları.

Demiral, Yücel, 2007 “İş Stresi Ölçeğinin İzmir Konak Belediyesi’nde Çalışan Erkek İşçilerde Geçerlik Ve Güvenilirliğinin İncelenmesi” Toplum Hekimliği Bülteni, Cilt 26, Sayı 1, Ocak-Nisan. 2007

Duyar, V., (2003), Hastaların Karşılaştığı Sorunlar Ve Çözümleri Odağında tıbbi Sosyal Hizmet, C.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi Özel Eki, 25:4, 39 – 44

Ergün, G,” Sağlık _İşletmelerinde Örgütsel Stresin İş Gücü Performansı ile Etkileşiminin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İletme Ana Bilim Dalı, 2008

Flin, R, “ Measuring Safety Climate İn Health Care “Qual Saf Health Care 2006;15:109–115

Gayef. Albena “Özel Hastanelerde Uygulanan Liderlik Yaklaşımlarının Üst Düzey Yöneticilerin Takım Çalışması Ve Örgüt İklimi Algılamaları Üzerindeki Etkisi” Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane Ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, 2006

Gül, H.” İş Stresi, Örgütsel Sağlık Ve Performans Arasındaki İlişkiler” [Http://libfdergi.kmu.edu.tr/Userfiles/File/Aralik2007/Pdf/17.Pdf](http://libfdergi.kmu.edu.tr/Userfiles/File/Aralik2007/Pdf/17.Pdf)

Manser T. Teamwork And Patient Safety İn Dynamic Domains Of Healthcare: A Review Of The Literature. Acta anaesthesiol Scand 2008. [Http://www.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/121477297/Pdfstar](http://www.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/121477297/Pdfstar)

Moroğlu Didem , “Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, 2007

Özkan, T. Ve Lajunen, T. (2003). Güvenlik Kültürü Ve İklimi. *Pivolka*, 2(10), 3-4. Tel ,H.” Sağlık Çalışanların Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları İle Baş Etme Durumlarının Belirlenmesi” Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2003/2 S.13-22

Tütüncü, Ö., D. Küçükusta, A. Akman, A. Baykan, İ. Kiremitçi Ve G. Nizamoglu., “The Role Of Patient Safety Climate On Quality Management System: Perceptions Of Nurses”, 51st European Organization For Quality Annual Congress, Prague, Czech Republic, 2007

Tütüncü, Ö A “Hastanelerde Hasta Güvenliği Kültürü Ve İzmir İli Uygulaması”

Sağlık Bakanlığı, 2011, Hizmet Kalite Standartları, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/haberler/genel/3_7ek1hks.pdf (erişim tarihi 12.05.2011)

Soylu, Fatma “Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri Ve İş Doyumları” Yüksek Lisans Tezi Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007

Sur, Haydar, Sağlık İşletmelerinde Yönetim (Ed: Osman Hayran, Haydar Sur), Sayed Yayını, Nesa Yayıncılık, İstanbul, 2005, S.82.

Williamson, J., Webb, R., Sellen, A., Runciman, W.B., & Van Der Walt, J.H. (1993). Human Failure: Analysis Of 2000 Incident Reports. *Anesthesia Intensive Care*, 21(5), 678-683

Zohar, D. (1980). Safety Climate İn Industrial Organizations: Theoretical And Applied Implications. *Journal Of Applied Psychology*, 65(1), 96-102.

HASTANE TEMİZLİĞİNDE KULLANILAN KİMYASALLARLA İLGİLİ BİLGİLENDİRME EĞİTİMİNİN ÇALIŞANLARIN TEMİZLİK MADDELERİ VE BUNLARIN DOĞRU KULLANIMI HAKKINDAKİ BİLGİLERİNE ETKİSİ

Serdar ÖZKAN¹, Sabire HURMA²

Özet

Bu çalışmanın amacı, hastane temizliğinde kullanılan kimyasallarla ilgili verilen eğitimin, çalışanların temizlik maddeleri uygulama bilgilerine etkisini incelemektir. Çalışma, Özel Tekirdağ Yaşam Hastanesi'nde temizlik işlerinde çalışan (22 kadın, 7 erkek) toplam 29 çalışana uygulanmıştır. Çalışmada verilen eğitim, bir dış tedarikçi firma tarafından hazırlanmış ve hijyenik el yıkama, el antiseptiği kullanımı, kullanılan kimyasalların ürün bilgisi ve doğru kullanımı, koruyucu ekipman kullanımı olmak üzere toplam dört boyutu içermiştir. Verilen eğitimin etkinliğinin incelenebilmesi için, her bir boyut üzerine, eğitim öncesi ve sonrasında (ön test, son-test) yine aynı firma tarafından hazırlanan test uygulanmıştır. Çalışmada verilen eğitimin her bir boyutu için, eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında toplanan veriler arasında anlamlı bir fark olup olmadığının anlaşılması için bağımlı t-testi yöntemi kullanılmıştır. Bağımlı t-testi sonuçları verilen eğitimin dört boyutu için, eğitim öncesi ve eğitim sonrası temizlik maddesi uygulama bilgileri arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermiştir. Diğer bir deyişle verilen eğitim programı, çalışanların temizlik maddesi uygulama bilgilerinde anlamlı bir fark yaratmıştır. Bu bulgular ışığında bu tür eğitim programlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasının, çalışanların iş güvenliğini arttıracığına, hastanelerin temizlik maliyetlerini düşürülmesine, çevreyi kirlletici etkisi olan bu maddelerin çevreye salınmasının azaltılmasına katkı yapacağı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Temizlik ürünleri, Hastanede kullanılan kimyasal ürünler, Yardımcı hizmetliler, Temizlik maddesi kullanımı, Kimyasal ürünlerin sağlığa etkileri

Abstract

The purpose of this study is to investigate the effect of a training program on cleaning workers knowledge and application of chemical products utilized in cleaning in a hospital setting. The study was conducted in Tekirdağ Yaşam Hospital, a private hospital which inhabits 29 (22 female, 7 male) cleaning workers. The training program was developed and delivered by an outsourcing company. The training covers four basic dimensions related to cleaning: hygienic hand wash, utilization of hand antiseptics, knowledge on chemicals' ingredient, and the use of protective materials. In order to investigate the impact of the training program on the four dimensions related to cleaning, a questionnaire developed by the outsourcing company was implemented before and after the training. The pre-test and post-test on each of the four dimensions were compared by paired sample t-test statistical analysis method. Paired-sample t-test results suggest that

¹ Özel Tekirdağ Yaşam Hastanesi, serdaroalkan@yasamhastanesi.com.tr

² Özel Tekirdağ Yaşam Hastanesi, sabireogdum@myynet.com

there a significant mean difference between pre-and post-test results on four dimensions of the cleaning practice. In other words, the training caused a significant difference on workers' cleaning knowledge and practice. Considering these results, it is concluded that disseminating these training programs to other hospitals will improve job safety, contribute to decrease expenditures for cleaning, reduce emission of these chemicals to the environment.

Keywords: *Cleaning products, Chemical products used in hospitals, Helping servant, The use of cleaning agents, The effect of chemical product on health*

1. GİRİŞ

Temizlik esnasında kullanılan ekipman ve kimyasalların, insan sağlığına uygunluğu ve çalışanlar için işyerinde güvenli çalışma ortamı yaratması çok önemlidir. Güvenli ortam, çalışanın yaşam aktivitelerini sağlıklı biçimde yerine getirdiği ve güven duygusu hissettiği ortamdır. Bu sebeple, ucuz, suda erime ve iyi ıslatıcı olma, kısa sürede etki göstermesi, az zehirli olması, allerjik ve kanserojen etki göstermemesi, açık yaralara uygulandığında doğal direnç mekanizmasını bozmaması, invivo ve ihvitre etki mekanizmalarının açık olması ve kötü kokulu olmaması, temizlik ve dezenfeksiyonda kullanılan maddelerde aranan temel niteliklerin başındadır. Bu nitelikleri taşımayan temizlik maddelerini kullanan çalışanların, iş güvenliği açısından risk altında oldukları kabul edilmektedir. Bu çalışanlar arasında, uygun olmayan temizlik maddelerinin veya temizlik maddelerinin yanlış kullanımına bağlı olarak, psoriasis (3%), kronik dermatit (4.4%) ve alerji (2.9%) gibi sorunlar kaydedilmiştir (Anonim, 2008).

Son 25 yıl içinde birçok ülkede Biyodegradasyon'a uğratmayan maddelerin oranı, çevre kirlenmesi ve sağlığa olan zararlarının göstergesidir. Hastane temizliğinde genelde biyodegradasyonu hızlı yüzey aktif maddeler ve katkı maddesi olan ürünler tercih edilmektedir. Bunun aksine yüzey aktif maddesi Lineer Alkil Benzen (LAB) olan maddeler tercih edilmemektedir. Çalışanlar için güvenli bir çalışma ortamı yaratılması amacıyla insan sağlığını olumsuz yönde etkilemeyen kimyasallarla beraber sisteme, hastane şartlarına uygun ekipmanlar kullanılmakta ve kontrolleri yapılmaktadır.

Deterjan içerisinde bulunan yüzey-aktif madde dışında önemli oranda (%70-90) bulunan temizleyici, beyazlatıcı, yumuşatıcı, köpürtücü, parlaklık verici ya da antiseptik özellik veren katkı maddelerinin çoğu, yüzey aktif madde gibi insan organizmasına temas yolu ile deriden, gıdalardan, kullanılan ekipmanlardan (tabak, çatal, kaşık vs.) ve solunum yolu ile girdiklerinde dokularda irritasyon sonucu olumsuz etkilere neden olabilmektedirler. Genel olarak kişisel temizlik ürünlerinden sabun, jel, saç ve vücut şampuanları, çamaşır deterjanları ve içerdikleri beyazlatıcılar, çok amaçlı toz ve sıvı temizlik ürünleri, cam temizleyicileri, banyo ve lavabo temizleyicileri, metal temizleyicileri fazla kullanma, yanlış kullanma, yutma ve gözle teması, uzun süre maruz kalınması ve direkt temas başta allerjik reaksiyonlar olmak üzere, ciltte ve gözde tahriş, mide bulantısı ve baş ağrısı yaratmaktadır. Fakat bu tür temizlik maddelerinin yanlış veya fazla kullanılması daha ciddi sorunlara da yol açabilmektedir. Bu tür kimyasallar, insan vücudunda karbon yapımını kırarak veya oksijeni tüketerek tamiri imkansız hastalıklara yol açabilmektedirler. Bu hastalıklar arasında toksik zehirlenmeler, akciğer tahribatı, akciğer iltihabı, allerjik reaksiyonlar, santral sinir sistemi, kalp-böbrek ve damar hastalıkları, endokrin ve bağışıklık sistemi bozuklukları ve hatta bazı kanser türleri sayılabilir (makinecim.com, 2010). Diğer ülkelerde bir günde insan vücuduna giren deterjan yüzey

aktif maddesinin düşük olmasına karşın, ülkemizde yapılan çalışmalarda bu maddelerin daha yüksek alındığının belirlenmiş olması, konuya önem kazandıran bir diğer boyut olarak düşünülebilir. Daha da önemlisi bu maddelerin birbirlerine karıştırılmaları, zararlı etkilerinde çarpan etkisi yapabilmektedir. Bu fiiller sonucunda ortaya çıkan gazların hem zehirlediği, hem de çevreye zarar verdiği vurgulanmaktadır (makinecim.com, 2010).

Kimyasal ürünlerin olumsuz etkileri insan sağlığı ile sınırlı değildir. Ambalajlarda kullanılan geri dönüşümsüz plastikler ve içerikteki kimyasallar çevreyi de tehdit etmektedir. Zararlı kimyasalların en bilineni su kaynaklarında yosun üremesine sebep olan fosfattır.

Günlük hayatta yetmiş bine yakın kimyasal ürünle temas halindeyiz. Bunların çoğu kansere ve diğer ciddi enfeksiyonlara neden olmalarına rağmen sadece 600 tanesi yeterince test edilmiştir. Ülkemizde de hijyen amaçlı kimyasalların etkilerini ortaya koymak için yapılmış geniş kapsamlı bir çalışma yoktur. Ancak riskin boyutları yurtdışında hazırlanan raporlara bakılarak görülebilir. A.B.D'de her gün lağima 32 milyon pound (752 milyar YTL) temizleyici ürün boşaltılmaktadır. Yaygın kullanılan ürünlerde görülen on yedi bin kimyasalın sadece % 30'u insan sağlığı açısından test edilmektedir. A.B.D Federal Çevre Koruma Dairesi araştırmaları kapalı ortamlardaki havada kimyasal seviyenin 70 kat daha yüksek olduğunu ortaya koyuyor. Temizleyici ürünlere maruz kaldıktan sonraki 26 saniye içinde bu kimyasalların izleri vücudun bütün organlarında bulunabilmektedir(makinecim.com, 2010).

Bu maddelerin içerikleri ve etkileri hakkında ayrıntılı bilgi sahibi olmak, kullanım şartlarını anlamak, buna göre uygulamak ve kullanıma bağlı olarak oluşan olumsuz durumlara acil müdahaleler yapmak önem arz etmektedir. Özellikle iş ortamlarında konunun taşıdığı önem dolayısıyla bu bilgiler ayrıntılı ve uzmanlar tarafından hazırlanmış eğitim programları ile yapılmaktadır. Bu durum, temizliğin verilen ana sağlık hizmetinin niteliğiyle doğrudan ilgili olduğundan, hastaneler için daha fazla önem arz etmesi, hastane yöneticilerini de bu konuya dikkatle eğilmeye sevk etmiştir. Hastaneler, çoğunlukla çalışanlarına ya kendi geliştirdikleri eğitim programlarını uygulamakta ya da bu konuyla ilgilenen firmaların hazırladıkları eğitim programlarını kullanarak bu konudaki eksikliklerini gidermeye ve ortaya çıkabilecek sorunları önlemeye çalışmaktadırlar. Bu noktada, bu eğitim programlarının etkinliğinin incelenmesi önemlidir. Bu çalışmada bu tür bir eğitim programının çalışanların temizlik maddelerini uygulama bilgilerine etkisi incelenmiştir.

2. LİTERATÜR TARAMASI

Türkiye ve dünyada sağlık hizmetlerine olan talep son yıllarda giderek artmaktadır. Ancak bu talebe sadece verilen hizmetlerin niceliği bakımından arzda bulunmanın yanında, söz konusu hizmetlerin niteliğinin de belirlenmiş olan ölçütlere göre yapılması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin niteliği ile ilgili en önemli faktör; bu hizmetlerin sunulduğu ortamı hazırlayan ve destek hizmetlerini içeren temizlik hizmetlerinin verilmesi, verilen ana sağlık hizmetlerinin niteliğini etki eden hizmetler olarak ortaya çıkmıştır. Bu sebeple sağlık kurumlarının bünyesinde verilen temizlik hizmetlerinin niteliği bir çok araştırmacının ilgisini çekmiş ve bu konuyu değişik boyutlarıyla ele almışlardır (Çetin, 1990; Çopur vd., 2006; Deveci vd., 2010; Parlar, 2008; Terzi vd., 2009; Şafak vd., 2005).

Bu çalışmaların içeriği incelendiğinde sağlık kurumlarının bünyesinde sunulan temizlik hizmetlerinin dört ana boyutta incelendiğini göstermiştir.

İlk olarak bu hizmetler, ev idaresi hizmetleri olarak tanımlanmış, iş güvenliği kapsamında değerlendirilmiştir. İş güvenliği ve sağlığı diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de önem arz eden bir konu olarak ortaya çıkmıştır. Özellikle, temel hijyen kurallarının göz ardı edildiği ortamlarda sağlık ev idaresi hizmet iş ortamı, çalışanların sağlığı açısından tehlikeli bir durum ortaya çıkarmaktadır. Bu hem kurumlar açısından hukuki bir sorumluluğu ve işgücü kaybına neden olmakta, hem de çalışanların sağlıklarının tehlikeye girmesine neden olmaktadır. İş güvenliği, çalışanların fiziksel, ruhsal ve sosyal iyi hallerini, yaptıkları işten kaynaklanan herhangi bir sebepten dolayı olumsuz etkilenmemesini ifade eder (Bilir, 1997). Konunun arz ettiği önem, bu diğer sektörlerde olduğu gibi, sağlık sektöründeki yöneticilerin çalışanlarının bedensel, ruhsal ve sosyal iyi hallerini korumak ve geliştirmek için çeşitli önlemler alma yoluna gitmişlerdir. Konuyla ilgili uluslar arası örgütler (rnek, Uluslar Arası alışma rgt, Dünya Sağlık rgt) iş sağlığı ve güvenliğinin işyerinin temel gereksinimlerinden olduklarını ve çalışanların bedensel, ruhsal, yönden korunmasını, sağlıklı iş ortamının temel koşulları arasında saymışlardır (Parlar, 2008). Özellikle temizlik maddesi kullanımı konusunda eğitim programları geliştirmek ve çalışanlara bu programları vermek, çalışanların iş güvenliğini sağlamak adına yapılan çalışmaların başında yer almıştır. Çopur vd. (2006) bu tür önlemlerin, çalışanların doğrudan sağlıklarını korumaya yönelik önlemler olduğunu vurgulamış ve aynı zamanda bu tür önlemlerin dolaylı olarak diğer çalışanların ve hatta kurumdan hizmet alanların da sağlığının ve güvenliğinin korunmasına hizmet ettiğini önermişlerdir. Deveci vd. (2010) temizlik hizmetini sunanları enfeksiyon riski bulunan ortamlarda risk grubundaki bir grup olarak tanımlamış, bu grubun tutumunun hem kendi sağlıklarını korumada hem de hastane enfeksiyonlarını önlemede belirleyici faktörlerden biri olarak değerlendirmişlerdir.

İkinci olarak, sunulan temizlik hizmetlerinin niteliği, kurumda üretilen ana hizmetlerin niteliğiyle doğrudan ilgilidir. Özellikle sağlık kurumlarında bu tür destek hizmetlerinin niteliği, hem ana hizmetlerin üretilmesinde, hem de sunulmasında son derece önem arz etmektedir. Bu durum, bu hizmetlerin eksikliğinin veya niteliğinin düşük olmasından dolayı ve bu hizmeti alan kişilerin hem fiziksel sağlığını, hem de kurumdan aldıkları hizmetten duydukları memnuniyetini doğrudan olumsuz etki edebilmesinden kaynaklanmaktadır. Bu konuda opur vd. (2006) bu hizmetlerin niteliğinin hizmet verilen kişileri doğrudan etkilediğini vurgulamıştır ve temizlik hizmetlerinin niteliğinin aynı zamanda hizmetleri alan kişiler açısından da risklerin kontrol altına alınmasının bir yolu olduğunu vurgulamıştır. Dolayısıyla bu tür hizmetlerin niteliğinin yüksek olması, hem çalışma koşullarını sağlıklı ve güvenli hale getirmekte, hem de sadece bu alanda çalışanların değil, hastane ortamındaki bütün çalışanların işlerini nitelikli bir şekilde yapabilmelerinin tüm koşullarının yerine getirilmesine katkı sağlar (Yertutan, 2000).

nc olarak, hastane ortamında ev idaresi veya temizlik hizmetlerini yerine getiren personelin bu konuda bilinçli ve nitelikli hizmetler ortaya koymasını aynı zamanda kurum için de önem arz etmektedir. Güler (2003) iş sağlığının çalışanların verimliliği ile yakından ilgili olduğunu önermiştir. Bu noktadan hareketle, aynı durumun sağlık kurumları için de geçerli olduğu, temizlik işlerinin gereğince yerine getirilmemesinin, çalışanların verimliliğini ve buna bağlı olarak kurumun verimliliğini de olumsuz etkileyeceği sonucuna varılabilir. şafak vd. (2005) temizlik hizmetlerini yapanların, temizlik hizmetlerini yaparken özenle davranması gerektiğini, kendi sağlıklarını

korumaları gerektiğini, aksi durumlarda personelin sağlığının bozulabileceğini, işe gelemeyeceğini ve bu durumun iş kaybına neden olacağını (işe gelememe, işini aksatma veya zamanında yapamama) belirtmişlerdir. Parlar (2008) da aynı konuya değinmiş, iş sağlığı ve güvenliğinin çalışan kişiler açısından olduğu kadar, kişi ve kurum verimliliği açısından da önem arz ettiğini belirtmiştir.

Dördüncü olarak, sağlık kurumlarındaki temizlik hizmetlerinin sunulması, temizlik maddelerinin ölçüsünde ve bilinçli bir şekilde kullanılmasında, çevreye daha az atık salınmasına katkı sağlayacaktır. Özellikle su kullanımı ve suya bu tür maddelerin ayrıştırılması oldukça masraflı kimyasalların karıştırılmasının sınırlı olmasına da katkı sağlamaktadır. Şafak vd (2005) temizlik işinde çalışan personeller, temizlik hizmetleri konusunda eğitim verilmesinin, temelde sağlıklı bir çevre yaratabilmeleri için davranış kazanmalarına katkı sağlayacağını önermişlerdir.

Burada sayılan nedenlerden ötürü, sağlık kuruluşlarında çalışan personelin, temizlik maddelerini uygulama bilgilerinin artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması gerekliliğini işaret etmektedir. Bu tür çalışmaların, hem iş sağlığı ve güvenliğine katkı yapması bakımından personele, hem kurumun verimliliğinin artırması bakımından kuruma, hem de doğaya daha az atık salınımının olması bakımından çevreye katkı sağlayacaktır. Özellikle Türkiye’deki özel sağlık kuruluşlarında bu alandaki çalışmalar sınırlıdır. Bunun yanında, daha önceki çalışmalar, temizlik uygulaması ve temizlik maddelerinin kullanımı konusunda bir gereklilik olduğunu ortaya koysa da, bu tür bir programın etkinliğini inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu amaç kapsamında aşağıdaki araştırma sorusuna cevap aranmıştır:

Araştırma Sorusu: Hastane temizliğinde kullanılan kimyasallar ile ilgili eğitimin verimli temizlik bilgisi ve dolaylı yoldan çalışan güvenliği üzerine etkisi nedir?

Bu araştırma sorusuna paralel olarak, aşağıdaki hipotezler kurulmuş ve test edilmiştir:

Hipotez 1: Hastane temizliğinde kullanılan kimyasallarla ilgili eğitim programının, çalışanların hastane temizlik kimyasallarını kullanım bilgileri üzerine etkisi yoktur.

Hipotez 2: Hastane temizliğinde kullanılan kimyasallarla ilgili eğitim programının çalışanların verimli temizlik uygulama eğitimlerine etkisi yoktur.

3. YÖNTEM

Çalışmada, hastane personeline temizlik maddeleri ve bu maddelerin kullanımına yönelik verilen eğitimin, çalışanların bu maddeler hakkındaki bilgilerine ve bu maddeleri uygulamalarına bir etkisi olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır. Bu sebeple, bu çalışma genel olarak deneysel bir çalışma olarak desenlenmiştir. Bu kapsamda, temizlik maddelerinin kullanımına yönelik olarak belirlenen dört boyut hakkında eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında ölçümler yapılmıştır.

3.1. Örneklem

Çalışmaya, Tekirdağ Özel Yaşam Hastanesi’nde çalışan toplam 29 kişi katılmıştır. Çalışan demografik bilgileri tablo 1’de verilmiştir. Buna göre katılımcıların çoğu bayanken, eğitim düzeyleri bakımından çoğunlukla ilk ve orta okul mezunu oldukları görülmektedir.

Yaş olarak, 31-35 yaş arasında yoğunlaştıkları ve iş deneyimi olarak katılımcıların 19'u, 0-5 yıl arasında deneyim sahibiyken, 10'u, 6-10 yıl arasında deneyim sahibidirler (Tablo 1).

3.2. Veri Toplama Aracı

Verilerin toplanmasında çoktan seçmeli 20 soruluk test kullanılmıştır. Çalışanlara aynı test, eğitim öncesi ve sonrası olmak üzere 2 kez uygulanmıştır. Bu testin (1-15.) soruları hastane temizliğinde kullanılan kimyasalların ürün bilgilerinin, (16-20.) soruları ise koruyucu ekipman bilgi düzeylerinin ölçümünde kullanılmıştır. Ürün bilgisi soruları (1-15); “ürün içeriği, tehlike tanımları, ilkyardım önlemleri, kullanım bilgileri, kişisel korunma, fiziksel ve kimyasal özellikler, toksikolojik bilgiler, ekolojik bilgiler” ile ilgili bilgileri değerlendirilmekte, koruyucu ekipman soruları (16-20); “çalışan kıyafeti, çalışan önlüğü, bone, gözlük, maske ve eldiven gibi kişisel koruyucu ekipmanlarının kullanımı ile ilgilidir.

Tablo 1. Çalışanların Özelliklerine Göre Dağılımı

<i>Özellik Dağılımı</i>	<i>Çalışan Sayısı</i>
Cinsiyet	
<i>Erkek</i>	7
<i>Bayan</i>	22
Eğitim Durumu	
<i>İlkokul Mezun</i>	16
<i>Ortaokul Mezun</i>	10
<i>Lise Mezun</i>	3
Yaş Dağılımı	
<i>20-30 Yaş Grubu</i>	7
<i>31-35 Yaş Grubu</i>	15
<i>36-40 Yaş Grubu</i>	5
<i>40 Yaş Üstü</i>	2
Çalışma Süresi (yıl)	
<i>0 – 5 Yıl</i>	19
<i>6-10 Yıl</i>	10
Toplam	29

3.3. Eğitim Programının Uygulanması

Dış tedarikçi bir firma tarafından hazırlanan ve “(1) hijyenik el yıkama, (2) el antiseptiği kullanımı, (3) kullanılan kimyasalların ürün bilgisi ve doğru kullanımı, (4) koruyucu ekipman kullanımı” konularını içeren bir eğitim programı uygulanmıştır. İlgili eğitim programı 4 ayda yardımcı personele verilmiştir. Tablo 2’de bu 4 aylık eğitim programı ayrıntılı bir biçimde yer almaktadır. Eğitim programının amacı; hastane temizliğinde kullandığımız kimyasal ürünleri üretici-tedarikçi firma ile ortaklaşa düzenlenen eğitim programı ile çalışanlara tanıtmak ve dolaylı yoldan çalışanların bilinçli temizlik maddeleri kullanmak suretiyle sağlıklarını korumalarına katkı sağlayarak maliyetleri düşürmektir. Eğitim programı 4 ay süre ile haftada 3 saat toplam 48 saat olmak üzere 22 bayan, 7 erkek; 29 hastane çalışanına uygulanmıştır.

Tablo 2. Yardımcı Personel Birimi Eğitim Programı

OCAK-ŞUBAT 2010 9/16/23/30.01.2010 9/13/20/27.02.2010	1. HAFTA	2. HAFTA	3. HAFTA	4. HAFTA
* Hijyenik el yıkama ve el antiseptiği olarak kullanılan kimyasallar Eğitim: Üretici ve Tedarikçi Firma/ Yaşam Hastanesi Eğitim Departmanı Eğt.Saati: 14:00/17:00 Eğt. Yeri: Yaşam Hastanesi Konferans Salonu	*Eğitim öncesi bilgi ölçümleri (çoktan seçmeli 20 test sorusu) *Ürün güvenlik bilgi formlarının dağıtılması.	*Ürün eğitimi, ürün içeriği, tehlike tanımları, ilk yardım önlemleri, depolama, kullanım, kişisel korunma, fiziksel ve kimyasal özellikler, toksikolojik bilgi, imha bilgisi, ekolojik bilgi, yönetmelik bilgisi	*Eğitim sonrası bilgi ölçümleri (Çoktan seçmeli 20 soru) *Görsel olarak uygulamalı ürün kullanımı ve değerlendirilmesi EK-1 Görsel materyal	*Eğitim öncesi ve eğitim sonrası test sonuçlarının değerlendirilmesi *Eğitim öncesi ve sonrası kişilerdeki değişimin vurgulanması *Görsel uygulamaların değerlendirilmesi
MART-2010 6/13/20/27.03.2010	1. HAFTA	2. HAFTA	3. HAFTA	4. HAFTA
*Hastane temizliğinde kullanılan	*Eğitim öncesi bilgi ölçümleri	*Ürün eğitimi, ürün	*Eğitim sonrası bilgi ölçümleri (Çoktan seçmeli	*Eğitim öncesi ve eğitim sonrası test

kimyasalların ürün bilgisi ve uygulanması eğitimi Eğitim: Üretici ve Tedarikçi Firma Eğt.Saati: 14:00/17:00 Eğt. Yeri: Yaşam Hastanesi Konferans Salonu	(Çoktan seçmeli 20 test sorusu) *Ürün güvenlik bilgi formlarının dağıtılması.	içeriği, tehlike tanımları, ilk yardım önlemleri, depolama, kullanım, kişisel korunma, fiziksel ve kimyasal özellikler, toksikolojik bilgi, imha bilgisi, ekolojik bilgi, yönetmelik bilgisi	20 soru)	sonuçlarının değerlendirilmesi *Eğitim öncesi ve eğitim sonrası kişilerdeki değişimin vurgulanması *Görsel uygulamaların değerlendirilmesi
NİSAN 2010 6/13/20/27.04.2010	1. HAFTA	2. HAFTA	3. HAFTA	4. HAFTA
*Koruyucu ekipmanların kullanımı Eğitim: Yaşam Hastanesi Eğitim Departmanı Eğt.Saati: 14:00/17:00 Eğt. Yeri: Yaşam Hastanesi Konferans Salonu	*Koruyucu ekipman kullanımının önemi *Koruyucu ekipmanların tanıtılması *Görsel materyal (İş elbisesi, bone eldiven, maske vb.)	*Koruyucu ekipman kullanımı eğitimi	*Uygulamalı koruyucu ekipman kullanımı	*Koruyucu ekipmanların kullanımının çalışan sağlığı üzerine önemi vurgulanmıştır.

Programda 1. hafta; çalışanların eğitim öncesi bilgi ölçümleri çoktan seçmeli 20 test sorusundan oluşan bir anket ile yapılmıştır. Değerlendirme sonrası çalışanlara üretici-tedarikçi firma tarafından hazırlanan ürün güvenlik formları dağıtılmıştır. Eğitimin 2. haftasında ürün eğitimi verilmiştir. Ürün eğitiminde hastane temizliğinde kullanılan tüm kimyasal ürünlerin aşağıdaki özelliklerine değinilmiştir:

- Ürün içeriği (Firma tanıtımı ve ürün içeriği)
- Tehlike tanımları (İnsan ve çevre için oluşturabileceği tehlikeler)
- İlk yardım önlemleri (Deri ile temas, göz ile temas ve yutma anında yapılması gerekenler)

- Depolama-kullanım (Güvenli kullanım, uygun saklama)
- Kişisel korunma (El, göz, deri ile temastan kaçınmak, koruyucu ekipmanların kullanımı)
- Fiziksel ve kimyasal özellikler (Rengi, kokusu, erime noktası, yoğunluk, karıştırılabilirlik, PH değeri, kendiliğinden yanma)
- Toksikolojik bilgi: Deri, solunum, yutma ve gözdeki etkileri
- Ekolojik bilgi: Çevre üzerine etkisi
- İmha bilgisi: (Atık yönetmeliğine göre atılımı)
- Yönetmelik bilgisi: Ürün için sembol ve tehlike işaretleri risk ve güvenlik tanım cümleleri

Eğitimin 3. haftasında; ürün eğitimi sonrası çalışanların bilgi ölçümleri çoktan seçmeli 20 test sorusu ile değerlendirilmiştir. Eğitimin 4. haftasında; çalışanlara eğitim öncesi ve eğitim sonrası kişilerdeki değişim vurgulanarak, eğitimin önemi hatırlatılmış ve dolaylı yoldan bilinçli bir şekilde yapılan temizliğin sağlıklarına olan katkıları vurgulanarak maliyetlerin düşmesindeki aktif rolleri aktarılmıştır.

3.4. Veri Analizi

Toplanan verilerin analizinde hem betimsel (frekans dağılımı, merkezi eğilim hesaplamaları) hem de çıkarımsal analizler kullanılmıştır. Verilen eğitim programının dört boyutuna ilişkin olarak (hijyenik el yıkama, el antiseptiği kullanımı, kullanılan kimyasalların ürün bilgisi ve doğru kullanımı, koruyucu ekipman kullanımı) eğitim öncesi ve eğitim sonrasında çalışanlarda anlamlı bir fark olup olmadığının anlaşılması için t-testi kullanılmıştır. Betimsel ve çıkarımsal analizlere ilişkin bulgular aşağıda bulgular kısmında sunulmuştur:

4. BULGULAR

4.1 Betimsel Analizler

Uygulanan eğitim programının dört boyutuna (hijyenik el yıkama, el antiseptiği kullanımı, kullanılan kimyasalların ürün bilgisi ve doğru kullanımı, koruyucu ekipman kullanımı) ilişkin elde edilen betimsel bulgular Tablo 3'te sunulmuştur:

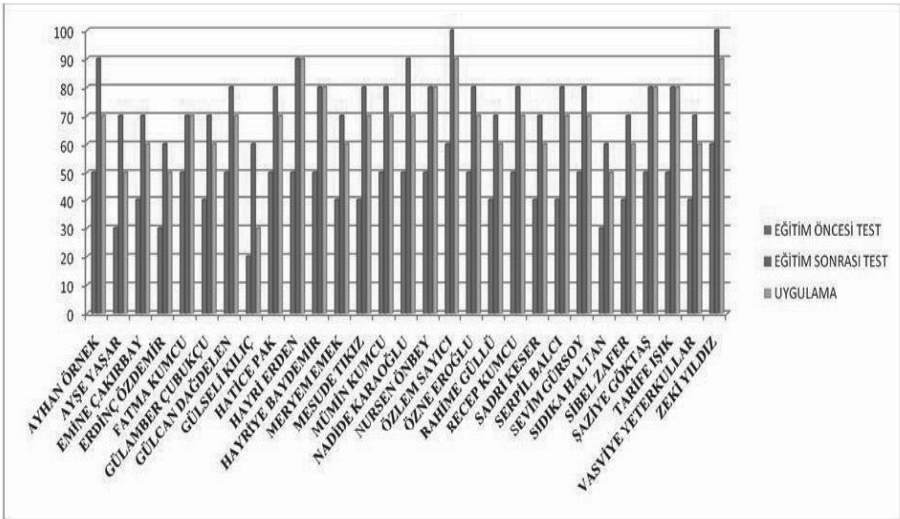
Tablo 3. Hijyenik El Yıkama, Ekipman Kullanımı, El Antiseptiği, Ürün Bilgisine İlişkin Uygulama, Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

		Hijyenik El Yıkama	Ekipman Kullanımı	El Antiseptiği	Ürün Bilgisi
Uygulama	ort.	67,59	58,62	72,59	69,66
	ss	13,27	10,68	10,40	10,77
Eğitim Öncesi	ort.	43,79	41,38	40,69	40,34

	ss	8,62	10,26	9,61	8,76
Eğitim Sonrası	ort.	77,59	88,57	89,66	55,17
	ss	10,57	11,45	11,49	11,06

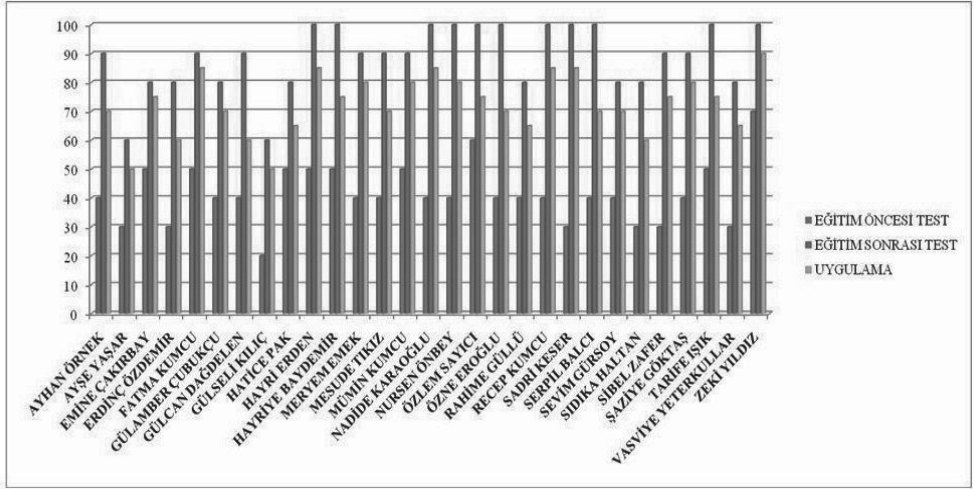
Verilen eğitim programının her boyutunun tüm çalışanlarda eğitim öncesi ve eğitim sonrası nasıl farklılaştığının anlaşılması için, her bir çalışanın eğitim öncesi ve sonrası testten aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Şekil 1, 2, 3 ve 4'te görülebileceği gibi, çalışanların her biri için, uygulanan eğitim programının dört boyutuna (hijyenik el yıkama, el antiseptiği kullanımı, kullanılan kimyasalların ürün bilgisi ve doğru kullanımı, koruyucu ekipman kullanımı) ilişkin eğitim öncesi ve sonrası puanlarında bir fark görülmektedir. Buna göre uygulanan eğitim programının çalışanların hijyenik el yıkama, el antiseptiği kullanımı, kullanılan kimyasalların ürün bilgisi ve doğru kullanımı, koruyucu ekipman kullanımlarını olumlu yönde değiştirdiği görülmektedir.

Öte yandan, eğitim sırasında çalışanların her biri temizlik maddesi kullanımı ve temizlik uygulamaları yaparken gözlenmiştir. Gözlemler tedarikçi firma temsilcisi ve hastane yöneticisi olmak üzere iki kişi tarafından yapılmış ve bu iki gözlemci arasındaki tutarlılık da test edilmiştir. Uygulama merkezleri eğilim ölçümleri değerlendirmeleri üretici-tedarikçi firma gözlemcisi ile hastane yöneticisi tarafından yapılan gözlemler Kappa istatistik modeli uygulanarak karşılaştırılmıştır. Değerlendirme sonucu kappa katsayısı (K) = 0.84 bulunmuştur. Bu katsayı bize iki değerlendirmeci arasında yüksek bir uyumun olduğunu göstermektedir.

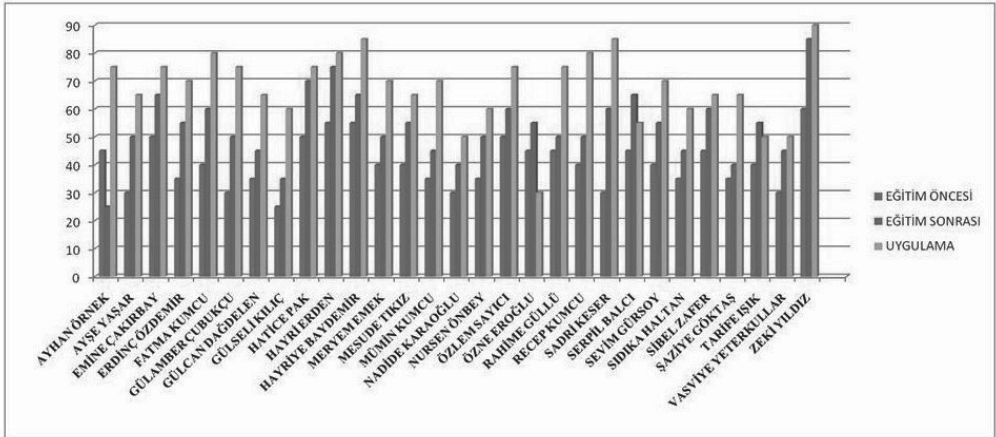


ŞEKİL 1. OCAK AYI YARDIMCI PERSONEL BİRİMİ “HİJYENİK EL YIKAMA ” EĞİTİMİ

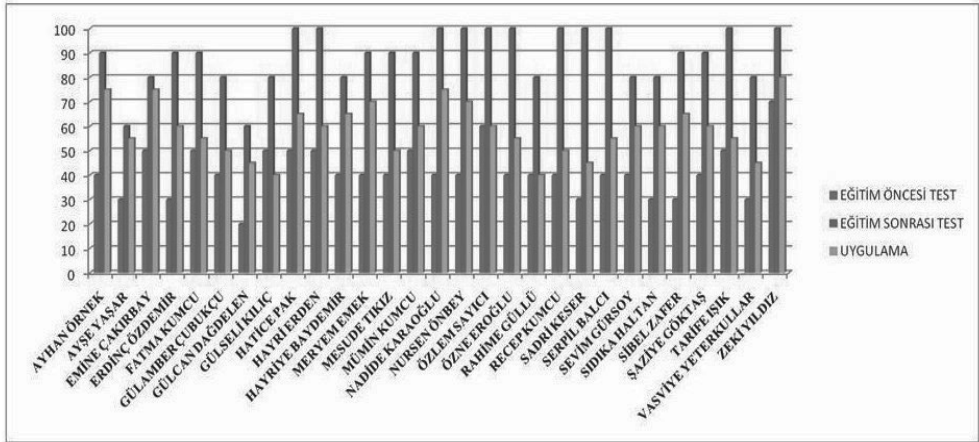
ÖNCESİ & SONRASI ve UYGULAMA SINAVLARI SONUÇ DAĞILIMI



ŞEKİL 2. ŞUBAT AYI YARDIMCI PERSONEL BİRİMİ “EL ANTİSEPTİĞİ KULLANIMI ” EĞİTİMİ
ÖNCESİ & SONRASI ve UYGULAMA SINAVLARI SONUÇ DAĞILIMI



ŞEKİL 3. MART AYI YARDIMCI PERSONEL BİRİMİ “KULLANILAN KİMYASALLARIN ÜRÜN BİLGİSİ ve DOĞRU KULLANIMI”
EĞİTİMİ ÖNCESİ & SONRASI ve UYGULAMA SINAVLARI SONUÇLARI



ŞEKİL 4. NİSAN AYI YARDIMCI PERSONEL BİRİMİ “KORUYUCU EKİPMAN KULLANIMI” (ELDİVEN, MASKE, BONE vb.) EĞİTİMİ ÖNCESİ & SONRASI ve UYGULAMA SINAVLARI SONUÇ DAĞILIMI

4.2. Çıkarımsal Analizler

Yukarıda belirtildiği gibi çalışmanın temel amacı temizlik maddeleri ve bu maddelerin doğru kullanımına ilişkin verilen eğitim programının etkinliğini incelemektir. Bu amaçla verilen eğitimin her bir boyutu için (hijyenik el yıkama, el antiseptiği kullanımı, kullanılan kimyasalların ürün bilgisi ve doğru kullanımı, koruyucu ekipman kullanımı) çalışanların eğitim öncesi ve eğitim sonrası testlerden aldıkları puanlar, bağımlı t-testi yöntemi ile karşılaştırılmıştır ve bağımlı t-testlere ilişkin bulgular tablo 4’te verilmiştir.

Bu test sonucuna göre verilen eğitimin her bir boyutuna (hijyenik el yıkama, el antiseptiği kullanımı, kullanılan kimyasalların ürün bilgisi ve doğru kullanımı, koruyucu ekipman kullanımı) ilişkin eğitim öncesi ve sonrası ölçümleri arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Bu sonuçlara göre hijyenik el yıkama için eğitim öncesi ve sonrası uygulanan anketlerden elde edilen değerler arasında $t(28) = -23.47$, $p = 0.000$ düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur. Ekipman kullanımı için eğitim öncesi ve sonrası uygulanan anketlerden elde edilen değerler arasında $t(28) = -23.50$, $p = 0.000$ düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur. El antiseptiği kullanımına ilişkin olarak eğitim öncesi ve sonrası uygulanan anketlerden elde edilen değerler arasında $t(28) = -25.19$, $p = 0.000$ düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur. Son olarak kullanılan ürünler hakkındaki eğitim öncesi ve sonrası uygulanan anketlerden elde edilen değerler arasında $t(28) = -13.54$, $p = 0.000$ düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur. Bütün bu istatistiksel sonuçlara göre, hijyenik el yıkama, el antiseptiği kullanımı, kullanılan kimyasalların ürün bilgisi ve doğru kullanımı, koruyucu ekipman kullanımı boyutlarını içeren eğitim programının çalışanların temizlik maddesi bilgisi ve bu maddeleri uygulamalarında anlamlı bir fark yarattığı sonucuna varılabilir.

Tablo 4. Hijyenik el yıkama, el antiseptiği kullanımı, kullanılan kimyasalların ürün bilgisi ve doğru kullanımı, koruyucu ekipman kullanımına ilişkin eğitim öncesi ve eğitim sonrası t-testi sonuçları

	ort.	ss.	t değeri	df	p* değeri
Eğitim öncesi hijyenik el yıkama Eğitim sonrası hijyenik el yıkama	-33.79	7.75	-23.47	28	0.000
Eğitim öncesi ekipman kullanımı Eğitim sonrası ekipman kullanımı	-47.59	10.90	-23.49	28	0.000
Eğitim öncesi el antiseptiği kullanımı Eğitim sonrası el antiseptiği kullanımı	-	10.47	-25.19	28	0.000
Eğitim öncesi ürün bilgisi Eğitim sonrası ürün bilgisi	-14.82	5.90	-13.53	28	0.000

*p=0.05 düzeyinde test edilmiştir.

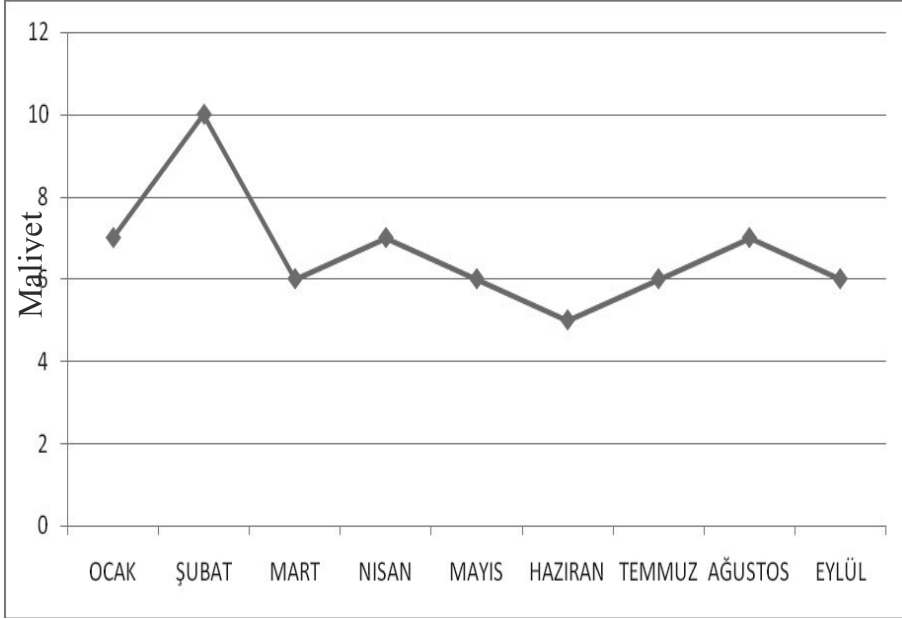
4.3. Nitel Veri Analizi

Temizlik maddesi bilgisi ve temizlik uygulamalarına ilişkin yukarıda sunulan nicel bulguların yanında çalışanlarla birebir ve grup halinde, uygulanan programın içeriği ve etkinliği hakkında görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmelerden elde edilen bulgular, nicel bulguları destekler niteliktedir. Çalışanların örneklemdaki (tablo- 1) özellikleri göz önüne alınarak hazırlanan eğitim programının uygulanması sonucunda karşılıklı görüşmelerde eğitimin çok faydalı ve gerekli bir eğitim olduğunu, kendi bilgi düzeylerini değerlendirme fırsatı bulduklarını, bilinçli yapılan temizliğin sağlıklarına ve hastane bütçesine olan katkılarını algıladıklarını, bu tür eğitimlerin daha sık yapılması gerektiğini, performanslarını ekonomik olarak kullanma alışkanlığı kazandıklarını ve eğitim programının her çalışanın algılayabileceği seviyede hazırlandığını vurgulamışlardır.

4.4. Uygulamanın Maliyeti

Uygulanan eğitim programının etkinliğinin anlaşılması için ayrıca eğitim öncesi ve eğitim sonrası, Tekirdağ Özel Yaşam Hastanesi'nin temizlik aylık giderleri de karşılaştırılmıştır. Buna göre, Ocak-Nisan 2010 döneminde 4 aylık temizlik ürünleri maliyeti 33,440.91 TL iken eğitim sonrasında 4 aylık dönemde (Mayıs-Ağustos 2010) temizlik ürünleri maliyeti 28.580.00 TL'ye düşmüştür. Bu da temizlik malzemelerini bilinçli kullanımının gereksiz sarfiyatı önlediği ve maliyetlerin düşmesi üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (Şekil 5).

Şekil 5. Maliyet Analiz Grafiği



5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Elde edilen nicel bulgular verilen eğitimin hijyenik el yıkama bilgisine, el antiseptiği kullanımına, kullanılan kimyasalların ürün bilgisine ve doğru kullanımına ve son olarak koruyucu ekipman kullanımına etki ettiği görülmüştür. Verilen eğitim sayesinde, hastane temizliğinde çalışanlar hem temizlik maddeleri hakkında bilgilendirilmiş, hem de bu maddeleri daha bilinçli bir şekilde kullanmışlardır. Bunun hastanede çalışma yaşamındaki üç temel boyuta direk etki ettiği söylenebilir. İlk olarak; çalışanların temizlik maddelerinin içeriklerini bilmeleri ve bu maddeleri kullanım konusunda bilgilendirilmelerinin kendi sağlıkları açısından bir katkı olduğu söylenebilir. Bu, çalışanların iş güvenliğine bir katkı olarak değerlendirilebilir. İkinci olarak; temizlik maddelerini uygun miktarlarda ve etkin kullanmayı öğrenmişlerdir. Bu, çalıştıkları hastanenin finansal giderlerinin azalmasına katkı yaptığı gibi, çevreye ve özellikle suya daha az miktarda kimyasal salınımına katkı sağladığı söylenebilir. Son olarak; hastane ortamında sunulan temizlik hizmetinin niteliğinin artmasının, verilen ana sağlık hizmetinin niteliğine de yansması beklenir. Dolayısıyla, bu tip eğitimlerin sağlık kurumlarındaki çalışanlara verilmesi, hem maliyetleri düşürmek suretiyle kurumlara, hem bilinçli kimyasal kullanımı yoluyla genel olarak çevreye, hem de bireysel olarak kendi işlerini etkili bir şekilde yapmaları dolayısıyla kendilerine katkıda bulunduğu söylenebilir. Bu sebeple bu eğitimlerin, Türkiye’deki bütün sağlık kurumları için yaygınlaştırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Anonim, (2008), TAF Preventive Medicine Bulletin 2008, <http://www.korhek.org/>

Bilir, N. (1997). İş Sağlığı. Ç. Bertan ve M. Güler (Ed.), Halk Sağlığı Temel Bilgileri. Ankara: Güneş Kitabevi.

Çetin, E. T. (1990). Dezenfektanların Yanlış Kullanımı ve Dezenfeksiyon Politikası. Ankem Dergisi, 4(3), 385-387.

Çopur, Z., Ergüder Varlı, B., Avşar, M., ve Şenbaş, M. (2006). Ege Üniversitesi Hastanesi'nde Çalışan Ev İdaresi Personelinin İş Sağlığı ve Güvenliği Konusundaki Görüşlerinin İncelenmesi Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 9(1), 39-53.

Deveci, S. F., Açık, Y., Ercan ve Oğuzöncül, A. F. (2010). Bir Üniversite Hastanesinde Temizlik Çalışanlarının Temizlik ve Hijyen Konusundaki Davranışlarının Değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 24(2), 123-127.

Güler, Ç. (2003 Mayıs). İnsan Kaynakları Yönetiminde İşçi Sağlığı ve Güvenliği. İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi'nde sunulmuş bildiri Yayın no E/2003/317, Adana

Parlar, S. (2008). Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 7(6), 547-554.

Şafak, Ş., Yertutan, C., Erkal, S. Çopur, Z. ve Ergüder, B. (2005). Bir Hastanede Ev İdaresi Hizmetlerinde Çalışan Personelin İş Yaparken Sağlığını Korumaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin ve Karşılaştıkları Problemlerin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(1), 71-79.

Terzi, Ö., Aker, S., Terzi, Ö., Sünter, A. T., ve Pekşen, Y. (2009). Hastane Temizlik Elemanları ve Mesleki Enfeksiyon Riski: Bilgi ve Davranışlar Üzerine Bir Çalışma. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 16(1), 7-12.

Yertutan, C. (2000). Kurumlarda Ev İdaresi Hizmetlerinin Verimliliği. Ankara: Minpa Matbaacılık.

http://makinecim.com/bilgi_1876_Temizlik-Urunlerinin-Insan-Sagligina-Etkileri, erişim tarihi: Eylül 2010

Ek: Hijyen ve Temizlikte Kullanılan Kimyasalların Uygun Kullanımı Eğitimi



SERVERGAZİ DEVLET HASTANESİNDE HASTA VE YAKINLARI MEMNUNİYETİ YÖNETİM SİSTEMİNİN KURULMASI VE UYGULANMASI

¹ Gürbüz AKÇAY, ² Hatice Erbeyin, ³ Aysel Harktı, ⁴ Onur Çakıroğlu,
⁵ Merve Bayram, ⁶ Müge Emel Öztürk, ⁷ İlkey Kocatürk

Özet

Denizli Servergazi Devlet Hastanesi'nde hasta ve yakınlarının beklentilerinin, şartlarının belirlenmesini ve yerine getirilmesini güvence altına almak için Hasta ve Yakınları Memnuniyeti Yönetim Sisteminin kurulması, hasta ve yakınlarının şikayetlerini ele alma prosesinin tasarlanması, kuruluş içerisinde anlaşılmasının sağlanması, uygulanması, hasta ve yakınlarının şikayetlerinin değerlendirilmesi, analiz edilmesi ve sonuçlandırılması, şikayetlerden ders çıkarılarak iyileştirmeye açık alanların tespit edilmesi ve beklentileri karşılamak için fırsata dönüştürülmesi, hasta ve yakınlarının tam ihtiyaç, beklenti ve şikayetlerinin hastanenin iş süreçlerine eksiksiz, zamanında aktarılması ve benzer hataların tekrarının önlenmesi sureti ile memnuniyetlerinin artırılması amaçlanmıştır.

Hastanemizde Hasta ve Yakını Memnuniyet/Şikayet Politikası (PTK-03) ve şikayetleri ele almadaki genel prensipler belirlenmiş, çalışanlara, hasta ve yakınlarına afiş, web sitesi ve basın yolu ile duyurulmuştur. Hastanemizden hizmet alan hasta ve yakınları tetkik, tedavi, hasta bakımı ve diğer hizmetler ile ilgili süreçler hakkındaki şikayet, öneri ve görüş farklılıklarını bildirme hakları ve bildirme yolları konusunda Hastane Web Sayfası, Hastane Rehberi, Hasta ve Yakınlarının Hakları ve Sorumlulukları Posterleri, Şikayet Süreci Posterleri, Anketörler ve Hastane Çalışanları aracılığıyla bilgilendirilmeleri sağlanmaktadır. Belirlenen beklenti ve şartların, ayrıca olası beklentilerin en iyi şekilde karşılanması için ilgili birimlere tam ve doğru olarak aktarılması, algılanması ve yerine getirilmesi amacı ile şikayetlerin ele alınması, politika, prosedürler konusunda tüm çalışanların eğitilmesi sağlanmıştır. Şikayetler, Şikayet Süreç Şeması (İAŞ-42) ve Hasta ve Yakını Memnuniyet, Dilek, Öneri ve Şikayetleri Yönetimi Prosedürü (PRO-45)'nde belirtildiği gibi ele alınmaktadır. Ayrıca Sistemin performans göstergeleri belirlenmiş ve Entegre Yönetim Sistemi Göstergeleri Değerlendirme Talimatı ve Planı (ÇTL-155; P-09)'na göre izlenmekte ve değerlendirilmektedir. Hastane yönetimi bu verilere göre hizmetin sürdürülmesini kontrol etmekte, ve sürekli iyileştirme için gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştirmektedir.

Hasta ve Yakınları Memnuniyeti Yönetim Sistemi uygulamaları sonucunda tekrarlanan şikayetlerin azaldığı ve bildirilen şikayetler sayesinde iyileşme sağlanan prosedürler/faaliyetler (Nisan 19, Mayıs 17, Haziran 9, Temmuz 11, Ağustos 10, Eylül 6 adet) olduğu ve anket verilerine göre hasta ve yakınları memnuniyetinin arttığı

1 Servergazi Devlet Hastanesi, gurbuzakcay@hotmail.com
2 Servergazi Devlet Hastanesi , erbeyin20@mynet.com
3 Servergazi Devlet Hastanesi, a_harkti@hotmail.com
4 Servergazi Devlet Hastanesi, onur-cakiroglu@hotmail.com
5 Servergazi Devlet Hastanesi , m_bayram17@hotmail.com
6 Servergazi Devlet Hastanesi , m_bayram17@hotmail.com
7 Servergazi Devlet Hastanesi , m_bayram17@hotmail.com

(Poliklinik memnuniyet oranı Aralık 2009 %75 - Eylül 2010'da %80 , yataklı servis memnuniyet oranı Aralık 2009 %85 - Eylül 2010'da %97) görüldü.

Hastanemiz 14-18 Haziran 2010 tarihinde yetkili kuruluş tarafından denetlenerek Türkiye'de ilk TS ISO 10002:2006 Müşteri Memnuniyeti Yönetim Sistemi Belgesi alan hastane oldu.

Anahtar Kelimeler: Hasta ve Yakınları Memnuniyeti, Şikayetlerin Analizi

Abstract

It is objected in Denizli Servergazi State Hospital in order to increase patient and relatives satisfaction and to determine, insure and fulfill the customer requirements; to establish a Patients and relatives Satisfaction Management System, to design patients and their complaints handling process, and to be understood and implemented in the organization, to evaluate patients and their relatives complaints , analyze and finalize the complaints, of course to benefit from the complaints determine the areas for the improvement and convert the customer expectations for an opportunity; the complete and timely transfer of the patients and their relatives exact needs, expectations and complaints to the hospital's processes and it is intended to prevent repetition of similar errors.

In our Hospital, the patients and relatives complaint/satisfaction policy (PTK-03) and how to handle with the complaints, the general principles are identified, and announced to the staff, patients and their relatives through banners, web sites and press. It is provided for the patient and their relatives who get services from our Hospital to have the right to inform their complaints, suggestions and their differences of opinions about the examination, treatment, patient care and other services through the Hospital's Web Page, the Hospital Guide, Patient and relatives Rights and Responsibilities Posters, the Complaint Process Posters, pollsters, and the Hospital's Staff. All the staff are provided training concerning the policies and procedures about the best way to meet the identified expectations and conditions, also possible expectations and to transfer it correctly and completely to the related units, to handle the complaints with the aim of fulfilling them. The complaints are handled according to the Complaint Process Diagram (İAŞ-42) and Patient and Relative Satisfaction, Request, Suggestion and Complaint Management Procedure (PRO-45). The Hospital Management controls the continuation of the services according to these data, and carries out the necessary corrective and preventive actions for continuous improvement. Besides the System's performance indicators are identified and it is monitored and evaluated according to the Integrated Management System of Indicators for the Assessment Guidelines (ÇTL-155).

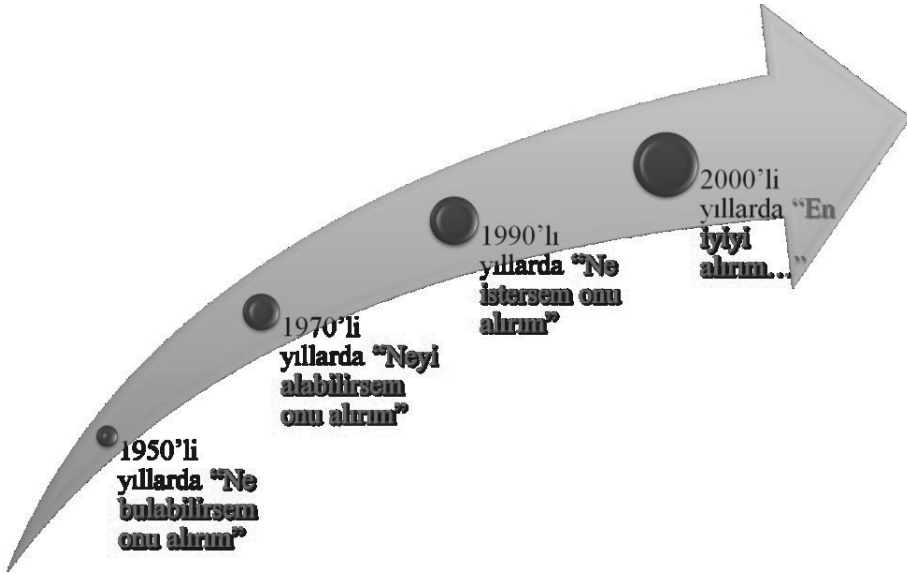
As a result of the Patient and relatives Satisfaction Management System's applications repeated complaints decreased and through reported complaints there are improved procedures (April 19, May 17, June 9, July 11) and according to the survey data it's seen that the Customer Satisfaction has increased (outpatient satisfaction rate in December 2009 %75- in September 2010 %80, ward satisfaction rate in December 2009 %80- in September 2010 %97).

Our hospital has been checked by authorized institutions in 14-18 June 2010, and it has been the first hospital in Turkey which received the TS ISO 10002:2006 Customer Satisfaction Management System Document.

Keywords: Patient And Relatives Satisfaction, Analysis Of Complaints

1. GİRİŞ

Şekil 1. Hasta ve Yakını Beklentilerinin Evrimi



1.1. Hasta ve Yakınları Memnuniyet Sisteminin Gerekliliği

- Memnuniyetsiz müşterilerin ancak %3-4'ü şikayetlerini iletmektedir.
- Memnuniyetsiz her müşteri bunu ortalama 8-16 müşteriye söylemektedir.
- %10'u 20'den fazla kişiye anlatmaktadır.
- Memnuniyetsiz müşterilerin %90'ı bir daha o ürün ve hizmeti satın almamaktadır.
- Yeni müşteri kazanma maliyeti, Mevcut müşteriye elde tutma maliyetinin 5 katıdır.
- Sürekli müşteri kaybeden kuruluşlar için itibarın geri kazanılması mümkün

olamayabilir.

- Özel sektör, kamu ve gerekse gönüllü kuruluşlar için en temel varlık nedeni müşteri beklentilerini karşılamaktır.
- Müşteriyi anlamak ve önemsemek kuruluşa rekabet için büyük avantajlar sağlayacaktır.
- Müşteri şikayetleri müşteri beklentileriyle birebir etkileşim içerisinde.
- Şikayet haksız bile olsa müşteri beklentilerini yansıtan önemli ipuçları içerebilir.
- Piyasa ve Pazar araştırması maliyetine nazaran, müşteri şikayetlerinin eğilimlerinin doğru okunması daha ekonomiktir.
- Küreselleşen yeni dünya düzeninde kuruluşların şikayetleri yapıcı yaklaşımla ele alması hayati bir gerekliliktir.

1.2. Peki Ne Yapmalıyız?

Şikayetler fırsatlara dönüştürülmeli,

Kök sebep doğru tespit edilmeli,

Özgün çözümler üretilmeli,

Uygulama adımları gözden geçirilmeli,

Geri beslemeler ve eğilimler mutlaka doğru okunmalı...

Hasta ve yakınlarına karşı algı sürekli açık tutulmalı,

Hasta ve yakınlarını doğru anladığımızdan emin olunmalı,

Kök sebep ve gidişat ile ilgili hasta ve yakınlarına bilgi verilmeli,

Her Hasta özeldir...

Önemsenmek ve ciddiye alındığını hissetmek olumlu intiba bırakacaktır.

1.3. Hasta ve Yakınları Memnuniyeti Yönetim Sistemini Kurmadaki Amacımız

- Şikayet yönetim sistemini kurmak, dokümanle etmek, uygulamak ve sürekliliğini sağlamak
- Hasta ve yakınlarının şikayetlerini ele alma prosesini tasarlamak, çalıştırmak ve kuruluş içerisinde anlaşılmasını sağlamak
- Hasta ve yakınlarının şikayetlerini değerlendirmek, analiz etmek ve sonuçlandırmak
- Şikayetlerden yola çıkarak iyileştirmeye açık alanları tespit etmek
- Şikayetleri müşteri beklentilerini karşılamak için fırsata dönüştürmek

- Hasta ve yakınlarının tam ihtiyaç, beklenti ve şikayetlerini hastanenin iş süreçlerine eksiksiz, zamanında aktarmak ve benzer hataların tekrarını önlemek
- Hasta ve yakınlarının memnuniyetinin artırılması amacı ile müşteri şartlarının belirlenmesi ve yerine getirilmesini güvence altına almak
- Uygunsuzlukların nedenlerini güderek ve tekrarlarını önlemek
- Hasta ve yakınlarının beklentilerini karşılamak, müşteriye anlamak ve önemsemek
- Şikayetleri ele alma prosesini eksiksiz ve verimli olarak tasarlamak
- Hizmet kalitesini iyileştirmek amacı ile Denizli Servergazi Devlet Hastanesinden hizmet alan hasta ve yakınlarının, hastane ve hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyet, dilek, öneri ve şikayetlerin analizi ve değerlendirilmesini sağlamaktır.

1.4. Kapsam

Hastanemizin tüm birimleri ve çalışanları ile ilgili Hasta ve yakınlarının memnuniyet, beklenti, öneri ve şikayetlerinin analizi ve değerlendirilmesini kapsar.

Hariç Tutma:

Çözüm için kuruluş dışına yönlendirilen anlaşmazlıklar

İstihdam ile ilgili anlaşmazlıklar

Disiplin prosedürler

Yasal Mevzuat ve Diğer Şartlara uygun olmayan şikayet ve öneriler

2. YÖNTEM

2.1. Hazırlık Çalışmaları

1. Genel prensiplerin belirlenmesi
2. Hasta ve Yakını Memnuniyet/Şikayet Politikası (PTK-03) oluşturulması
3. Hasta ve Yakını Memnuniyet, Dilek, Öneri ve Şikayetleri Yönetimi Prosedürü (PRO-45) oluşturulması
4. Şikayet Süreç Şeması (İAŞ-42) oluşturulması
5. Hastanemizden hizmet alan hasta ve yakınlarının tetkik, tedavi, hasta bakımı ve diğer hizmetler ile ilgili süreçler hakkındaki şikayet, öneri ve görüş farklılıklarını bildirme hakları ve bildirme yolları konusunda Hastane Web Sayfası, Hastane Rehberi, Hasta ve Yakınlarının Hakları ve Sorumlulukları Posterleri, Şikayet Süreci Posterleri, Anketörler ve Hastane Çalışanları aracılığıyla bilgilendirilmeleri
6. Memnuniyet, Dilek, Öneri ve Şikayet Değerlendirme Komisyonu Kurulması
7. Belirlenen beklenti ve şartların, ayrıca olası beklentilerin en iyi şekilde karşılanması için ilgili birimlere tam ve doğru olarak aktarılmakta algılanması ve yerine getirilmesi amacı ile şikayetlerin ele alınması, politika, prosedürler konusunda tüm çalışanların eğitilmesi

2.1.1. Genel Prensiplerimiz

Şeffaflık: Şikayetler, dilek ve öneriler; doğru, eksiksiz ve anlaşılabilir olarak kaydedilir, değerlendirilir ve yürütülür.

Erişilebilirlik: Şikayet, dilek, önerilerin nasıl yapılabileceği hastane rehberi ve broşürlerde açıklanmıştır.

Cevap verilebilirlik: Şikayetçiye şikayetler alındığında ve çözüme kavuştuğunda aranarak bilgi verilir.

Objektiflik: Şikayet, öneri ve dilekler objektif, ön yargısız ve adil bir şekilde değerlendirilir.

Ücretsiz: Şikayet talep sürecinden bir ücret talep edilmez.

Gizlilik: Hasta ve yakınlarının şikayetlerinin kabul, değerlendirme ve sonuçlandırma süreçlerinde mahremiyet ilkesine uyulur. Şikayetler konu ile doğrudan ilgili olan kişiler ve yöneticiler dışında paylaşılmaz.

Adillik: Bütün insanlara eşit muamelede bulunulur.

Hasta Odaklılık: Hasta odaklı hizmet verilir ve hasta hakları her zaman korunur.

Hesap verilebilirlik: Şikayetler kayıt altına alınır, değerlendirilir, sonuç şikayetçiye bildirilir.

Sürekli iyileştirme: Şikayetlerin oluşmasını engellemek, hizmeti iyileştirmek ve memnuniyeti artırmak için şikayetler düzenli olarak gözden geçirilir, düzeltici ve önleyici faaliyetler gerçekleştirilir.

Hızlı ve etkin çözüm: Bu konuda eğitimli ve bilinçli personel ile hızlı ve etkin çözümler gerçekleştirilir.

Profesyonellik: Tüm hastane çalışanı bu sürecin iyi ve etkin işlemesi için eğitilidir.

Personel için Objektiflik: Personel, performanslarıyla ilgili herhangi bir şikayet hakkında derhal ve tam olarak bilgilendirilir, durumu açıklaması için fırsat verilir ve uygun destek sağlanır. Sonuç hakkında personel bilgilendirilir.

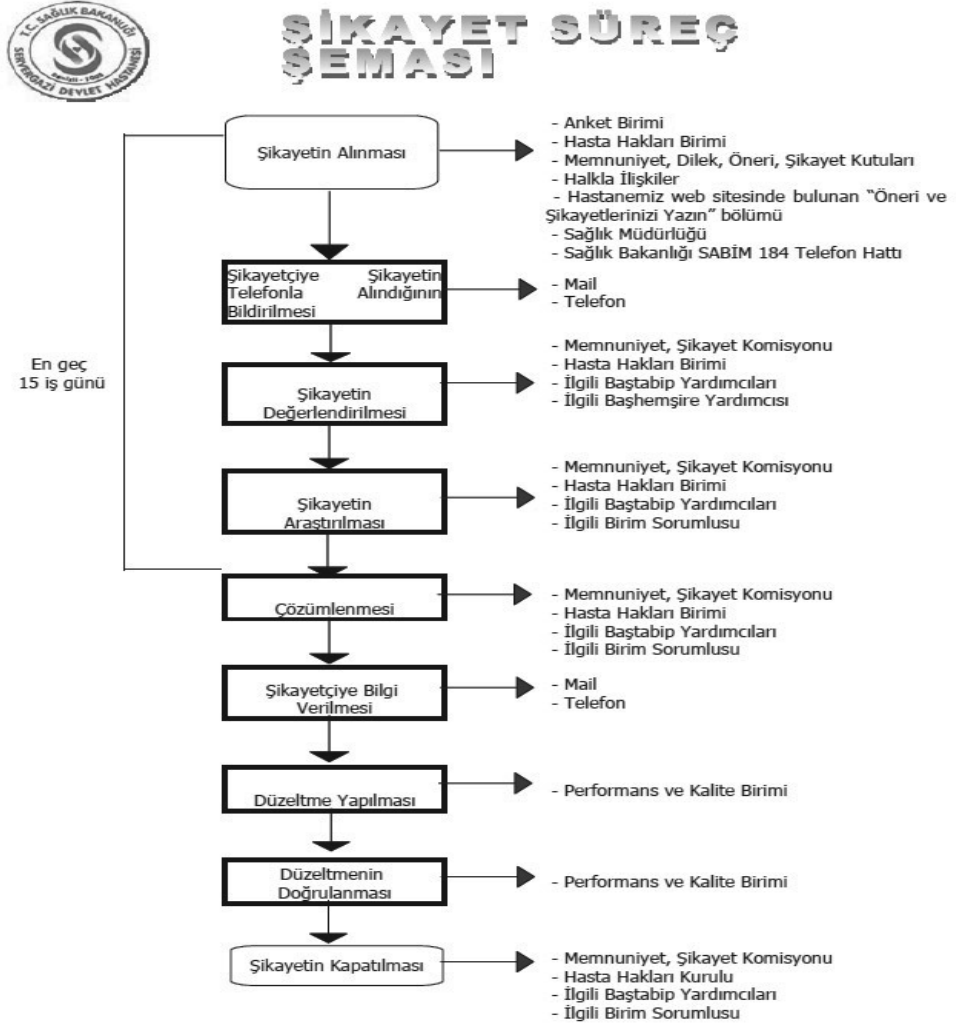
2.1.2. Hasta ve Yakını Memnuniyet/Şikayet Politikası (PTK-03) oluşturulması



2.1.3. Hasta ve Yakını Memnuniyet, Dilek, Öneri ve Şikayetleri Yönetimi Prosedürü (PRO-45) oluşturulması

2.1.4. Şikayet Süreç Şeması (İAŞ-42) Oluşturulması

Şekil 2. Şikayet Süreç Şeması (İAŞ-42)



HAZIRLAYAN
Uzm. Dr. Hatice ERBEYİN
Performans ve Kalite Temsilcisi

ONAYLAYAN
Uzm. Dr. Gürbüz AKÇAY
Baştabip

BELGE NO: İAŞ-42 YAYIN TARİHİ: 05/03/2010 YENİLEME TARİHİ VE NO: 28/06/2010-01 SAYFA NO: 1/1
Yazıcıdan çıktı alınan imzasız dokümanlar "Kontrolsüz Kopya" dır.

Yakınlarının Hakları ve Sorumlulukları Posterleri, Şikayet Süreci Posterleri, Anketörler ve Hastane Çalışanları aracılığıyla bilgilendirilmeleri sağlanmaktadır.

Şekil 3. Memnuniyet, Şikayet, Öneri Başvuru Yolları Poster



2.1.6. Memnuniyet, Dilek, Öneri ve Şikayet Değerlendirme Komisyonu Kurulması

Hasta Hakları Kurulu Birim Sorumlusu, Başhemşire Yardımcısı ve Kalite Yönetim Direktöründen oluşmaktadır.

Değerlendirme Komisyonu, şikayet ve önerileri değerlendirmek, gerekli iyileştirme çalışmaları yapmak üzere karar almak ve verileri analiz etmek üzere ayda bir toplanmaktadır. Toplantı kararlarını Toplantı Karar Defterine kaydetmektedir. İlgili veriler ve kayıtlar aylık rapor halinde Kalite Yönetim Biriminde muhafaza edilmektedir.

Komisyonunda değerlendirilen çözülmesi mümkün olan öneri ve şikayetler komisyon tarafından anında çözülmesi sağlanır. Kalite Yönetim Direktörü tarafından Düzeltici ve Önleyici Faaliyet başlatılması gereken öneri ve şikayetler için işlemler başlatılmaktadır.

Belirlenen beklenti ve şartların, ayrıca olası beklentilerin en iyi şekilde karşılanması için ilgili birimlere tam ve doğru olarak aktarılmakta algılanması ve yerine getirilmesi amacı ile şikayetlerin ele alınması, politika, prosedürler konusunda tüm çalışanlar yılda en az iki kez eğitilmektedir.

2.2. Uygulama

2.2.1. Hasta ve Yakınlarının Memnuniyet, Dilek – Öneri ve Şikayetlerinin Kabul Edilmesi

Hastalar, hasta yakınları, hastanemizle ilgili her türlü memnuniyet, dilek-öneri ve şikayetlerini Memnuniyet, Dilek, Öneri ve Şikayet Formu (FRM-15)'na yazıp Memnuniyet, Dilek, Öneri ve Şikayet Kutuları' nın içine bırakmaktadırlar.

Baştabip Yardımcıları, Hasta Hakları Birimi, Danışma, Güvenlik çalışanları ve yataklı servis çalışanlarına yapılan sözlü şikayetlerden çözülmesi anında mümkün olanlar şikayeti alan kişi ve/veya sorumlusu tarafından anında çözülmekte, çözülemeyen şikayetler Sözel Şikayet Kayıt Formu (FRM-21)'na yazılarak kayda geçirilmektedir.

Hastanemiz web sitesinde bulunan “Öneri ve Şikayetlerinizi Yazın” bölümüne yazılan öneri ve şikayetler sistem aracılığı ile e-mail adresine aktarılmaktadır.

2.2.2. Hasta ve Yakınlarının Şikayetlerinin Önceliklendirilmesi

- Hasta ve hasta yakınında hafif kaygıya ve endişeye neden olabilecek uygunsuzluklar (1 puan)
- Hasta, hasta yakınına mali ve zaman kaybına neden olabilecek uygunsuzluklar (2 puan)
- Hasta ve hasta yakınında tanı ve tedavi hizmeti almasında memnuniyetsizlik oluşturacak uygunsuzluklar ve Kurumun prestij kaybı (3 puan)
- Aldığı sağlık hizmeti (tanı, tedavi ve bakım) nedeniyle hastanın fiziksel zarar görmesi (4 puan)
- Aldığı sağlık hizmeti (tanı, tedavi ve bakım) nedeniyle hastada kalıcı hasar ve ölüm gerçekleşmesi (5 puan)

2.2.3. Şikayetlerin Birimlere ve Konularına Göre Sınıflandırılması, Kaydedilmesi ve Şikayetçiye Bildirilmesi

Şikayetler birimlere ve konularına göre sınıflandırılarak Memnuniyet, Dilek, Öneri ve Şikayet Bilgisayar Programı (Şikayet Memnuniyet ve Öneri Formu-FRM-300)'na anketör tarafından kaydedilmektedir.

Anketör tarafından telefonla şikayetlerin alındığına dair bilgi ve şikayet numarası şikayetçiye verilmekte ve görüşmeler kayıt altına alınmaktadır. Şikayetin bildirildiği tarih programa kaydedilmektedir.

2.2.4. Memnuniyet, Dilek, Öneri ve Şikayetlerin Değerlendirilmesi

Değerlendirme Komisyonu öneri ve şikayetleri değerlendirmek üzere her pazartesi toplanmakta şikayet ve önerileri puanına ve aciliyetine göre gerekli iyileştirme çalışmaları yapmak üzere karar almaktadır. Komisyon ayrıca ayda bir verileri analiz etmek üzere toplanmakta ve toplantı kararlarını Toplantı Karar Defterine kaydetmektedir. İlgili veriler ve kayıtlar aylık rapor halinde Kalite Yönetim Biriminde muhafaza edilmektedir.

Komisyonunda değerlendirilen çözümleri mümkün olan öneri ve şikayetler komisyon tarafından anında çözümü sağlanmakta Kalite Yönetim Direktörü tarafından Düzeltici ve Önleyici Faaliyet başlatılması gereken öneri ve şikayetler için işlemler başlatılmaktadır. 5 puan olan şikayetler için mutlaka Baştabip bilgilendirilmektedir.

2.2.5. Şikayetçiye Sonuç Hakkında Bilgi Verilmesi

4 ve 5 puanlık şikayetler şikayet alındıktan sonra ilk 5 gün içerisinde hangi aşamada olduğu şikayetçiye bilgi verilmekte, 3 puan ve altı puandaki şikayetler 1-10 iş günü içerisinde sonuçlandırılarak şikayetçi bilgilendirilmektedir.

2.2.6. Düzeltme Yapılması

Şikayetin asıl nedenini ortadan kaldırmak ve şikayetin tekrarını önlemek için Düzeltici Faaliyet Prosedürü (PRO-05) ve Önleyici Faaliyet Prosedürü (PRO-06)' ne göre Düzeltici ve Önleyici faaliyetler gerçekleştirilmekte ve Kalite Yönetim Direktörü tarafından takibi yapılmaktadır.

2.2.7. Düzeltmenin Doğrulanması

Düzeltici ve Önleyici faaliyetler gerçekleştirildikten sonra Kalite Yönetim Direktörü tarafından düzeltme işlemi yerinde görülmekte ve kayıtlar kontrol edilmektedir. Düzeltici ve Önleyici Faaliyet Formu (FRM-06)'nda kayıt altına alınarak kapatılmaktadır.

2.2.8. Şikayetin Kapatılması

Şikayetler çözüldükten ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetler gerçekleştirildikten sonra şikayetçi bilgilendirilmekte ve şikayetin kapatılması için onayı alınmaktadır. Şikayetin kapatılma tarihi programa kaydedilmektedir. Komisyon tarafından şikayet kapatılarak görüşmeler ve yazışmalar kayıt altına alınmaktadır.

2.3. İzleme, Ölçme ve Değerlendirme

- Memnuniyet, Dilek, Öneri ve Şikayet sayıları
- Şikayet başvuru yollarına göre öneri ve şikayet sayıları
- Birimlere göre hasta ve yakını memnuniyet verileri
- Birimlerin Teşekkür, Öneri, Şikayet Sayıları
- Şikayetlerin puanlara göre gruplandırılması
- Tekrarlanan Şikayet Sayıları
- Yapıldıkları anda çözümlenen şikayetler
- Şikayet Çözüm Oranları
- Çözülemeyen şikayetlerin dağılımı
- Anlaşma sağlanan zamandan sonra şikayetçiye bilgilendirilme sayısı
- Şikayetler sayesinde iyileşme kaydedilen prosedürler
- Dış çözüm yollarına havale edilen şikayetler
- Şikayet değerlendirmelerinin objektifliğinin değerlendirilmesi
- Gerçekleştirilen Öneri Sayıları
- Hasta hakları, Kalite Yönetim Birimi ve Yönetimin konu ile ilgili kalitehedefleri

Ayda bir Memnuniyet, Dilek-Öneri ve Şikayetlerden oluşan beş adet veri (kişisel bilgi içermeyen), komisyon üyeleri tarafından seçilerek Poliklinik Panosu' na asılmakta ve intranette yayınlanmaktadır.

Hasta ve yakını memnuniyeti ile ilgili veriler, Sağlık Müdürlüğüne aylık olarak bildirilmekte ve intranette Kalite İndikatörleri (Entegre Yönetim Sistemi Göstergeleri) Bölümünde yayınlanmaktadır.

Hasta ve yakını memnuniyeti anket sonuçları aylık olarak Kalite Yönetim Direktörü tarafından takip edilmektedir. Anket değerlerinde düşme görüldüğünde Baştabip ve ilgili birim bilgilendirilerek ve gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılmakta ve sonuçlandırılmaktadır.

Anket Katsayı puanları 6 ayda bir Baştabipliğe ve Sağlık Müdürlüğüne rapor edilmektedir. Yıllık anket değerlendirmesi Yönetimin Gözden Geçirme Toplantısında yapılmaktadır.

Hazırlanan Memnuniyet, Dilek, Öneri ve Şikayetlerin istatistiki verileri 6 ayda bir Kalite Yönetim Direktörü tarafından Hastane Baştabipliğine sunulmakta ve Yönetimin Gözden Geçirme Toplantısı' nda çalışanlarla paylaşılmaktadır.

Değerlendirilen verilerden, hangi ürün/hizmetlere düzeltici faaliyet ve önleyici faaliyet açılacağına karar verilmekte ve Düzeltici Faaliyet Prosedürü (PRO-05) ve Önleyici Faaliyet Prosedürü (PRO-06)' ne göre işlemler gerçekleştirilmektedir.

Memnuniyet, Dilek, Öneri ve Şikayet Sürecinin etkinliği ve verimliliği, iç tetkik sonuçları, düzeltici ve önleyici faaliyet sonuçları Yönetimin Gözden Geçirme Toplantısında değerlendirilmektedir.

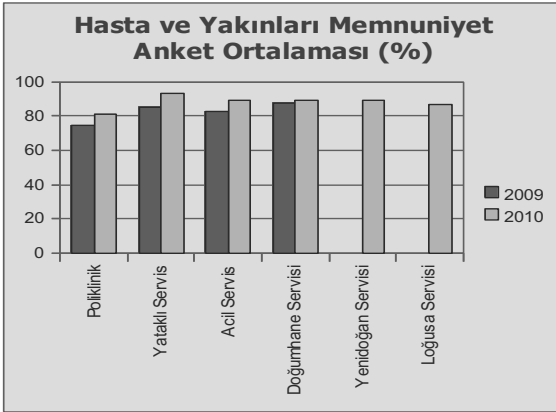
3. SONUÇ

Hasta ve yakını Memnuniyeti Yönetim Sistemi uygulamaları sonucunda tekrarlanan şikayetlerin azaldığı ve bildirilen şikayetler sayesinde iyileşme sağlanan faaliyetler olduğu ve anket verilerine göre hasta ve yakını memnuniyetinin arttığı **(Poliklinik Memnuniyet Oranı 2009 %75 – 2010 yılı %81; Yataklı Servis Memnuniyet Oranı 2009 %85 - 2010 yılı %93)** görüldü.

Tablo 1. Hasta ve Yakınları Memnuniyet Ortalaması

Hastanemiz, 14-18 Haziran 2010 tarihinde yetkili kuruluş tarafından denetlenerek Türkiye'de ilk TS ISO 10002:2006 Müşteri Memnuniyeti Yönetim Sistemi Belgesi alan hastane oldu.

	2009	2010
Poliklinik	75	81
Yataklı Servis	85	93
Acil Servis	83	89
Doğumhane Servisi	88	89
Yenidoğan Servisi		89
Loğusa Servisi		87



KAYNAKLAR

TS ISO 10002:2006 Müşteri Memnuniyeti Yönetim Sistemi – Kuruluşlarda Şikayetlerin Ele Alınması İçin Kılavuz Bilgiler

BİLECİK İLİNDE AİLE HEKİMLERİNİN İŞ MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN PERFORMANSLARINA ETKİSİ

Hatice ÇELİK¹, Sevgül YILMAZ¹

Özet

Aile Hekimliği ve Genel Pratisyenlik terimleri, dünyada eş anlamlı olarak kullanılmaktadır ve I.Basamak Sağlık Hizmeti konusunda özgün uzmanlık almış tıp doktorunu tanımlamaktadır. Fakat ülkemizde pratisyen hekim terimi tıp fakültesinden sonra uzmanlık eğitimi almamış hekimler için kullanılmaktadır. Genel tanımı yapılacak olursa aile hekimi; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın bireylere ve ailelere kişisel, kesintisiz ve bütüncül bir birinci basamak sağlık hizmeti sunan, konusunda en az üç yıl uzmanlık eğitimi görmüş tıp doktorudur. Araştırmada Bilecik ilinde görev yapan sözleşmeli aile hekimlerinin iş memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesinin yapılarak İl bazında uygulamanın değerlendirilmesi ve bu memnuniyet düzeyinin hekimlerin bireysel performansına etkisi değerlendirilmiştir.

Toplam 54 aile hekimi, araştırmanın evrenini oluşturmuş, veriler anket yöntemiyle toplanmıştır. Araştırma kapsamındaki aile hekimlerinin çoğunluğunun pratisyen hekim olduğu (% 92,6) ve yaş dağılımlarının 31-40 ile 41-50 yaş arasında yoğunlaştığı görülmüştür. Araştırmaya katılan hekimlerin genel olarak iş koşullarından memnun olması, aldıkları ücreti tatminkar bularak uygulamadan ayrılmayı düşünmüyor olmalarına karşın uygulamada yaşanan olumsuzluklara ilişkin çeşitli derecelerde anlamlı farklılıklara rastlanılmıştır. Uygulamada yaşanan sorun ve olumsuzluklar hekimlerin kendi değerlendirmelerinden yola çıkılarak tespit edilmiş ve yine bu sonuçlar baz alınarak çözüm önerilerinde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimi, İş Memnuniyeti, Bireysel Performans, Aile Hekimliği Sistemi

Abstract

The terms of “family medicine” and “general practice” are used synonymously in the world, and it defines medical doctor who takes education in the field of first step health care. But, the term of “general practitioner” is used for doctors who don’t take expertise education after medical school in our country. In a broader sense, family doctor is a medical doctor who takes expertise education at least three years and provides individual, holistic and uninterrupted health care to individuals and families regardless of their ages, sexes and diseases. In this survey, job satisfaction level of contractual family doctors who work in Bilecik is evaluated in terms of their individual performance.

54 family doctors were questioned and data were collected with questionnaire method. In this survey, most of the family doctors are general practitioners(92.6%) and their age range is between 31-40 and 41-50. Although most of the doctors are satisfied concerning job conditions and salaries, it is obvious that there are some negativities in application. The problems and negativities in application were determined by doctors’ evaluation and some suggestions were made regarding

¹Bilecik Sağlık Müdürlüğü, sevgulyilmazbg@hotmail.com

with these results.

Keywords: *Family Doctor, Job Satisfaction, Individual Performance, Family Medicine System*

1.GİRİŞ

Aile hekimliği/Genel Pratisyenlik, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temelli ve klinik olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yöntemli klinik bir uzmanlıktır.

Birinci basamakta olan uzmanlaşmış bir hekime ihtiyaç duyulduğunda ilk kez 1923 yılında Dr. Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiştir. Uzmanlaşma eğiliminin zirveye ulaştığını, modern tıbbın aşırı derecede parçalandığını, kapsamlı ve kişileşmiş sağlık hizmeti sunacak hekimlere hızlı bir dönüş olması gerektiğini ifade etmiştir. Fakat o dönemde toplum ve tıbbi yapı buna hazır değildi. Aile Hekimliğine gereksinim, tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların bir bütün olarak değerlendirilemediğinin fark edilmesiyle ortaya çıkmıştır.

İngiltere’de 1952 yılında Royal College of General Practitioners (Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji)’nin kurulması, aile hekimliğinin tarihsel gelişim sürecinde önemli kilometre taşlarından biridir. 1960’larda Amerika Birleşik Devletleri’nde özellikle nüfusun az olduğu yerlerde hekim azlığının fark edilmesi genel pratisyenliğe olan ilgiyi arttırdı. Bu dönem genel tıp liderleri, birinci basamağa ait bilgi, beceri ve fikirleri içeren yeni bir uzmanlık dalının kurulmasını önerdiler. 1966 yılında birinci basamaktaki bu yeni uzmanlık kavramı, Amerikan Tıp Birliği’nin Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Vatandaş Komisyonu’nun raporuyla ortaya çıkarıldı. İkinci rapor ise, Willard Komite Raporu olarak da bilinen, Amerikan Tıp Birliği Tıp Eğitimi Konseyi Aile Hekimliği Eğitimi Komitesi’nin raporuydu ve hem Amerikan Halk Sağlığı Derneği hem de Ulusal Sağlık Konseyi tarafından desteklendi. Aile Hekimliği ilk kez Amerika Birleşik Devletleri’nde 1969 yılında “Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board Of Family Practice)” kurulması ile uzmanlığın ve eğitim programının düzenlenmesinden sonra, bu disiplinle ilgili araştırma esaslarının geliştirilmesi sağlanmıştır.

Bu gelişmelerden sonra aile hekimliği uzmanlığının tüm dünyada kabul edilmiş bir tanımın yapılması gerekliliği ortaya çıkmıştır ve 1974 yılında Hollanda’da “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” toplantısı yapılmıştır. Bu tüm toplantıda Leeuwenhorst grubu birinci basamak hekimliğini, insanı organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olarak tanımlanmış ve bu tanım tüm dünyada kabul edilmiştir.

Bir tıp disiplininin gelişmesi ve kabul görmesi için üç kriter vardır. Bunlar; akademik anabilim dallarının olması, tıp disiplinine özgü yayınlanan bilimsel dergisinin olması ve disiplini temsil eden bir derneğin olmasıdır.

Bu bilgiler ışığında aile hekiminin tanımını yapacak olursak aile hekimi; kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalığını ayırmadan, kayıtlı birey ve ailelere, kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ve ik basamak tedavi hizmetlerini ekip anlayışı içinde ve ekiple birlikte sunabilen, sağlıklı ilgili her türlü soruna; ilk yaklaşımda bulunan ve gerekirse diğer dal uzmanları ile konsülte/refere eden, hastasını değerlendirirken hastalık oluşumunda fiziksel, ruhsal, sosyal faktörlerin de rollerini dikkate alan, kronik, rekürren ve terminal

dönemdeki hastalıkların sürekli bakımını yapabilen, sektörlerarası koordinasyon kurabilen, hastasının sağlık haklarını üçüncü kişilere karşı savunabilen, tıp fakütesi sonrası uzmanlık eğitimi almış olan hekimdir.

Türkiye’de bütüncül yaklaşım 1960 yılından sonra Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Müsteşarlığı’na atanan Prof.Dr. Nusret FİŞEK’in hazırladığı 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile “Toplum Hekimliği” çerçevesinde düzenlenmiş olup ve sağlık sisteminde birinci basamağa yerleştirilmeye çalışılmıştır.

Ülkemizde Aile Hekimliği Uzmanlığı 5 Temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer almıştır. İlk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise ilk olarak 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastanelerinde başlamıştır. Türkiye’de aile hekimliği alanında ilk dernek 1990 tarihinde Ankara’da “Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD)” adı ile kurulmuş, 1998 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla "Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD)" şeklinde isim değişikliği yapılmıştır.

Tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulması, 16 Temmuz 1993 tarihinde Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) 12545 sayılı kararı ile kabul edilmiştir. Bu karar aile hekimliğinin akademik gelişiminde önemli bir adım olmuştur. İlk kez 17 Eylül 1993’de Trakya Üniversitesi’nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurularak üniversitelerde asistan eğitimine başlamıştır.

2. GEREÇ VE YÖNETİM

Çalışma Ağustos-Eylül 2010 döneminde, Bilecik Sağlık Müdürlüğü tarafından Bilecik İlindeki Aile Hekimlerine, İldeki Aile Hekimliği Sistemini değerlendirmek ve genel memnuniyet tablosunu belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma anketi tarafımızdan hazırlanmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olarak yapılmış, araştırmanın evrenini oluşturan Bilecik İli Aile Hekimlerinin hepsinin katılımı sağlandığı için, bu durum araştırma sonuçlarının genellemesinde kısıtlılık oluşturmaktadır. Katılımcıların hepsi aktif olarak Aile Hekimliği görevini icra etmektedirler.

Anket formları katılımcılara verilerek 1 saat sonra geri alınmıştır. İki kısımdan oluşan anket formunun birinci kısmı, katılımcıların Demografik Bilgileri özelliklerini belirlemeye yönelik 10 sorudan; ikinci kısım ise Çalışan Memnuniyeti ve Performansa Göre Ücretlendirmenin Benimsemesine yönelik 28 sorudan oluşmaktadır. İfadeler, cevaplamanın sağlıklı olmasını sağlamak amacıyla, olumlu ve olumsuz cümleler şeklinde düzenlenmiş olup, değerlendirme aşamasında Çalışan Memnuniyeti ve Performansa Göre Ücretlendirmenin

Benimsemesi açısından puanlarıyla birlikte olumlu ifadelere dönüştürülmüş ve 5 grup altında toplanmıştır.

İfadelerin katılma düzeyleri;

-Kesinlikle katılmıyorum = 1

-Katılmıyorum = 2

-Kararsızım = 3

-Katılıyorum = 4

-Kesinlikle katılıyorum = 5 olarak puanlanmıştır.

Anket sonuçlarının istatistikleri SPSS paket programı ile yapılmıştır. Independent-Samples T Testi ve One-Way ANOVA testi kullanılmıştır. Verilerin parametrik test varsayımlarının normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov-Smirnov testi ile, varyansların homojenliği ise Independent-Samples T Testindeki Levene's Test for Equality of Variances sütunundan ve One-Way ANOVA testinin Homogeneity of Variance sütunundan saptanmıştır.

3.BULGULAR

Ankete katılan 54 aile hekiminin demografik, mesleki bilgileri ve sorumlu oldukları bölgenin özellikleri Tablo 1 de verilmiştir.

Tablo 1. Aile Hekimlerin Tanımlayıcı Bilgileri

Tanımlayıcı Bilgi	Sayı	%
Yaş Grubu		
30 ve daha az	6	11,1
31-40	22	40,7
41-50	21	38,9
51 ve üstü	5	9,3
Cinsiyet		
Bay	40	74,1
Bayan	14	25,9
Medeni Durum		
Evli	44	84,6
Bekar	8	15,4
Eğitim Durumu		
Pratisyen Hekim	50	94,3
Uzman Hekim	3	5,7
Mesleki Toplam Hizmet Süresi		
0-5 yıl	7	13,5
6-10 yıl	10	19,2
11-15 yıl	23	44,2
16-20 yıl	8	15,4
21 yıl ve üstü	4	7,7
Aile Hekimliği Haricinde Aktif Nöbet Tutma Durumu		
Evet	19	35,2
Hayır	34	63
Mobil Hizmet Durumu		
Evet	38	70,4

Hayır	14	25,9

Sorumlu Olunan Bölgenin Nüfus

2500-3000 nüfus	1	1,9
3000-3500 nüfus	17	32,1
3500-4000 nüfus	25	47,2
4000 v üstü nüfus	10	18,9

Bölgenin Sosyokültürel Düzey Tanımı

Düşük	19	35,2
Orta	35	64,8
Yüksek	0	0

Araştırmaya katılan Aile Hekimlerinin eğitim durumlarının dağılımı %92,6 pratisyen hekim ve % 5,6 uzman hekim şeklinde olduğu görülmektedir. Bu durum sözleşmeli Aile Hekimliği Uygulamasından kaynaklanmaktadır. Araştırmaya katılan hekimlerinin yaşlara dağılımının 31-40 yaş ile 41-50 yaş arasında yoğunlaşmakta ve mesleki toplam hizmet süresinin 11-15 yıl ile 16-20 yıl arasında yoğunlaşmasıyla doğru orantılı olduğu gözlenmiştir. Medeni hal değişkeninin dağılımı %81,5 evli ve % 8 bekar olarak bulunmuştur. % 74,1 erkek ve %25,9 kadın olarak bulunan cinsiyet dağılımı, cinsiyet mesleki memnuniyet düzeyine etkili olacağı düşünüldüğü için önemsenmiştir. Yine Aile Hekimliği Uygulaması dışında aktif nöbet tutulması, sorumlu olunan bölgenin nüfus-sosyokültürel düzeyi ve mobil uygulamanın varlığının mesleki memnuniyet /performans ile doğrudan ilişkilendiği düşünüldüğü için önemsenmiştir.

Aile Hekimlerinin iki grup altında toplanmış olan çalışan memnuniyet ve performansa göre ücretlendirmenin benimsenmesine yönelik düşünceleri/ tutumlarıyla ilgili ifadelere katılım düzeyleri ve ortalamaları şöyledir.

Tablo 2. Aile Hekimlerinin Aile Hekimliği Sistemi Hakkındaki Genel Görüşleri

İfade	Cevaplayan Aile Hekimi Sayısı	Ortalama	Standart Sapma
1.Aile Hekimliği Uygulamasının etkili ve güçlendirilmiş temel sağlık hizmeti verdiğine inanıyorum	52	4	0,96
2.Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin sağlık personeline yönelik yeteri kadar koruyucu hüküm içerdiğini düşünüyorum.	54	2	1
3.Kurumumun (İl Sağlık Müdürlüğü' nün) sağladığı olanakları yeterli düzeyde buluyorum.	54	3	1,18
4.Aile Hekimliği Uygulamasından ayrılmayı düşünüyorum.	54	3	5,49

5.Aile Hekimliği Uygulaması ile toplumda pratisyen hekimlere karşı saygınlığın ve güvenilirliğin arttığını düşünüyorum.	54	4	5,66
6.Performansa dayalı katkı payı sisteminden memnunum.	53	3	1,13

Tablo 2 'de Bilecik İlinde sözleşmeli aile hekimlerinin Aile Hekimliği Sistemi hakkındaki genel görüşlerine dair sorulara, aile hekimlerinin verdikleri önem derecelerinin dağılımı gösterilemektedir. Aile hekimlerinin, Aile Hekimliği Sistemi hakkındaki genel görüşlerine dair sorularına verdikleri önem dereceleri incelendiğinde en önemli görüşler, "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin sağlık personeline yönelik yeteri kadar koruyucu hüküm içerdiğini düşünüyorum."($x=3$) ve " Aile Hekimliği Uygulaması ile toplumda pratisyen hekimlere karşı saygınlığın ve güvenilirliğin arttığını düşünüyorum."($x=4$) şeklindedir. Aile Hekimlerinin aile Hekimliği Sistemi hakkındaki genel görüşlerine dair sorulan 6 sorunun genel ortalaması($x=3.16$) olarak bulunmuştur. Bu değer, aile hekimlerinin genel olarak sistemi hakkında olumsuz görüşe sahip olmadıklarını göstermektedir.

Tablo 3. Aile Hekimlerinin Aile Hekimliği Uygulaması ile ilgili Görüşleri

İfade	Cevaplayan Aile Hekimi Sayısı	Ortalama	Standart Sapma
1.Aile Hekimliği Uygulamasının ilimizde yerleştiğini düşünüyorum.	53	4	0,91
2.Aile Hekimliği Uygulaması ile üstlenmiş olduğum görev ve sorumlulukların ağır olduğunu düşünüyorum.	54	4	0,94
3.Aile Hekimliği Uygulaması ile stres ve kaygı düzeyim arttı.	54	3	1,4
4.Aile Hekimliği Sistemindeki ücret koşullarının eski çalıştığım sistemden daha tatmin edici olduğunu düşünüyorum.	53	4	1,01
5.Aile Hekimliği Uygulamasına geçmemde ücret ve çalışma koşullarının cazipliği etkili oldu.	54	4	1,19
6.Aile Hekimliği sisteminde, muayene için hastaya ayırmış olduğum sürenin yeterli olduğunu düşünüyorum.	54	4	1
7.Aile Hekimliği Sisteminde mesleğimi yaparken herhangi bir sebeple hata yapma endişesi yaşıyorum.	54	3	1,18

Tablo-3. de Aile hekimlerinin uygulamaya dair görüşlerinin verdikleri önem derecesine göre dağılımını göstermektedir. Bu görüşler arasında "Aile Hekimliği Uygulaması ile stres ve kaygı düzeyim arttı ($x=3$)" ve "Aile Hekimliği Sisteminde mesleğimi yaparken herhangi bir sebeple hata yapma endişesi yaşıyorum. ($x=3$)" görüşleri konusunda "kararsızım"ın işaretlendiği görülmüştür. Aile Hekimlerinin Aile Hekimliği Uygulaması ile genel görüşlerine dair skorlarının, genel ortalama skor etrafındaki değişimine göre nispeten düşük olduğu ($x=4$), başka bir ifade ile sorunlarının skorlarının "katılıyorum" a yakın olduğu görülmüştür.

Tablo 4. Aile Hekimlerinin Aile Sağlığı Merkezleri Hakkındaki Görüşleri

İfade	Cevaplayan Aile Hekimi Sayısı	Ortalama	Standart Sapma
1.Çalıştığım Aile Sağlığı Merkezinin fiziksel koşulları uygundur.	54	4	1,09
2.Çalıştığım Aile Sağlığı Merkezine ulaşım olanakları uygundur.	54	4	1,2
3.Aile Sağlığı Merkezindeki sağlık personeli sayısını yeterli buluyorum.	54	2	1,18
4.Aile Sağlığı Merkezindeki ekip arkadaşarımla iletişim sorunu yaşamıyorum.	54	4	1,03

Tablo-4. de Aile hekimlerinin çalışma ortamı ile ilgili görüşlerinin önem derecelerine göre dağılımını göstermektedir. Dağılımlara bakıldığında "Aile Sağlığı Merkezindeki sağlık personeli sayısını yeterli buluyorum." ($x=2$) görüşüne katılmadıkları görülmüştür.bu grup altındaki diğer görüşlerinin genel skor ortalamasının ($x=4$) olduğu, yani "katılıyorum"a yakın olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5. Aile Hekimlerinin İş Koşulları ve Bireysel Performans ile İlgili Görüşlerine Verdikleri Önem Derecelerinin Dağılımı

İfade	Cevaplayan Aile Hekimi Sayısı	Ortalama	Standart Sapma
1.Aile Hekimliği sisteminde göstermiş olduğum bireysel performans bana iş doyumunu sağlıyor.	54	4	0,86
2.Aile Hekimliği Uygulamasında mesai saatlerinin tarafımda belirlenmesi iş performansımı olumlu etkilemektedir.	52	4	1,17
3.Aile Hekimliği Uygulamasında sorumlu olduğum bölgede mobil hizmetimi zamanında tamamlayabiliyorum.	43	4	3,46

4.Aile Hekimliği Uygulamasında sorumlu olduğum bölgedeki misafir hastaların performansına etkisi olduğunu düşünmüyorum.	53	3	1,35
5.Aile Hekimliği Uygulamasında sorumlu olduğum bölgede kayıt dışı, kaçırılmış hasta olduğunu düşünüyorum.	54	3	1,07
6.Aile Hekimliği Uygulamasında sorumlu olduğum bölgedeki gebe, bebek dağılımının diğer bölgelerle eşit olduğunu düşünüyorum.	54	4	3,00
7.Aile Hekimliği Uygulamasında sorumlu olduğum bölgedeki bütün gebelerin tespitini vaktinde yapabiliyorum.	54	4	0,93
8.Aile Hekimliği Uygulamasında sorumlu olduğum bölgedeki gebelerin il dışında doğum yapması performansını etkilemiyor.	54	3	1,08
9.Aile Hekimliği Uygulamasında sorumlu olduğum bölgedeki bebeklerin rutin izlemlerinde sorun yaşamıyorum.	54	5	5,53
10.Aile Hekimliği Uygulamasında sorumlu olduğum bölgedeki nüfusa gereken tüm aşıları eksiksiz yapabiliyorum.	54	4	0,6

Tablo-5.Aile hekimlerinin iş koşulları ve bireysel performans ile ilgili görüşlerine verdikleri önem derecelerinin dağılımını göstermektedir. Aile hekimlerinin misafir hasta, il dışı doğumlar ve kayıt dışı hastalar hakkındaki görüşleri konusunda kararsız oldukları görülmüştür. Buna karşın "Aile Hekimliği Uygulamasında sorumlu olduğum bölgedeki bebeklerin rutin izlemlerinde sorun yaşamıyorum." ($x=5$), "Aile Hekimliği Uygulamasında sorumlu olduğum bölgedeki nüfusa gereken tüm aşıları eksiksiz yapabiliyorum." ($x=4$) skorları anlamlılık göstermektedir. ve "Aile Hekimliği Uygulamasında sorumlu olduğum bölgedeki bütün gebelerin tespitini vaktinde yapabiliyorum" ($x=4$) skorları anlamlılık göstermektedir. Aile Hekimlerinin 10 soru altında toplanan "iş koşulları ve bireysel performans" konusundaki görüşlerinin ($x=4,1$) genel olarak "katılıyorum"a yakınlık gösterdiği görülmüştür. Bu ortamada skor genel olarak aile hekimlerinin "iş koşulları ve bireysel performans"a ilişkin görüşlerinin olumlu ve bu konuyu önemli buldukları görülmektedir.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada amaç, Bilecik ilinde 15 Kasım 2008 tarihinden itibaren uygulanmakta olan Aile Hekimliği Uygulamasında aktif olarak görev yapan sözleşmeli aile hekimlerinin iş memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi ve bu durumun performanslarına etkilerinin olup olmadığını belirlemektir. Son dönemde Sağlık Bakanlığı'nın üzerinde yoğunlaştığı Aile Hekimliği Uygulama çalışmaları kapsamında, Bilecik ilinde görev yapan aile hekimlerinin Aile Hekimliği Sistemi, çalışma koşulları, memnuniyet düzeyleri ve bireysel performans

konularındaki görüşleri yine kendi değerlendirmeleri ışığında belirlenmiştir. Çalışmada ön hazırlık döneminde önemli görülen konular üzerinde durulmuş, ayrıntıya gidilmemiştir.

Aile hekimlerinin "çalışma ortamı" içerikli görüşlerine bakıldığında, çalışma arkadaşları, çalışılan ortamın (iş yerinin) fiziki durumu, çalışma ortamı yeterliliğinin genel anlamda yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Buna karşın bu bölümde ($x=2$) değeri ile aile sağlığı merkezinde çalışan sağlık personeli sayısı yeterli bulunmadığı en nemli sorun olarak belirlenmiştir.

Aile Hekimliği Uygulamasına geçişte çok önemli bir etken olarak görülen ücret faktörü konusunda genel bir memnuniyetin mevcut olduğu görülmüştür. Aile Hekimliği Uygulaması ile ilgili daha önceki çalışmalarda, sağlık personellerinin motivasyonunu arttıracak en önemli araçlardan biri olarak ücretin görüldüğü belirtilmektedir. İş memnuniyetine ilişkin genel kanının olumlu olmasında ve uygulamadan ayrılma düşüncesine katılma oranının düşük olması ücret tatminine bağlanmıştır.

Aile hekimlerinin genel olarak Aile Hekimliği Uygulamasına yönelik yasal düzenlemeleri yeterli bulmadıkları görülmüştür. Bu durumla beraber aile hekimlerinin kendilerini yasal olarak güvencede hissetmedikleri için hata yapma endişelerinin de aynı düzeyde arttığı görülmüştür.

Yukarıda belirtilen olumsuzluklara rağmen aile hekimlerinin sistemden ve performans uygulamsından genel olarak memnun oldukları belirlenmiştir. Bu sonucu, aile hekimlerinin kendilerine sağlanan koşulların olumlu olmasına, ücretlerin tatmin edici olmasına ve sunulan hizmetin kalitesine bağlayabiliriz. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Aile Sağlığı Merkezinde çalışan sağlık personeli sayısının artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması,
- Misafir hastalarla ilgili daha detaylı düzenlemelerin yapılması,
- Gebe-bebek tespiti ile ilgili hem aile hekimleri hem de 2. basamak sağlık kuruluşları arasında senkronizasyonun sağlanacağı düzenlemelerin yapılması,
- Hem aile hekiminin hem de aile sağlığı personelinin, gerek Aile Hekimliği Uygulaması gerekse de tıbbi konularda hizmetiçi eğitimlere alınması,
- Sunulan hizmetin kalitesini arttırmaya yönelik araştırma ve çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Aile Hekimliğinin kilometre taşları; Milis ve Willard Raporları. Ed. Aktürk Z., Dağdeviren N., Türkiye aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları, İstanbul 2004; 188

Belek İ.(1997) Türkiye’de Aile Hekimliği Modeli: Herkes İçin sağlık Perspektifli Bir Değerlendirme Toplum ve Hekim Dergisi 12

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi Cilt7, Sayı:3 (2004)

Özçelik H.(1995)Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği Yayınlanmamış Uzmanlık tezi İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Saatçi E., Sezer H. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları, aile Hekimliği II, Ed. Çağlayaner Haluk, İletişim Yayıncılık, 1996; 49-70

Sağlık Bakanlığı (2003) Sağlıkta Dönüşüm Programı T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara

Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki sorunları ve Çözümleri K.ALGIN, İ.ŞAHİN, M.TOP

Türkiye’de Aile Hekimlerinin Yapılan Yayınların Kalitatif Değerlendirilmesi; Dr .Ferzan Muştu Adana 2009

Ünlüoğlu İ., Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması: görüşler, Sorunlar ve Öneriler, PRN Aile Hekimliği Dergisi 2008

KARARLARA KATILIM İLE ÖRGÜTSEL ADALET ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ANALİZİ: DOKTORLAR ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA

Necmettin CİHANGİROĞLU¹, İbrahim Halil CANKUL², Bayram ŞAHİN³, Atılhan NAKTİYOK⁴

Özet

Alınan kararlardan etkilenecek olan çalışanların, kararlara katılmasının sağlanması, görüş ve önerilerinin alınması önemlidir. Aksi taktirde çalışanlar, kendilerinin ve düşüncelerinin önemsenmediğini düşünerek örgütsel adaleti sorgulamaya başlayabilirler. Bu çalışma; doktorların kararlara katılma hakkındaki düşüncelerinin örgütsel adalet algılarını etkileyip etkilemediğini analiz etmek amacıyla yapılmıştır.

Türkiye'nin değişik bölgelerinde bulunan 39 kamu hastanesinde görevli 900 doktor çalışma evrenini oluşturmaktadır. Verilerin toplanması için kullanılan 900 anketin 546'sı değerlendirmeye alınmıştır. Araştırma kapsamındaki doktorların; %91.8'inin erkek, %88'inin evli, %39'unun 36-40 yaş grubunda, %91'inin uzman doktor olduğu görülmüştür. Doktorların dağıtım sal adalet algıları üzerinde kararlara katılımın her iki boyutunun da eşit derecede etkili olduğu ancak; işlemsel, ilişkisel, bilgisel ve genel adalet algıları üzerinde sadece katılım atmosferi boyutunun etkili olduğu, buna karşın katılıma yönelik tutum boyutunun anlamlı etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Örgütsel Adalet, Dağıtım sal Adalet, İşlemsel Adalet, İlişkisel Adalet, Kararlara Katılım.

Abstract

It is important to provide employees' participation in decision making and their contributions with their views and suggestions as they will be affected mostly by the decisions to be taken. Otherwise, the employees may start interrogating organizational justice as they will regard themselves and their opinions are not considered to be important. This study aims at analyzing if doctors' opinions on participation in decision making affect their perceptions of organizational justice.

The subject population of this study consists of 900 doctors who are employed in 39 state hospitals in differing regions of Turkey. In data collection procedure, 546 questionnaires out of 900 were evaluated. It was observed that the doctors within the scope of this study were consisting of 91.8 % males, 88% married, 39 % among 36-40 age group, and 91 % specialized. It was found out that both of the two dimensions of doctors' distributive perception of justice on participation in decision making were equal, but only participation atmosphere dimension was discovered to be effective on procedural, interpersonal, informational and general perception of justice. However, the dimension of attitudes towards participation was not found to be statistically significant.

¹ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, ncihangiroglu@gata.edu.tr

² Gülhane Askeri Tıp Akademisi, icankul@yahoo.com

³ Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, baysahin@hacettepe.edu.tr

⁴ Atatürk Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, anaktiyok@hotmail.com

Keywords: *Organizational Justice, Distributive Justice, Procedural Justice, Interactional Justice, Participation in Decision Making.*

1. GİRİŞ

Yönetmel faaliyetlerin en önemlilerinden birisinin hatta en önemlisinin karar alma veya verme olduğu düşünölmektedir. Bazı araştırmacılar yönetimi “karar verme süreci” şeklinde tanımlamışlardır (Alpugan vd., 1993:211). Karar, yönetim sürecinin kalbidir. Bu yönüyle eylemi etkileyen her türlü yargı karar niteliğindedir (Chuva, 2004:17-21). Örgütte hiçbir davranış karar vermeden gerçekleşemez (Ataklı, 1997:25). Çünkü karar verilmediğı zaman diğler yönetim fonksiyonlarının bir anlamı kalmamaktadır (Kuzgun, 2005:8). Bu yönüyle yönetimde karar sürecinin etkililiğı örgütsel etkililikle eşdeğler bir nitelik taşır. Ancak yönetimsel süreçlerde etkili kararlar almanın en önemli koşulu alınacak kararlardan etkilenecek tüm unsurları karar sürecine katmaktır. İnsan, duygu, düşünce ve kişiliğıyle içerisinde yer aldığı sistemi etkileyen ve bu sistem tarafından etkilenen bir yapıya sahiptir. Dolayısıyla örgütsel amaçları gerçekleştirmede iş göreni dikkate almak, yönetimsel süreçlerde söz sahibi kılmak gerekmektedir. Yönetici işletme ile ilgili kararlar alırken personeli kararlara dahil etmelidir. Fakat bu kararlara katılım gerçekçi olmalıdır. Yani personele fikrini soruyormuş gibi yapıp personelin fikirlerinin tamamen dışında bir karar verilmemelidir. Bu tür yaklaşımlar, çalışanların örgütsel adalet algılarını olumsuz yönde etkileyecektir.

Son yıllarda geliştirilen örgütsel kuramların, kişiler arası etkileşim ve bu etkileşimden kaynaklanan sorunlar üzerinde yoğunlaştığı gözlemlenmektedir. Bu bağlamda “sosyal adalet” kavramının da örgütlere uyarlandığı ve örgüt içindeki ilişkilere bağli olarak ortaya çıkan kazanımların adil dağıtımını ifade eden “örgütsel adalet” kavramının geliştirildiğı görölmektedir (İşbaşı, 2001:60). İnsanların karar ve davranışları, ancak başkaları ile ilişkiler söz konusu olduğunda “adil” ya da “adaletsiz” olarak nitelendirilebilir. Dolayısıyla “adalet” kavramında en az iki veya daha fazla taraf söz konusudur. Bu taraflar, birey olabileceğı gibi kurumlar ve hükümetler gibi sosyal birimler de olabilir. İnsanların birbirleriyle veya kurumlarla olan her türlü ilişkilerinde adalet olgusu, ilişkinin arzu edilen düzeyde sürdürölebilmesi için önem taşımaktadır (Çakır, 2006:31). Önceleri çalışanların yalnızca elde ettikleri sonuçlara ilişkin değlerlendirmeleri örgütsel adalet olarak düşünölürken daha sonra, kullanılan yöntemlerin ve kişiler arası davranışların adil olmasının da önemli olduğu tespit edilmiştir (Irak, 2004:25). Çalışanların kararlara katılımının sağlanmasının örgütsel adalet algılarını nasıl etkilediğı, yöneticilerin üzerinde önemle durmaları gereken bir konu haline gelmiştir. Çünkü adil olmadığı düşünölen uygulamalar çalışanları farklı olumsuz davranışlara yönlendirebilirler.

1.1. Karar Verme ve Kararlara Katılım

Yöneticilik işi çok boyutlu bir iştir. ”Yönetici ne yapar?” veya “Yönetici ne iş yapmalı?” sorularına değışik açılardan değışik cevaplar verilebilir. Yöneticilerin yaptıkları işe hangi açıdan bakılırsa bakılsın daima ön plana çıkan ve bir nevi “ olmazsa olmaz “ niteliğı taşıyan iş “karar vermek”tir (Koçel, 2007:57). Yöneticiler tarafından rahatlıkla kullanılabilir değışik karar verme prosedürleri mevcuttur. Bu prosedürlerin bir kısmında ast konumundaki çalışanlar büyük oranda kararlara katılırken, diğlerlerinde söz konusu katılım çok düşük bir oranda gerçekleşmektedir. Hatta bazı karar verme

prosedürlerinde çalışanlar tamamen devre dışı bırakılmakta ve bütün kararlar yalnızca yöneticiler tarafından alınmaktadır. İnsanlar, gerek bireysel olarak, gerek aile veya toplum içinde, gerekse örgütlerdeki görevleri gereği yapmış oldukları faaliyetlerinde sürekli olarak kararlar vermek ve karşılarına çıkan sorunları çözmek zorundadırlar. Çözmek zorunda kaldıkları problemler, gerçek durumun koşulları, arzu edilen durumun koşullarından farklı olduğunda ortaya çıkar. İşte tam bu noktada kişiler karar vermek durumunda kalırlar. Verilen her bir karar beraberinde başka karar verme ihtiyaçlarını ve problem çözmeye yönelik faaliyetleri gerekli kılar. Bu yönüyle karar verme ve problem çözme faaliyetleri, örgütlerde yürütülen her işlev için gerekli ve dinamik süreçlerdir.

Karar, kelime anlamı itibarıyla “bir iş veya sorun hakkında düşünülerek verilen kesin yargı” anlamına gelmektedir. Bir başka tanımla karar; eylemi etkileyen her türlü yargı’dır (Bursalıoğlu, 1991:51). Karar verme ise, belirli bir başlangıç noktası olan ve buradan itibaren değişik iş, faaliyet veya düşüncelerin birbirini izlediği ve sonunda bir tercihin yapılması ile sonuçlanan bir ilişkiler topluluğu, bir süreçtir (Koçel, 2003:80-82). Bu bağlamda karar verme (decision-making) süreci birden fazla seçenek bulunması durumunda, bunlar arasında seçim ve tercih yapmakla ilgili bedensel ve zihinsel çabaların toplamıdır (Tosun, 1992:308) şeklinde tanımlanmaktadır. Benzer bir tanımla “karar verme”, bir sorunun çözümüne ilişkin olası yollardan en uygun olanının seçilmesi olarak tanımlanabilir (Aydın, 1998:126).

Kararlara katılım (participative decision making) ise; yöneticilerin astlarına kararlara katılma fırsatı tanıdığı karar verme biçimi olarak tanımlanmaktadır (Mulder ve Wilke, 1970:432). Benzer bir tanımla katılımcı karar verme “birlikte karar verme” veya karar verme yetkisinin üstler ve astların birlikte kullanımı (Mitchell vd., 1994:867-894) olarak tanımlanır. Genel anlamıyla katılımcı karar verme; bir yöneticiyle bir çalışan veya bir yöneticiyle bir grup çalışan tarafından bir konu hakkında birlikte karar verme süreci olarak ifade edilmektedir (Locke vd., 1986:65-79). Kararlara katılma, karar yetkisinin aktarılması değil, kararların paylaşılmasıdır (Bursalıoğlu, 1998:159). Katılım yoluyla verilecek kararların hangileri olacağı konusunda French ve arkadaşları (French vd., 1960:3) ile Wang (Wang, 2003:541), “kararlara katılacak olan kişileri gelecekte etkileyecek kararlar” olarak belirtmek suretiyle genel çerçeveyi çizmişlerdir. Çalışanların karar verme sürecine katılma arzu ve becerileri ile organizasyonun katılımı teşvik ve hazmedebilme düzeyi, katılımın derecesini belirler (Coşkun, 2002:221). Karara katılma, karara evet ya da hayır demek değildir. Katılım geniş bir alandan, sınırlı bir alana kadar uzanan bir süreçte farklılık gösterebilir. Karar vermeye geniş katılım, bireyin karar verme sürecine olabildiğince, işlemin başından ve uzun bir süre katılımını ifade etmektedir (Celep, 1996:57).

1.2. Adalet Kavramı ve Adaletin Unsurları

İyilik, doğruluk, hak, hukuk ve eşitlik gibi değer yargılarını içeren adalet kavramının; uyumluluk, düzgünlük ve bir düzenin doğruluğu anlamlarına da gelebilen oldukça geniş bir kapsamlı kavram olduğu görülmektedir (İzveren, 1980:109-110). Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlüğünde “Adalet” kavramı, “hak ve hukuka uygunluk, hakkı gözetme, doğruluk, herkese kendine düşeni verme, kendi hakkı olanı verme” şeklinde açıklanmıştır (TDK, 2005:18). İnsanların karar ve davranışları, ancak başkaları ile ilişkiler söz konusu olduğunda “adil” ya da “adaletsiz” olarak nitelendirilebilir. Dolayısıyla “adalet” kavramında en az iki veya daha fazla taraf söz konusudur. Bu taraflar, birey olabileceği

gibi kurumlar ve hükümetler gibi sosyal birimler de olabilir. İnsanların birbirleriyle veya kurumlarla olan her türlü ilişkilerinde adalet olgusu, ilişkinin arzu edilen düzeyde sürdürülebilmesi için önem taşımaktadır (Çakır, 2006:31). Adalet kavramının zıddı, “adaletsizlik” olarak ifade edilebilir. Haklının hakkını alamaması, hak etmeyeninin hakkı olmayanı alması olarak da ifade edilebilecek olan adaletsizlik duygusunu ortaya çıkaran yaklaşım ve davranışların düzeltilmesi ve adaletsizliğin önlenmesi için “adalet” anlayışının ve arayışının ortaya çıktığını söylemek de mümkündür. Diğer bir ifadeyle adaletsizliğin varlığının, adalet arayışlarını gerekli kıldığı söylenebilir. Adalet’in varlığı ya da yokluğunu gösteren unsurların “eşitlik”, “karşılıklılık” ve “rasyonellik” olarak belirlendiği görülmektedir. Bu unsurlar kısaca şu şekilde açıklanabilir:

- **Eşitlik;** “mutlak eşitlik” ve “nisbi eşitlik” olarak ifade edilmektedir. Mutlak Eşitlik, hiçbir ayırım gözetmeksizin herkese eşit hak ve pay verme anlamına gelirken, Nisbi ya da Göreli Eşitlik ise, insanlar arasında farklılıklar doğuran özelliklerin dikkate alınarak hareket edilmesidir. İnsanın, insan olarak değeri bakımından eşitlik mutlaktır yani bu konuda eşitlikten ayrılmak adaletsizliktir (Erdoğan vd., 2001:128). Irk, cins, dil, din, etnik köken gibi özellikler nedeniyle ayrımcılık yapmak, mutlak eşitliğe ve adalete aykırı davranma anlamına gelir. Nisbi ya da Orantılı Eşitlik, Aristoteles’in “denkleştirici adalet” yaklaşımı ile yakından ilgilidir. Haklı bir neden bulunduğu zaman insanların farklı muameleye tabi tutulması adaletsizlik değil bilakis adaletin kendisidir. Örneğin; zorluk derecesi daha yüksek olan, daha fazla sorumluluk gerektiren ya da daha tehlikeli bir işi yerine getiren çalışana, diğerlerine göre farklı ücret ödemek adaleti sağlamaktır (Çakır, 2006:32).
- **Karşılıklılık:** Adaletin bu unsuruna göre, ekonomik, toplumsal ve kişisel ilişkiler, bir takas (değişim) ilişkisine dayanmaktadır. Alınan ve verilen ne olursa olsun adaletin sağlanabilmesi için alınan ve verilenin birbirine denk olması gerekmektedir. Bu denklik sağlanmadığı durumlarda, bir tarafın, diğer tarafı istismar etmesi kaçınılmaz olacaktır. Emeğinin karşılığı verilen bir işgörene adil davranıldığı söylenebilir. Ancak karşılıklılık unsurunda, adaletin algılanış şekli, bu kavrama göreceli bir özellik katmaktadır (Vroom, 1964:170). Diğer bir ifadeyle, herhangi bir takastan (değişimden) dolayı hak ettiği karşılığı alıp-almadığı hakkında farklı kişilerin farklı algılamaları olabilmektedir. Adalet algılamaları hakkındaki bu tür uyumsuzlukları gidermeye yönelik olarak belirli kuralları tespit edilerek hareket edilmesinin yararlı olacağı söylenebilir.
- **Rasyonellik:** Kişisel yargılar yerine akılcı ve belirli verilere dayalı olarak karar verme ve davranmayı ifade eder. Adalet kavramı açısından rasyonellik kavramı, yapılacak olan uygulamanın veya davranışın, belirli kurallarla önceden belirlenmesi, keyfi davranılmaması anlamına gelmektedir (Güriz, 1994:11). Bu şekilde karşı tarafa haksızlık edilmesinin önüne geçilmesi mümkün olabilecektir. Bir alış-veriş (takas) ilişkisi söz konusu olduğunda, tarafların payına düşenin ve hak ettiğinin belirlenmesinde nesnel (objektif) kriterler konulması gerekmektedir. Bu kriterler, tarafların elde ettiklerini değerlendirmelerine de olanak sağlayacaktır. Rasyonellik unsuru, keyfiliğe karşıtlığı ifade etmektedir. Kişisel olmayan, keyfi olmayan, belirli kural ve

ölçülere göre belirlenen bedellerin alınıp-verilmesi, adaletin gerçekleşmesine katkı sağlayacaktır (Çakır, 2006:33).

1.3. Örgütsel Adalet Kavramı ve Türleri

Son yıllarda geliştirilen örgütsel kuramların kişiler arası etkileşim ve bu etkileşimden kaynaklanan sorunlar üzerinde yoğunlaştığı gözlemlenmektedir. Bu bağlamda “sosyal adalet” kavramının da örgütlere uyarlandığı ve örgüt içindeki ilişkilere bağlı olarak ortaya çıkan kazanımların adil dağıtımını ifade eden “örgütsel adalet” kavramının geliştirildiği görülmektedir (İşbaşı, 2001:60). Örgütsel adaletle ilgili çalışmalar, Adams’ın Eşitlik Teorisi ile başlamaktadır. Eşitlik teorisinde, kişilerin iş başarısı ve tatmin olma derecesi çalıştığı ortamla ilgili olarak algıladığı eşitlik ya da eşitsizlikle ilgilidir (Luthans, 1981:197). Bu teoride, örgütlerde çalışan bireyler kendi çalışmaları sonucu elde ettiği kazanımlarla, başka örgütlerde benzer durumdakilerin elde ettiği kazanımları karşılaştırır. Bu karşılaştırma sonunda işletmesiyle, yöneticileriyle ve işiyle ilgili tutumlar geliştirir. Burada, bireyin örgütündeki adaletle ilgili algılaması vardır. Geniş bir tanımla örgütsel adalet, bireyin örgütündeki uygulamalarla ilgili olarak adalet algılamasıdır (Greenberg, 1996:24). Çalışanlar, kendi örgütlerinde kendileri ile başkalarını karşılaştırır. Kuralların herkese eşit uygulanmasını, eşit işe eşit ücret ödenmesini, izinlerde eşit haklara sahip olmayı, bir takım sosyal imkânlardan kendisinin de diğerleriyle eşit şekilde yararlanmasını bekler. Ancak, adalet algılamasının odak noktası sadece çıktılar ve bu çıktıların karşılaştırılması değildir. Örgütteki kurallar, bu kuralların uygulanış biçimi ve bireyler arasındaki etkileşim de adalet algılamasının odağında bulunmaktadır (Barling ve Michelle, 1993:651).

Örgütsel adaletin, çalışan bireylerin kişisel doyumu ve örgütün etkili bir biçimde işlevlerini yerine getirebilmesi için bir gereklilik olduğu ve adaletsizliğin de örgütsel bir sorun kaynağı olarak görülmesi gerektiği uzun süredir sosyal bilimcilerce kabul edilmektedir (Greenberg, 1990:399). Bu bağlamda, örgütsel adaletin örgütsel davranış ve insan kaynakları yönetimi alanında inceleme konusu yapılmasının nedeni, adalet algılarının örgütsel davranış üzerindeki etkileri ile açıklanabilir. Adil algılayışlar pozitif davranışlara yol açar, çalışanların kendilerini örgütün değerli ve saygın üyeleri olarak hissetmelerini, çalışma arkadaşları ve yöneticileriyle uyumlu ve güvene dayalı ilişkiler geliştirmelerini sağlarken, adaletsizlikler örgütlerin amaçlarına ulaşmasını zorlaştıran hırsızlık, saldırganlık gibi olumsuz davranışlara yol açmaktadır (Beugre, 2002:1092).

Araştırmacılar arasında örgütsel adaletin kaç boyutla tanımlanacağı konusunun tartışmalı kaldığı göze çarpmakla birlikte dağıtımsal, işlemsel ve etkileşimsel adalet olarak yapılan sınıflamanın genel kabul gördüğü anlaşılmaktadır.

- **Dağıtımsal Adalet:** Çalışanların yaptıkları işe karşılık elde ettikleri daha çok maddi çıkarla ölçülebilen karşılığın adaletli olduğuna ilişkin inançlarına odaklanır (Giap ve Hackermeier:2005:2-14). Diğer bir ifadeyle dağıtımsal adalet; karşılaşılan sonuçların ya da ödüllerin hakkaniyeti ile ilgili adalet algısıdır (İşcan ve Naktiyok, 2004:181-201). Görevler, mallar, hizmetler, fırsatlar, cezalar/ödüller, roller, statüler, ücretler, terfiler vb. her türlü kazanımın kişiler arasındaki paylaşımını konu alır (İşbaşı, 2001:51-73).

- **İşlemsel Adalet:** Dağıtımsal adalet daha çok kararlarla ilgili sonuçların adil olarak algılanması ile ilgiliyken, işlemsel adalet, bireylerin karar alma sürecine katılabilmeleri ve karar alma sürecindeki tarafsızlık veya objektiflikle ilgili algılarına işaret etmektedir (Moon ve Kamdar, 2008:84-94). Örgütsel adaletin bu boyutu çalışanların maddi beklentileri (ücret, terfi, prim, ikramiye gibi) ile sınırlı değildir. Çalışma koşullarına yönelik olarak alınan kararlarda izlenen strateji ve politikaların adil olma derecesi ile de ilişkilidir (Jahangir vd., 2006:21-36). Şurası açıktır ki, işlemsel ve dağıtımsal adalet, birbiri ile ilişkilidir. Çünkü adil olmayan bir süreç çoğunlukla adil olmayan sonuçlar ortaya koyar. Araştırma sonuçları da bu iki adalet türü arasında güçlü bir korelasyon olduğunu ortaya koymaktadır (Parker ve Kohlmeyer, 2005:357-369).
- **Etkileşimsel Adalet:** Örgütsel adaletin sosyal yönüne vurgu yapan etkileşimsel adalet, bireyler arası ilişkilere yapılan yatırımlar ve bu ilişkilerden elde edilecek çıktılara vurgu yapar (Ramamoorthy ve Flood, 2004:247-258). Etkileşimsel adalet, örgütsel uygulamaların insani yönü ile ilgilidir. Adaletin kaynağı ve alıcısı arasındaki iletişim sürecinde nezaket, dürüstlük ve saygı gibi yönleri esas alır (Beugre, 2002:1091-1104). Greenberg, 1993 yılında yayınlanan çalışması ile adalet algısına yeni boyutlar eklemiş ve etkileşim adaletini ‘kişilerarası’ ve ‘bilgisel’ adalet olmak üzere ikiye ayırmıştır (Robinson, 2004:52-65). Birincisi “kişiler arası duyarlılık”, ikincisi ise, “açıklamalar” ya da “sosyal sorumluluk” (social accounts) boyutudur (Folger ve Cropanzano, 1998: 174). Bunlardan ilki, kararın uygulanmasından sorumlu olan kişilerin, karardan etkilenen bireylere nazik ve saygın davranıp davranmamasıyla ilgilidir. İkinci boyut ise, dağıtım kararının altında yatan mantığın, kararın etkilediği bireylere açık ve yeterli derecede açıklanıp açıklanmaması ile ilgilidir (Anderson ve Shinew, 2003:228-247).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Türkiye’nin değişik bölgelerinde bulunan 39 kamu hastanesinde görevli toplam 900 doktor çalışma evrenini oluşturmaktadır. Anket yöntemi kullanılan çalışmalarda geri dönüş oranının düşük olması riski söz konusu olduğu için bu çalışmada örneklem çekilmeyerek evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Sonuç olarak; dağıtılan 900 anketin 750 adedi (% 82,62) geri dönmüş, ancak geri dönen anketlerin 204 tanesi eksik ve hatalı cevaplandırıldığı için 546 (%72,7) anket değerlendirmeye alınmıştır.

Bu çalışmada, temelde nicel verilere dayalı araştırma ve ölçme yöntemi benimsenmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anketin hazırlanmasında literatürde en sık kullanılan, geçerli ve güvenilir olduğu bilinen ve ülkemizde de geçerlilik güvenilirliği test edilmiş ölçeklerin seçilmesine özen gösterilmiştir. Sonuçta verilerin toplanmasında kullanılan anket üç bölümden oluşmuştur. Uygulanacak anketin birinci bölümde cinsiyet, medeni durum, çalışanların kurumdaki statüsü ve görevi, yaş, hizmet süresi (kıdem) gibi araştırma kapsamındaki doktorların kişisel özelliklerini belirlemeye yönelik açık ve kapalı uçlu sorulara yer verilmiştir. Anketin ikinci bölümünde işgörenlerin örgütsel adalet algısını belirlemeye yönelik 17 maddeden oluşan ve Colquitt (2001) tarafından geliştirilen (Colquitt vd., 2001:386-400) ve Ambrose ve arkadaşları tarafından

uyarlanan (Ambrose vd., 2007:21-36) Örgütsel Adalet Ölçeği kullanılmıştır. Ölçekte bulunan bir madde ise İşcan ve Naktiyok'un (2004) çalışmasından (İşcan ve Naktiyok, 2004:181-201) alınmıştır. Bu ölçek, örgütsel adalet algısının dört boyutunu (işlemsel adalet, dağıtım adaleti, kişiler arası adalet ve bilgisel adalet) birleştiren tek ölçektir. İşlemsel adalet algısını ölçmeye yönelik 5 ifade, dağıtım adaleti algısını ölçmek için geliştirilmiş 4 ifade, kişiler arası adalet algısı için 3 ifade ve bilgisel adalet algılarını ölçmeye yönelik 5 ifade bulunmaktadır. Ölçekteki önermelerin tümü 1'in "Kesinlikle katılmıyorum", 5'in "Kesinlikle katılıyorum" olduğu 5'li Likert Ölçeğine dayandırılmıştır. Coulquitt'in ölçeği Özmen ve ark. (2005) tarafından İngilizceden Türkçeye ve Türkçeden İngilizceye aktarımı yapılmıştır. Araştırmacıların yaptıkları faktör analizi dört boyutu doğrulamış ve her boyut ile ilgili yüksek güvenilirlikte bulunmuştur (Cronbach alfa değerleri; işlemsel adalet için 0,86, dağıtım adaleti için 0,94, kişiler arası adalet ve bilgisel adalet için 0,88). Bu çalışmada da Coulquitt'in ölçeği yazarların Türkçeye aktardığı biçimde aynen kullanılmıştır. İş yerindeki adalete algısına ait ifadeler için 1 skoru hiçbir zaman ve 5 skoru her zaman şeklinde derecelendirilmiştir.

Anketin üçüncü bölümünde iş görenlerin kararlara katılım atmosferi hakkındaki algılarını ve katılıma yönelik tutumlarını ölçmek için Stale ve Vogel (1997) tarafından geliştirilen Katılım Atmosferi ve Katılıma Yönelik Tutum Ölçekleri (Stale ve Vogel, 1997:401) kullanılmıştır. Çalışanların katılım atmosferine ilişkin algıları 5 ifade ile katılıma yönelik tutumları 5 ifade ile ölçülmüştür. Ölçekteki önermelerin tümü 1'in "Kesinlikle katılmıyorum", 5'in "Kesinlikle katılıyorum" olduğu 5'li Likert Ölçeğine dayandırılmıştır.

Örgütsel adalet anketinin geçerliliğini test etmek için 17 maddeye Varimax rotasyonlu faktör analizi uygulanmıştır. Faktör analizi sonucunda öz değeri 1'den büyük olan 4 ayrı faktör tanımlanmıştır. Soru kağıdındaki faktörler kümülatif olarak varyansın %58,67'sini açıklamaktadır. Açıklanan toplam varyansın faktörlere göre dağılımı incelendiğinde; toplam varyansın %17,28'i bilgisel adalet, %15,56'sı kişilerarası ilişkide adalet, %13,84'ü işlemsel adalet ve %11,99'u dağıtımsal adalet tarafından açıklanmaktadır. Soru formunun, veri tabanına betimleyici faktör analizi uygulayabilme koşulunu ifade eden Kaiser-Meyer-Olkin örneklem yeterlilik ölçütü 0,94 ve veri tabanından anlamlı faktörler çıkarılabileceğini ifade eden küresellik testi oranı (Bartlett test değeri) 6241,601'dir ($p<.001$). Bu değerler örgütsel adalet ölçeğinin yapı geçerliğinin olduğunu ortaya koymaktadır (Hoxley, 2000:511-526). Örgütsel adalete ilişkin faktör analizi sonuçları Tablo 1'de özetlenmektedir.

Tablo 1. Örgütsel Adaletle İlişkin Faktör Analizi Sonuçları

Önerme No	F1	F2	F3	F4
Bilgisel Adalet				
36 Yöneticilerin iletişimde dürüstlüğü	0,84			
38 İstek ya da şikayetlerle ilgili alınan kararların makul olması	0,83			
39 İstek ya da şikayetlerle ilgili kararların zamanında alınması	0,82			
37 İstek ya da şikayetlerle ilgili kararların gerekçelerinin açıklanması	0,81			
40 İstek ya da şikayetlerle ilgili kararlarda ilgili çalışanın ihtiyaçlarının dikkate alınması	0,80			
Kişilerarası İlişkide Adalet				
34 İstek ya da şikayetle ilgili süreçte çalışana saygı gösterilmesi		0,81		
33 İstek ya da şikayetle ilgili süreçte çalışana nazik davranılması		0,75		
35 İstek ya da şikayetle ilgili eleştiri ve uyarıların nezaket ile yapılması		0,64		
İşlemsel Adalet				
31 Kurumun kural ve politikalarının tutarlı olması			0,74	
30 Kurumda verilen yanlış kararların düzeltilebilmesi			0,66	
29 Karar verme mekanizmasına ilgili herkesin katılabilmesi			0,61	
32 Kurumda kararların tarafsızca alınması			0,57	
Dağıtımsal Adalet				
27 Kurumun ücretlendirme politikasının adil olması				0,65
26 Kurumda ödül ve ceza dağıtımında adaletin varlığı				0,62
25 Kurumda işe alma kararlarının adil olması				0,58
28 Kurumun mesleki gelişim ve kariyer imkanlarının adil olması				0,55
24 Kurumda terfi kararlarının adil bir şekilde alınması				0,52
Açıklanan VaryansYüzdesi	17,28	15,56	13,84	11,99
Toplam Varyans Yüzdesi	17,28	32,84	46,68	58,67

Kararlara katılım anketinin yapı geçerliliğini test etmek için 10 maddeye Varimax rotasyonlu faktör analizi uygulanmıştır. Faktör analizi sonucunda öz değeri 1’den büyük olan 2 ayrı faktör tanımlanmıştır. Soru kağıdındaki faktörler kümülatif olarak varyansın %67,96’sını açıklamaktadır. Açıklanan toplam varyansın faktörlere göre dağılımı incelendiğinde; toplam varyansın %43,35’i katılıma yönelik tutum ve %24,61’i katılım atmosferi tarafından açıklanmaktadır. Soru formunun, veri tabanına betimleyici faktör analizi uygulayabilme koşulunu ifade eden Kaiser-Meyer-Olkin örneklem yeterlilik ölçütü 0,86 ve veri tabanından anlamlı faktörler çıkarılabileceğini ifade eden küresellik testi oranı Bartlett test değeri ise 4081,521’dir ($p<,001$). Bu değerler kararlara katılım ölçeğinin yapı geçerliğinin olduğunu ortaya koymaktadır (Hoxley, 2000:511-526). Kararlara katılıma ilişkin faktör analizi sonuçları Tablo 2’de özetlenmektedir.

Tablo 2. Kararlara Katılıma İlişkin Faktör Analizi Sonuçları

Önerme No	F1	F2
Katılıma Yönelik Tutum		
49 Kararlara katılımın çalışanın kendisini takımın bir parçası olarak görmesine sebep olması	0,96	
47 Kararlara katılımın çalışanın kendisini daha iyi hissetmesine yol açması	0,95	
48 Kararlara katılımın çalışanın kurumda söz sahibi olduğunu hissetmesine sebep olması	0,95	
46 Kararlara katılımın artmasının kararın kalitesini de artırması	0,89	
50 Çalışana kendini etkileyen kararlara katılma hakkının verilmesi	0,88	
Katılım Atmosferi		
42 İşyerinde görüşlerin ifade edilmesini teşvik eden bir ortamın varlığı		0,84
41 Çalışanın işini yapmasını etkileyecek üst düzey kararlarda söz hakkının olması		0,77
43 Çalışanın uzmanlık alanına giren konularla ilgili günlük faaliyetlerde söz hakkının varlığı		0,71
45 İş fiilen yapanların karar alma sürecine katılımlarının sağlanması		0,58
44 Yöneticilerin çalışanların sözlerine tatmin edici cevaplar vermesi		0,55
Açıklanan Varyans Yüzdesi	43,35	24,61
Toplam Varyans Yüzdesi	43,35	67,96

Faktör analizinden sonra ölçeğin iç tutarlılığını hesaplama imkanı sağlayan Cronbach alfa katsayısı bulunmuştur. Alfa katsayısı 0.00 ile 1.00 arasında bir değer alır. Değer 1'e yaklaştıkça verilerin güvenilirliği artar. Alfa katsayısı, ölçülmek istenen bir değişkenin sürekli aynı ölçülerin kullanılması halinde, sonuçlarının birbirine yakınlık derecesini ortaya çıkarmada önemli bir veridir (Özdamar, 2002:513). Verilerin güvenilirliği bilimsel çalışmanın ilk şartı olduğu için anket güvenilirlik testine tabi tutulmuş, sonuçlar Tablo 3'de özetlenmiştir. Buna göre; Örgütsel Adalet Ölçeğine ilişkin içsel tutarlılık katsayısının 0,63-0,93 arasında olduğu ve ölçeğin genel güvenilirlik katsayısının 0,91 olarak gerçekleştiği, Kararlara Katılım Ölçeğinin katılım atmosferi boyutuna ilişkin içsel tutarlılık katsayısının 0,65 ve katılıma yönelik tutum boyutunun içsel tutarlılık katsayısının 0,96 olduğu, ölçeğin genel güvenilirlik katsayısının ise 0,70 olarak gerçekleştiği bulunmuştur. Bu sonuçlara göre; Örgütsel Adalet Ölçeği'nde dağıtımsal adalet boyutu dışında diğer boyutların ve genel örgütsel adaletin kabul edilebilir güvenilirlik sınırı olan 0,70'in üzerinde olduğu, Kararlara Katılım Ölçeği'nde ise katılım atmosferi boyutunun güvenilirlik katsayısının 0,70'in altında olmakla birlikte ölçeğin genel güvenilirlik katsayısının kabul edilebilir 0,70 değerinde olduğu görülmüştür.

Tablo 3. Ankete İlişkin Güvenilirlik Analiz Sonuçları

Boyutlar	İçsel Tutarlılık Katsayısı (Cronbach Alfa)	Madde Sayısı
Örgütsel Adalet Ölçeği	0,91	17
Dağıtımsal Adalet Boyutu	0,63	5
İşlemsel Adalet Boyutu	0,77	4
Kişilerarası İlişkide Adalet Boyutu	0,74	3
Bilgisel Adalet Boyutu	0,93	5
Kararlara Katılım Ölçeği	0,70	10
Katılım Atmosferi Boyutu	0,65	5
Katılıma Yönelik Tutum Boyutu	0,96	5

Verileri toplamak için geliştirilen, ön denemesi ile faktör analizi yapılan ve son şekli verilen anket kamu hastanelerinde görevli doktorlara uygulanmıştır. Anketlerden sağlıklı sonuçlar alabilmek için, her hastanede en az bir üst düzey yönetici ile (baştabip, baştabip yardımcısı, hastane müdürü, personel müdürü gibi) doğrudan temas kurulmuş, araştırmanın amacı ve önemi açıklanarak anketlerin geri dönüşünün sağlanması konusunda yardımcı olmaları istenmiş ve anket formları posta yoluyla katılımcılara ulaştırılmıştır. Anketin ilgili kişiler tarafından doldurulması sağlanmıştır. Gerekli süre

sonunda anketler ilgili kuruluşlardan posta yolu ile toplanmıştır. Toplam 39 kamu hastanesine 900 adet anket formu gönderilmiştir. Bu anketlerden 750 adedi (% 83,3) geri dönmüştür. Ancak, geri dönen anket formlarının 120 tanesi cevaplandırılmadığı, 84 tanesi de eksik cevaplandırıldığı için değerlendirme dışı bırakılmıştır. Geri kalan 546 anket formu, SPSS for Windows 15.0 paket programı kullanılarak gerekli analizler yapılmıştır.

Araştırmanın amacına uygun olarak derlenen veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra tanımlayıcı ve çıkarımsal çözümler yapılmıştır. Araştırmada tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde dağılımı gibi betimleyici istatistiksel yöntemlere yer verilirken, örgütsel adalet boyutlarını açıklayan değişkenleri belirlemek için regresyon analizlerinden yararlanılmıştır. Ayrıca araştırmada, her bir ölçeğe ilişkin kullanılan soruların sistematik bir biçimde gruplandırılıp gruplandırılmayacağına karar vermek amacıyla faktör analizinden, güvenirlik için ise Cronbach alfa katsayısından yararlanılmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Araştırma Kapsamındaki Doktorların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamındaki doktorların %91,8 (n=501'i) erkek, 45'i (% 8,2) kadındır. Medeni durumları açısından %88,3'ü (n=482) evli, %9,9'u (n=54) bekar, %1,8'i (n=10) boşanmıştır. %69,4'ü (n=379) 26-40 yaş arasında, %30,6'sı (n=167) 40 yaşın üzerindedir. Uzmanlık durumları incelendiğinde %90,7'si (n=495) uzman tabip, %9,3'ü (n=51) ise pratisyen tabiptir. %91,6'sı (n=500) klinik ve poliklinik hizmetlerinde görevli olmasına karşın %8,8'i baştabip ve baştabip yardımcılığı şeklinde yönetsel göreve sahiptir. Buna göre araştırmaya 39 kamu hastanesinden 22'sinin baştabibi katılmıştır. %59'unun (n=322) hekimlikteki hizmet süresi 1-15 yıl arasında yer alırken %41'inin (n=224) 15 yıldan fazladır. Tablo 4'de görüldüğü üzere, bazı demografik değişkenlerin alt gruplarındaki gözlem sayıları az olduğu için daha anlamlı analizler yapabilmek ve daha anlamlı sonuçlara ulaşabilmek için grupların birleştirilmesine gidilmiştir. Örneğin, medeni durum değişkeninin boşanmış grubundaki frekans sayısı düşük olduğu için bekar grubu ile birleştirilmiştir.

Tablo 4. Araştırma Kapsamındaki Doktorların Çeşitli Demografik Özellikleri Açısından Dağılımı

	Frekans	Yüzde(%)
Cinsiyet		
Erkek	501	91,8
Kadın	45	8,2
Medeni Durum		
Bekar	54	9,9
Evli	482	88,3
Boşanmış	10	1,8
Yaş Grupları		
26-30	13	2,4

31-35	152	27,8
36-40	214	39,2
41-45	132	24,2
46-50	28	5,1
51-55	7	1,3
Statü		
Uzman Tabip	495	90,7
Pratisyen Tabip	51	9,3
Görevler		
Baştabip	22	4,0
Baştabip Yardımcısı	24	4,4
Klinik-Poliklinik Tedavi Hizmetleri	500	91,6
Kıdem		
1-5	8	1,5
6-10	121	22,2
11-15	193	35,3
16-20	179	32,8
21-25	34	6,2
26-30	11	2,0

3.2. Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Araştırmamızın temel amacı dikkate alınarak, örgütsel adalet bağımlı değişken, kararlara katılım ise bağımsız değişken olarak belirlenmiştir. Tablo 5, örgütsel adalet boyutlarından dağıtımsal adalet boyutunun %22,7'sinin açıklandığını göstermektedir. Standardize edilmiş beta katsayılarından, doktorların dağıtımsal adalet algıları üzerinde kararlara katılımın her iki boyutunun da eşit derecede ($\beta=0,477$; $p<,001$) etkili olduğu anlaşılmaktadır. Yücel tarafından yöneticiler üzerinde yapılan bir araştırmada (Yücel, 2010:1257-1268) yöneticilerin dağıtımsal adalet algılarının, katılım ile yüksek korelasyona sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 5. Ankete Cevap Verenlerin Kararlara Katılım Konusundaki Algı Ve Tutumlarının Dağıtımsal Adalet Algısı Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken: Dağıtımsal Adalet Algısı			
Bağımsız değişkenler	Std. β Katsayısı	t	p
(Sabit)		5,096	<,001
Katılım Atmosferi Boyutu	,477	12,578	<,001
Katılıma Yönelik Tutum Boyutu	,477	12,578	<,001
	R²= 0,227	F=79.764	p<,001

Tablo 6, örgütsel adalet boyutlarından işlemsel adalet boyutunun %49'unun açıklandığını göstermektedir. Standardize edilmiş beta katsayılarından, doktorların işlemsel adalet algıları üzerinde katılım atmosferi boyutunun ($\beta=0,703$; $p<,001$) etkili olduğu, buna karşın katılıma yönelik tutum boyutunun anlamlı etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir.

($p>0,05$). Altıntaş tarafından yapılan bir çalışmada (Altıntaş, 2007:151-168), işlemsel adalet algıları üzerinde kararlara katılımın etkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 6. Ankete Cevap Verenlerin Kararlara Katılım Konusundaki Algı Ve Tutumlarının İşlemsel Adalet Algısı Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken: İşlemsel Adalet Algısı			
Bağımsız değişkenler	Std. β Katsayısı	t	p
(Sabit)		3,320	,001
Katılım Atmosferi Boyutu	,703	22,833	<,001
Katılıma Yönelik Tutum Boyutu	-,027	-,879	,380
	$R^2 = 0,491$	$F=261.911$	$p<,001$

Tablo 7, örgütsel adalet boyutlarından ilişkisel adalet boyutunun %28.6'sının açıklandığını göstermektedir. Standardize edilmiş beta katsayılarından, doktorların ilişkisel adalet algıları üzerinde katılım atmosferi boyutunun ($\beta=0,529$; $p=0,000$) etkili olduğu, katılıma yönelik tutum boyutunun anlamlı etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 7. Ankete Cevap Verenlerin Kararlara Katılım Konusundaki Algı Ve Tutumlarının İlişkisel Adalet Algısı Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken: İlişkisel Adalet Algısı			
Bağımsız değişkenler	Std. β Katsayısı	t	p
(Sabit)		3,880	<,001
Katılım Atmosferi Boyutu	,529	14,501	<,001
Katılıma Yönelik Tutum Boyutu	,043	1,185	,237
	$R^2 = 0,286$	$F=108.928$	$p<,001$

Tablo 8, örgütsel adalet boyutlarından bilgisel adalet boyutunun %48.4'ünün açıklandığını göstermektedir. Standardize edilmiş beta katsayılarından, doktorların bilgisel adalet algıları üzerinde katılım atmosferi boyutunun ($\beta=0,687$; $p<,001$) etkili olduğu, katılıma yönelik tutum boyutunun anlamlı etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 8. Ankete Cevap Verenlerin Kararlara Katılım Konusundaki Algı Ve Tutumlarının Bilgisel Adalet Algısı Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken: Bilgisel Adalet Algısı			
Bağımsız değişkenler	Std. β Katsayısı	t	p
(Sabit)		3,936	<,001
Katılım Atmosferi Boyutu	,687	22,167	<,001
Katılıma Yönelik Tutum Boyutu	,059	1,901	,058
	$R^2 = 0,484$	$F=254.931$	$p<,001$

Tablo 9, doktorların genel olarak örgütsel adalet algılarının %51.9'unun açıklandığını

göstermektedir. Standardize edilmiş beta katsayılarından, doktorların genel adalet algıları üzerinde katılım atmosferi boyutunun ($\beta=0,718$; $p<,001$) etkili olduğu, katılıma yönelik tutum boyutunun anlamlı etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). İşgörenlerin kararlara katılım konusundaki düşüncelerinin analiz edildiği bir çalışmada (Bakan ve Büyükbeşe, 2008:29-56), katılımcıların %87,1’lik büyük çoğunluğunun, kararlara katılımın sağlanması durumunda “işletmedeki takım anlayışı, koordinasyon ve işbirliği artacaktır” önermesine katıldıkları, %87,2’lik kısmının “işe duyulan tatmin ve motivasyon artacak, dolayısıyla işgören devir hızı ve işe geç kalma gibi aksaklıklar azalacaktır” önermesine katıldıkları görülmüştür. Takım anlayışının gelişmesi, koordinasyon ve işbirliğinin artması, işgören devir hızının düşmesi, işe geç kalmak gibi aksaklıkların olmaması, o örgütte örgütsel adalet algısının olumlu yönde olduğuna işaret eden tutum ve davranışlar olarak yorumlanabilir.

Tablo 9. Ankete Cevap Verenlerin Kararlara Katılım Konusundaki Algı Ve Tutumlarının Genel Adalet Algısı Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken: Genel Adalet Algısı			
Bağımsız değişkenler	Std. β Katsayısı	t	p
(Sabit)		5,586	<,001
Katılım Atmosferi Boyutu	,718	23,998	<,001
Katılıma Yönelik Tutum Boyutu	,021	,697	,486
	R²= 0,519	F=293.348	p<,001

4. SONUÇ

Yöneticilerin, örgüt ve çalışanlarla ilgili karar ve uygulamalarının, çalışanlar tarafından olumlu şekilde algılanması, örgütsel adalet olarak tanımlanabilir. Başka bir ifadeyle örgütsel adalet; örgüt içerisinde ücretlerin, ödüllerin, cezaların ve terfilerin nasıl yapılacağı, bu tür kararların nasıl alındığı ya da alınan bu kararların çalışanlara nasıl söylendiğinin, çalışanlarca, algılanma biçimi olarak tanımlanabilir. Bu açıdan değerlendirildiğinde örgütsel adaletin, örgüt yönetiminin karar ve uygulamalarının çalışanlar tarafından nasıl algılandığı ile ilgili bir kavram olduğu ifade edilebilir. Örgüt içinde yöneticiler tarafından alınan kararların çoğu, çalışanlarla ilgilidir. Bu kararların bir kısmı çalışanların aldığı ücretlerle, bir kısmı yaptıkları işlerle, bir kısmı da onların içinde bulundukları sosyal ortamlar ile ilgilidir. Alınan bu kararların haklılığı, sıklıkla sorgulanan bir husustur. Haklı olduğunu düşünme ve bunu değerlendirme sırasında, kişilerin ve kurumların adaleti de sorgulanmış olur. Böylece, bireyin kurum, yöneticiler ve çalışma arkadaşlarıyla ilgili adalet algısı oluşur. Bu algıların da çalışanlar üzerinde olumlu ya da olumsuz birtakım sonuçları vardır. Bu sonuçların önemi, bireylerin tecrübe ettikleri karar alma sürecini, eleştirel bir gözle yargılamalarına neden olmaktadır. Bunun sonucunda, alınan kararların ardından bireylerin sorduğu ilk sorulardan biri “bu adil miydi?” olmaktadır. Bu ve benzeri soruları ortadan kaldırmanın en kolay yolu, çalışanların kararlara katılmasını sağlamaktır. Bu yaklaşım sadece soruları ortadan kaldırmakla kalmayıp, kararların daha doğru alınması, en etkin ve verimli yol ve yöntemlerin belirlenmesi, kararların desteklenmesi, direnç gösterilmemesi, örgütsel adalet algısının güçlenmesi, çalışanların moral ve motivasyonlarının yükselerek örgütsel bağlılıklarının

güçlenmesi de söz konusu olabilecektir.

Bu çalışma; doktorların kararlara katılma hakkındaki düşüncelerinin örgütsel adalet algılarını etkileyip etkilemediğini analiz etmek amacıyla yapılmıştır. Elde edilen bulgulardan hareketle doktorların örgütsel adalet algıları üzerinde kararlara katılımın etkili olduğu ve bunun önemsendiği görülmüştür. Doktorların; görüşlerini ifade etmeyi teşvik eden bir ortamın bulunmasını, kendi işlerini yapmalarını etkileyecek üst düzey kararlarda, günlük faaliyetlere ilişkin kararlarda söz hakkı verilmesini, işi fiilen yapanların karar alma sürecine katılmalarının sağlanmasını ve yöneticilerin çalışanların sorularına tatmin edici cevaplar vermelerini istedikleri görülmüş olup bu beklentilerin örgütsel adalet algılarını üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Araştırma kapsamındaki doktorların dağıtımsal adalet algıları üzerinde kararlara katılımın her iki boyutunun da eşit derecede etkili olduğu anlaşılmaktadır. Ancak; İşlemsel, İlişkisel ve Bilgisel adalet algıları üzerinde sadece katılım atmosferi boyutunun etkili olduğu buna karşın katılıma yönelik tutum boyutunun anlamlı etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir. Araştırma kapsamındaki doktorların genel adalet algıları üzerinde de benzeri sonuç alınmış olup katılım atmosferi boyutunun genel adalet algısı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu ancak katılıma yönelik tutum boyutunun anlamlı bir etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar bize; yöneticilerin, çalışanların kararlara katılımlarını sağlayarak onları cesaretlendirmeleri, buna uygun ortam hazırlamaları ve katılımlarının olumlu sonuçları nedeniyle ödüllendirmeleri gerektiğini ikaz etmektedir. Dolayısıyla, katılım için bir altyapı oluşturmalıdır. Çalışanlara inisiyatif vererek kararlara katılımlarını sağlamak ve onları uygun bir biçimde motive etmek, organizasyonun başarılı olmasını, amaçların benimsenmesini, organizasyonla ilgili problemlerin minimize edilmesini, çalışanlar arasındaki sürtüşmelerin azalmasını sağlayacaktır. Bu da, örgütsel adaletin bulunduğu algısını destekleyecektir. Çalışanların tutum ve davranışları üzerinde etkili olan örgütsel adalet, yöneticiler tarafından üzerinde durulması gereken çok önemli bir konudur. Çünkü çalışanların bulundukları örgütü ya da yöneticileri adil olarak değerlendirmemeleri, onların tepkisel davranışlar geliştirmelerine sebep olabilmekte ve çalışanların adalet algılamaları, farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Örneğin; örgütte ücret, terfi, mesaiye uyma, ödül ve ceza gibi disiplin işlemlerinde bir adaletsizlik algılanması durumunda, çalışanlar bu sonuçlara yönelik tepkiler gösterirken, alınan kararlarda süreçleri adil olarak algılamadıklarında örgüte karşı olumsuz bir tutum geliştirebilir ve “çalışan hırsızlığı” olarak nitelendirilebilen olumsuz davranışlar gösterebilir. Ayrıca kişilerarası etkileşimden kaynaklanan sorunlarda ise yöneticiye karşı bir takım tutum ve davranışlar geliştirebilirler. Üretim ve faaliyet konusu sağlık olunca, konunun önemi katlanarak artmaktadır. Çünkü sağlık hizmetlerinin verilmesinde “sıfır hata” yaklaşımı bir zorunluluktur. Hatayı telafi etme ya da süreci başa alıp tekrar başlatma şansı yoktur. Olumsuz tutum ve davranışların bedeli insan hayatı olabilir. Sağlık hizmetleri denilince akla gelen ilk unsurlardan biri doktorlardır. Eğitim düzeyi yüksek ve nitelikli profesyonel meslek mensuplarının, sadece adil olmadıklarını düşündükleri örgütsel yönetim anlayışı nedeniyle çalıştıkları kurumdan ayrılmak istemeleri veya farklı tutum ve davranış geliştirmeleri, yönetim açısından göze alınamayacak kadar risklidir. Durum bu açılardan ele alındığında, çalışma ortamında adalet konusunun öneminin daha fazla öne çıktığı ifade edilebilir.

KAYNAKLAR

- Alpugan, O, Demir, M.H, Oktav, M, Üner, N, (1993), “İşletme Ekonomisi ve Yönetimi”, Beta Yayınları, 3. Basım, İstanbul.
- Altıntaş, F.Ç, (2007), “Örgüt Yapısının Örgütsel Politika ve İşlem Adaleti Üzerine Etkisinin Yapısal Denklem Modellemesi Yardımıyla Analizi”, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 7, No.2, sayfa 151-168.
- Ambrose, M, Hess, L.R, Ganesan, S, (2007), “The relationship between justice and attitudes: An examination of justice effects on event and system-related attitudes”, Organizational Behavior and Human Decision Processes, No.103, pp.21-36.
- Anderson, D, Shinew, K, (2003), “Gender Equity in the Context of Organizational Justice: A Closer Look at a Reoccurring Issue in the Field”, Journal Of Leisure Research, Vol.35, No.2, pp. 228-247.
- Ataklı, A, (1997), “İlkokullarda Yönetici Davranışlarının Öğretmenlerin Verimliliğine Etkisi”, MEB. Yayınları, İstanbul.
- Aydın, M, (1998), “Eğitim Yönetimi”, Hatipoğlu Yayıncılık, Ankara.
- Bakan, İ, Büyükebe, T, (2008), “Katılımcı karar verme: Kararlara katılım konusunda çalışanların düşüncelerine yönelik bir alan çalışması”, Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF. Y., Cilt 13, No.1, sayfa 29-56.
- Barling, J, Michelle, P, (1993), “Interactional, Formal, and Distributive Justice in The Workplace: An Exploratory Study”, The Journal of Psychology, Vol.127, No. 6, pp. 651.
- Beugre, C.D, (November 2002), “Understanding Organizational Justice and Its Impact on Managing Employees: An African Perspective”, The International Journal of Human Resource Management, Vol. 13, No. 7, pp.1092.
- Bursalıoğlu, Z, (1991), “Okul Yönetiminde Yapı Yapı ve Davranış”, PegemYayınları, No:1 Ankara.
- Bursalıoğlu, Z, (1998), “Okul Yönetiminde Yeni Yapı ve Davranış” Pegem Özel Eğitim ve Hizmetleri, 10. Baskı, Ankara.
- Çakır, Ö, (2006), “Ücret Adaletinin İş Davranışları Üzerindeki Etkileri”, Kamu İşletmeleri İşverenleri Sendikası, Ankara.
- Celep,C, (1996), “Okullarda İşbirlikçi Karar Verme ve Yöneticinin Rolü”, Eğitim Yönetimi, Cilt 2, No.19, sayfa 57.
- Chuva, N, (2004), “Managerial Decision Making Ability of Professional Nurses in a Primary Care Unit”, Journal of Nursing Management, Vol.6, No. 5, pp. 17-21.
- Colquitt, J.A, Conlon, D.E, Porter, C.O.L.H, Wesson, M.J, Ng, K.Y, (2001), “Justice at the Millennium a Meta Analytic Review of 25 Years of Organizational Justice Research”, Journal of Applied Psychology, Vol. 86, No. 3, pp.386-400.
- Coşkun, R, (2002), “Modern Yönetim Yaklaşımları (Gücün ve Sorumluluğun Organizasyona Yayılması: Çalışanı Güçlendirme”, Beta Yayınları, İstanbul.

Erdoğan, B, Kraimer, M.L, Liden, R.C, (2001), “Procedural Justice as a Two-Dimensional Construct, An Examination in the Performance Appraisal Context”, The Journal of Applied Behavioral Science, Vol. 37, No. 2, pp. 128.

Folger, R, Cropanzano, R, (1998), “Organizational Justice and Human Resource Management”, Sage Publications Inc., USA.

French, J.R.P, Israel, J, As, D, (1960), “An Experiment on “Participation in a Norwegian Factory”, Human Relations, Vol.13, No. 1, sayfa 3.

Giap, B, Hackermeier, I, (2005), “Organizational Citizenship Behavior and Perception of Organizational Justice in Student Jobs. Psychoplogy of Excellence Instructional Design”, Job Analysis & Job Design, pp. 2-14.

Greenberg, J, (1990), “Organizational Justice: Yesterday, Today and Tomorrow”, Journal of Management, Vol.16, No.2, pp.399.

Greenberg, J, (1996), “The Quest for Justice on the Job: Essays and Experiments”, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, USA.

Güriz, A, (1994), “Adalet Kavramının Belirsizliği”, Türkiye Felsefe Kurumu, Ankara.

Hoxley, M, (2004), “Measuring UK Construction Professional Service Quality: What, How, When and Who”, International Journal of Quality& Reliability Management, Vol.17, No. 4-5, pp. 511-526.

Irak, D.U, (2004), “Örgütsel Adalet: Ortaya Çıkışı, Kuramsal Yaklaşımlar ve Bugünkü Durumu”, Türk Psikoloji Yazıları, Cilt 7, No. 13, sayfa 25.

İşbaşı, J.Ö, (Ekim 2001), “Çalışanların Yöneticilerine Duydukları Güvenin ve Örgütsel Adalete İlişkin Algılamalarının Vatandaşlık Davranışının Oluşumundaki Rolü”, Yönetim Araştırmaları Dergisi, Cilt 1, No. 1, sayfa 60.

İşcan, Ö.F, Naktiyok, A, (2004), “Çalışanların Örgütsel Bağdaşımalarının Belirleyicileri Olarak Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Adalet Algıları”, S.B.F.Dergisi, Cilt 59, No.1, sayfa 181-201.

İzveren, A, (1980), “Toplumsal Törebilim (Sosyal Ahlak)”, Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Bilim Dizisi, Ankara.

Jahangir, N, Akbar M, Begum, N, (2006), “The role of Social Power, Procedural Justice Organizational Commitment, and Job Satisfaction to Engender Organizational Citizenship Behavior”, ABAC Journal, Vol.26, No. 3, pp. 21-36.

Koçel, T, (2003), “İşletme Yöneticiliği”, 9. Baskı, Beta Yayınları, İstanbul.

Koçel, T, (2007), “İşletme Yöneticiliği”, Arıkan Yayınları, İstanbul.

Kuzgun, Y, (2005), “PDR’de Kullanılan Ölçekler”, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

Locke, E.A, Schweiger, D.M. and Lathan, G.P, (1986), “Participation in Decision Making: Whwn Should It Be Used?”, Organizational Dynamics, No. 14, pp.65-79.

Luthans, F, (1981), “Organizational Behavior”, 3.Ed., McGraw Hill.

Mitchell, M, Marchington, A, Wilkinson, P, Goodman, J, (1994), "Understanding the Meaning of Participation: Views From the Workplace", *Human Relations*, Vol.47, No.8, pp.867-894.

Moon, H, Kamdar, D, (2008), "Meor We? The Role of Personality and Justice as Other-Centered Antecedents to Innovative Citizenship Behaviors Within Organizations", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 93, No.1, pp. 84-94.

Mülder, M, Wilke, H, (1970), "Participation and Power Equalization", *Organizational Behaviour and Human Performance*, Vol. 5, No.5, pp.432.

Özdamar, K, (2002), "Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi", Kaan Kitabevi, Eskişehir.

Parker, R.J, Kohlmeyer, J.M (2005), "Organizational Justice and Turnonev in Public Accounting Firms. A Research Note", *Accounting, Organizations and Society*, No. 30, pp. 357-369.

Ramamoorthy, N, Flood P.C, (2004), "Gender and Employee Attitudes: The Role of Organizational Justice Perceptions", *British Journal of Management*, Vol.15, No.3, pp. 247-258.

Robinson, K.L, (2004), "The impact of individual differences on the relationship between employee perceptions of organizational justice and organizational outcome variables", PhD dissertation, California School of Organizational Studies Alliant International University, San Diego.

Stale, R.N, Vogel, R.E, (1997), "Participative management and correctional personel: A study of the percevied atmosphere for participation in correctional decision making and its impact on employee stres and thoughts about quitting", *Journal of Criminal Justice*, Vol. 25, No. 5, pp. 401.

Tosun, K, (1992), "İşletme Yönetimi Genel Esaslar", Savaş Yayınları, 6. Baskı, Ankara.

Türk Dil Kurumu (TDK) Türkçe Sözlük, (2005), Ankara.

Vroom, V.H, (1964), "Work and Motivation", New York, John Wiley & Sons.

Wang, Y, (2003), "Trust and Decision Making Style in Chinese Township- Village Enterprises", *Journal of Management Psychology*, Vol. 18, No. 6, pp.541.

Yücel, R, (Ekim 2010), "Bütçesel Kontrol ve Gevşeklik İlişkisinde Bütçesel Katılım, Dağıtımsal Adalet ve İletişimin Rolü", *Ege Akademik Bakış Dergisi*, Vol.10, No.4, ss.1257-1268.

HASTANE HİZMETLERİNDE YERİNDEN YÖNETİM MODELİ

Filiz SALIŞ¹, Fatma BİRGİLİ²

Özet

Ülkemizde son dönemde devletin ekonomik sektörde küçülmesini hedefleyen neoliberal akımların artması ve kamu hizmetlerinde müşteri odaklı hizmet anlayışının hakim olması nedeniyle kamu hastanelerinin de yeniden yapılandırılması ihtiyacı doğmuştur (Yolcu 2006). Kamuda değişen yönetim anlayışının 1980'lerden itibaren birçok ülkede gerçekleştirilen sağlık sektörü reformlarını etkilediği görülmektedir (Balcı 2005). Yeniden yapılanma sürecinde devletin rolünün yeniden tanımlanmasıyla kamu hizmetlerinde köklü bir dönüşümün önü açılmıştır. Dönüşüm, resmi süreç ve usullere göre tanımlanan yönetim kavramının yerini kalite standartları ve performans ölçümleri ve sonuç üzerinde odaklanmaya dayanan yeni bir yönetim anlayışının almasına yöneliktir. (Güzelsar 2001).

Bu çalışmanın amacı Türkiye'de sağlık hizmetleri sistemine yönelik yerinden yönetimi geliştirmelerin incelenmesidir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Dönüşüm Programı ve bunun hastanelere yansımaları olan Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısında, yönetim modeli olarak karşımıza çıkan hastane yönetiminin yerel yönetimlerce yürütülmesine, hastane hizmetlerinde yerinden yönetim modeline yönelik, Muğla ilinde çalışan sağlık personelinin görüşlerini içeren bir araştırmayı kapsamaktadır. Tasarının hastanelerde getireceği özerklik ve yerellik bağlamında yönetsel değişiklikler, mali özerklik ve yeni personel alımında uygulanacak kriterler de çalışma içerisinde yer almıştır. Bu amaçla, araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak hazırlanan ve sağlık yönetimi alanında önemli çalışmaları olan kişilerin görüşleri alınarak geliştirilen "Muğla Kamu Hastaneleri Hastane Birliği Kanun Tasarısı Araştırma Anket Formu" kullanılarak veriler toplanmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının hastanelerde kaynakların etkin ve verimli kullanılamaması görüşü istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($X^2=19,306$, $*p=0,037$), hastane sorunlarının çözümü için en çok önerdikleri ise mevcut durumun iyileştirilmesi (% 77'9)'dir (tablo 5). Hastane sorunlarının çözümü için olumlu bakmadıkları konu ise kamu hastanelerinin birliğe dönüştürülmesi (%79'2)'dir ($X^2=16,980$, $*p=0,002$).

Sağlık çalışanlarının Kamu Hastanelerinde Özerkleştirme Yönetimine İlişkin Görüşleri incelendiğinde, Kamu hastaneleri; hizmet altyapısı, organizasyonu, verimlilik, kalite ve hasta memnuniyeti gibi konularda performans yönünden değerlendirilmelidir ($X^2=29,656$, $*p=0,001$), Değerlendirme sonrası hastaneler performansına göre A, B, C, D ve E şeklinde sınıflandırılmalıdır ($X^2=28,004$, $*p=0,002$), Performansı belli bir düzeye ulaşan hastane grupları özerkleştirilmelidir ($X^2=25,042$, $*p=0,005$), Özerk kamu hastaneleri tamamen işletmecilik anlayışıyla yönetilmelidir ($X^2=26,799$, $*p=0,003$), Özerk kamu hastaneleri ihale işlemlerinde kamu ihale mevzuatı ile ilgili hükümlere tabi olmalıdır ($X^2=32,489$, $*p=0,000$) görüşleri istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Kamu Hastane Birlikleri Yasa Taslağına olumlu bakan sağlık çalışanlarının sayıyı desteledikleri söylenebilir. Çalışmada sağlık çalışanlarının %19'3'ünün daha önce sağlık

¹Muğla İl Sağlık Müdürlüğü Performans ve Kalite Birimi, filizsalis@hotmail.com

²Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksek Okulu, birgilif@hotmail.com

yönetimi ile ilgili eğitim programına katıldığı ($X^2=17,386$, $*p=0,002$), Kamu Hastaneleri Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısında Yer Alan Düzenlemeleri Dikkate Alarak; yönetim kurulu üyelerinin seçiminde yeterli objektif kriterlerin belirlendiği ($X^2=33,017$, $*p=0,000$), yöneticilerin (genel sekreter, hizmet başkanları, hastane yöneticileri gibi) seçiminde yeterli objektif kriterlerin belirlendiği ($X^2=32,149$, $*p=0,000$), genel sekreterlikte çalıştırılacak uzman personelin seçiminde yeterli objektif kriterlerin belirlendiği ($X^2=32,098$, $*p=0,000$), -- kamu hastaneleri için amaçlanan mali özerklik sağlanacağı ($X^2=27,193$, $*p=0,002$), özerklik sınırlarının net olarak çizildiği ($X^2=25,975$, $*p=0,004$) görüşleri istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Çalışma sonucunda sağlık personelinin bu konuda bilgi gereksinimi olduğu, eğitim programına yetersiz katıldıkları, büyük bir kısmının kanun tasarısına olumsuz baktığı, mevcut sistemin iyileştirilmesinin daha yararlı olacağını savundukları görülmüştür. Bu bakış açısında halen çalışmakta olan ve idareci olmayan personelin tasarıda konumlarının net olmaması önemli bir faktör olmakla birlikte sistemin zaman içerisinde özelleşmeye doğru gittiği kanısı büyük oranda mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetleri, yerinden yönetim, reform, dönüşüm, yerel yönetim, kamu hastaneleri birliği kanun tasarısı.

Abstract

Both the expansion of the neo-liberal mindset in recent years in Turkey, seeking to minimize the state's role in economy, and the wider adoption of a customer-centric approach in public services have given rise to the need for structural changes in public hospital services management (Yolcu 2006). The change in public organisations' approach towards management in many countries has been the driving force behind their healthcare system reforms, beginning from the 1980s (Balci 2005). Redefining the state's role in the management restructuring process has led to a major transformation in public services. This transformation is intended to replace the concept of management, which is defined through a range of bureaucratic processes and procedures, by a new management approach that is based on quality standards and performance assessments and also focusing on delivering tangible results (Güzelsar 2001).

The purpose of this study is to analyse the recent developments regarding decentralisation in the healthcare services system within Turkey. This study features interviews conducted with public healthcare employees in the province of Muğla to reflect their opinions about public healthcare services decentralisation, i.e. management of public healthcare services by local administrations, that is to be introduced as a new management model under the Health Ministry's Healthcare Services Transformation Programme and, thereby, in the Draft Law on Public Hospital Associations which has been prepared, on the basis of the Programme, for public hospitals. This study also refers to the managerial and financial autonomy offered by the Draft Law to public hospitals through managerial changes and discusses the recruitment criteria applicable to public hospitals. The data provided in this study was collected by using the "Muğla State Hospitals Survey Form on the Draft Law on Public Hospital Associations" which was developed by the authors of this study by scanning the relevant literature and in consultation with experts who have published significant publications on healthcare system management.

The number of the respondent healthcare employees who are of the opinion that public hospitals do not use their resources effectively and efficiently is statistically significant ($X^2=19,306$, $*p=0,037$); most of these respondents (77,9%) believe that the current status should be improved to solve the problems of public hospitals (Table 5). However, they do not think that gathering these hospitals under the roof of an association will solve the problems of public hospitals (79,2%) ($X^2=16,980$, $*p=0,002$).

According to the Opinions of the Respondent Healthcare Employees on Public Hospitals Management Decentralisation: the performance of public hospitals should be measured by certain criteria, such as infrastructure, organisational structure, productivity, service quality and patient satisfaction ($X^2=29,656$, $*p=0,001$), and they should be ranked (e.g. alphabetically, such as A, B, C, D, and E) on the basis of their respective performance ($X^2=28,004$, $*p=0,002$); hospital groups achieving a certain level of performance should be granted autonomy ($X^2=25,042$, $*p=0,005$) and operated just like private hospitals ($X^2=26,799$, $*p=0,003$); and autonomous public hospitals should be governed by the public procurement regulations ($X^2=32,489$, $*p=0,000$). These opinions are statistically significant. Healthcare employees responding positively about the Draft Law on Public Hospital Associations could be described as supporters of the Draft Law.

The following opinions of the respondent healthcare employees ($X^2=17,386$, $*p=0,002$), the 19,3% of whom previously participated in a healthcare services management training programme, are found statistically significant in this study: with reference to the arrangements under the Draft Law on the Pilot Application of Public Hospital Associations, there are sufficient objective criteria in place to deal with the appointment of individuals to the board of management ($X^2=33,017$, $*p=0,000$) and other executive positions (i.e. general secretary, service unit manager, hospital director, etc.) ($X^2=32,149$, $*p=0,000$), and with the recruitment of specialists for the General Secretary's Office ($X^2=32,098$, $*p=0,000$); financial autonomy will be granted to public hospitals ($X^2=27,193$, $*p=0,002$); and the limits of autonomy are described clearly ($X^2=25,975$, $*p=0,004$).

This study suggests that public healthcare employees need more information on healthcare services management, should be further encouraged to participate in healthcare services management training programmes, and that a majority of them have a negative opinion of the Draft Law, stating that improvement of the current system would produce better results. Although this negative opinion is shaped mainly by the fact that the positions of these non-executive employees are not clearly described in the Draft Law, most of them are of the opinion that the current system will be privatised in the course of time.

Keywords: Healthcare services, decentralisation, reform, transformation, local administration, draft law on public hospital associations.

1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu

Ülkemizde son dönemde devletin ekonomik sektörde küçülmesini hedefleyen neoliberal akımların artması ve kamu hizmetlerinde müşteri odaklı hizmet anlayışının hakim olması nedeniyle kamu hastanelerinin de yeniden yapılandırılması ihtiyacı doğmuştur. Devlet organının küçültülmesi için özelleştirme, rekabetçi seçenekler ve piyasa temelli yöntemlerle devletin toplumsal alana yönelik müdahalelerinin azaltılması düşüncesi ön plana çıkmıştır (Yolcu 2006). Kamuda değişen yönetim anlayışının 1980'lerden itibaren birçok ülkede gerçekleştirilen sağlık sektörü reformlarını etkilediği görülmektedir (Balcı 2005). Yeniden yapılanma sürecinde devletin rolünün yeniden tanımlanmasıyla kamu hizmetlerinde köklü bir dönüşümün önü açılmıştır. Dönüşüm, resmi süreç ve usullere göre tanımlanan yönetim kavramının yerini kalite standartları ve performans ölçümleri ve sonuç üzerinde odaklanmaya dayanan yeni bir yönetim anlayışının almasına yöneliktir. Ekonomiklik, etkinlik ve etkililik, uzmanlaşma, müşteri odaklılık, toplam kalite yönetimi ve sürekli iyileştirme gibi vurgularla sonuçlara ulaşılması için mali ve beşeri kaynak kullanımına vurgu yapan yönetim kavramı öne çıkartılmıştır. Böylece kamu yönetimi birimleri kendilerini özel sektörün tabi olduklarından pek farklı olmayan yeni bir ortam içerisinde bulmuşlardır (Güzelsar 2001). Dünyadaki genel eğilim yerel koşullara daha iyi yanıt verdiği düşünülen yerel yönetimlere daha fazla çalışma ve yetki alanı ile kaynağın aktarılması yönündedir (Çevik 2001). Ancak Türkiye'de belediyeler önemli ölçüde finansman, teknik donanım ve uzman personel gerektiren bu tip hizmetlerin sunumunda tek başlarına yeterli olamayacaktır. Ayrıca günümüz koşullarında belediyelerin kapsamlı sağlık hizmeti sunabilmesine yönelik bir altyapı da bulunmamaktadır (çiftçi 2004). Sağlık hizmetlerinin il özel idarelerine bırakılmasını merkezi yapıdan yerinden yönetime köktenci olmayan bir geçiş olarak düşünmek mümkündür. İl özel idarelerinin il sınırları içinde merkezi ve yerel yönetimin ve diğer yerel katılımcıların katkılarını birleştirme olanağına sahiptir. Bu açıdan il özel idareleri aracılığıyla daha iyi sağlık hizmeti sunmak ve eksiklikleri yerel düzeyde gidermek için vatandaş tatminini esas alan bir yapılanma oluşturabilir. Yerinden yönetimin sağlayacağı yararlar ile merkezi yönetimin otorite ve becerisi birleştirilerek sağlık hizmet sunumunun olumlu etkilenmesine yol açabilir (Uz 1999).

Bu reformların en dikkat çekenini ise hastane hizmetlerinde yerinden yönetim modeli olarak karşımıza çıkan hastane yönetiminin yerel yönetimlerce yürütülmesine yönelik hazırlanan Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısıdır. Bu tasarıda Birliğin en üst karar organı olan yönetim kuruluna, iki üye İl genel meclisi tarafından (biri hukukçu, diğeri yeminli mali müşavir veya serbest muhasebeci mali müşavir), bir üye Vali tarafından bir üyede Ticaret ve Sanayi Odası tarafından belirleneceği, Bakanlık tarafından (biri tıp hekimi, diğeri sağlık sektöründe tecrübe sahibi ve alanında en az dört yıllık yüksek öğrenim gören) iş deneyimi olan kişilerden oluşacağı belirtilmekte ve mevcut hastane işletme yönetmeliği mevzuatının gereği devlet memurlarının yürüttüğü hastane yönetimi işlevi yerine, hastane yönetiminde yerelleşmeyi ve yerinden yönetimi getirmektedir. Diğer taraftan sağlık hizmetleri evrensel olarak en önemli kamu hizmetleri arasında yer almakta ve seçimlerde gündemin en başta gelen meselelerinden birisi olarak kabul edilmektedir (Fotaki 2005).

Kamu hastanelerinin hantal işleyişten kurtarılması ve çağın gereklerini yakalamak amacıyla sağlıkta dönüşüm programı başlatılmıştır (Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003). Bu programın bir ögesi olarak Bakanlar Kurulunun pilot olarak belirleyeceği illerde, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, verimli, kaliteli ve etkin şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla kamu hastane birlikleri kurulması ve çalıştırılması ile ilgili esasları belirlemek üzere “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı” hazırlanmış ve 07.03.2007 tarihinde Başbakanlıkça Türkiye Büyük Millet Meclisine sunulmuş ve Mayıs 2010 tarihi itibarı ile meclis komisyonlarında kabul edilmiş meclis oylamasına hazırdır (<http://www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf>, E.T. 09.11.2007)(05.05.2010).

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı kamu hastanelerinde yaşanan sorunlarının çözümüne yönelik Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen özzerkleştirme çalışmalarına ilişkin Muğla ilindeki kamu hastanelerinde görev yapan yöneticilerin ve sağlık çalışanlarının tutum, düşünce ve görüşlerini tespit etmek, bir bakış açısı profiline ulaşmak ve kamuoyundaki eleştirileri de dikkate alarak öneriler sunmaktır. Bununla birlikte araştırma ile mevcut hükümet tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gündeme getirilen ve yürürlük kazandırılması amacıyla önemli adımlar atılan “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı”nda yer alan düzenlemelere katılım derecelerinin ölçülmesi ve mevcut Hastane Kurumları İşletme Yönetmeliği karşılaştırılması hedeflenmiştir. Bu nedenle konu ile ilgili anket yöntemiyle 6 hastaneden 384 idari ve sağlık çalışanına ulaşılmıştır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Ülkemizde verilen sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümü yukarıda da açıklandığı gibi Sağlık Bakanlığına doğrudan bağlı kamu hastaneleri tarafından sunulmaktadır. Bu nedenle kamu hastanelerinde görev yapan yöneticilerin ve diğer personelin deneyim ve tecrübelerinden yararlanılması ve elde edilen bilgi/bulguların sektörde yapılacak yeniden yapılandırma çalışmalarında değerlendirilmesi son derece önemlidir. Ayrıca yapılacak çalışmanın politika belirleyiciler ve kanun koyucu tarafından dikkate alınmasının arzu edilen çağdaş hastane yönetimi hedefine ulaşılması açısından fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Öte yandan kamu hastanelerinin özzerkleştirilmesi ile ilgili araştırma ve literatür çalışmasının az olması araştırmanın önemini daha da artırmaktadır.

1.4. Araştırmanın Soruları

Araştırmada hastanelerde görev yapan başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcıları, başhemşire ve başhemşire yardımcıları ile diğer sağlık çalışanlarının, hastane sorunları ve çözüm önerileri ile ilgili düşüncelerini tespit ederek aşağıdaki sorulara yöneticiler açısından cevap aranmaya çalışılmıştır.

1. Kamu hastanelerinde görev yapan yöneticilerin ve sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, eğitim durumları, varsa idari görevleri vb. yönlerden profili nedir?
2. Kamu hastanelerinde yaşanan en önemli yönetsel sorunlar nelerdir?
3. Sorunların çözümü için en çok önerilen nedir?

4. Özerkliği savunmayan yöneticilerin karşı olma nedenleri nelerdir?
5. Kamu hastanelerinde özerkleşme/dönüşüm süreci nasıl gerçekleştirilmelidir?
6. Özerk kamu hastanelerinin yasal çerçevesi nasıl olmalıdır?
7. Özerk kamu hastanelerinin organizasyon ve yönetim yapısı nasıl olmalıdır?
8. Özerkleştirme modeli olarak öngörülen “Kamu Hastane Birlikleri” modelini destekliyorlar mı?
9. Özerkleştirmenin özelleştirmeye zemin hazırlayacak bir uygulama olduğu yönündeki endişelere katılıyorlar mı?
10. Özerkleştirmeden beklentiler ve sonrasına ilişkin düşünceler nelerdir?
12. Özerkleştirmede bugüne kadar başarısız olunmasının nedenleri hakkında düşünceler nelerdir?
13. Hastanelerin özerkleştirilmesine yönelik politikaların oluşturulması sürecinde hastane yönetici ve çalışanlarının görüşüne önem veriliyor mu?
14. Özerkleştirmeye taraf olan hastane yöneticileri özerkleştirme sonrası mevcut görevlerine devam etmeyi düşünüyorlar mı?

1.5. Araştırmanın Varsayımları

Kamu hastane sektöründe çağın gereklerine ve vatandaş beklentisine uygun bir yeniden yapılanma ihtiyacının var olduğu ve bireylerin bu hizmetlerden yararlanabilmeleri için kamu hastanelerinin modern yönetim teknikleri ile yönetilmesi gerektiği yıllardır vurgulanmaktadır. Bu nedenle her bireyin sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanma hakkı olduğu ve kamu hastane sektöründe kaliteli, etkin ve verimli hizmet sunumuna engel olan pek çok sorunun bulunduğu araştırmanın temel varsayımı olarak kabul edilerek görev yapılan hastanede yaşanan sorunların önem derecesine göre sıralanması istenilmiştir.

Hastane yöneticilerinin ve sağlık çalışanlarının hastanelerin özerkleştirilmesi ile ilgili genel olarak bilgi sahibi oldukları varsayılarak bu konuda herhangi bir soru yöneltilmemiş ancak “KHB Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı”na ilişkin bilgi düzeyleri ölçülmeye çalışılmıştır.

Ayrıca, araştırmada kullanılan anket tekniği ile sorularının test edilerek uygun olduğu, anket sorularının bizzat araştırmaya katılan hedef kitle tarafından doğru ve içtenlikle cevaplandırıldığı, araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının Sağlık Bakanlığı’nın kamu hastanelerine yönelik özerkleştirme politikalarına ilişkin görüş, düşünce ve tutumlarını tespit ederek bir bakış açısı profiline ulaşabilecek nitelikte olduğu, anket sorularına verilecek cevaplarda likert ölçeğinin yanı sıra açık uçlu ve seçenekli sorularında yer alması ile anket sonuçlarının veri haline getirilmesi ve değerlendirilmesi için SPSS istatistik programının yeterli olduğu ve verilerin hem sayısal hem de çubuk grafik tablolar şeklinde gösterilmesinin uygun olacağı kabul edilmiştir.

1.6. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlıkları

Araştırma, Muğla ilinde yer alan Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastanelerinde görev yapan hastane yöneticilerini ve sağlık çalışanlarını kapsamakta olup anket ölçeğinde yer alan maddelerle sınırlıdır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada kullanılan yöntem, sosyal araştırmalarda en çok başvurulduğu gözlenen alan araştırması anket yöntemi olmuştur. Anketin içerik olarak bireysel bilgilerin yanı sıra, amaca uygun olarak ANOVA (Tek Yönlü Varyans Analizi) ile Ki Kare Testlerinin yapılmasına uygun olması için hastanelerde yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerileri ve önerilen yönetime ilişkin bilgileri içermesi sağlanmıştır.

2.1.1. Araştırma Modeli

Araştırma tarama modeli alan araştırmasıdır. Muğla ili Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan hastane yöneticileri, sağlık personeli ve diğer personelin özerkleştirme politikaları hakkında düşünce ve tutumları ile bunların unvanlarına, eğitim durumlarına ve demografik özelliklerine bağlı olarak değişimi incelenmiştir.

2.1.2. Evren ve Örneklem

Araştırma sonucunda elde edilecek verilerin genellenmek isteneceği kurum ve yöneticiler açısından iki tür evrenden söz edilebilir. Bunlar, kurumlar açısından Muğla ilinde yer alan Sağlık Bakanlığına bağlı toplam 6 hastane, sağlık çalışanları açısından söz konusu hastanelerde görev yapan toplam 384 sağlık çalışanıdır. Araştırmada örneklem yapılmayarak evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır.

2.1.3. Pilot Uygulama

Araştırmanın pilot uygulaması ve ön çalışması bir devlet hastanesinde görev yapan toplam 10 sağlık çalışanı üzerinde yapılmıştır. Bu uygulama çerçevesinde sonuçlar ve öneriler doğrultusunda anket formunda değişikliklere gidilmiştir.

2.1.4. Veri Toplama Aracı

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak hazırlanan ve sağlık yönetimi alanında önemli çalışmaları olan kişilerin görüşleri (1Anket formu için bkz. EK-1.) alınarak geliştirilen “Muğla Kamu Hastaneleri Hastane Birliği Kanun Tasarısı Araştırma Anket Formu” kullanılarak toplanmıştır.

2.1.5. Verilerin Toplanması

Araştırma Muğla Sağlık Müdürlüğü ve Muğla Valiliğinden alınan izin doğrultusunda anket formu 6 hastaneye posta, elektronik posta ve elden araştırmacı tarafından ulaştırılmıştır. Cevaplanan anketlerin bir kısmı doğrudan araştırmacının iş adresine, bir kısmı da İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğüne gönderilmiştir. Cevaplanan anketlerin önemli bir kısmı ise araştırmacı tarafından bizzat hastane yöneticilerinden alınmıştır. Anket uygulaması 06/05/2010- 25/05/2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma katılan 6 hastaneye anket formu gönderilmiştir. Kurumlar bazında dikkate alındığında anketin geri dönüş oranı % 96’dır.

2.1.6. Verilerin Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen veri ve bilgiler SPSS 17 (Statistical Package for the Social Sciences) programı yardımıyla değerlendirilmiştir. Elde edilen verilerin sıklık (frekans) ve yüzde dağılımları belirlenmiştir. Bu işlemten sonra katılımcıların unvanları, eğitim durumları ile hastane türleri dikkate alınarak oluşturulan gruplar (bağımsız değişkenler) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olup olmadığını tespit etmek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Ki Kare Dağılım Testi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar, tablolaştırılarak bulgular bölümünde yorumlanmıştır. Araştırmada tüm bulgular $P=0,05$ anlamlılık düzeyinde sınanmıştır. Anketin güvenilirliğinin test edilmesinde Alfa Katsayısından (Cronbach Alfa) yararlanılmıştır. Yapılan analizlerde 384 cevaplayıcıdan elde edilen veriler kullanılmıştır.

Yukarıda anlatıldığı gibi konuyla ilgili anketin geliştirilmesi, öncül teste tabi tutulması (pilot uygulama), örneklemin seçilmesi ya da örneklem seçilmeyerek tüm evrene ulaşılmaya çalışılması, yetkili makamlardan gerekli izinlerin alınması gibi konular ve analizler bilimsel metotlar ışığında literatür taramasına, uzmanların ve sahadakilerin deneyimlerine dayanmaktadır. Bu nedenle uygulanan anketin gerek içerik gerekse uygulama süreci yönünden geçerliliğe sahip olduğu kabul edilmiştir. Bu araştırmada, günümüz hastane yönetimleri ve kamu hastaneler birliği yasa tasarısı ile yerel yönetimin hastaneler üzerindeki etkisi ve olası sonuçları incelenecektir. Ülkemizde hastane hizmetlerinin büyük bir kısmı doğrudan Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastaneleri tarafından sunulmaktadır. Tıbbi, idari, mali ve teknik hizmetlerin yürütüldüğü kamu hastanelerinde hizmet sunumu gerçekleştirilirken önemli ölçüde kaynak kullanılmaktadır.

Hastane hizmetlerine yönelik maliyetlerin yüksek olması ve talebin günden güne artması, buna karşılık kaynak yetersizliği kamu hastanelerine yönelik kurumsal reformları hızlandırmıştır. Bu kurumsal reformlar içinde geleneksel bürokratik anlayışla yönetilen kamu hastanelerinin yerinden yönetim anlayışı doğrultusunda kâr amacı gütmeyen özerk sosyal sağlık işletmelerine dönüştürülmesine yönelik çalışmalar dikkat çekmektedir. Bu çalışmalar kapsamında 2007 yılında “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı”nın Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde hazırlanarak TBMM’ne sunulması çok önemli bir adım olarak değerlendirilmektedir. Tasarıyla kamu hastanelerinin birlik modeliyle ve oluşturulacak yönetim kurulları aracılığıyla merkez yerel dengesi gözetilerek yönetilmesi hedeflenmektedir. Ayrıca merkezin uhdesinde bulunan bir takım yetkilerin en yetkili karar organı olacak bu kurullara devredilmesiyle, karar alma süreçlerinde rasyonelliğin sağlanması, siyasetin yönetim üzerindeki olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılması, özel sektör ilke ve uygulamalarının kamuya aktarılması, Sağlık Bakanlığı’nın direkt hizmet sunumundan çekilerek planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici bir yapıya dönüştürülmesi amaçlanmaktadır.

Bu araştırmanın amacı kamu hastanelerinde görev yapan idareci ve sağlık personelinin yaşadıkları en önemli sorunlar ve çözüm önerileri ile kamu hastanelerinin özleştirilmesine ilişkin düşünce ve tutumlarını tespit ederek bir bakış açısı profiline ulaşmaktır. Bu amaca yönelik gerçekleştirilen araştırma Muğla ilindeki Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde uygulanmıştır. Araştırmanın evrenini bu hastanelerde başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü ve hastane yardımcı unvanları altında görev yapan yöneticiler ile sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanlara hastanede yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri ile özleştirme modeli olarak belirlenen “Kamu

Tablo 2. Araştırmaya Katılanların Hastane Sorunlarının Çözümü İçin En Çok Önerilenlerin Dağılımı

		Hastane sorunlarının çözümü için en çok önerilen						Topla m
		Birliğe DönüŖme (ÖzerkleŖ me)		Mevcut durumun iyileŖtirilm esi	ÖzelleŖtir me sayı %	Fikri olmayan/Kara rsız olanlar		cevap vermeyen ler sayı %
		sayı	%			sayı	%	sayı %
göre vi	doktor	9 13,8		43 66,2	3 4,6	6	9,2	4 6,2
	hemŖire	11 4,6		196 82,0	7 2,9	11	4,6	14 5,9
	diğer (idareci , diğer sağlık persone li)	6 7,5		60 75,0	5 6,3	3	3,8	6 7,5
Toplam		26 6,8		299 77,9	15 3,9	20	5,2	24 6,3
								65 100,0 239 100,0 80 100,0 384 100,0

$X^2=12,852$, $p=0,117$ $p>0.05$

3.3 AraŖtırmacıları Kamu Hastaneleri Yönetiminin Birliğe DönüŖümüne İliŖkin GörüŖleri

Tablo 3. Araştırmaya Katılanların Kamu Hastanelerinin Birliğe DönüŖtürölmesi GörüŖlerinin Dağılımı

		Kamu hastanelerinin birliğe dönüŖtürölmesini olumlu bulanlar						Toplam
		Bulanlar		kısmen bulanlar		Bulmayanlar		sayı %
		sayı	%	sayı	%	sayı	%	
görevi	doktor	10 15,4		15 23,1		40 61,5		65 100,0
	hemŖire	13 5,4		24 10,0		202 84,5		239 100,0
	diğer (idareci, diğer sağlık personeli)	8 10,0		10 12,5		62 77,5		80 100,0
Toplam		31 8,1		49 12,8		304 79,2		384 100,0

$X^2=16,980$, $*p=0,002$ $p<0.05$

Sağlık çalışanlarının Kamu Hastanelerinde Özerkleştirme Yönetimine İlişkin Görüşleri incelendiğinde, Kamu hastaneleri; hizmet altyapısı, organizasyonu, verimlilik, kalite ve hasta memnuniyeti gibi konularda performans yönünden değerlendirilmelidir ($X^2=29,656$, $*p=0,001$), Değerlendirme sonrası hastaneler performansına göre A, B, C, D ve E şeklinde sınıflandırılmalıdır ($X^2=28,004$, $*p=0,002$), Performansı belli bir düzeye ulaşan hastane grupları özerkleştirilmelidir ($X^2=25,042$, $*p=0,005$), Özerk kamu hastaneleri tamamen işletmecilik anlayışıyla yönetilmelidir ($X^2=26,799$, $*p=0,003$), Özerk kamu hastaneleri ihale işlemlerinde kamu ihale mevzuatı ile ilgili hükümlere tabi olmalıdır ($X^2=32,489$, $*p=0,000$) görüşleri istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Kamu Hastane Birlikleri Yasa Taslağına olumlu bakan sağlık çalışanlarının yasayı desteledikleri söylenebilir.

3.4. Katılımcıların Yöneticilerin Görev Tanımına İlişkin Görüşleri

Araştırmaya Katılanların Kamu Hastaneleri Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısında Yer Alan Düzenlemeleri Dikkate Alarak Görüşlerinde Özerkleştirme Yönetimine İlişkin Görüşleri; yönetim kurulu üyelerinin seçiminde yeterli objektif kriterlerin belirlendiğini düşünenlerin ($X^2=33,017$, $*p=0,000$), yöneticilerin (genel sekreter, hizmet başkanları, hastane yöneticileri gibi) seçiminde yeterli objektif kriterlerin belirlendiğini düşünüyor musunuz ($X^2=32,149$, $*p=0,000$), genel sekreterlikte çalıştırılacak uzman personelin seçiminde yeterli objektif kriterlerin belirlendiğini düşünenlerin ($X^2=32,098$, $*p=0,000$), kamu hastaneleri için amaçlanan mali özerklik sağlanacak mıdır ($X^2=27,193$, $*p=0,002$), özerklik sınırları net olarak çizilmiş midir ($X^2=25,975$, $*p=0,004$) görüşleri istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Katılımcılar yukarıda yer alan soruların büyük bir çoğunluğuna katılmadıklarını yüksek oranda bildirmişlerdir. Yönetim kurulunun oluşturulma ve mali olarak başarılı olacaklarına dair olumsuz yaklaşıma rağmen mevcut hastane işletme yönetmeliğinden kaynaklanan sorunları kabul etmeleri bir çelişki olarak görülmüştür.

3.5. Katılımcıların Kamu Hastaneleri Birliğine Dönüşümüne İlişkin Bilgiler

Araştırmaya katılanların “Kamu Hastanelerinin Birliğe Dönüştürülmesi”ni uygun bulmama nedenleri incelendiğinde; Ülkemizin yapısına ve şartlarına uygun olmaması ($X^2=6,212$, $*p=0,045$), Hastanelerin özelleştirilmesine zemin hazırlayacak olması ($X^2=12,931$, $*p=0,002$), Sağlık Bakanlığı'nın özerkleştirme konusunda yanlış politikalar yürütmesi ($X^2=8,307$, $*p=0,016$), Hastaneleri işletmeye dönüştürecek olması ($X^2=12,514$, $*p=0,002$), Hekim ağırlıklı hastane yönetimi anlayışından işletmeci ağırlıklı yönetime geçişi sağlaması ($X^2=6,197$, $*p=0,045$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Araştırmaya katılanların “Kamu Hastanelerinin Birliğe Dönüştürülmesi”ni uygun bulmama nedenleri incelendiğinde;

- Ülkemizin yapısına ve şartlarına uygun olmaması ($X^2=6,212$, $*p=0,045$),
- Hastanelerin özelleştirilmesine zemin hazırlayacak olması ($X^2=12,931$, $*p=0,002$),
- Sağlık Bakanlığı'nın özerkleştirme konusunda yanlış politikalar yürütmesi ($X^2=8,307$, $*p=0,016$),
- * Hastaneleri işletmeye dönüştürecek olması ($X^2=12,514$, $*p=0,002$),
- Hekim ağırlıklı hastane yönetimi anlayışından işletmeci ağırlıklı yönetime geçişi sağlaması ($X^2=6,197$, $*p=0,045$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.

Tablo sonuçlarına bakıldığında uygun bulmayanların yüzdesinin yüksek olduğu gözlenmekle birlikte, diğer ülkelerde başarılı örneğinin bulunmaması ve siyasi irade müdahalesi olacağı maddeleri çok yüksek oranda karşımıza çıkmaktadır. Bu da katılımcıların diğer olumsuz görüşlerinin kaynağı olacağı düşüncesini uyandırmaktadır.

Araştırmaya katılanların “Kamu Hastanelerinin Birliğe Dönüştürülmesi” ile ilgili görüşleri incelendiğinde; Kamu hastanelerinin birliğe dönüştürülmesinin özelleştirmeye zemin hazırlayacak bir uygulama olduğunu düşünme durumu, Birliğe dönüşme sonrası kamu hastane sektöründe devletin kontrolünde bir rekabet ortamının oluşturulması hizmet kalitesi ve verimliliğini artırmasını düşünme durumu, Birliğe dönüşme kamu hastanelerinde bireysel ve kurumsal performansı artıracaklarını düşünme durumu, kamu hastanelerinin birliğe dönüştürülmesinden sonra kamu ve özel sektör hastaneleri için düzenleyici ve denetleyici bir kurumun (üst kurul-bağımsız idari otorite) kurulmasına gerekli bulma durumu istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. Uygulamanın özelleştirmeye yüksek oranda zemin hazırladığı düşüncesi sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından değil, farklı kaynaklardan bilgilendirildiği kanaatini uyandırmıştır.

Çalışmada, sağlık çalışanları şu ana kadar “Kamu Hastanelerinin Birliğe Dönüştürülemez” ile ilgili nedenleri incelendiğinde; siyasi istikrarsızlık ($X^2=1,980$, $p=0,372$), siyasi isteksizlik ve kararsızlık ($X^2=0,900$, $p=0,638$), Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen yanlış politikalar ($X^2=1,008$, $p=0,604$), merkezi bürokratların yetkilerini yerel birimlere devretmek istememesi ($X^2=3,348$, $p=0,187$), hastane yöneticilerinin yetkilerini işletmecilere (hekim dışı yöneticiler) devretmek istememesi ($X^2=2,238$, $p=0,327$), hastanelerin genel olarak mevcut durumunun özkerleştirme için yetersiz olması ($X^2=0,431$, $p=0,806$) konularını çoğunlukla uygun bulmamışlar ve istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir. Bu gerekçelerin uygun bulunmama nedeni birliğe dönüşmeye yüksek oranda karşı görüş bildirmekle bağlantılı olarak algılanmıştır.

3.6. Yöneticilerin Kamu Hastanelerinin Birliğine Dönüştürölme Sonrasına İlişkin Görüşleri

Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Kamu Hastanelerinin Birliğine Dönüştürölme Sonrasına İlişkin Görüşleri verilmiştir, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($*p<0,05$). Yönetici personelden doktor olanlar ,sözleşmeli pozisyonun olumlu olacağı ile birlik sonrası görevlerine devam edecekleri konusunda olumlu görüş bildirirken diğer idari personel kanun taslağı hazırlanırken yöneticilerin görüşüne önem verilmediğini bildirmekle beraber mevcut görevlerini devam ettirme konusunda kararsız oldukları saptanmıştır . Genelde personelin sözleşmeli kadro konusunda yetersiz bilgiye sahip oldukları ve bu konudan tedirgin oldukları söylenebilir.

4. SONUÇ

Bu araştırma kamu hastane birlikleri modeline yönelik kamuoyunda gündeme gelen eleştirilerden yola çıkarak sektörde görev yapan sağlık çalışanlarının görüş ve düşüncelerini tespit etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Muğla ilindeki Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan başhekim, başhekim yardımcıları, hastane müdürü ve hastane müdür yardımcıları, başhemşire ve başhemşire yardımcıları ile sağlık çalışanlarını kapsayan bu çalışmada sağlık çalışanlarının hem “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı” ile getirilen düzenlemelere, bu düzenlemelere yönelik eleştirilere katılım derecesi hem de mevcut yönetim şeklinin sorunlarına yönelik görüşleri ölçölmeye çalışılmıştır. Böylece hastanede çalışan sağlık çalışanları

görüşlerinin alınarak tecrübelerinden yararlanmak, bir görüş açısı profiline ulaşmak ve öneriler sunmak istenilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının özellikleri incelendiğinde ilk dikkati çeken sağlık yönetimi eğitimi alan sağlık çalışanlarının sayısının az olmasıdır. Sağlık çalışanlarının bu durumu düşündürücüdür. Ancak son yıllarda Sağlık Bakanlığı tarafından bu yönde yürütülen çalışmalar artırıldığı gözlenmektedir.

Sağlık çalışanlarının görev yaptıkları hastanelerde belirttikleri en önemli sorunlar; aşırı merkezileşme, profesyonel yönetici eksikliği, çağdaş işletmecilik anlayışı ile yönetilememesi, kaynakların israfı, idari ve mali birimlerde uzman personel eksikliği, idari ve mali konulardaki iş yükü nedeni ile tıbbi hizmetlere odaklaşamama, kurumsal performansın etkin ölçülememesi, yöneticilerin yardımcılarını seçememesi, yöneticilerin sık değişmesi, mevzuat ile ilgili sorunlar, tüzel kişiliğin bulunmamasından kaynaklanan sorunlar olarak belirtilmektedir. Ancak en önemli sorun politik müdahaleler olarak dikkati çekmektedir. Sağlık çalışanlarının yaşanan sorunların çözümüne yönelik en çok mevcut durumun iyileştirilmesini önerdikleri görülmektedir. Ancak bu öneriyi özerkleştirme ve birliğe dönüşme önerisinin takip etmesi dikkat çekmektedir. Bu durum Sağlık Bakanlığı tarafından özerkleştirmeye olan destek arttırılmadığı takdirde kamu hastanelerinin özerkleştirilmesine yönelik önemli ölçüde bir dirençle karşılaşılacağı anlamına gelmektedir. Öte yandan kamu hastanelerinin özelleştirilmesi fikri ise sağlık çalışanlarının pek rağbet görmemektedir. Bu durum sağlık çalışanlarının hastane hizmetlerinin tamamen özel sektör tarafından yürütülmesinin sakıncalarının farkında olduklarını göstermektedir. Zaten hastane hizmetlerinin sunumunda özel sektörün tamamen değil de tamamlayıcı rol üstlenmesi genel olarak kabul gören bir anlayıştır. Öte yandan sağlık çalışanlarının özerkleştirmeye karşı olma nedenleri iyi analiz edilmeli ve özerkleştirmeye daha çok destek sağlaması arzu edilen modelin başarıya ulaşmasında önemli rol oynayacaktır. Özerk kamu hastanelerinde üst yönetim olarak adlandırılan yönetim kurulunun oluşturulmasına yönelik olarak sağlık çalışanları tasarıda yer alan özerkleştirme yöntemi ve yönetim kurulunun objektif kriterlerle seçilmesi ve mali özerklik sağlayacağı konusunda düzenlemelere katılmadıkları görülmüştür.

Sağlık çalışanlarını kamu hastanelerinin birliğe dönüştürülmesini uygun bulmama nedenlerine bakıldığında; ülkemizin yapısına ve şartlarına uygun olmaması, hastanelerin çalışmasını daha verimsiz hale getirecek olması, hizmet sunumunda bölgesel farklılıkları (eşitsizlikleri) artıracak olması, hastanelerin özelleştirilmesine zemin hazırlayacak olması, Sağlık Bakanlığı'nın özerkleştirme konusunda yanlış politikalar yürütmesi, hastaneleri işletmeye dönüştürecek olması, hekim ağırlıklı hastane yönetimi anlayışından işletmeci ağırlıklı yönetime geçişi sağlaması, diğer ülkelerde başarılı örneğinin bulunmaması ve yönetime siyasi irade müdahalesi olacağını düşündüklerini belirtmektedirler. Araştırmaya katılanların Kamu Hastanelerinin Birliğe Dönüştürülebilir İle İlgili Görüşleri, kamu hastanelerinin birliğe dönüştürülmesinin özelleştirmeye zemin hazırlayacak bir uygulama olduğunu, kamu hastanelerinin birliğe dönüştürülmesinden sonra kamu ve özel sektör hastaneleri için düzenleyici ve denetleyici bir kurumun (üst kurul-bağımsız idari otorite) kurulmasına gerekli bulma durumuna yüksek oranda uygun bulmuşlar, ancak birliğe dönüşme sonrası kamu hastane sektöründe devletin kontrolünde bir rekabet ortamının oluşturulması hizmet kalitesi ve verimliliğini artırmasını ile birliğe dönüşme kamu hastanelerinde bireysel ve kurumsal performansı arttıracaklarını düşünme durumuna katılmadıklarını dikkati çekmektedir. Sağlık çalışanlarının bugüne kadar Kamu Hastanelerinin Birliğe Dönüştürülebilir nedenleri olarak siyasi istikrarsızlık, siyasi isteksizlik ve kararsızlık, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen yanlış politikalar, merkezi bürokratların yetkilerini yerel birimlere devretmek istememesi, hastane yöneticilerinin yetkilerini işletmecilere devretmek istememesi, hastanelerin genel olarak mevcut

durumunun özerkleştirme için yetersiz olması görüşlerine önemli oranda katılmadıkları görülmektedir. Yöneticilerin kamu hastanelerinin birliğe dönüştürülmesi sonrasına ilişkin görüşleri incelendiğinde doktorların yöneticilerin sözleşmeli statüde personel istihdamının olumlu olacağını diğer sağlık personeli bu konuya şüpheli yaklaşmışlardır. Tüm sağlık çalışanları kamu hastanelerinin yeniden yapılandırılması ve birliğe dönüştürülmesine yönelik politikaların oluşturulması sürecinde hastane yöneticilerinin görüşüne önem verildiğine katılmadıkları, ancak görev yapılan hastane birliğe dönüştürülürse mevcut görevine devam etme durumunda yarıya yakın oranda olumlu yaklaştıkları dikkate değerdir.

Araştırmanın sonuçlarından yola çıkarak sağlık çalışanlarının Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı konusunda daha açıklayıcı bilgilere ihtiyacı olduğu ve bu tür anket çalışmalarının daha sık yapılması, merkezi yönetimin çalışma sonuçlarını dikkate alması gerektiği ve bu çalışmanın yapılacak olan başka çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Balcı Asım , Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim: Sağlık Hizmeti Sunumunun Yeniden Yapılandırılması, Nobel, Ankara, 2005, s. 6.

Yolcu Vesim , Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu, 2006, s. 46–47.

Güzelsar Selime ı, “Kamu Yönetimi Disiplininde Yeni Kamu İşletmeciliği ve Yönetişim Yaklaşımları”, A.Ü. SBF-GETA Tartışma Metinleri, Mart, 2004, s. 1–9 ve Rifat A. Atun, “Kamu ve Sağlık Sektöründe Değişim”, Yeni Türkiye, Sayı 40, 2001, s. 1154.

Fotaki Marianna ve n BoydAla; “From Plan to Market: A Comparison of Health and Old Age Care Policies in the UK and Sweden”, Public Money & Management, Vol. 25, No. 4, 2005, s.

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara, 2003.

Tasarı metni için b.k.z.; <http://www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf>, E.T. 09.11.2007.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği metni için b.k.z., <http://www.saglik.gov.tr>

Uz. M. Hulki, “Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi”, Amme İdaresi, C. 32, S. 1, 1999, s.104 ve Balcı, a.g.k., s. 134

Çiftçi Aylin , “Yeni Yerel Yönetim Modelinde Sağlık Hizmeti Planlanması: İstanbul Örneği”,Dünden Bugüne Yerel Yönetimlerde Yeniden Yapılanma: Yerel Yönetimler Kongresi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Biga İİBF ve Biga Belediyesi, Çanakkale, 2004, s. 713.

H. Hüseyin Çevik, Türkiye’de Kamu Yönetimi Sorunları, Seçkin, Ankara, 2001, s. 77.

ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINDA PERSONEL PERFORMANS DEĞERLENDİRME SİSTEMİ: ANKARA'DA ÖZEL SAĞLIK KURULUŞU PERFORMANS ARAŞTIRMASI

Nesrin AKCA¹ , Sinem SOMUNOĞLU²

Özet

Günümüzün artan rekabet koşullarında gerek kamuda ve gerekse özel sektörde yer alan sağlık kuruluşlarının varlıklarını devam ettirebilmek için hizmet alanların olduğu kadar, hizmet verenlerin de görüşlerine yer vermesi ve performans ölçütlerini ön planda tutması gerekmektedir.

Performansın sözcük anlamı, “iş başarımı”dır. Performans değerlendirmesi ise; sadece çalışanların performanslarını ölçmek için değil, aynı zamanda çalışanların da işlerin nasıl gittiğini takip edip, kişisel hedeflerine ne ölçüde ulaştıklarını belirlemek için kullanılan bir yöntemdir. Ayrıca, bir kuruluştaki yapılandırılacak objektif bir performans sistemi hem yöneticilerin hem de çalışanların performansının artmasına da imkân vermektedir.

Yapılan çalışmada, Ankara’da yer alan özel bir sağlık kuruluşunda çalışan personelin performans değerlendirme sistemine yönelik bakış açılarının belirlenmesi hedeflenmiştir. Araştırma 2010 Kasım döneminde gerçekleştirilmiş ve çalışanların görüşlerinin belirlenebilmesi amacı ile anket kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen bulguların analizinde SPSS istatistik programı kullanılmış, tanımlayıcı istatistiklerden ve istatistik testlerden yararlanılmıştır.

Araştırma sonucunda; sağlık kuruluşu çalışanlarının performans değerlendirme sisteminin temel amacından, taşıdığı özelliklere ve performans değerlendirmesi sırasında yapılan temel hatalara ilişkin görüşlerini içeren bulgulara ulaşılmıştır. Etkili bir performans değerlendirme sisteminin gerek kurum ve gerekse çalışanlar açısından olumlu katkılarının olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Performans, performans ölçümü, performans değerlendirme, sağlık sektöründe performans değerlendirme.

Abstract

In today’s increasing competition conditions, it is a necessitate for healthcare institutions that are involved both in public and also in private sector to prioritise performance criteria and to take into consideration opinions of service providers as well as the ones who receive service in order to sustain their existence.

Performance’s the meaning of the word, is “job success”. On the other side, performance evaluation is a method, used not only to measure performances of employees but at the same time used to determine personal goals of employees who have to follow up how works are carried out and to what extent they reach their goals. Besides, an objective

¹ Dr. Öğr. Gör., Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler MYO, nakca@hacettepe.edu.tr

² Yrd. Doç. Dr., Uludağ Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO, ssomunoglu@yahoo.com

performance system to be structured in an institution allows increase in performances of both employees and managers.

In this study, it is targeted to determine point of views of the staff who are employed in a private healthcare organization in Ankara, regarding performance evaluation method. This research has been implemented on date of November 2010 and a questionnaire has been performed in order to determine employees' opinions.

In the analysis of findings received as the result of this research, SPSS statistical program has been used and also benefited from descriptive statistics and statistical tests.

Following the research; from the main purpose of performance evaluation system of healthcare organization staff , we have reached to the properties involved within performance evaluation system and findings including viewpoints of employees relevant to basic faults performed during evaluation. It is supposed that an effective performance evaluation system shall present a positive contribution both in terms of institution and the staff.

Keywords: *Performance, performance measurement, performance evaluation, performance evaluation in the health sector.*

1. GİRİŞ

Kamu ve özel sektör kurumlarında istihdam edilen personelin değerlendirilmesi; personele ilişkin alınan kararların ve yapılan işlemlerin birçoğuna temel dayanak teşkil ettiğinden personel rejimi içinde önemli süreçlerden birisi olarak ele alınmaktadır (Ko, 2007:24).

Performans değerlendirmesi kurumun tümü (çalışan, yönetici, insan kaynakları, üst yönetim) açısından oldukça kritik bir konu olup, doğru uygulandığı takdirde organizasyon içinde sürekli verimliliği sağlayan vazgeçilmez bir süreç olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle her düzeydeki çalışan ve yönetici bu sistemin bir parçası olarak görülmektedir (Yorgun vd., 2010:404; Afşar ve Dede, 2008:7).

Hizmet işletmelerinde sunulan hizmetin kalite ve performansının, hizmeti sunan kişilerin kalite ve performansı ile paralellik gösterdiği ifade edilmektedir. Bu açıdan bakıldığında; çalışan kalitesi, hizmetin kalitesinin düzeyini belirleyen en önemli faktörlerden birisi olarak nitelendirilmektedir (Pakdil, 2007:138).

2. PERFORMANS KAVRAMININ TANIMI

Performans kavramı en geniş anlamıyla, belli bir hedefe ulaşmak için önceden belirlenmiş bir faaliyetin sonucunda ortaya çıkana, hem sayısal hem de kalite açısından betimleyen bir kavramdır (Akal, 1998:1).

Performans kavramına sağlık işletmeleri açısından bakıldığında; konuya büyük bir çoğunlukla “hizmetin kalitesi” bakış açısı ile yaklaşılmakta ve kalite ve performans kavramları eşdeğer tutulmaktadır. Bu bağlamda Sağlık Organizasyonları Akreditasyonu Ortak Komisyonu'na (JCAHO) göre performans, doğru işi iyi yapmaktır. Amaçlanan performans düzeyinin elde edilmesi için performans değerlendirme ölçütlerinin belirlenmesi, yapılacak bir dizi faaliyetin ilk adımını oluşturmaktadır (Yoluk, 2010:4; Pakdil, 2007:119).

OECD'ye göre performans, sağlık sisteminin temel amaçlarına ulaşabilme derecesi olarak tanımlanmaktadır. Bu çerçevede bir sağlık sisteminin amaçları; sağlık sonuçlarının ve tüketicilere duyarlılığının gelişmesi, ekonomik verimlilik ve sağlıkta (ya da sağlık hizmetine erişimde) eşitlik vb. olarak sıralanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise, performansı tanımlarken iki geniş kapsamlı sorunun cevaplanması gerektiğine işaret etmektedir. Buna göre birinci soru, ulaşmak istenen sonuçların nasıl ölçüleceğine ilişkindir. Bir başka ifade ile önceden belirlenen amaçlara göre neyin başarıldığının, nasıl ölçüleceğinin saptanması gerektirir. İkinci soru ise, elde edilen bu başarıların sistemin elindeki kaynaklarla başarılması gerekenler açısından nasıl karşılaştırılacağına belirlenmesi yönündedir. Her iki sorudan da görüldüğü üzere performans, belirlenen amaçlar ve eldeki kaynaklarla bunları gerçekleştirme derecesi üzerinde yoğunlaşmaktadır (Tatar, 2007:155).

Sağlık kuruluşları ve çalışan sağlık personeli açısından bakıldığında performans; Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği stratejik amaçları gerçekleştirmek üzere yapılan iş ve işlemlerin nicel ve nitel yönden belirlenerek ölçülmesi ve böylelikle de sağlık kuruluşu ile personelin genel olarak başarısının tespit edilerek geliştirilmesinin teşvik edilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Performansın belirlenebilmesi için, faaliyetlerin sonucunun değerlendirilmesi gerekmektedir. Performans ölçüldükten sonra kabul edilen değerler, performans göstergelerini oluşturmaktadır (Yoluk, 2010:4). Sağlık çalışanının görevini gerçekleştirmek için yaptığı her işlem ve eylem aynı zamanda bir performans davranışı olarak görülmektedir. Bu nedenle bireysel iş performansı örgüt açısından oldukça önemli bir konudur (Topuksak ve Kublay, 2009:197).

Performansı oluşturan unsurların sunulan mal ve hizmetin çeşidine ve kaynağına göre farklılaştığı ifade edilmektedir. Ancak literatürde performansın değişmeyen unsurlarının ekonomiklik, verimlilik ve etkinlik olduğuna dikkat çekilmektedir. Bu açıdan bakıldığında **ekonomiklik**, en az masrafla girdi kaynaklarını uygun kalitede elde etme şeklinde tanımlanırken, **verimlilik ise**, kurumun hedeflerini göz önünde tutarak, belirli girdilerle en yüksek çıktının elde edilmesi ya da doğru hizmetlerin doğru şekilde üretilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bir diğer değişmeyen performans unsuru olan **etkinlik** ise, kurumun belirlediği politika, proje ve aldığı tedbirlerle önceden saptanan amaçların ne ölçüde gerçekleştirildiğini ya da kaynaklardan yararlanma düzeyini ölçmektedir. Örneğin, bir hastanede tedavi edilen hasta sayısının tedavi edilmesi gereken hasta sayısına bölünmesi bize hasta tedavi sürecinde ne derece etkin olunduğunu sayısal olarak göstermektedir (Özer, 2009:6-7; Burak, 2008:1; Tatar, 2007:168).

Bu açıklamalar ışığında performans yönetimi ise, örgütün amaçlarını ve görevlerini mümkün olabilecek en iyi ve en başarılı biçimde gerçekleştirmek için, örgüt kaynaklarını performanslarına göre seçme ve değerlendirme süreci olarak tanımlanmaktadır (Akal, 1998:5). Bu tanımdan yola çıkıldığında performans yönetimi; verimliliğe, etkililiğe ve ekonomik olmaya odaklanmış bir örgüt yönetimi anlayışı olarak benimsenmekte, tüm bu amaçlara ulaşabilmek için de, ölçülebilir hedefler koymayı ve bu hedeflere ilişkin olarak üretilen çıktıları/ürünleri sürekli olarak ölçmeyi gerekli kılmaktadır (Bilgin, 2004(a):13-14).

Performans yönetimine göre bir kurumu yönetmek isteyen bir yönetim için üretilen mal ve hizmetin girdilere oranı anlamındaki verimlilik anlayışının yanı sıra, hedef kitle için de beklenen faydanın yaratılma durumunun önemli olduğu ifade edilmektedir. Bu anlamda performans yönetimi, öncelikle kuruluşun en önemli kaynağı olan insan kaynağının başarıyla yönetilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Çünkü insan kaynağı örgütün diğer

kaynaklarını birleştirici, üretime dönüştürücü, harekete geçirici ve kuruluş amaçları doğrultusunda mal ve hizmetlerin üreticisi rolünü üstlenmektedir (Bilgin, 2004(b):128).

3. PERFORMANS ÖLÇÜMÜ

Performans sisteminin kurulması için performans ölçütlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Performans ölçütleri; kurumun hedeflerine ve amaçlarına ulaşmada sağlanan gelişme düzeyini ölçmeye yarayan ölçütlerdir. Performans ölçütleri çerçevesinde yapılan performans değerlendirmesi; çalışanın performansının, potansiyelinin ve gelişme gerektiren yönlerinin belirlenmesine imkân vermekte, buna ilaveten; çalışanın iş yükü, iş performansı, kişisel yetenekleri ve değerlendirme dönemindeki katkısı ve gelişme potansiyeli hakkında düzenli ve sistematik bilgi sağlamaktadır (Afşar ve Dede, 2008:3). Başka bir ifadeye göre; bir kurumdaki performansın ölçülmesi sonucunda; hizmet kalitesi, çıktılar, kaynak tahsisi iyileşmekte; kurum bütçesi ve hizmet kesintileri doğrulanmakta; hesap verilebilirlik geliştirilebilmekte ve personel motive edilmiş olmaktadır (Kayabaşı ve Özdemir, 2008:195).

Performans ölçümü, bir kurumun kullandığı kaynakları, ürettiği ürünleri ve hizmetleri, elde ettiği sonuçları takip etmesi için düzenli ve sistematik biçimde veri toplanması, bunların analiz edilmesi ve raporlanması süreci olarak tanımlanmaktadır. Ancak öte yandan performans ölçümü, sonuçların ne olduğunu göstermekle birlikte; neden bu şekilde gerçekleştiğini açıklayamamaktadır. Aynı şekilde performans ölçümü sonucunda elde edilen bilgilere bakarak doğrudan bir kurumun başarılı veya başarısız olduğu yargısına varmak da mümkün değildir. Bu şekilde bir yargıya varılabilmesi için performans değerlendirmesinin yapılması gerekmektedir (Apan, 2008:75).

Çalışanların performanslarının ölçülmesi; işteki verimliliklerinin ve organizasyona yaptıkları katkının belirlenmesinin yanı sıra iş ilişkileri, liyakat vb. pek çok konuda yakalanan başarı ile gösterilen gelişmenin de ölçülmesi anlamına gelmektedir. Çalışanın kendi yaptığı işi algılaması, kurumun kendisinden beklediğini algılamasına neden olmakta, bu durum da çalışanların ilerleme kaydetmesini sağlamaktadır. Performans kültürünün gelişmesi de, çalışanların gün içerisinde sürekli olarak yaptıkları işlerin yanında, kurum performansının sürekli olarak artırılmasına da katkıda bulunmaktadır (Işığışık, 2008:1; Robson, 2005:138).

4. PERFORMANS DEĞERLENDİRMESİ

Performans değerlendirmesi; işletme ve yöneticiler açısından önem taşıdığı kadar, o işletmede çalışanlar açısından da önemlidir (Moon,1997:9). Genel anlamda performans değerlendirmesi; çalışanların yetkinliklerinin, iş ve görevlerinin niteliklerine ve gereklerine ne ölçüde uyduğunu ortaya koyan ve çalışanlardan beklenen standartlar ile onların ulaştıkları başarıların karşılaştırılması olarak nitelendirilmektedir. O halde, performans değerlendirmesi sadece çalışanların bireysel olarak değerlendirilmesi değil, onların bağlı oldukları takımlarının veya organizasyonun performansının da entegre edilerek değerlendirilmesidir (Işığışık, 2008:1). Performans değerlendirmede değerlendirilenlere değil, bir nevi değerlendirmelerin başarıyla yapılıp yapılmadığına bakılmaktadır. Performans hedeflerinin gerçekleşip, gerçekleşmediği veya ne kadar gerçekleştiğine ilişkin geribildirim dayalı bir değerlendirmenin yapılması söz konusudur. Bu nedenle geribildirim, performans sorunlarının çözümü için başvurulması gereken önemli bir iletişim modeli olarak kabul edilmektedir. Hatta bu geribildirim modelinin sadece

çalışanlardan yönetime doğru değil, yöneticiden çalışanlara doğru da olması gerektiğine işaret edilmektedir (Bilgin, 2007:67-68).

Performans değerlendirmesi ile çalışanların terfi, transfer, işten çıkarma, kariyer planlaması kararları gerçekçi ve adil temellere dayanmakta, çalışanların kişisel yeteneklerinin tanınması, başarılarının ve katkılarının belirlenmesi, güdülenmesi ve özendirilmesi sağlanmaktadır (Afşar ve Dede, 2008:3). Özellikle yüksek performans sergileyen çalışanlar açısından bakıldığında, çalışmalarının karşılığını almak istedikleri ve başarılı olmaları nedeniyle de kariyer beklentilerini yöneticilerine ileterek, onların görüşlerini öğrenmek için çabaladıkları görülmektedir (Molander ve Winterton, 1994:111). Bunun dışında işletmenin yöneticilerinin de çalışanların performansını doğru bir şekilde ölçmek istemelerinin yanı sıra, tüm personelin performansını iyileştirmek için çaba gösterdikleri de ifade edilmektedir (Dreher ve Thomas, 2001:193).

Sağlık alanındaki örgütlerin performanslarının değerlendirilmesinin nedeni, sunulan sağlık hizmetinin belirlenen amaçlara ulaşmadaki başarı derecesinin eleştirel ve objektif olarak ölçülmek istenmesidir. Bu bağlamda sağlık kurumlarında, özellikle de hizmet maliyetlerinin yüksek olduğu hastanelerde, performansın standart yöntemlerle ve rutin olarak değerlendirilmesi son derece büyük önem taşımaktadır (Esatoğlu, 2007:359). Bu nedenle de, performans yönetimi sürecinde çalışanların performanslarının değerlendirilmesinde en uygun yöntemin bulunmasının gerekliliğine dikkat çekilmektedir (Akal, 1998:6; Ko, 2007:27-33).

İnsan kaynaklarında başlıca performans değerlendirme ve ölçme yöntemlerini şu şekilde sıralamak mümkündür (Akal, 1998:6; Ko, 2007:27-33):

-Geleneksel değerlendirme yöntemleri: Bunlar; grafiksel derecelendirme, karşılaştırma, uygun cümle seçme, zorunlu dağılım, kritik olay, serbest anlatım yöntemleridir.

-Çağdaş değerlendirme yöntemleri: Bunlar da; amaçlara göre değerlendirme, görüşme yoluyla değerlendirme, kişisel değerlendirme, iş arkadaşlarınca yapılan değerlendirme, hizmetten yararlananlar tarafından yapılan değerlendirme, değerlendirme kurulu tarafından yapılan değerlendirme, 360 derece değerlendirme ve kıyaslama yöntemleri şeklinde ifade edilmektedir.

Gerek kamu sektöründe gerekse özel sektörde yapılan performans değerlendirme çalışmaları sırasında gerçekleştirilen bu uygulamaların başarı ile sürdürülebilmesi için; performans değerlendirilmesini kimin yapacağından, hangi özelliklerin değerlendirileceğine, değerlendirmenin aralığından sonuçların astlara iletilme durumuna kadar birçok sorunun yanıtlanması gerektiğine dikkat çekilmektedir. Bu konuda sorunlarla karşı karşıya kalmamak için yöneticilerin aşağıda sıralanan çözüm önerilerini dikkate almalarında fayda olduğuna değinilmektedir. Buna göre yöneticiler (Bilgin, 2004(a):62-63);

- Personelini iyi tanımalı,
- astlarının performanslarını artırmalarına yardımcı olmalı,
- çalışanların sık sık takdir etmeli, gerektiğinde ödüllendirmeli,
- astların görüş ve önerilerine saygılı olmalı,
- yetki ve sorumluluklarını astlarıyla paylaşmalı,
- verdiği emirleri olumlu ifade etmeli,
- astlarının kendisini örnek alacağını düşünerek, liderlik rolünü üstlenmeli,
- yol gösterici olmalı,

- ileride daha büyük ve önemli sorunlarla karşılaşmamak için astlarının şikayetlerini dikkate almalı ve
- çalışanların yaptığı işin önemini, kurumda yapılan toplam işler içindeki rolünü hatırlatarak vurgulamalıdır.

İşletmelerde yapılan performans değerlemesinin aceleyle getirilmeden yapılması, değerlendirmenin etkinliği açısından da büyük önem taşımaktadır. Zaman yetersizliğinden dolayı doğrudan gözlem yapamama ve değerlendirmeyi belirli bir aralığına sıkıştırmaya çalışma, olası değerlendirme hataları için ortam hazırlamaktadır (Roberts,1998:304-305). Bu açıdan bakıldığında performans değerlendirmesini yapanların sergiledikleri temel hatalar da şu şekilde özetlenebilmektedir (Bilgin, 2004(a):64-65; Sabuncuoğlu, 2005:220):

- Çalışanın lehine bir etki olmakla birlikte, çalışanın her yönüyle değil de sadece en iyi olduğu konuda değerlendirilmesi (halo etkisi),
- çalışanın aleyhine bir etki olmakla birlikte, çalışanın başarısız ya da yetersiz olduğu konularda değerlendirme yapılması (ters halo etkisi),
- çalışana hak ettiğinden daha fazla puan verilmesi (hoşgörü etkisi),
- üstün değerlendirme faaliyeti sırasında çalışanlara ilişkin özelliklere olumsuz yaklaşılması ve genel olarak, hak ettiklerinden daha az not verilmesi (katılık etkisi),
- değerlendirme sırasında çalışanların özelliklerine göre tek tek değerlendirilmesi yerine, bütün çalışanlara ortalama bir not verilmesi (toptancı yaklaşım etkisi),
- üstün, bazen değerlendirme yaptığı çalışanları kendisine benzetmesi ve daha yüksek not vermesi (benzetme etkisi),
- değerlendirme sırasında çalışanların değerlendirilen diğer çalışanlarla karşılaştırılması (karşılaştırma etkisi),
- değerlendirmede kullanılan standartların belirgin olmaması,
- değerlendirilecek ast sayısının fazla olması durumunda yöneticinin onları yakından izleme ve değerlendirme becerisinin azalması (yetki alanı), ve
- çalışanların sistem hakkında yeterince bilgilendirilmemesi durumunda da; değerlendirmenin kendilerini nasıl etkileyeceğini, neler istendiğini, ölçütlerin neler olduğunu bilememekten kaynaklanan tepkilerinin olması (bilgilendirme yetersizliği) vb. şeklinde sıralanabilmektedir.

5. MATERYAL METOT

5.1. Araştırmanın Amacı

Örgütlerin faaliyetlerini etkinlik, verimlilik, kalite vb. prensipler çerçevesinde yürütebilmesi ve varlıklarını devam ettirebilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu açıdan bakıldığında, örgütsel başarının yakalanmasının ve sürdürülmesinin örgütler açısından gerçekleştirilmesi gereken önemli konular arasında yer aldığı görülmektedir. Örgütün başarısında çalışanların performanslarının etkili olduğu düşünüldüğünde, bu alana yönelik olarak yapılan çalışmaların gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu düşünceden hareketle yapılan araştırmada, özel bir sağlık kuruluşunda çalışan personelin performans değerlendirme sistemine yönelik bakış açılarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

5.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Ankara'da yer alan özel bir sağlık kuruluşunda çalışanların tümü (sağlık ve idari personel) oluşturmaktadır. Evrenin tümüne (N=111) ulaşılmak

istendiğinden ayrıca örneklem seçilmemiştir. Araştırma 2010 Kasım döneminde gerçekleştirilmiş ve çalışanların görüşlerinin belirlenebilmesi amacı ile anket yöntemi kullanılmıştır. Araştırma sonucunda; toplam 69 anket geri dönmüş, yapılan incelemede bu anketlerin 9 tanesinde birtakım eksikliklerin görülmesi nedeniyle, araştırma kapsamı dışında bırakılması uygun görülmüştür. Anketlerin geri dönüş yüzdesi %54,0 olarak hesaplanmıştır.

5.3. Veri Toplama Yöntemi

Çalışanların performans değerlendirilme sistemine, amacına ve değerlendirme sırasında yapılan hatalara ilişkin görüşlerinin belirlenebilmesi amacı ile literatürde yer alan bilgiler ışığında, daha önce Erdoğan (2007; 152) tarafından geliştirilen bir anket kullanılmıştır. Ankette, araştırmaya katılan çalışanların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu vb.) içeren soruların yanında, performans kavramına ve performans değerlendirme sistemine ilişkin görüşlerini ortaya koyan sorulara yer verilmiştir.

5.4. Verilerin Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS 13.0 istatistik paket programına aktarılmış, frekans, %, aritmetik ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Çalışanların performans değerlendirme sistemine ilişkin görüşlerinin belirlenebilmesi amacıyla ankette yer alan ifadelerin puanlanmasında; “kesinlikle katılıyorum (5)”, “katılıyorum (4)”, “kararsızım (3)”, “katılmıyorum (2)” ve “kesinlikle katılmıyorum (1) şeklinde 5’li likert ölçeği kullanılmıştır. Bununla birlikte 22. sorudan itibaren 35. soru da dâhil olmak üzere ilgili ifadelerin puanlanmasında ters puanlama yöntemine yer verilmiştir.

6. BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 1. Çalışanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=60)

DEĞİŞKENLER	f	%
Yaş		
18-24 yaş arası	14	23,3
25-34 yaş arası	30	50,0
35-44 yaş arası	12	20,0
45 yaş ve üstü	4	6,7
Cinsiyet		
Kadın	45	75,0
Erkek	15	25,0
Medeni Durumu		
Evli	29	48,3
Bekâr	31	51,7
Eğitim Durumu		
İlköğretim	3	5,0
Lise	21	35,0
Ön lisans	15	25,0
Lisans	17	28,3

Lisansüstü	4	6,7
Görevi		
Sağlık personeli	24	40,0
İdari personel	25	41,7
Temizlik personeli	11	18,3
Toplam Çalışma Süresi		
1 yıldan az	4	6,7
1-5 yıl arası	29	48,3
6-10 yıl arası	13	21,6
11-15 yıl arası	7	11,7
16 yıl ve üstü	7	11,7
Kurumda Çalışma Süresi		
<1 yıl	12	20,0
1-3 yıl arası	21	35,0
4-5 yıl arası	27	45,0
Toplam	60	100,0

Tablo 1 incelendiğinde çalışanların %50,0'nın 25-34 yaş aralığında olduğu, %75,0'nın kadın, %48,3'ünün evli, %35,0'mınsa lise mezunu olduğu, %41,7'sinin idari personel olarak çalıştığı, toplam çalışma sürelerinin %48,3 ile 1-5 yıl arasında değiştiği, %45,0'nın da ilgili kurumda 4-5 yıl arası çalıştığı görülmektedir.

DEĞİŞKENLER	f	%
Performans Değerlendirme Yönteminin Kullanılma Durumu		
Evet	6	10,0
Hayır	54	90,0
Performans Değerlendirmenin Yapılma Aralığı		
Düzenli bir zaman aralığı bulunmamakta	4	6,6
3 ayda 1	1	1,7
6 ayda 1	1	1,7
Yapılmıyor diyenler	54	90,0
Performans Değerlendirmenin Amacı		
Performansın geliştirilmesini sağlamak	7	11,7
Başarısız personeli belirleyerek cezalandırmak	2	3,3
Yönetici kadrosu ve çalışanlar arasındaki işbirliğini geliştirmek	5	8,3
Başarılı çalışanları ödüllendirmek	4	6,7
Personeli motive ederek başarılı olma yönünde isteklendirmek	29	48,3
Kurumun güçlü ve güçsüz yönlerini belirlemek	3	5,0

Yönetimin alacağı kararlarda ihtiyaç duyduğu bilgiyi sağlamak	10	16,7
Performans Değerlendirmesini Yapanların Sergiledikleri Temel Hatalar		
Değerlendirmede düşük puan verme eğilimi	2	3,3
Değerlendirme standartlarının belirgin olmaması	19	31,7
Çalışanların en son yaptıkları faaliyetlerin etkisinde kalınması	9	15,0
Tanıdıklara yönelik kayırmacı davranışlarda bulunma	22	36,7
Değerlendirmede ortalama puanlar verme eğilimi	8	13,3
Toplam	60	100,0

Tablo 2. Çalışanların Performans Değerlendirilmesinin Yapılmasına İlişkin Görüşleri

Çalışanların %90,0'ı sağlık kuruluşunda performans değerlendirme yönteminin kullanılmadığını belirtirken, %6,6'sı ise, değerlendirmelerin sahip olduğu düzenli bir zaman aralığı bulunmadığına dikkat çekmektedir. Sağlık kuruluşu çalışanlarının %48,3'ü performans değerlendirmesinin temel amacını; “personeli motive ederek başarılı olma yolunda isteklendirmek” olarak ifade ederken, %36,7'sinin de, değerlendirmede subjektifliğin ortaya çıkmasını en temel hata olarak düşündüğü görülmektedir.

Tablo 3. Çalışanların Performans Değerlendirme Sistemine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (n=60)

İFADELER	Kesinlikle Katılıyorrum		Katılıyorrum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum		Ortalama	Standart Sapma
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
1.Performans değerlendirmeye büyük önem verilir.	9	15,0	16	26,7	13	21,7	13	21,7	9	15,0	3,050	1,307
2.Performans değerlendirmesi katılımcı/demokrasi yönetim tarzını öngörür.	15	25,0	22	36,7	12	20	10	16,7	1	1,7	3,666	1,084
3.Performans değerlendirme sürecine çalışanların ve yöneticilerin katılımı sağlanır.	16	26,7	25	41,7	8	13,3	9	15,0	2	3,3	3,733	1,117

4.Değerlendirme dönemi başlamadan önce çalışanlara, üstün iş standartları ve çalışandan beklentiler açıklanır (Yaptığım iş ile ilgili bilgi ve beceriler üstlerim tarafından bana tam olarak aktarılıp açıklanıyor).	7	11,7	11	18,3	10	16,7	25	41,7	7	11,7	2,766	1,226
5.Performans değerlendirme sonuçları çalışanlara bildirilir.	5	8,3	21	35,0	11	18,3	18	30,0	5	8,3	3,050	1,156
6.Çalışanlar, kendilerine geribildirim sağlandığında, performanslarını geliştirme ve sürdürme üzerine olan önerileri kabul etmeye yönlendirilirler.	6	10,0	25	41,7	14	23,3	13	21,7	2	3,3	3,333	1,036
7.Değerleme sonuçlarıyla ilgili olarak amirim ile görüş birliği içinde olurum.	7	11,7	19	31,7	14	23,3	18	30,0	2	3,3	3,183	1,096

Tablo 3. devamı

8.Geliştirmem gereken konularda amirim destek verir.	1 2	20, 0	3 1	51, 7	9	15, 0	5	8,3	3	5,0	3,73 3	1,03 9
9.Değerlendirme sonuçları ile ödül sistemi arasındaki ilişkiyi görebilirim.	6	10, 0	2 1	35, 0	1 8	30, 0	9	15, 0	6	10, 0	3,20 0	1,13 1
10.Çalışanlar, kariyer süreçlerine ilişkin olarak bilgilendirilirler.	2	3,3	1 8	30, 0	2 7	45, 0	9	15, 0	4	6,7	3,08 3	0,92 5

11.Performans değerlendirme formu basittir ve değerlendirici seçenekler arası farkları kolay anlayabilir (uygulanabildir).	2	3,3	2 4	40, 0	2 3	38, 3	7	11, 7	4	6,7	3,21 6	0,94 0
12.Performans değerlendirme formu çalışanlar arası farklılıkları belirleyebilir.	1 0	16, 7	2 6	43, 3	1 5	25, 0	4	6,7	5	8,3	3,53 3	1,11 1
13.Değerlendirm e sonuçları etkin kullanılır.	4	6,7	1 7	28, 3	2 4	40, 0	8	13, 3	7	11, 7	3,05 0	1,08 0
14.Performans değerlendirme sistemi farklı kaynaklardan elde edilen çıktılara dayanır.	4	6,7	2 6	43, 3	1 0	16, 7	1 7	28, 3	3	5,0	3,18 3	1,08 1
15.Performans değerlendirme sistemi, davranış, süreç ve standartların bir arada değerlendirildiği bir sistemdir.	6	10, 0	3 7	61, 7	1 1	18, 3	3	5,0	3	5,0	3,66 6	0,91 4
16.Performans değerlendirme sistemi çıktının kalitesini değerlendirir.	3	5,0	3 4	56, 7	1 8	30, 0	3	5,0	2	3,3	3,55 0	0,81 1
17.Performans değerlendirme sistemi çıktının miktarını değerlendirir.	3	5,0	2 9	48, 3	1 7	28, 3	8	13, 3	3	5,0	3,35 0	0,95 3
18.Çalışanlar gösterdikleri performanslarına göre terfi ederler.	5	8,3	2 4	40, 0	1 1	18, 3	1 1	18, 3	9	15, 0	3,08 3	1,23 9

Tablo 3. devamı

19.Performans değerlendirme sonuçları güvenilir, gerçekçi, yansız ve objektiftir.	6	10,0	16	26,7	19	31,7	10	16,7	9	15,0	3,000	1,207
20.Performans değerlendirme süresince ikili arkadaşlıklar ve dostluklar göz ardı edilir.	11	18,3	18	30,0	9	15,0	17	28,3	5	8,3	3,216	1,276
21.Performans değerlendirme ile çalışanın bireysel ve sosyal özellikleri (yaş, cinsiyet, siyasal eğilim, din, ırk vb.) değil, yaptığı iş değerlendirilir.	11	18,3	25	41,7	7	11,7	11	18,3	6	10,0	3,400	1,264
*22.Performansı m yüksek olsa da düşük ödül verilir.	12	20,0	8	13,3	13	21,7	22	36,7	5	8,3	3,000	1,288
*23.Yöneticiler, performans değerlendirme sürecindeki planlama, analiz etme, standartların belirlenmesi ve iletişim konularında yetersizdir.	4	6,7	12	20,	23	38,3	20	33,3	1	1,7	3,033	0,938
*24.Performans değerlendirme amacı anlaşılamamaktadır	5	8,3	12	20,0	18	30,0	24	40,0	1	1,7	3,066	1,006
*25.Değerlendirmenin objektifliğine, adil olmamasına ilişkin kuşku duyulmaktadır.	7	11,7	15	25,0	17	28,3	19	31,7	2	3,3	2,900	1,084

*26.Çalışanlar başarılı olmaları durumunda yöneticilerin kendilerinden daha yüksek performans bekleyeceğini düşünür.	7	11,7	21	35,0	11	18,3	19	31,7	2	3,3	2,800	1,116
*27.Değerlendirmenin amaçları, çalışanlarda tedirginlik yaratır.	5	8,3	19	31,7	14	23,3	17	28,3	5	8,3	2,966	1,134

Tablo 3. devamı

*28.İki ya da daha çok sayıda olumsuz performans gösteren kişilerin işine son verilir.	5	8,3	6	10,0	19	31,7	26	43,3	4	6,7	3,300	1,030
*29.Performans değerlemeden sorumlu veya yetkili kişiler; astları ile çatışmaya girmemek, onlara şirin gözüküebilmek ve kendi astlarının diğer bölümlerdekine oranla daha üstün olduklarını gösterebilmek gibi nedenlerle olması gerekenden daha yüksek puanlara yönelmektedir.	5	8,3	10	16,7	20	33,3	19	31,7	6	10,0	3,183	1,096

*30.Belirli bir alanda başarısız olan personel diğer alanlarda da başarısız olarak değerlendirilir.	5	8,3	8	13,3	9	15,0	27	45,0	11	18,3	3,516	1,185
*31.Performans değerlendirmede yakın geçmişteki olayların etkisi olur.	7	11,7	18	30,0	11	18,3	19	31,7	5	8,3	2,950	1,199
*32.Performans değerlendirme gereksizdir – zaman ve para kaybıdır.	4	6,7	8	13,3	10	16,7	25	41,7	13	21,7	3,583	1,168
*33.Değerlendirme sonuçları gerçeği yansıtmaz.	10	16,7	10	16,7	11	18,3	22	36,7	7	11,7	3,100	1,297
*34.Değerlendirme sonrasında hiç bir şey değişmez.	8	13,3	13	21,7	16	26,7	16	26,7	7	11,7	3,016	1,228
*35.Performans değerlendirme bir baskı aracıdır – cezalandırıcıdır.	7	11,7	2	3,3	11	18,3	29	48,3	11	18,3	3,583	1,183
36.Ödüllendirme aracıdır.	7	11,7	12	20,0	16	26,7	18	30,0	7	11,7	2,900	1,203

* Ters puanlama yapılmıştır.

Tablo 3 incelendiğinde; ortalama değeri en yüksek (X=3,733) olan ifadelerin “performans değerlendirme sürecine çalışanların ve yöneticilerin katılımı sağlanır (katılıyorum %41,7)” ve “geliştirmem gereken konularda amirim destek verir (katılıyorum %51,7)” şeklinde olduğu görülmektedir. Bu bulguları X=3,666’lık bir ortalamaıyla, “performans değerlendirmesi katılımcı/demokratik yönetim tarzını öngörür (katılıyorum %36,7) ile “performans değerlendirme sistemi, davranış, süreç ve standartların bir arada değerlendirildiği bir sistemdir (katılıyorum %61,7)” şeklindeki bulgular takip etmiştir. Ters puanlanan ifadelerle bakıldığında; ortalama değeri en yüksek (X=3,583) olan ifadelerin “performans değerlendirme gereksizdir, zaman ve para kaybıdır (katılmıyorum %41,7)” ve performans değerlendirme bir baskı aracıdır, cezalandırıcıdır (katılmıyorum

%48,3)” şeklinde sıralandığı ortaya çıkmaktadır. Bunun dışında X=3,516’lık bir ortalamayla; “belirli bir alanda başarısız olan personel diğer alanlarda da başarısız olarak değerlendirilir (katılmıyorum %45,0) şeklindeki bulguya da Tablo 3’den ulaşılabilmektedir.

7. SONUÇ ve ÖNERİLER

Örgütün başarısı açısından ele alındığında performans değerlendirme sürecinin önemli bir araç olduğu kabul edilmeli ve bu süreç sonucunda elde edilen verilerin örgütsel amaçların gerçekleştirilmesine katkı sağlayacak şekilde kullanılmasına özen gösterilmelidir.

Performans değerlendirmede unutulmaması gereken bir diğer nokta da; değerlendirilmenin çalışan üzerinde değil de, çalışanın gerçekleştirmiş olduğu performans üzerinde yoğunlaşması gerektiğidir. Bu nedenle performans değerlendirilmesine ilişkin olarak yapılan çalışmalarda sübjektiflikten, kişisel önyargılardan uzak durulması büyük önem taşımaktadır.

Performans değerlendirmesi yalnızca örgütlerin çalışanlarının performanslarını ölçmek için kullandıkları bir yöntem olarak kabul edilmemekte, aynı zamanda çalışanların da işlerin nasıl gittiğini takip edip, kişisel hedeflerine ne ölçüde ulaştıklarını belirlemek için kullandıkları bir işlev olarak ele alınmaktadır. Bu durumun, çalışanın kendi durumunu değerlendirip, kariyer planlarının geliştirilmesi açısından da önemli fırsatları beraberinde getireceği düşünülmektedir.

Performansı artırmak için; işletmenin amaç, hedef, strateji ve politikalarıyla uyumlu bir planlama yapılmasının önemi göz önünde bulundurulmalı, performans değerlendirmesi sonucunda, elde edilen bilgiler ışığında da performansın iyileştirilmesine yönelik önlemler alınmalı ve bu süreçte katılımcı yönetim tarzı benimsenmelidir. Örgütün başarısının yöneticinin ve tüm çalışanların ortak performansına bağlı olduğu da unutulmamalıdır.

Bu düşüncelerden hareketle sonuç olarak Ankara’da özel bir sağlık kuruluşunda yapılan bu çalışmanın; gerek hastane yönetiminin performansa ilişkin olarak atacağı adımlar açısından, gerekse çalışanların performans değerlendirilmesine ilişkin bakış açılarını ortaya koyması nedeniyle, kendisinden sonra konu ile ilgili olarak yapılması planlanan diğer çalışmalar için önemli bulguları içerdiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Akal, Z., (1998). İşletmelerde Performans Ölçümü ve Denetimi - Çok yönlü Performans Göstergeleri. MPM Yayınları No:473, Ankara.

Afşar, B., Dede, A., (2008). Performansa Dayalı Yönetim Sistemi. Konya Ticaret Odası Etüd-Araştırma Servisi Araştırma Raporu (06.06.2008); ss:1-11.

Apan, A., (2008). Yeni Kamu İşletimi ve Performans Yönetimi. Türk İdare Dergisi, Yıl:80, Sayı:460, ss:57-86, Eylül.

Bilgin, K.U., (2004(a)). Kamu Performans Yönetimi - Memur Hak ve Yükümlülüklerinin Performansa Etkisi. TODAİE, Ankara.

Bilgin, K.U., (2004(b)). Performans Yönetiminde İnsan Kaynağı Planlaması. Amme İdaresi Dergisi, Cilt:37, Sayı:2, Haziran, ss:123-147.

Bilgin, K.U., (2007). Kamuda Ölçülebilir Denetime Hazırlık “Performans Yönetimi”. Sayıştay Dergisi, Sayı:65 (özel), Nisan-Haziran, ss:53-87.

Burak, B., (2008). Performans Yönetimi ve Faydaları. Erişim Tarihi: 15.10.2010. <http://www.stratejikboyut.com/haber/performans-yonetimi-ve-faydalari--28297.html>

Dreher, G.F., Thomas, W.D., (2001). Human Resource Strategy A Behavioral Perspective for the General Manager. McGraw Hill International Edition, Singapore.

Erdoğan, M. (2007) Performans Yönetim Sisteminin Çalışan Davranışları Üzerindeki Etkisine Yönelik Bir Araştırma. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Esatoğlu, A.E., (2007). Hastanelerde Performans Ölçümü. (Ed:Ateş, H., Kırılmaz, H., Aydın, S). Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği, Asil Yayın Dağıtım, Ankara. Ss:358-409.

Işığışok, E., (2008). Performans Ölçümü, Yönetimi ve İstatistiksel Analizi. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonometri ve İstatistik Dergisi, Sayı: 7 ss:1-23.

Kayabaşı, A., Özdemir, A., (2008). Üretim İşletmelerinde Lojistik Yönetimi Faaliyetlerinde Performans Yönetimine Bakış: Beklenti-Fayda Farkı Analizi Uygulaması. Atatürk Üniversitesi İ.İ.B. Dergisi Cilt:22, Sayı:1, Ocak, ss:195-209.

Ko, M., (2007). Personel Başarısının Değerlendirilmesi ve Başarı Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler. Bütçe Dünyası, Cilt:3, Sayı:27 (Güz), ss:24-34.

Molander, C., Winterton, J., (1994). Managing Human Resources, London.

Moon, P., (1997). Appraising Your Staff. Second Edition, London.

Özer, M.A., (2009). Performans Yönetimi Uygulamalarında Performansın Ölçümü ve Değerlendirilmesi. Sayıştay Dergisi, Sayı:73, Nisan-Haziran, ss:3-29.

Pakdil, F., (2007). Sağlık sektöründe Kurumsal Performans Yönetimi. (Ed:Ateş, H., Kırılmaz, H., Aydın, S). Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği, Asil Yayın Dağıtım, Ankara. Ss:114-149.

Roberts, G.E., (1998). Perspectives on Enduring and Emerging Issues in Performance Appraisal, Public Personnel Management.

Robson, J., (2005). Implementing A Performance Measurement System Capable of Creating A Culture of High Performance. International Journal of Productivity and Performance Management, Vol. 54, No:2.

Sabuncuoğlu, Z., (2005). İnsan Kaynakları Yönetimi. Alfa Basım Yayın Dağıtım, Bursa.
Tatar, M., (2007). Sağlık Sisteminin Performansını Ölçme Süreci. (Ed:Ateş, H., Kırılmaz, H., Aydın, S). Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği, Asil Yayın Dağıtım, Ankara. Ss:151-172.

Topuksak, B., Kublay, G., (2009). Geleceğin Hastanelerinde ve Hemşirelik Hizmetlerinde Performans Yönetimi. Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 3 (19-21 Mart), Ed: Harun Kırılmaz, Bakanlık Yayın No: 772-3, Antalya.

Yoluk, M., (2010). Hastane Performansının Veri Zarflama Analizi (VZA) Yöntemi İle Değerlendirilmesi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Yorgun, S., Demir, Y., Süzük, S., Şentürk, E., Umur, S., (2010). Sağlık Kurumlarında Performans ve Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Örneği. II. Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 2, Editör: Harun Kırılmaz, Ankara.

TRABZON AİLE VE TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN İŞ GÜVENLİĞİ

Havva Öztürk¹ , Elif Babacan², Tülay Bayramoğlu³

Özet

Amaç: Araştırma, aile ve toplum sağlığı merkezlerinde (ASM ve TSM) çalışan sağlık personeline yönelik iş güvenliğinin sağlanıp sağlanmadığını saptamak, ASM ve TSM sağlık personeli için iş güvenliği ölçeği geliştirmek amacı ile planlanmıştır.

Yöntem: Aile ve toplum sağlığı merkezlerinde çalışan 418 hemşire (%82), 156 hekim (%73) ve 123 (%52) diğer sağlık personeli ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, demografik özellikler ve iş güvenliğine yönelik 14 soruyu kapsayan anket ve 42 maddelik iş güvenliği ölçeği ile Şubat 2010 tarihinde toplanmıştır. Ölçeğin CVI= %92, madde-toplam puan $r=0.38-0.67$, Cronbach Alpha= 0.94 dır ve 7 alt faktörü vardır.

Bulgular: ASM ve TSM de genel olarak iş güvenliğinin sağlandığı (3.57), ancak sağlık taraması ve kayıt sistemleri (2.76), meslek hastalığı ve şikâyetler (3.04), özel alan denetimi (3.12) boyutlarında iş güvenliğinin sağlanmadığı açıklanmıştır. Ayrıca hemşireler hekimlere ve diğer sağlık personeline göre iş güvenliğini yetersiz bulmuşlardır ($p<0.02$). Sonuç olarak, hemşireler hariç hekim ve diğer sağlık personeli ASM ve TSM de iş güvenliğinin var olduğunu belirtirken bu merkezlerde meslek hastalıkları ve şikâyetlerin görüldüğü, sağlık taraması ve kayıt sistemlerinin, özel alanlara yönelik denetimlerin yetersiz olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: İş Güvenliği, Toplum Sağlığı, Sağlık Personeli

Abstract

Aim: This study were planned to determine if the occupational safety of health personnel in CHC and FHC was obtained, and to develop the occupational safety scale (OSS) for health personnel in these centers.

Method: The study was conducted with 418 nurses (82%), 156 physicians (73%) and 123 (52%) the other health staff in the CHC and FHC. Data was gathered during February 2010 with a 42-item OSS and a questionnaire composed of 14 questions regarding demographic characteristics and the occupational safety, the occupational accident and diseases. For the scale, CVI was 92%, item-to-total correlations ranged from 0.38 to 0.67, Cronbach Alpha was 0.94, and had 7 subscales.

Results: The occupational safety was obtained in CHC and FHC (3.57), but not obtained in the health inspection and registry systems (2.76), occupational diseases and problems (3.04), controlling of critical field levels (3.12). In addition the occupational safety was found insufficient by nurses according to the physicians and the other health staff ($p<0.02$). In conclusion, apart from nurses, physicians and the other health staff stated that the occupational safety in the CHC and FHC were obtained, but there were the occupational diseases, and health inspection and registry systems, controlling of critical field levels were insufficient in these centers.

¹ Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksekokulu, havvaozturk@hotmail.com,

² Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü, elif.babacan@hotmail.com

³ Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, tulayb08@gmail.com

Keywords: *Occupational safety, community health, health personnel*

1. GİRİŞ

İşgüvenliği, işyerlerinde çalışanların işin yapılması ile ilgili olarak ortaya çıkan tehlikelerden, bedensel ve ruhsal olarak zarar görmemesi için alınması gerekli hukuki, teknik ve tıbbi önlemleri sağlamaya yönelik çalışmalardır. İş güvenliği çalışmaları ile çalışanların iş yerinin olumsuz etkilerinden ve doğabilecek hastalıklardan korunması, rahat, güvenli ve huzurlu bir ortamda çalışmaları amaçlanmaktadır (Dizdar, 2006: 98).

İş sağlığı ve iş güvenli bakımından önemli riskler taşıyan çalışma alanlarından biri de sağlık hizmet alanıdır. Sağlık hizmetlerinin bir çok alanında değişik nitelikteki çalışma ortamı zararları bir araya gelmiş durumdadır (Dindar vd. 2004: 60). Çalışma ortamı zararları/tehlike ya da riskleri; biyolojik (virüsler, mantarlar vb.), fiziksel (iğne batması, gürültü vb.), ergonomik (bel, ekstremitte ağrıları vb.), kimyasal (dezenfektan, antiseptikler vb.) ve psikososyal (stress vb.) olmak üzere gruplandırılmıştır. Bu tehlike ve risklerin sağlık çalışanlarının meslek hastalıklarını, iş kazalarını, işe bağlı sağlık sorunlarını, sakatlık ve iş görmezlik durumunu arttırdığı, yenilerini oluşturduğu ve çeşitliliğini çoğalttığı, hizmet verilen bireylerin doğrudan risk altında kalmasına, iş veriminin düşmesine, kurumun ekonomik kaybına neden olduğu belirtilmektedir (Özkan ve Emiroğlu, 2006: 44, Bayık vd., 1992: 63, Uğurlu vd., 2010: 20, Atasoy ve Aksoy, 2009: 112).

Türkiye’de sağlık çalışanlarının sayısı yaklaşık 389 bindir ve Sağlık Bakanlığı bu işgücünün %63’ünün istihdam etmektedir (Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2010: 65). Bu sağlık personelinin yaklaşık 13 bin hekim, 11 bin hemşire, 19 bin ebe toplum sağlığı merkezlerinde, 5 bin hekim, 3 bin hemşire, 6 bin ebe aile sağlığı merkezlerinde çalışmaktadır (Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2010: 74). Bu merkezlerde sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarının toplumun sağlığını koruma, iyileştirme, geliştirme sürecinde pek çok risk etmeni ile iç içe olduğu açıklanmaktadır (Ay vd., 2005: 49). Bu gün toplum sağlığı merkezleri olarak adlandırılan sağlık ocaklarında yapılan bir çalışmada her on çalışandan dokuzunun en az bir mesleki riskle karşılaştığı belirtilmiştir. Şiddet, akut ve kronik ağrılı süreçler, kesici delici alet yaralanmaları, kimyasal madde sıçraması, hayvan saldırısı, sıcak çarpması en sık karşılaşılan sorunlar olarak tanımlanmıştır (Ergör vd., 2003: 44). Güney Brezilya’da aile sağlığı merkezlerinde yapılan bir çalışmada da, çalışanların psikolojik ve fiziksel şiddet, tipik iş kazaları, emosyonel tükenme, problem çözme yeteneğinde eksiklik ve meslek hastalıkları gibi risklerle yüzleştiği belirtilmektedir (Cezar-Vaz et al, 2009: 961). Ayrıca sağlık örgütlenmesinin temelini oluşturan bu kurumlarda hekim, hemşire, ebe, laborant vb. personelden oluşan sağlık ekibinin önemli bir yükü omuzladığı belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarının iş güvenliğini etkileyen olumsuz çalışma ortamı ve koşulları gibi pek çok etmen olduğu, az sayıda personel ile çok sayıda iş yapmanın iş yükünü arttırdığı ve çalışanların mesleklerine uygun olmayan işler yapmak zorunda kaldığı belirtilmektedir (Ay vd., 2005: 49). Oysa birincil sağlık hizmetlerinde çalışma yaşamı ile sağlık çalışanının sağlığı arasında ilişki olduğu, sağlık çalışanlarının kendi sağlık ve güvenlikleri ile ilgili risklerin geniş boyutta tanımlanması, girişim süreçlerinin başlatılmasının zorunlu olduğu vurgulanmaktadır. Bu konuya ilişkin az sayıda çalışma olduğu da açıklanmaktadır (Ergör vd., 2003: 45). Bununla birlikte 2009 yılında bu konunun önemini farkına varılması ile toplum ve aile sağlığı merkezlerini de kapsayan sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına ve korunmasına ilişkin usul ve esaslar tebliği yayınlanmıştır (Resmî Gazete, 2009). Tüm bu açıklamalar tüm sağlık alanında olduğu gibi toplum ve aile sağlığı merkezlerinde ve bu

merkezlerde çalışan sağlık insan gücü için iş güvenliğinin önemli olduğunu göstermiş ve bu nedenle konuya ilişkin çalışma yapılmasının sağlık iş gücünün iş sağlığı ve güvenliği için yararlı olacağı düşünülmüştür.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Aile ve toplum sağlığı merkezlerinde (ASM ve TSM) çalışan sağlık personeline (hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli) yönelik iş güvenliğinin sağlanıp sağlanmadığını saptamak ve bu merkezlerdeki sağlık personeli için iş güvenliği ölçeği (İGÖ) geliştirmek amacı ile yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma için Trabzon il Sağlık Müdürlüğünden 31 Aralık 2010 tarihinde yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın evrenini, ASM ve TSM çalışan toplam 507 hemşire, 199 hekim, 237 diğer sağlık personeli oluşturmuş, örneklemi araştırmaya katılan ve izinli olmayan 418 hemşire (%82), 156 hekim (%73) ve 123 (%52) diğer sağlık personeli oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış, evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Ölçek geliştirme çalışmalarında aynı örneklem grubu kullanılmıştır.

2.3. Veri Toplama Araçları

Veriler, 7 demografik özellik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, pozisyon, mesleki ve hastanede çalışma deneyimi), 7 (iş güvenliği uygulamalarından memnuniyet durumu, kurumda iş kazası ve meslek hastalığı görülme olasılığı, iş kazası ve meslek hastalığı geçirme durumu, hasta ve çalışan güvenliği tebliğinin okunma durumu) iş güvenliğine yönelik sorulardan oluşan anket ve araştırmacılar tarafından geliştirilen 42 maddelik iş güvenliği ölçeği ile Şubat 2010 tarihinde elden toplanmıştır.

Ölçek, aile ve toplum sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personeli için iş güvenliğinin sağlanıp, sağlanmadığını, iş güvenliği için yapılan faaliyetleri saptamaya yönelik 42 olumlu maddeden oluşmaktadır ve “6” tamamen katılıyorum ile “1” kesinlikle katılmıyorum arasında değerlendirilmektedir. Ölçek puan aralığı 42-252 puan aralığındadır. Ölçekten 252 yakın puan alınması aile ve toplum sağlığı merkezlerinde iş güvenliğinin sağlandığını, 42 yakın puan alınması iş güvenliğinin sağlanmadığını göstermektedir. Ölçeğin kapsam geçerliliği için CVI (Content Validity Index): %92, güvenilirliği için madde-toplam puan korelasyon değerleri: 0.38-0.67 ve Cronbach Alpha: 0.94 (Cronbach Alpha hemşireler için 0.94, hekimler için 0.96, diğer sağlık personeli için 0.93) dür. Ölçeğin yapı geçerliliği için faktör analizi yapılmış; KMO (Kaiser-Meyer-Olkin)= 0.93 ve Bartlett test $\chi^2= 1935$; $p= 0.000$, Total Varyans= %65, anti-imaj r değerleri= 0.97-0.83 arasında bulunmuştur. Ayrıca Mesleki Hastalıklar ve Şikâyetler (F1), Kazalar ve Zehirlenmeler (F2), Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemleri (F3), Malzeme, Araç ve Gereç Denetimi (F4), Fiziksel Ortam Uygunluğu (F5), Özel Alan Denetimi (F6), Talimatlar ve Kurallar (F7) başlığında 7 alt faktörü vardır (Tablo 1).

Tablo 1. Aile Ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği Ve Alt Faktör Değerleri

Madde No	Alt Faktör Dağılımı	Faktör Değeri
60	Faktör 1. Mesleki Hastalıklar ve Şikâyetler $\alpha=0.942$ Çalışanlarda varisler yaygın değildir	0.783

65	Aşırı yorgunluk yok denecek kadar azdır	0.771
61	Ruhsal sorunlar yok denecek kadar azdır (depresyon vb)	0.754
66	Uykusuzluk sorunu düşüktür	0.740
62	Duygusal sorunlar çok az görülür (yalnızlık, uyumsuzluk, tükenmişlik vb)	0.733
68	Zihinsel yorgunluk/koordinasyon eksikliği azdır	0.730
58	Çalışanların sindirim sistemi ile ilgili yakınmaları yoktur (kabızlık/ülser vb)	0.728
54	Kol ve bacak ağrılarından şikâyetler azdır	0.708
59	Alerjik sorunlar yok denecek kadar azdır (dermatit vb.)	0.690
57	Çalışanlar arasında solunum yolu hastalıkları sık görülmez	0.669
67	Yumuşak doku travması az görülür (iğne batması, bisturi kesiği vb)	0.649
55	Bel fıtığı vb. fıtık görülmez	0.642
56	Enfeksiyon hastalığına yakalanma oranı düşüktür (hepatit, AIDS vb)	0.618
74	Şiddete maruz kalma(hasta/yakınları vb.) olayları görülmez	0.544
64	Çalışanlarda işitme/görme vb. duyu kayıpları görülmez	0.540
	Faktör 2. Kazalar ve Zehirlenmeler $\alpha=0.924$	
71	Zehirlenme görülmez (etilen oksit, besin, ilaç, radyasyon vb)	0.863
72	Yanık görülmez	0.861
70	Elektrik çarpması görülmez	0.852
73	Kol, bacak, el vb. ezilme, sıkışma az görülür	0.723
69	Düşme görülmez	0.711
63	Sırt, kol, bacak yaralanmaları azdır (kırık, hastalık vb.)	0.541
	Faktör 3. Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemleri $\alpha=0.881$	
49	Meslek hastalıkları tespit edilmekte ve formları kullanılmaktadır	0.807
48	Kesici delici alet yaralanma formları kullanılmaktadır	0.791
50	İş kazası bildirim formları kullanılmaktadır	0.768
47	Çalışan güvenliğine yönelik kayıt sistemi vardır (Kişisel sağlık formu vb)	0.768
46	Belirli/düzenli aralıklarla kişisel sağlık taraması ve muayenesi yapılmaktadır	0.672
52	Çalışan güvelliği için eğitim programları düzenlenmektedir (stres yönetimi, egzersiz vb.)	0.665
	Faktör 4. Malzeme, Araç ve Gereç Denetimi $\alpha=0.850$	
5	Bozuk / sorunlu alet-araçlar kullanılmamaktadır	0.781
6	Satın alınan malzeme ve araç kalitelidir (sağlam/güvenilir vb).	0.759
4	Kullanılan alet-araçların düzenli kontrolleri ve bakımları yapılmaktadır	0.750
7	Koruyucu malzemeler (eldiven/ gözlük vb.) çok rahat bulunmaktadır	0.711
8	Yeni alınan ve kullanılan ekipman güvenlik açısından değerlendirilmektedir	0.688
	Faktör 5. Fiziksel Ortam Uygunluğu $\alpha=0.779$	
39	Işık/ aydınlık uygun ve yeterlidir	0.771
40	Havalandırma uygun ve yeterlidir	0.730
37	Isı/ ısınma uygun ve yeterlidir	0.693
38	Çalışma ortamında ısı ve nem takibi yapılmaktadır	0.688
	Faktör 6. Özel Alan Denetimi $\alpha=0.872$	

17	Radyasyon vb. denetimi ve kontrolü sağlanmaktadır	0.814
18	Kimyasalların vb. denetimi ve kontrolü sağlanmaktadır	0.800
16	Enfeksiyon denetimi ve kontrolü sağlanmaktadır	0.684
	Faktör 7. Koruyucu Talimat ve Kurallar $\alpha=0.851$	
22	Hasta taşıma kuralları vardır ve uygulanmaktadır	0.845
23	Hasta kaldırma kuralları vardır ve uygulanmaktadır	0.805
21	Özel ilaçlar (kemoterapi vb.) için özel talimatlar uygulanmaktadır	0.657
ASM ve TSM’lerde Çalışan Güvenliği Ölçeği Toplam $\alpha=0.946$		

2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Hemşirelerin, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin demografik özellikleri ve iş güvenliğine ilişkin düşünceleri belirlemek için sıklık, yüzdelik ve ortalama, demografik özellikler, iş güvenliğine yönelik düşünceleri ile ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk, t-testi, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, ANOVA, Korelasyon testleri kullanılmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları için Cronbach Alpha, korelasyon, faktör analizi kullanılmıştır.

2.5. Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırmanın yalnızca aile ve toplum sağlığı merkezlerinde yürütülmesi ve sonuçlarının bu merkezlerde çalışan sağlık personelinin görüşlerini kapsamaması araştırmanın sınırlılığıdır.

3. BULGULAR VE TARTIŞMA

3.1. Bulgular

Sağlık personelinin %60’ı hemşire, %22’si hekim ve %18i diğer sağlık personelidir (röntgen teknisyeni vb.). Hemşirelerin %79’u kadın ve %82’si evli, %43’ü ön lisans eğitilmiş, 34.93±7.56 yaşlarında, 13.57±8.06 yıl mesleki deneyime ve 7.06±7.79 yıl kurumda çalışma deneyimine sahiptir. Hekimlerin %72’si erkek, %87’si evli, 40.27±6.10 yaşlarında, 15.47±6.01 yıl mesleki deneyime ve 6.08±7.09 yıl kurumda çalışma deneyimine sahiptir. Diğer sağlık personelinin %58’si kadın, %73’si evli, %43’i sağlık meslek lisesi mezunu, 35.04±8.58 yaşında, 12.29±7.86 yıl mesleki deneyime ve 8.8±7.41 yıl kurumda çalışma deneyimine sahiptir.

İş güvenliğine ilişkin bulgulara bakıldığında, hemşirelerin %73’ü, hekim ve diğer sağlık personelinin %71’i hasta ve iş güvenliğine ilişkin tebliğden haberi olmadığını açıklamıştır.

İÖG toplamında tüm sağlık personeli (3.57±0.98) ASM ve TSM’lerde genel olarak iş güvenliğine sağlandığı belirtilmiş, ancak sağlık taraması ve kayıt sistemleri (2.76±1.44), mesleki hastalıklar ve şikâyetler (3.04±1.3), özel alan denetimi (3.12±1.62) boyutunda iş güvenliğini yetersiz bulmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. ASM Ve TSM Sağlık Personelinin İş Güvenliği Ölçek Puan Ortalamaları

Alt Boyutlar	Hemşire	Hekim	Diğer Sağlık Personeli	Toplam
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
F1. Mesleki Hastalıklar ve Şikayetler	2.88 ± 1.3	3.38 ± 1.29	3.14 ± 1.24	3.04 ± 1.3
F2. Kazalar ve Zehirlenmeler	3.96 ± 1.55	4.36 ± 1.41	4.22 ± 1.4	4.09 ± 1.5
F3. Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemi	2.65 ± 1.43	3.05 ± 1.5	2.77 ± 1.36	2.76 ± 1.44
F4. Malzeme, Araç ve Gereç Denetimi	3.74 ± 1.41	4.27 ± 1.33	3.81 ± 1.49	3.87 ± 1.42
F5. Fiziksel Ortam Uygunluğu	4.34 ± 1.35	4.72 ± 1.25	4.18 ± 1.3	4.40 ± 1.33
F6. Özel Alan Denetimi	2.89 ± 1.62	3.53 ± 1.49	3.39 ± 1.66	3.12 ± 1.62
F7. Koruyucu Talimat ve Kurallar	3.53 ± 1.55	4.03 ± 1.44	3.99 ± 1.24	3.73 ± 1.49
Toplam	3.43 ± 0.97	3.91 ± 1.03	3.64 ± 0.87	3.57 ± 0.98

*Hemşire (n)= 418, hekim (n)= 156, diğer sağlık personeli (n)= 123

Ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, toplamda (F=14.18, p=0.000), mesleki hastalıkları ve şikâyetler ($\chi^2=17.31$, p=0.000), kazalar ve zehirlenmeler ($\chi^2= 8.59$, p=0.014), sağlık taraması ve kayıt sistemi ($\chi^2= 8.99$, p=0.011), malzeme, araç ve gereç denetimi ($\chi^2=16.14$, p=0.000), özel alan denetimi ($\chi^2= 24.33$, p=0.000), koruyucu talimat ve kurallar ($\chi^2= 16.41$, p=0.000) boyutlarında hemşireler, fiziksel ortam uygunluğu ($\chi^2= 14.79$, p=0.001) boyutunda diğer sağlık personeli iş güvenliğini daha yetersiz bulmuşlardır (Tablo 3).

Hemşirelerin %42'si, hekimlerin %45'i, diğer sağlık personelinin %32'si iş kazalarının, hemşirelerin %51'i, hekimlerin %63'ü, diğer sağlık personelinin %47'si meslek hastalıklarının kurumlarında nadir görüldüğünü belirtmiştir. Ancak geçirdikleri iş kazası/yaralanmalar kapsamında hemşirelerin %26'sı yumuşak doku travmasını (iğne batması vb.), hasta ve yakınlarının uyguladığı sözel şiddeti, hekim %21'i ve diğer sağlık personelinin %41'i de uygulanan sözel şiddeti, meslek hastalığı kapsamında hemşirelerin %18'i ve hekimlerin %17'si sindirim sistemi şikâyetlerini (ülser, kolit vb.), diğer sağlık personelinin %36'sı kas-eklem hastalıklarını (bel fıtığı vb.) açıklamışlardır.

Tablo 3. ASM Ve TSM Sağlık Personelinin İş Güvenliği Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Sağlık Personeli	n	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	Top.
		Ort. Sıra	Ort. Sıra	Ort. Sıra	Ort. Sıra	Ort. Sıra	Ort. Sıra	Ort. Sıra	Ort±SS
Hemşire	418	324.5	331.6	332.4	330.1	341.4	318.9	323.9	3.43±0.97
Hekim	156	400.3	384.5	388.4	405.4	399.1	403.6	389.5	3.91±1.03
Diğer Sağ. Personeli	123	367.1	363.0	355.3	341.6	399.1	403.6	389.5	3.91±1.03
F=									14.18
χ^2_{k-w} =		17.31	8.59	8.99	16.14	14.79	24.33	16.41	
p değeri=		0.000	0.014	0.011	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000

Ayrıca kurumda iş güvenliğine yönelik olarak hemşirelerin %49'u kullanılan temizlik malzemelerinin kalitesinden, %40'ı çalışanın sağlık ve güvenlik politikalarından, %39'u çalışan güvenliği eğitimlerinden, %39'u güvenlik personelinin davranışlarından, %38'i iş kazası/mesleki hastalık durumunda kurumun sorumluluk alma ve desteğinden memnun değildir. Hekimlerin %72'si hemşire sayısı, %62'si iş kazası/mesleki hastalık durumunda kurumun sorumluluk alma ve desteği, %60'ı çalışan güvenliği eğitimlerinden, diğer sağlık personelinin %67'si de iş kazası/mesleki hastalık durumunda kurumun sorumluluk alma ve desteğinden, %65'i çalışan güvenliği eğitimlerinden, %59'u kullanılan temizlik malzemelerinin kalitesinden, %55'i çalışan sağlık ve güvenlik politikalarından memnun değildir.

Ayrıca kadın hemşireler erkek hemşirelere göre toplamda ($t = -4.495$, $p = 0.000$), mesleki hastalıklar ve şikâyetler ($U = 8678$, $p = 0.000$), kaza ve zehirlenmeler ($U = 11130.5$, $p = 0.000$), sağlık tarama ve kayıt sistemleri ($U = 10932$, $p = 0.000$), özel alan denetimi ($U = 12295.5$, $p = 0.015$), koruyucu talimat ve kuralları ($U = 12430.5$, $p = 0.021$) boyutunda iş güvenliğini daha yetersiz değerlendirmişlerdir.

3.2. Tartışma

Toplum ve aile sağlığı merkezlerinin amacı, toplumun ve bireylerin sağlığını iyileştirmek, korumak ve geliştirmektir. Bu hizmetler sağlanırken sağlık çalışanları, enfeksiyon hastalıklardan şiddet, tükenmişlik sendromundan, radyasyona bağlı kanserlere, yineleyici travmalara kadar pek çok risk etmeni ve sağlık sorunu ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Töz vd., 2007: 98). Bu nedenle çalışma, ASM ve TSM de çalışan hemşire, hekim ve diğer sağlık personelleri ile gerçekleştirilmiştir. Hemşirelerin çoğunluğu kadın, evli ön lisans eğitilmiş, hekimlerin çoğu erkek ve evli, diğer sağlık personelinin çoğunluğu kadın, evli ve sağlık meslek lisesi mezundur. Üç grupta orta yaşlarda, ASM ve TSM deki güvenlik uygulamalarını değerlendirecek kadar mesleki ve kurumda çalışma deneyime sahiptir.

Tüm sağlık personelinin değerlendirmelerine göre ASM ve TSM de genel olarak iş güvenliği sağlanırken, hemşireler, hekim ve diğer sağlık personeline göre iş güvenliğini yetersiz bulmaktadır. ASM ve TSM lerde genel olarak iş güvenliğinin var olduğunun düşünülmesi ASM'lerde bazı aile hekimlerin müşteri/hasta çekmek için ortam iyileştirmesi yapmasından, ayrıca bu merkezlere ayaktan tedavi gören hastalara hizmet edilmesi, bu duruma bağlı tehdit ve risklerin az olmasından, sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği tebliğinin gerektirdiği faaliyetlerin yürütülmeye başlamasından kaynaklanabilir (Resmi Gazete, 2009). Bununla birlikte hemşirelik grubu bu merkezlerde genel olarak iş güvenliğini yetersiz bulurken, tüm sağlık personeli sağlık taraması ve kayıt sistemleri, mesleki hastalıklar ve şikâyetler, özel alan denetimi boyutlarında iş güvenliğini yetersiz bulmuştur. Özellikle kadın hemşireler de bu boyutların yanında kaza ve zehirlenmeler, koruyucu talimat ve kuralları boyutunda iş güvenliğini yetersiz düşünmüştür. Genel olarak bu merkezlerde iş güvenliğinin sağlandığı düşünülmesine rağmen bu bulgular iş güvenliğine ilişkin koruyucu ve destekleyici faaliyetlerin yetersiz olduğunu göstermiştir. Çünkü tüm sağlık personeli iş kazası/ meslek hastalığı durumunda kurumun sorumluluk alma ve desteğinden, çalışan güvenliğine ilişkin eğitimlerden de memnun değildir. Bunun yanı sıra hekimler hemşire sayısından, hemşireler ve diğer sağlık personeli kullanılan temizlik malzemelerinin kalitesinden, kurumun iş sağlığı ve güvenliği politikalarından da memnun değildir. Oysa sağlık kurumlarının yöneticileri iş kazası ve meslek hastalıklarının engellenmesine ilişkin koruma politikaları oluşturmak zorundadırlar. Koruma politikaları kurumsal-yönetimsel önlemlerin alınması, izlem, bilgilendirme ve duyarlılaştırma, uyum aşamalarını

içermelidir (Töz ve vd., 2007: 98). Oysa bu merkezlerde çalışan sağlık personelinin çoğunluğu hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin tebliğinden bile haberdar değildir. Ayrıca çalışanlar konuya ilişkin eğitimlerden de memnun değildirler. Bu durum bu merkezlerde bilgilendirmenin yetersiz yapıldığını düşündürmektedir. Halbuki sağlığının korunması ile ilgili çalışmaların ilk adımları bilginin yaygınlaştırılması ile başlamaktadır (Ergör vd., 2003: 50). Bu nedenle hizmet içi eğitim yolu ile personelin farkındalığının ve niteliklerinin artırılması gerektiği vurgulanmaktadır (Resmî Gazete, 2009, Kaçmaz, 1999: 103, Bahçecik ve Öztürk, 2009: 1213, Khorshid ve Demir, 2006: 72, Emiroğlu, 2003: 22). Özkan ve Emiroğlu'da sağlık çalışanlarının tanımlanmış tehlike ve riskler konusunda bilgilendirilmesi, maruziyeti öneme ve azaltma, acil durumlara hazırlık, kişisel koruyucuların kullanılması, kaza ve yaralanmalarının bildirilmesi gibi konularda eğitimler yapılması gerektiğini vurgulamıştır. Ayrıca işe giriş ve periyodik muayenelerinin yapılmasını, bağışıklama, yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanmasını, yaralanan ve hastalanan sağlık çalışanın bakım ve tedavisinin yapılmasını, bulaşıcı hastalıklara yönelik surveyansların yapılmasını, kayıt, sağlık tarama ve araştırma sonuçlarına ilişkin çalışanların, yönetimin, sendikaların bilgilendirilmesini gerektiğini vurgulamıştır (Özkan ve Emiroğlu, 2006: 46, 49). Bu çalışmanın bulgularında sağlık tarama ve kayıt sistemlerin yetersiz olduğu belirtilmektedir. Şikâyet edilen bir diğer unsur hemşire sayısı fazlalığı ve kullanılan temizlik malzemelerinin kalitesiz olduğudur. Ay ve arkadaşlarının çalışmasında bu gün toplum sağlığı merkezi olarak adlandırılan sağlık ocaklarında az sayıda personel ile çok sayıda iş yapılmasına bağlı iş yükünün arttığını belirtmiştir (Ay vd., 2005: 49). İş yükü fazlalığı ise kas ve iskelet sistemi yaralanmaları gibi bazı hastalıklara ve psikolojik bazı sorunlara neden olmaktadır (Uğurlu vd., 2010: 20, Khorsid ve Demir, 2006: 73). Bir kimyasal malzeme olan temizlik malzemelerinin kalitesiz oluşu ise astım, allerjik dermatit vb. şikâyet yapabilir (Dindar vd., 2004: 61, Delcos et al, 2007: 667). Bu nedenle nitelikli temizlik malzemesi alınması bu şikâyetlerin görülmesini engelleyebilir.

Deneyimlenen kazalar ve meslek hastalıkları incelendiğinde, iş kazası kapsamında hemşirelerin yaklaşık ¼'ü, hekimlerin 1/5'i ve diğer sağlık personelinin 2/5'i hasta ve yakınlarından sözel şiddet gördüğünü, ayrıca hemşirelerin ¼'ü yumuşak doku travmasını geçirdiğini, meslek hastalığı kapsamında ise hemşirelerin ve hekimlerin yaklaşık 1/6'sı sindirim sistemi şikâyetlerini (ülser, kolit vb.) diğer sağlık personelinin yaklaşık 1/3'ü kas-eklem hastalığına sahip olduğunu açıklamıştır. Bu oranlara rağmen iş kazası ve meslek hastalıklarının ASM ve TSM de nadir görüldüğü açıklanmıştır. Bazı ulusal ve uluslararası çalışmalarda da sözel ve fiziksel şiddet başta olmak üzere (Lanchman et al, 2009: 4, Findorff et al, 2005: 399, Findorff et al, 2004: 296, Nachreiner et al, 2007: 675, El-Gilany et al, 2009: 716) kesici-delici alet yaralanmalarına bağlı yumuşak doku travması, kimyasal ve biyolojik katı ve sıvı maddelerin bulaşmasına bağlı enfeksiyonlar, kas ve eklem ağrılarına bağlı şikâyetler görüldüğü açıklanmıştır (Ergör vd., 2003: 47, Chiodi et al, 2007: 636-637, Cezar- Vaz et al, 2009: 961). Ancak HIV gibi enfeksiyonların görülme oranının bu merkezlerde daha düşük olduğu belirtilmiştir (Ribeiro de Souza ve Imaculada de Fatima Freitas, 2010: 751, Cezar-Vaz et al, 2009: 963). Bu merkezlerde yapılan bir başka çalışmada ise şiddetin dışında, tipik iş kazaları 12 boyutta saptanmış, bunların sekizinin kesici- edilici aletlerle ilgili olduğu, diğer üç boyutun ev ziyaretlerinde karşılaşılan elektirikli çit, köpekler, atlar ve zehirlenmiş hayvanlar gibi sosyo- çevresel etmenlerle ilgili olduğu, bir tanesinin aile sağlığı merkezlerinin küçük olması gibi fiziki özelliklerle ilgili olduğu saptanmıştır (Cezar-Vaz et al, 2009: 963). Bu çalışmaların tümü sağlık çalışanlarının sağlığının tehdit altında olduğunu ve bu merkezlerdeki iş güvenliğine yönelik faaliyetlerin yetersiz olduğunu göstermektedir.

4. SONUÇ

Ölçeğin, geçerlik ve güvenilirlik puanları yüksektir, kapsam ve yapı geçerliliği sağlanmıştır. Mesleki Hastalıklar ve Şikâyetler (F1), Kazalar ve Zehirlenmeler (F2), Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemleri (F3), Malzeme, Araç ve Gereç Denetimi (F4), Fiziksel Ortam Uygunluğu (F5), Özel Alan Denetimi (F6), Talimatlar ve Kurallar (F7) başlığında 7 alt faktörü vardır.

ASM ve TSM de çalışan ve çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu kadın, evli ön lisans eğitilmiş, hekimlerin çoğu erkek ve evli, diğer sağlık personelinin çoğunluğu kadın, evli ve sağlık meslek lisesi mezundur. Üç grupta orta yaşlarda, ASM ve TSM deki güvenlik uygulamalarını değerlendirecek kadar mesleki ve kurumda çalışma deneyime sahiptir.

Toplum ve aile sağlığı merkezlerinde hemşireler hariç hekimler ve diğer sağlık personeli genel olarak iş güvenliği faaliyetlerini yeterli düşünmesine rağmen sağlık taraması ve kayıt sistemleri, özel alanların denetimi, koruyucu talimat ve kurallar konusundaki yetersizlikler iş güvenliğinin yetersiz olduğunu göstermiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının şiddet başta olmak üzere yumuşak doku travmasına bağlı iş kazası ya da yaralanmalarına maruz kalması, sindirim sistemi ve kas-eklem şikâyetlerinin olması ve bu durumda yönetsel destek ve yaklaşımlardan, konuya ilişkin eğitimlerden memnun olunmaması bu düşüncüyü desteklemektedir. Bu sonuçlara ek olarak hemşire sayının az olması ve temizlik malzemelerin kalitesiz olmasından da şikâyet edilmiştir.

Bu nedenle bu merkezlerde iş kaynaklı korunulabilir sağlık sorunlarından sağlık insan gücünü korumak, çalışma etkinliğini arttırmak, işgörmelik günü sayısını düşürmek, çalışanı ve ailesini mağdur duruma düşürmemek için konuya ilişkin yayınlanan tebliğin ve bu merkezlere özel gereklerin yerine getirilmesi için iş güvenliği faaliyetlerine hız verilmeli, sağlık tarama ve muayeneleri, kayıt sistemlerinin oluşturulması gibi uygulamalar, iş kazası ve meslek hastalıkları görülme sıklığı vb. durumlar bakanlık ya da il sağlık müdürlüğü kapsamında oluşturulan mekanizmalar tarafından periyodik aralıklarla izlenmeli ve denetlenmelidir. Ayrıca bu merkezlerde gelişen şiddet olayları için güvenlik personeli bulundurulmalı, diğer iş kazası ve meslek hastalıkları için bireysel ve kurumsal düzeyde özel koruyucu ve destekleyici uygulamalara dönük eğitimler yaygınlaştırılmalı, kurum yönetimin inandığı ve desteklediği bir güvenlik kültür anlayışı sağlanması için girişimler başlatılmalıdır. Ayrıca hemşire sayısında iyileştirme yapılmalı ve temizlik malzemeleri satın alınırken kaliteli, etkili ama zarar etkisi az olanlar tercih edilmelidir.

KAYNAKLAR

Atasoy, Ahmet ve Aksoy, Salim (2009), “Hekim Dışı Sağlık Personelinde Mesleki Risklerin Belirlenmesi”, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Harun Kırılmaz (Ed.), Turunc Matbacılık, Ankara, sayfa 110-123.

Ay, Semra- Güngör, Nurgül- Özbaşaran, Ferda (2005). Manisa İl Merkezindeki Sağlık Ocaklarında Çalışan Personelin İş Doyumu, Hastane Yönetimi, Cilt Ocak, Şubat, Mart, sayfa 48-58.

Bahçecik, Nefise ve Öztürk, Havva (2009), “The Occupational Safety and Health in Hospital from the Point of Nurses”, Colleguim Antropologicum, Vol. 33, No.4, pp. 1205-1214.

Bayık, Ayla- Erefe, İnci- Özsoy, Süheyla A. (1990), “Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Koruyucu Sağlık Davranışları, Sağlık Sorunları Ve Karşılaştıkları Mesleki Riskler”, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, sayfa 63-74.

Cezar-Vaz, Marta Regina- Frenanda de Souza Soares, Jorgana- Pereira de Figueiredo, Paua- Pinho de Azambuja, Eliana- Fontella Sant’Anna, Cynthia- Zavarese da Costa, Valdecir (2009), “Risk Perception in Family Health Work: Study With Workers in Southern Brazil”, Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 17, No. 6, pp. 961-967.

Chiodi, Monica Bonagamba- Palucci Marziale, Maria Helena- Lucia do Carmo Cruz Robazzi, Maria (2007), “Occupational Accidents Involving Biological Material Among Public Health Workers”, Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 15, No. 4, pp. 632-638.

Delcos, George L.- Gimeno David- Arif, Ahmet A.- Barua, Keith D.- Carson, Arch-Lusk, Christine- Stoch, Thomas et al. (2007), “Occupational Risk Factors and Asthma among Health Care Professionals”, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, Vol. 175, pp. 667-675.

Dindar, İlknur- İşsever, Halim- Özen, Menşure (2004), Edirne Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerde İş İle İlgili Rahatsızlıklar ve Konulan Tanılar, Hemşirelik Forumu Dergisi, Cilt 7, No. 1, sayfa 59-63.

Dizdar, Ercümant (2002), İş Güvenliği, ABP Yayınevi & Matbaacılık, Trabzon.

El Gilany, Abdel-Hady- El-Wehady, Adel- Amr, Mostafa (2010), “Violence Against Primary Health Care Workers in Al-Hassa, Saudi Arabia”, Journal of Interpersonal Violence, Vol. 25, No. 4, 716-734.

Emiroğlu, Celal (2003), “Türkiye’de Kamu Çalışanlarının Sağlık ve Güvenliği”, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Cilt Ocak-Şubat-Mart, sayfa 14-22.

Ergör, Alp- Kılıç, Bülent- Gürpınar, Erol (2003), “Sağlık Ocaklarında İş Riskleri”, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Cilt 16, sayfa 44-50.

Findorff, Mary J.- McGovern Patricia M.- Wall, Melanie M.- Gerberich, Susan G. (2005), “Reporting Violence to a Health Care Employer: A Cross- Sectional Study”, Journal of the American Association of Occupational Health Nurses, Vol. 53, No. 9, pp. 399-406.

Findorff, Mary J.- McGovern Patricia M.- Wall, Melanie M.- Gerberich, Susan G.- Alexander, B (2004), “Risk Factors for Work Related Violence in A Health Care Organization”, Injury Prevention, Vol. 10, pp. 296-302.

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (2010), T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, Salih Mollahaliloğlu, Mustafa Kosdak, Zehra Eryılmaz (Ed.), T.C. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 790, Ankara.

Kaçmaz, Nazmiye (1999), “2000 Yılında Herkese Sağlık İçin Çalışma Çevresinin İyileştirilmesi”, Hemşirelik Bülteni, Cilt 12, No. 45, sayfa 97-106.

Khorshid, Leyla ve Demir, Yurdanur (2006), "Ergonomi ve Hemşirelik", Hastane Yönetimi, Cilt 10, No. 1, sayfa 67-75.

Lanchman, Selma- Garcez Ghirardi, Maria Isabel- Dias de Castro, Eliane- Tuacek, Tatina Amodeo (2009), "Repercussions of Violence on the Mental Health of Workers of the Family Health Program", Revista Saude Publica, Vol. 43, No. 4, pp.1-6.

Nachreiner, Nancy- Gerberich, Susan- Ryan, Andrew D.- McGovern, Patricia M. (2007), "Minnesota Nurses' Study: Perceptions of Violence and the Work Environment", Industrial Health, Vol. 45, pp. 672-678.

Özkan, Özlem ve Emiroğlu, Nuran (2006), "Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri", C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt 10, No. 3, sayfa 43-51.

Ribeiro de Souza, Marina Celly Martins- Imaçulada de Fatima Freitas, Maria (2010), "Representations of Primary Care Professionals about the Occupational Risk of HIV Infection", Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 18, No. 4, pp. 748-754.

Töz I., Gidener- Sedef- Ergör, A- Demiral, Y- Baydur, Hakan (2007). "Hastane İşletmelerinde Çalışan Sağlığı Örgütlenmesi ve Bir Uygulama Modeli", V. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi Bilimsel Kitabı, Sağlık Yöneticileri Derneği, İstanbul, sayfa 98-101.

Uğurlu, Nezihe- Yılmaz, Burcu- Karabacak, Fatma (2010), "İki Farklı hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki Risk Faktörlerinin Belirlenmesi", İ.Ü. F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt 18, No. 1, sayfa 19-25.

Resmi Gazete (2009), "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ", Resmi Gazete, 29 Nisan, sayı 27214.

HASTANEDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN İŞ GÜVENLİĞİ

Havva Öztürk¹, Elif Babacan², Elif Özdaş Anahar³

Özet

Amaç: Araştırma, devlet hastanelerinde çalışan sağlık personeline yönelik iş güvenliğinin sağlanıp sağlanmadığını saptamak ve hastane sağlık personeli için iş güvenliği ölçeği (HİGÖ) geliştirmek amacı ile planlanmıştır.

Yöntem: Devlet hastanelerinde çalışan 522 hemşire, 232 hekim ve 271 diğer sağlık personeli ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, demografik özellikler ve iş güvenliğine yönelik 15 soruyu kapsayan anket ve 45 maddelik iş güvenliği ölçeği ile Şubat 2010 tarihinde toplanmıştır. Ölçeğin CVI= %92, Cronbach Alpha= 0.96 dir ve 7 alt faktörü vardır.

Bulgular: Tüm sağlık personeli iş kazası ve meslek hastalıklarının hastanelerinde nadir görüldüğünü belirtmiştir. Ancak geçirdikleri iş kazaları kapsamında hemşirelerin %34'ü, hekim ve diğer sağlık personelinin %30'u hasta ve yakınlarının uyguladığı sözel şiddeti, meslek hastalığı kapsamında hemşirelerin %27'si kanseri, hekim ve diğer sağlık personelinin %21'i uyku bozukluğunu açıklamışlardır. Ölçek toplamında ise tüm sağlık personeli hastanelerinde genel olarak iş güvenliğinin sağlandığını belirtmiş (4.05 ± 1.01), ancak mesleki hastalık ve şikâyetler (3.16 ± 1.31), yönetsel destek ve yaklaşım (3.40 ± 1.35) boyutlarında sağlamadığını açıklamışlardır. Ayrıca hekimler iş güvenliğini daha yetersiz bulmuşlardır ($p < 0.05$). Sonuç olarak, hastanelerde iş güvenliğinin var olduğu belirtilirken mesleki hastalıkların ve şikâyetlerin olduğu, yönetimin yeterince destek sağlayamadığı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İş güvenliği, hastane, sağlık personeli

Abstract

Aim: This study were planned to determine if the occupational safety of health personnel in hospital was obtained, and to develop the occupational safety scale (HOSS) for health personnel in hospital.

Method: The study was conducted with 522 nurses, 232 physicians and 271 the other health staff in state hospitals. Data was gathered during February 2010 with a 45-item occupational safety scale and a questionnaire composed of 15 questions regarding demographic characteristics and the occupational safety, the occupational accident and diseases. For the scale, CVI was 92%, Cronbach Alpha was 0.96, and had 7 subscales.

Results: All of the health personel stated that the occupational accidents and diseases were rare in their hospitals. However, 34% of nurses, 30% of physicians and the other health staff explained that the patient and their relatives had done verbal attack regarding the occupational accidents, and 27% nurses had a cancer, 21% physicians and the other health staff experienced insomnia regarding the occupational diseases. According to the total scale, all of the health personnel stated that the occupational safety was obtained in their hospitals (4.05 ± 1.01), but the occupational diseases and problems (3.16 ± 1.31), managerial supports and approaches levels (3.40 ± 1.35) were not obtained. In addition to, the physicians found more the occupational safety insufficient ($p < 0.05$). In conclusion,

¹ Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksekokulu, havvaoszturk@hotmail.com

² Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü, elif.babacan@hotmail.com

³ Ahi Evren GKDC Eğitim ve Araştırma Hastanesi, zeytin-x@hotmail.com

the occupational safety in hospitals were obtained, whereas there were the occupational diseases and problems and managers did not support them as requested.

Keywords: *The occupational safety, hospital, health personel*

1. GİRİŞ

İş güvenliği, işin yapılması ve yürütülmesi sırasında oluşan tehlikelerden ve sağlığa zarar verebilecek koşullardan korunmak ve daha iyi bir çalışma ortamı sağlamak için yapılan sistemli çalışmalardır (Dizdar, 2006: 98). İş güvenliği ile çalışanların korunması, hizmet ya da üretimin ve kurum güvenliğinin sağlanması amaçlanmaktadır. Bununla birlikte iş güvenliğinin ana ve asıl amacı, çalışanların korunmasıdır ya da çalışanları iş yerinin olumsuz etkilerinden korumak, rahat ve güvenli ortamlarda çalışmalarını sağlamak, iş kazası ve meslek hastalıklarına karşı onları koruyarak ruh ve beden bütünlüğünü ve sağlıklarını sağlamaktır (Sabuncuoğlu 2000: 263, Kaynak vd., 1998: 396). Ayrıca çalışanların moral yönden güvenli ve sağlıklı olması, böylece uyumlu ve verimli çalışması, psikolojik ve ruhsal yönden sağlıklı ve tatmin olması arzulanmaktadır (Sabuncuoğlu, 2000: 264).

Bir iş yeri olan ve bir çok sağlık personelinin, otelcilik, restaurant vb. hizmetleri veren diğer personelleri, hasta ve yakınlarını, ziyaretçileri, öğrencileri bünyesinde bulunduran hastanelerde güvenli ve sağlıklı bir ortam oluşturmak çok önemlidir. Bu nedenle National Institute for Occupational Safety and Health tarafından sağlıklı ve güvenli bir hastane ortamı “işin yürütülmesi ile ilgili olarak oluşan ve sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, mekanik tehlikelerin, tehlike ve risklere bağlı meslek hastalıkları ve iş kazalarının olmaması durumu” olarak tanımlanmıştır (Khorshid ve Emir, 2006: 69). Çünkü hastanelerde enfeksiyonlar, ilaçlar, malzemelerin yarattığı tehlikeler, atıklar, ergonomik tasarım eksikliği, çalışma koşulları ve malzeme yetersizliği, iş yükü fazlalığı, çalışanların dikkatsiz davranışları vb. nedenlerle sağlık çalışanları bir çok tehlike, kaza ve hastalık riskleri ile karşı karşıya kalmaktadır (Bektaş vd., 2005: 26, Bahçecik ve Öztürk, 2009: 1205, Uğurlu vd., 2010: 20). Bir çok araştırmada hekim, hemşire ve diğer sağlık personellerinin çalışma ortamının güvenliğinin sağlanmamasından dolayı mekanik (bel, ekstremiteler, sırt ağrıları vb.), fiziki (iğne batması, gürültü vb.), kimyasal (dezenfektan, antiseptikler vb.), biyolojik (virüsler, mantarlar vb.), psikolojik (stress vb.) yaralanmalar ya da bir çok iş kazası yaşadığı (Yılmaz, 2003: 30, Dindar vd., 2004: 61-62, Dindar vd., 2005: 20, Zontek, 2006: 1, Khorshid ve Demir, 2006: 69-71, Owens, 2007: 92, Clarke et al., 2007: 473) ve AIDS, hepatit gibi bulaşıcı hastalıklara, dermatit gibi cilt hastalıklarına, varis gibi damar hastalıklarına, kanser vb. meslek hastalıklarına yakalandığı saptanmıştır (Kaçmaz, 1999: 98-99, Aslan vd., 2009: 44-45, Atasoy ve Aksoy, 2009: 118-121, Bi et al., 2006: 465-466, Bahçecik ve Öztürk, 2009: 1208, Rios et al., 2010: 413). Ayrıca sağlık hizmet sektörü içinde iş yaralanmaları ve hastalıklarının maliyetleri başlıklı çalışmada, iş kazası ve hastalık maliyetlerinin yüksek olduğu, tüm maliyetlerin %52’si ile hastanelerin en maliyetli sağlık kurumları olduğu belirtilmiştir (Waehrer et al., 2005: 343).

Bu nedenle hastanelerde sağlık çalışanlarının iş güvenliğine yönelik yapılacak bu çalışma ile çalışanların iş ve iş yeri risk ve tehlikelerine karşı koruyucu önlemlerin alınması, böylece iş kazası ya da meslek hastalıklarının oluşumunun engellenmesi ya da azaltılmasına, sağlık iş gücü kayıpları ve bu kayıplara bağlı aile ve sosyal çevrede oluşabilecek sorunların engellenmesine katkı sağlanabilir. Hastane yönetimlerine, sağlık çalışanlarına hastanede iş güvenliğinin sağlanmasında yol gösterici olunabilir. Çalışanların daha güvenli, huzurlu, mutlu ve doyumlu çalışması, dolayısıyla hizmet verilen hastaların güvenliği sağlanabilir. İş güvenliği eksikliğinin getireceği tehlikelerin ve zararların neden olduğu maliyetler azaltılabilir. Ayrıca geliştirilen ölçek ile

hastanelerde iş güvenliğinin sağlanıp sağlanmadığı, hangi alanlarda sorun yaşandığı kolaylıkla saptanabilir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Devlet hastanelerinde çalışan sağlık personeline (hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli) yönelik iş güvenliğinin sağlanıp sağlanmadığını saptamak ve hastane sağlık personeli için iş güvenliği ölçeği (HİGÖ) geliştirmek amacı ile planlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Trabzon merkez ve ilçe devlet hastanelerinde çalışan toplam 1450 hemşire, 455 hekim, 622 diğer sağlık personeli, örneklemi ise araştırmaya katılan ve izinli olmayan 522 hemşire, 232 hekim ve 271 diğer sağlık personeli oluşturmuştur. Merkez hastanelerde tabakalı örneklem yöntemi kullanılmış, ilçe hastanelerde evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Ölçek geliştirme çalışmalarında aynı örneklem grubu kullanılmıştır.

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma için Trabzon il Sağlık Müdürlüğünden 31 Aralık 2010 tarihinde yazılı izin alınmıştır. Veriler, 8 demografik özellik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, pozisyon, mesleki ve hastanede çalışma deneyimi, çalışılan servis), 7 iş güvenliğine (iş güvenliği uygulamalarından memnuniyet durumu, kurumda iş kazası ve meslek hastalığı görülme olasılığı, iş kazası ve meslek hastalığı geçirme durumu, hasta ve çalışan güvenliği tebliğinin okunma durumu) yönelik sorulardan oluşan anket ve araştırmacılar tarafından geliştirilen 45 maddelik iş güvenliği ölçeği ile Şubat 2010 tarihinde elden toplanmıştır.

Ölçek, hastanelerde çalışan sağlık personeli için iş güvenliğinin sağlanıp, sağlanmadığını ve iş güvenliği için yapılan faaliyetleri saptamaya yönelik 45 olumlu maddeden oluşmaktadır. Maddeler “6” tamamen katılıyorum ile “1” kesinlikle katılmıyorum arasında değerlendirilmektedir. Ölçek puan aralığı 45-270 puan aralığındadır. Ölçekten 270 yakın puan alınması hastanelerde iş güvenliğinin sağlandığını, 45 yakın puan alınması iş güvenliğinin sağlanmadığını göstermektedir. Ölçeğin kapsam geçerliliği için CVI (Content Validity Index): %92, güvenilirliği için madde-toplam puan korelasyon değerleri: 0.47-0.74 ve Cronbach Alpha: 0.96 (Cronbach Alpha hemşireler için 0.952, hekimler için 0.971, diğer sağlık personeli için 0.963) dir. Ölçeğin yapı geçerliliği için açıklayıcı faktör analizi yapılmış; KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) = 0.95 ve Bartlett test $\chi^2= 30368.18$; $p= 0.000$, Total Varyans= %63, anti-imaj r değerleri= 0.97-0.90 arasında bulunmuştur. Ayrıca Mesleki Hastalıklar ve Şikâyetler (F1), Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemleri (F2), Kazalar ve Zehirlenmeler (F3), Yönetmelik Destek ve Yaklaşımlar (F4), Malzeme, Araç ve Gereç Denetimi (F5), Koruyucu Önlemler ve Kurallar (F6), Fiziksel Ortam Uygunluğu (F7) başlığında 7 alt faktörü vardır (Tablo 1).

Tablo 1. Hastanelerde Çalışan Sağlık Personeli İçin İş Güvenliği Ölçeği Ve Alt Faktör Değerleri

Madde No	Alt Faktör Dağılımı	Faktör Değeri
<u>Faktör 1. Mesleki Hastalıklar ve Şikayetler</u> $\alpha=0.936$		
60	Çalışanlarda varisler yaygın değildir	0.794
61	Ruhsal sorunlar yok denecek kadar azdır (depresyon vb)	0.777
65	Aşırı yorgunluk yok denecek kadar azdır	0.728
66	Uykusuzluk sorunu düşüktür	0.725
55	Bel fıtığı vb. fitik görülmez	0.716
58	Sindirim sistemi ile ilgili yakınmaları yoktur (kabızlık, ülser vb.)	0.706
62	Duygusal sorunlar çok az görülür (yalnızlık, uyumsuzluk, tükenme vb)	0.691
54	Kol ve bacak ağrılarından şikâyetler azdır	0.672
68	Zihinsel yorgunluk/koordinasyon eksikliği azdır	0.668
59	Alerjik sorunlar yok denecek kadar azdır (dermatit vb.)	0.655
57	Çalışanlar arasında solunum yolu hastalıkları sık görülmez	0.645
56	Enfeksiyon hastalığına yakalanma oranı düşüktür (hepatit, AIDS vb)	0.633
67	Yumuşak doku travması az görülür (iğne batması, bisturi kesiği vb)	0.633
<u>Faktör 2. Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemleri</u> $\alpha=0.904$		
50	İş kazası bildirim formları kullanılmaktadır	0.784
48	Kesici delici alet yaralanma formları kullanılmaktadır	0.780
49	Meslek hastalıkları tespit edilmekte ve formları kullanılmaktadır	0.775
47	İş güvenliğine yönelik kayıt sistemi vardır (Kişisel sağlık formu vb)	0.764
46	Belirli/düzenli aralıklarla kişisel sağlık taraması ve muayenesi yapılmaktadır	0.660
52	İş güvenliği için eğitim programları düzenlenmektedir (stres yönetimi, egzersiz vb.)	0.643
<u>Faktör 3. Kazalar ve Zehirlenmeler</u> $\alpha=0.906$		
72	Yanık görülmez	0.867
71	Zehirlenme görülmez (etilen oksit, besin, ilaç, radyasyon vb)	0.855
70	Elektrik çarpması görülmez	0.836
73	Kol, bacak, el vb. ezilme, sıkışması az görülür	0.732
69	Düşme görülmez	0.612
<u>Faktör 4. Yönetmelik Destek ve Yaklaşımlar</u> $\alpha=0.869$		
14	Motivasyonu ve iş doyumunu artırıcı uygulamalar yapılmaktadır	0.718
13	Çalışanlardaki psikolojik baskıyı azaltmak için etkinlikler düzenlenmektedir (eğlence/ eğitim toplantıları vb)	0.681
15	İş kazası/meslek hastalığı durumunda kurum gerekli sorumluluğu üstlenir ve çalışanı destekler	0.596
26	Hasta/hemşire oranları uygundur	0.576
33	Yönetime güvenlikle ilgili sorunlar iletildiğinde çözüm geciktirilmez/ acil çözümlenir	0.564
27	Hasta/hekim oranları uygundur	0.561
32	Yönetime güvenlikle ilgili sorunlar iletildiğinde ilgili davranır	0.537
<u>Faktör 5. Malzeme, Araç ve Gereç Denetimi</u> $\alpha=0.838$		
5	Bozuk / sorunlu alet-araçlar kullanılmamaktadır	0.681
4	Kullanılan alet-araçların düzenli kontrolleri ve bakımları yapılmaktadır	0.665
7	Koruyucu malzemeler (eldiven/ gözlük vb.) çok rahat bulunmaktadır	0.653
6	Satın alınan malzeme ve araç kalitelidir (sağlam/güvenilir vb.).	0.626

8	Satın alınan ve kullanılan ekipman güvenlik açısından değerlendirilmektedir	0.622
Faktör 6. Koruyucu Önlemler ve Kurallar $\alpha=0.847$		
22	Hasta taşıma kuralları vardır ve uygulanmaktadır	0.784
23	Hasta kaldırma kuralları vardır ve uygulanmaktadır	0.749
21	Özel ilaçlar (kemoterapi vb.) için özel talimatlar uygulanmaktadır	0.615
20	Kan vb. sıvılarından korunmak için önlemler alınmaktadır	0.518
24	Toksik, tıbbi atıklar vb. için önlemler alınmaktadır	0.509
Faktör 7. Fiziksel Ortam Uygunluğu $\alpha=0.818$		
39	Işık/ aydınlık uygun ve yeterlidir	0.778
38	Çalışma ortamında ısı ve nem takibi yapılmaktadır	0.726
37	Isı/ ısınma uygun ve yeterlidir	0.667
40	Havalandırma uygun ve yeterlidir	0.636
Hastanelerde İş güvenliği Ölçeği Toplam $\alpha=0.961$		

2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Hemşire, hekim ve diğer sağlık personelinin demografik özellikleri ve iş güvenliğine ilişkin düşüncelerini belirlemek için sıklık, yüzdelik ve ortalama, demografik özellikler, iş güvenliğine yönelik düşünceleri ile ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk, t-testi, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, ANOVA, Korelasyon testleri kullanılmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları için Cronbach Alpha, korelasyon, faktör analizi kullanılmıştır.

2.5. Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırmanın yalnızca devlet hastanelerinde yürütülmesi ve sonuçlarının bu hastanelerde çalışan sağlık personelinin görüşlerini kapsaması araştırmanın sınırlılığıdır.

3. BULGULAR VE TARTIŞMA

3.1. Bulgular

Sağlık personelinin %51'i hemşire, %23'ü hekim, %26'sı diğer sağlık personelidir (eczacı, röntgen teknisyeni vb.). Hemşirelerin %84'ü kadın ve evli, %65'i ön lisans eğitilmiş, 35.05±6.03 yaşlarında, 14.38±6.99 yıl mesleki deneyime ve 8.57±9 yıl kurumda çalışma deneyimine sahiptir, %45'i servislerde çalışmaktadır. Hekimlerin %67'si erkek, %78'i evli, 37.61±8.14 yaşlarında, 12.34±8.11 yıl mesleki deneyime ve 5.38±6.14 yıl kurumda çalışma deneyimine sahiptir, %33'ü servislerde çalışmaktadır. Diğer sağlık personelinin %57'si kadın, %72'si evli, %51'i ön lisans eğitilmiş, 34.4±7.26 yaşında, 11.81±6.38 yıl mesleki deneyime ve 8.96±6.16 yıl kurumda çalışma deneyimine sahiptir, %64'ü servis/acil vb. dışındaki diğer birimlerde çalışmaktadır.

İş güvenliğine ilişkin bulgulara bakıldığında, hemşirelerin %54'ü hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına ilişkin tebliği okuduğunu, hekimlerin %63'ü, diğer sağlık personelinin %54'ü haberli olmadığını açıklamıştır.

HİÖG toplamında tüm sağlık personeli (4.05±1.01) hastanelerinde iş güvenliğinin sağlandığını belirtmiş, ancak meslek hastalığı ve şikâyetler (3.16±1.31), yönetsel destek ve yaklaşımlar (3.40±1.35) boyutunda iş güvenliğini yetersiz bulmuştur. Bunlara ek

olarak hekimler, sağlık taraması ve kayıt sistemlerini de (3.49±1.50) yetersiz görmüştür (Tablo 2).

Tablo 2. Hastanelerdeki Sağlık Personelinin İş Güvenliği Ölçek Puan Ortalamaları

Alt Boyutlar	Hemşire	Hekim	Diğer Sağlık Personeli	Toplam
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
F1. Mesleki Hastalıklar ve Şikayetler	3.06 ± 1.30	3.26 ± 1.27	3.28 ± 1.35	3.16 ± 1.31
F2. Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemi	3.90 ± 1.61	3.49 ± 1.5	3.50 ± 1.56	3.70 ± 1.58
F3. Kazalar ve Zehirlenmeler	4.61 ± 1.31	4.27 ± 1.32	4.61 ± 1.27	4.54 ± 1.31
F4.Yönetmel Destek ve Yaklaşımlar	3.49 ± 1.32	3.41 ± 1.33	3.23 ± 1.39	3.40 ± 1.35
F5. Malzeme, Araç ve Gereç Denetimi	4.60 ± 1.16	4.17 ± 1.3	4.37 ± 1.31	4.44 ± 1.24
F6. Koruyucu Önlemler ve Kurallar	4.68 ± 1.18	4.22 ± 1.3	4.36 ± 1.22	4.49 ± 1.23
F7. Fiziksel Ortam Uygunluğu	4.82 ± 1.22	4.32 ± 1.31	4.43 ± 1.43	4.60 ± 1.32
Toplam	4.17 ± 0.94	3.88 ± 1.06	3.97 ± 1.07	4.05 ± 1.01

*Hemşire (n)= 522, hekim (n)= 232, diğer sağlık personeli (n)= 271

Ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, toplamda ($\chi^2=17.62$, $p=0.000$), sağlık taraması ve kayıt sistemi ($\chi^2=17.45$, $p=0.000$), kazalar ve zehirlenmeler ($\chi^2=15.82$, $p=0.000$), malzeme, araç ve gereç denetimi ($\chi^2=18.27$, $p=0.02$), koruyucu önlemler ve kurallar ($\chi^2=27.08$, $p=0.000$), fiziksel ortam uygunluğu ($\chi^2=29.73$, $p=0.000$) boyutlarında hekimler, meslek hastalıkları ve şikâyetler boyutunda hemşireler ($\chi^2=6.75$, $p=0.034$), yönetmel destek ve yaklaşımlar boyutunda diğer sağlık personeli ($\chi^2=7.83$, $p=0.000$) iş güvenliğini daha yetersiz değerlendirmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Sağlık personelinin iş güvenliği ölçek puan ortalamalarının karşılaştırması

Sağlık Personeli	n	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	Top.
		Ort. Sıra	Ort. Sıra	Ort. Sıra	Ort. Sıra	Ort. Sıra	Ort. Sıra	Ort. Sıra	Ort. Sıra
Hemşire	522	489.4	550.8	533.4	534.2	547.7	559.1	560.3	550.2
Hekim	232	540.4	472.8	445.3	512.9	450.1	451.0	443.1	461.7
Diğer Sağ. Personeli	271	534.7	474.4	531.6	472.1	499.8	477.0	481.5	485.1
χ^2_{K-W}		6.75	17.45	15.82	7.83	18.27	27.08	29.73	17.62
p değeri=		0.034	0.000	0.000	0.000	0.020	0.000	0.000	0.000

Hemşirelerin %59'u, hekimlerin %63'ü, diğer sağlık personelinin %49'u iş kazalarının, hemşirelerin %46'sı, hekimlerin %53'ü, diğer sağlık personelinin %44'ü meslek hastalıklarının hastanelerinde nadir görüldüğünü belirtmiştir. Ancak geçirdikleri iş kazası/yaralanmalar kapsamında hemşirelerin %34'ü, hekim ve diğer sağlık personelinin %30'u öncelikle hasta ve yakınlarının uyguladığı sözel şiddeti, meslek hastalığı kapsamında hemşirelerin %27'si kanseri, hekim ve diğer sağlık personelinin %21'i uyku bozukluğunu açıklamışlardır.

Ayrıca hastanede iş güvenliğine yönelik olarak hemşirelerin %53'ü hemşire sayısı, %50'si iş yükü ve %49'u iş kazası/meslek hastalığına ilişkin olarak hastanenin sorumluluk alma ve desteğinden memnun değildir. Hekimlerin %54'ü çalışma ortamının donanımı ve dizaynından, %52'si hemşire sayısından, %51'i iş güvenliğine yönelik eğitimlerden memnun değildir. Diğer sağlık personelinin %55'i çalışma ortamının donanımı ve dizaynı, %53'ü çalışan sağlığı ve güvenlik politikaları ve %53'ü kullanılan temizlik malzemelerinin kalitesinden memnun değildir.

Demografik özelliklerle ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşire ($\chi^2=40.32$, $p=0.000$) ve hekimler ($\chi^2=6.005$, $p=0.000$) ise iş güvenliğini ölçek toplamında ve alt boyutlarda diğer birimlere (idare, servis, acil, ameliyathane, poliklinik) göre daha yetersiz bulmuşlardır.

Diğer sağlık personelinin kadın olanlar iş güvenliğini, ölçek toplamında ve alt boyutlarda daha yetersiz görmüşlerdir ($t=-3.652$, $p=0.000$). Kadın hemşirelerde mesleki hastalıklar ve şikayetler ($U=13232.5$, $p=0.000$), kaza ve zehirlenmeler ($U=15228$, $p=0.000$) boyutunda iş güvenliğinin sağlanmadığını belirtmişlerdir.

Lisans ve lisansüstü eğitime sahip hemşireler ise yönetsel destek ve yaklaşımları ($\chi^2=6.65$, $p=0.037$), koruyucu önlem ve kuralları ($\chi^2=7.34$, $p=0.025$), diğer sağlık personelinin de lisansüstü eğitime sahip olanlar yönetsel destek ve yaklaşımları ($\chi^2=9.41$, $p=0.024$) daha yetersiz bulmuşlardır.

3.2. Tartışma

İş, çalışan insanın sosyal, ekonomik ve kültürel hayatının ağırlık merkezidir. Güvenli ve rahat bir ortamda doyurucu bir iş, sağlık kaynağıdır (Kaçmaz, 1999: 95). İnsanlar günün üçte birini işinde, yaşadığı yılların en az üçte ikisini iş hayatında geçirmekte, iş ya da çalışma çevresinin neden olduğu birçok tehlike ile yüzleşmektedirler (Dindar vd., 2004: 60). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) sınıflamasına göre sağlık iş kolu çalışanları hekimler, hemşireler ve ebeler, diğer sağlık profesyonelleri (diş hekimi, eczacı, biyolog vb.), yardımcı sağlık personeli (sağlık hizmetlerine özel eğitilmiş, tamamlayıcı göreve sahip; laborant vb.) diğer personel (büro, temizlik elemanları vb.) olarak tanımlanmaktadır (Töz vd., 2007: 98). Bu çalışma hastanelerdeki hemşire, hekim ve diğer sağlık personelleri ile gerçekleştirilmiştir. Hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin çoğunluğu kadın, evli, ön lisans eğitime sahipken hekimlerin çoğunluğu erkek ve evlidir. Üç grupta orta yaşlarda ve kurumdaki iş güvenliği uygulamalarını değerlendirecek kadar mesleki ve kurumdaki çalışma deneyime sahiptir.

Sağlık personelinin değerlendirmelerine göre devlet hastanelerinde iş güvenliğinin sağlandığı, ancak meslek hastalıkları ve şikayetler, yönetsel destek ve yaklaşımlar düzeyinde iş güvenliğinin yetersiz olduğu belirtilmektedir. Hastanelerde genel olarak iş güvenliğinin var olması hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına ilişkin tebliğin gerektirdiği faaliyetlerin yürütülmeye başlanmasından ve devlet hastanelerinde başlatılan kalite iyileştirme çalışmalarından kaynaklanabilir. Tebliğ ile sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması, güvenlik kültürünün geliştirilmesi, uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesi, iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılması, personelin farkındalığının ve niteliklerinin artırılması, ilgili raporlama sistemlerinin oluşturulması, hasta ve çalışanların karşılaşılabilecekleri risk ve zararlardan korunması amaçlanmaktadır (Resmi Gazete, 2009). Oysa hekim ve diğer sağlık personelinin çoğunluğunun bu tebliğinden haberdar olmadığı, hemşirelerin ise

yalnızca yarısından biraz fazlasının tebliği okuduğu saptanmıştır. İstanbul'da bir üniversite hastanesi ve JCI (Joint Commision International) akreditasyon belgesi almış özel bir hastanede yapılan çalışmada ise üniversite hastanesindeki hemşirelerin çoğu iş güvenliğinin sağlanmadığını, özel hastanedekilerin çoğu sağlandığını belirtmiştir. İş güvenliğine yönelik önlemlerin ve faaliyetlerin özel hastanede daha iyi olduğu, JCI standartlarının hasta ve çalışan güvenliğini gözettiği açıklanmıştır (Bahçecik ve Öztürk, 2009: 1206). JCI standartları ile tebliğin uygulama esaslarının birbirleri ile benzer ve uyumlu olması, bu tebliğin uygulanması ve benimsenmesinin önemini daha iyi gözler önüne sermektedir (Resmi Gazete, 2009, Hakeri, 2010: 54-55). Bununla birlikte hastanelerde meslek hastalıkları ve şikâyetler düzeyinde iş güvenliği yetersiz bulunmasına rağmen iş kazası ve meslek hastalıklarının nadir görüldüğü açıklanmıştır. Fakat özellikle kadın hemşireler meslek hastalıkları ve şikâyetlerden, kaza ve zehirlenmelerden daha fazla şikâyetçidir. Kadın diğer sağlık personeli de bu görüşü desteklemekte ve hastanede iş güvenliğini daha yetersiz bulmaktadır. İncelenen çalışmalarda sağlık çalışanlarının ve hemşirelerin iş kazası ve meslek hastalığı deneyimlediği, kas ve eklem sorunları, damar hastalıkları, mide-barsak şikâyetleri, cilt sorunları, allerji, hepatit, üst solunum yolu enfeksiyonları, depresyon, kesici delici alet yaralanmalarına bağlı yumuşak doku travması vb. sorunları daha sık yaşadığı saptanmıştır (Rios vd., 2010: 416, Baştuğ ve Kılıç, 2010: 512, Atasoy ve Aksoy, 2009: 121, Bahçecik ve Öztürk, 2009: 1212, Zontek, 2006: 1, Waehrer et al., 2005: 343, Alçelik vd., 2005: 60). Bir diğer çalışmada ise sağlık çalışanlarının karşılaştıkları risk ve sağlık sorunları, sözlü saldırı/tehdit ve fiziksel şiddet, bel, sırt/ boyun ağrısı, kesici delici alet yaralanmaları olarak ilk üç sırada yer almıştır (Ergör vd., 2003: 47). Çalışmaya katılan ve iş kazasına maruz kaldığını belirten yaklaşık her üç hemşireden biri de hasta ve yakınlarından sözel şiddet gördüğünü, meslek hastalığına sahip hemşirelerin ¼'den fazlası kanser hastalığına sahip olduğunu açıklamıştır. Hekimler ve diğer sağlık personeli de yaklaşık aynı oranda sözel şiddet görmekte, 1/5'i uyku bozukluğu çekmektedir. Bu oranlar azımsanmayacak kadar fazladır. İncelenen bazı çalışmalarda, hemşirelere hasta ve yakınları tarafından sözlü şiddet ya da fiziksel şiddet uygulandığı da saptanmıştır (Uğurlu vd., 2010: 20, Atasoy ve Aksoy, 2009: 116, Alçelik vd., 2005: 60, Bayık vd., 1992:71). İsviçre'de yapılan bir çalışmada hemşirelerin %72'sinin hasta ve ziyaretçilerden sözel şiddet, %42'sinin fiziksel şiddet gördüğü saptanmıştır. Sağlık hizmet sisteminde işle ilgili şiddetin sağlık personeli için önemli bir mesleki tehlike olduğu, diğer meslek grupları ile karşılaştırıldığında sağlık çalışanlarının işyeri şiddetine ilişkin daha yüksek riske sahip olduğu açıklanmıştır. Hasta ve yakınlarının şiddet uygulama nedenleri ise ağrı, anksiyete, ciddiye alınmadığını hissetmesine bağlı personel-hasta etkileşimi, acil ve psikiyatri koşulları gibi ortamlarda az bilgilendirme yapılması, kimlik kontrolü, uzayan bekleme süresi, olması gereken hekimin yokluğu, hastane politika ve kurallarının uygulanamaması ve taburculuk süreci gibi organizasyonel prosedürler olarak tanımlanmıştır (Hahn et al., 2010: 3535- 36).

Bir diğer sorun olarak öncelikle hekim ve diğer sağlık personelinin uyku bozukluğu yaşadığı görülmektedir. Owens'da çalışmasında sağlık çalışanları arasında uykusuzluğun ve aşırı yorgunluğun yol açtığı rahatsızlıkların yaygın olduğunu, akut ve kronik uykusuzluğunun fiziksel, algisal ve emosyonel fonksiyonlara zarar verdiğini belirtmiştir (Owens, 2007: 92). Bazı çalışmalarda da hemşirelerin çalışma saat ve düzeninden kaynaklanan uyku sorunu olduğu, bunun yorgunluk ve ruh sağlığını olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Atasoy ve Aksoy, 2009: 116, Bahçecik ve Öztürk, 2009: 1212, Özabacı ve Pektekin, 1992: 380). Ayrıca bulgularda meslek hastalığına sahip her dört hemşireden birinin kanser hastası olduğu görülmüştür. Oysa incelenen çalışmalarda sağlık personeli arasında kanser sık görülen bir hastalık olarak tanımlanmamıştır. Bayık ve arkadaşlarının incelediği çalışmalarda onkoloji hemşirelerinin uzun süre sitositik ilaçları uygulamasına bağlı kanser ve karaciğer harabiyeti yaşadığı açıklanmıştır (Bayık vd., 1992: 69).

Hastanelerde iş güvenliği açısından yönetsel destek ve yaklaşımlarda yetersiz görülmüştür. Özellikle lisanüstü eğitime sahip diğer sağlık personeli ve lisans/lisanüstü eğitime sahip hemşireler bu görüşü daha fazla desteklemektedir. Ayrıca hemşirelerin yarısından biraz fazlası/ yakını hemşire sayısı ve iş yükünün fazlalığından, iş kazası ve meslek hastalığına ilişkin hastanenin sorumluluk alma ve desteğinden memnun değildir. Hekimler ve diğer sağlık personeli de öncelikle çalışma ortamının donanımı ve dizaynından memnun değildir. Oysa hasta ve iş güvenliğine yönelik tebliğ ile hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanmasına ilişkin hükümlerinin yerine getirilmesinde hastane yönetimi hukuksal ve organizasyonel açıdan yükümlü tutulmaktadır (Kaçmaz, 1999: 98, Hakeri, 2010: 55). Çünkü insanları olumsuz yönde etkileyen iş özelliklerinin bilinmesi ve bunların azaltılmaya çalışılması ya da kontrol altına alınması gereklidir ve bunlardan biride iş yükü olarak tanımlanmıştır (Tanrıverdi ve Tekel, 2010: 118). Bazı araştırmalarda iş yükünün ya da yetersiz personel sayısının (Bayık vd., 1992: 70, Khorshid ve Demir, 2006: 73) ya da hasta sayısının fazla olması (Özabacı ve Pektekin, 1992: 380) ya da iş yüküne bağlı yetersiz dinlenmenin (Alçelik vd., 2005: 56) stres, yorgunluk, halsizlik, sırt/bel ağrıları gibi fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara neden olduğu ya da sağlığı olumsuz etkilediği açıklanmıştır. İş yükünün yanı sıra olumsuz çalışma koşullarının, ergonomik olmayan ortam ve donanımın, bozuk/yetersiz malzeme, araç ve gereçlerinde çalışanlarda hastalık, davranışsal ve psikolojik bazı sorunların yanında iş doyumsuzluğuna yol açtığı belirtilmektedir (Khorsid ve Demir, 2006: 67, Bahçecik ve Öztürk, 2009: 1210, Uğurlu vd., 2010: 20). Bulgulara göre de özellikle hekimler sağlık tarama ve kayıt sistemleri başta olmak üzere, malzeme, araç ve gereç denetimini, koruyucu önlem ve kuralları, fiziksel ortam uygunluğunu daha yetersiz bulmakta, kaza ve zehirlenmelerin görüldüğünü belirtmektedir. Oysa İş Kanunu ve ilgili tüzük ve yönetmeliklerle işyerlerinde iş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesi, uygun sağlıklı ve güvenli koşulların hazırlanmasında işe giriş ve aralıklı kontrol muayenelerinin öncelikli olduğu beyan edilmektedir (Emiroğlu, 2003: 20, İş Sağlığı ve İş Güvenliği Yönetmeliği, 2003, İş Kanunu, 2003). Bayık ve arkadaşları da çalışmasında hemşirelerin düzenli sağlık kontrolünden geçirilmesi gerektiğini vurgulamıştır (Bayık, 1992: 68).

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşire ve hekimler de iş güvenliğini daha yetersiz bulmaktadırlar. Ameliyathane ve yoğun bakım ünitesi çalışma ortamlarının sorgulanmasına ilişkin bir araştırmada hekimlerin, hemşirelerin, anestezi uzmanlarının çoğunluğunun bu ünitelerde havalandırmayı yetersiz bulduğu, aydınlık ve çok sakın bulmadığı, yarısından azının hoş olmayan kokuyu duyduğu ve kalabalık bulduğu görülmektedir. Ayrıca çalışmaya katılanların bel fıtığı, varis, bacak, ayak, sırt ve baş ağrısı, hipertansiyon, hemoroit, hepatit ve tüberküloz geçirdiği, halsizlik, uyku hali ve kronik yorgunluk hissettiği, stres ve depresyon, mide şikayetleri, göz, cilt ve solunum şikayetleri yaşadığı saptanmıştır (Özyaral vd., 2005: 35-36). Bir başka çalışmada yoğun bakım hemşirelerin %10'unun hepatit B taşıyıcısı olduğu (Özabacı ve Pektekin, 1992: 384) ve yoğun bakım gibi ünitelerde hemşirelerin sık sık ağır hasta kaldırma, itme, çekme, pozisyon verme işlemlerini yerine getirdiği açıklanmıştır (Yılmaz, 2003: 32). Bu ünitelerde çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinin diğer ünitelerden farklı tutulması ve her açıdan desteklenmesi gerektiği önerilmiştir (Uğurlu vd., 2010: 25). Bu sonuç ve öneriler iş güvenliğinin bu ünitelerde sağlanmasının önemini ortaya koymaktadır.

4. SONUÇ

Ölçeğin, geçerlik ve güvenilirlik puanları yüksektir, kapsam ve yapı geçerliliği sağlanmıştır. Mesleki Hastalıklar ve Şikâyetler (F1), Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemleri (F2), Kazalar ve Zehirlenmeler (F3), Yönetsel Destek ve Yaklaşımlar (F4), Malzeme,

Araç ve Gereç Denetimi (F5), Koruyucu Önlemler ve Kurallar (F6), Fiziksel Ortam Uygunluğu (F7) başlıgında 7 alt faktörü vardır.

Sağlık personelinin hemşirelerin ve diğler sağlık personelinin çoğunluğu kadın, evli, ön lisans eğitime sahipken hekimlerin çoğunluğu erkek ve evlidir. Üç grupta orta yaşlarda ve kurumdaki iş güvenliği uygulamalarını değerlendirecek kadar mesleki ve kurumda çalışma deneyime sahiptir.

Sağlık personelinin değerlendirmelerine göre devlet hastanelerinde iş güvenliğinin sağlandığı, ancak meslek hastalıkları ve şikâyetler, yönetsel destek ve yaklaşımlar düzeyinde iş güvenliğinin yetersiz olduğu ve bu durumdan memnun olunmadığı görülmüştür. Ayrıca hekimler sağlık tarama ve kayıt sistemlerine ilişkin iş güvenliğini daha yetersiz bulmaktadır. Bununla birlikte hastanelerde iş kazası ve meslek hastalıklarının nadir görüldüğü belirtilmiştir. Ancak geçirilen iş kazası ve mesleki hastalıklara ilişkin yaklaşık her üç hemşireden biri hasta ve yakınlarından sözel şiddet gördüğünü, her dört hemşireden biri kanser hastası olduğunu açıklamıştır. Hekimler ve diğler sağlık personeli de yaklaşık aynı oranda sözel şiddet görmekte, 1/5'i uyku bozukluğu çekmektedir. Meslek hastalıkları ve yönetsel destek ve yaklaşımların yetersiz görülmesinden dolayı, öncelikle sağlık personelinin belirli aralıklarla sağlık muayenesinden geçirilmesi, kişisel sağlık bilgilerinin kayıt edilmesi, bağışıklama, ergonomik çalışma ortamının, kaliteli, sağlam araç-gereç ve malzeme teminin sağlanması ve kullanımı, periyodik aralıklarla araç-cihaz ve sistem kontrollerinin sağlanması gibi koruyucu önlemler alınmalı, uykusuzluğa neden olan çalışma saat ve düzeni iyileştirilmeli, sekiz saati geçmeyecek çalışma programları düzenlenmeli, şiddete ilişkin güvenlik tedbirleri artırılmalı, hasta ve yakınlarının şiddet gösterme nedenleri saptanmalı ve nedenlere yönelik iyileştirme yapılmalıdır. Ayrıca hastanede yönetimin inandığı, desteklediği, liderlik yaptığı hasta ve çalışan güvenliği kültür anlayışı oluşturulmalı, ilgili tebliğin esas ve usullerinin uygulanıp uygulanmadığını belirli aralıklarla denetleyecek bakanlık, il ya da hastane bünyesinde mekanizmalar oluşturulmalıdır. Yüksek oranda görülen kanser hastalığı için erken tarama, tanı ve tedavi imkânlarının yanı sıra her hangi iş kazası ya da mesleki hastalık durumunda çalışana sahip çıkılmalı, çalışan ve ailesi desteklenmelidir.

Ayrıca yoğun bakım ünitelerinde de çalışan hekim ve hemşirelerin iş güvenliğini daha yetersiz bulduğu, sağlık personelin hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tebliğinden yeterince haberdar olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle özellikle yoğun bakım birimlerinde iş güvenliğine ilişkin koruyucu önlem ve uygulamalar iyileştirilmeli, denetimler zaman kaybetmeden hızla hayata geçirilmelidir. Yoğun bakım gibi birimlerde hasta kaldırma, çekme vb. uygulamalar için talimatlar oluşturulmalı ve kullanımı sağlanmalıdır. Bu birim ve tüm hastane personelinin yararlanabileceği egzersiz, stresle başa çıkma vb., iş güvenliği ve ilgili tebliğ hakkında eğitimler düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR

Alçelik, Aytekin- Deniz, Fatih- Yeşildal, Nuray- Mayda, Atilla S.- Şerifi, Berna A. (2005), “AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi”, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, Cilt 4, No. 2, sayfa 55-65.

Aslan, Cihan- Küçükkılınç, Erkan- Tekgüz, Bahtışen- Kaya- Mustafa- İltu, Fatma- Düzen, Aylin (2009), “Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasında Kesici delici Alet Yaralanmasına Karşı Önlem Almanın Önemi”, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Harun Kırılmaz (Ed.), Turunç Matbacılık, Ankara, sayfa 34-46.

Atasoy, Ahmet ve Aksoy, Salim (2009), “Hekim Dışı Sağlık Personelinde Mesleki Risklerin Belirlenmesi”, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Harun Kırılmaz (Ed.), Turunç Matbacılık, Ankara, sayfa 110-123.

Bahçecik, Nefise ve Öztürk, Havva (2009), “The Occupational Safety and Health in Hospital from the Point of Nurses”, Colleguim Antropologicum, Vol. 33, No.4, pp. 1205-1214.

Baştuğ, Yavuz ve Kılıç, Fisun (2010), “Paşabahçe Devlet Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Çalışma Ortamında Karşılaştıkları Sağlık Sorunları ve Aldıkları Önlemler”. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Harun Kırılmaz (Ed.), Baydan Ofset, Ankara, sayfa 512-524.

Bektaş, Gülfer- İşçi, Emre- Haçıroğlu, Melisa (2005), “Tıbbi atıkların Çevre Sağlığına Etkileri ve Haseki Devlet Hastanesi ve İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü’nde Hasta Başına Düşen Tıbbi Atık Miktarının Tespiti İle İlgili Bir Araştırma”, Hastane Yönetimi, Cilt Temmuz-Ağustos-Eylül, sayfa 24-31.

Bayık, Ayla- Erefe, İnci- Özsoy, Süheyla A. (1990), “Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Koruyucu Sağlık Davranışları, Sağlık Sorunları Ve Karşılaştıkları Mesleki Riskler”, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, sayfa 63-74.

Dindar, İlknur- İşsever, Halim- Özen, Menşure (2004), Edirne Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerde İş İle İlgili Rahatsızlıklar ve Konulan Tanılar, Hemşirelik Forumu Dergisi, Cilt 7, No. 1, sayfa 59-63.

Bi, P- Tully, Phillip J- Pearce, S- Hiller, Janet E (2006), “Occupational Blood and Body Fluid Exposure in An Australian Teaching Hospital”, Epidemiology Infection, Vol. 134, 465-471.

Clarke, Sean P- Schubert, Maria- Korner, Thorsten (2007), “Sharp-Device Injuries to Hospital Staff Nurses in 4 Countries”, Infection Control & Hospital Epidemiology, Vol. 28, No. 4, pp. 473-478.

Dindar, İlknur- İşsever, Halim- Özen, Menşure (2005), “Edirne Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerde Travmalar ve İş Doyumu”, Hemşirelik Forumu Dergisi, Cilt Temmuz-Ağustos, sayfa 18-23.

Dizdar, Ercümant (2002), İş Güvenliği, ABP Yayınevi & Matbaacılık, Trabzon.

Emiroğlu, Celal (2003), “Türkiye’de Kamu Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği”, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Cilt Ocak-Şubat-Mart, sayfa 14-22.

Ergör, Alp- Kılıç, Bülent- Gürpınar, Erol (2003), “Sağlık Ocaklarında İş Riskleri”, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Cilt 16, sayfa 44-50.

Hahn, Sabine- Müller, Marianne- Needham, Ian- Dassen, Theo- Kok, Gerjo- Halfens, Ruud JG. (2010), “Factors Associated with Patient and Visitor Violence Experienced by Nurses in General Hospitals in Switzerland: A Cross-Sectional Survey”, Journal of Clinical Nursing, Vol. 19, pp. 3535-3546.

Hakeri, Hakan (2010), “Sağlık Çalışanı Güvenliği ve Hukuksal Sorumluluk”, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Cilt Ocak, No. 1, sayfa 53-59.

Kaçmaz, Nazmiye (1999), “2000 Yılında Herkese Sağlık İçin Çalışma Çevresinin İyileştirilmesi”, Hemşirelik Bülteni, Cilt 12, No. 45, sayfa 97-106.

Kaynak, Tuğray- Adal, Zeki- Ataay, İsmail- Uyargil, Cavide- Sadullah, Ömer- Acar Ahmet C. vd. (1998), İnsan Kaynakları Yönetimi, Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri, İstanbul.

Khorshid, Leyla ve Demir, Yurdanur (2006), “Ergonomi ve Hemşirelik”, Hastane Yönetimi, Cilt 10, No. 1, sayfa 67-75.

Owens, Judith A. (2007), “Sleep Loss and Fatigue in Healthcare Professional”, Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, Vol. 21, No. 2, April-June, pp. 92-100.

Özyaral, Oğuz- Akyurt, Nuran- Keskin, Yaşar- Bolol, Nurper (2005), “Ameliyathane ve Yoğun Bakım Ünitesi Çalışanlarının Hasta-Hastane Sendromu Açısından Çalışma Ortamlarının Sorgulanması”, Hastane Yönetimi, Cilt Temmuz-Eylül, sayfa 32-39.

Özabacı, Nihal ve Pektekin, Çaylan (1992). “Hemşirelerde Çalışma Koşullarına Bağlı Olarak Oluşan Fiziksel, Ruhsal, Sosyal Sorunlar ve Nedenleri”, II. Ulusal Hemşirelik Kongreleri Bildirileri, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, sayfa 377-385.

Rios, Katia A.- Barbosa, Dulce A., Belasco, Angelia G.S. (2010), “Evaluation of Quality of Life and Depression in Nursing Technicians and Nursing Asistants”, Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 18, No.3, pp.413-420.

Sabuncuoğlu, Zeyyat (2000), İnsan Kaynakları Yönetimi, Ezgi Kitabevi, Bursa.
Tanrıverdi, Haluk ve Teker, Çiğdem (2010), “Eğitim Hastanelerinde Asistan Doktorların Klinik İş Yükleri Bakımından performans Ölçütlerinin Karşılaştırılması”, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Cilt Ocak, No. 1, sayfa 114-136.

Töz I., Gidener- Sedef- Ergör, A- Demiral, Y- Baydur, Hakan (2007). “Hastane İşletmelerinde Çalışan Sağlığı Örgütlenmesi ve Bir Uygulama Modeli”, V. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi Bilimsel Kitabı, Sağlık Yöneticileri Derneği, İstanbul, sayfa 98-101.

Uğurlu, Nezihe- Yılmaz, Burcu- Karabacak, Fatma (2010), “İki Farklı hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki Risk Faktörlerinin Belirlenmesi”, İ.Ü. F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt 18, No. 1, sayfa 19-25.

Yılmaz, Medine (2003), “Hemşirelerde Çalışma Koşullarından Kaynaklanan Sırt/Bel Ağrıları ve Koruma Önlemleri”, Sağlık ve Toplum, Cilt 13, No.3, sayfa 30-36

Waehrer, Geetha- Leigh Paul J.- Miller, Todd R. (2005), “Cost of Occupational Injury and Illness Within The Health Services Sector”, International Journal of Health Services, Cilt 35, No.2, pp. 343-359.

Zontek, Tracy L. (2006), “Factors Contributing to Occupational Injuries in Direct Care Workers”, A Dissertation of PhD in The University of Nebraska, Lincoln/Nebraska.

4857 sayılı İş Kanunu”, Resmi Gazete, 10 Haziran 2003, Sayı 25134.

“İş Sağlığı ve İş Güvenliği Yönetmeliği”, Resmi Gazete, 09 Aralık 2003, sayı 25311.

“Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”, Resmi Gazete, 29 Nisan 2009, sayı 27214.

HASTA BAKIM HİZMETLERİNİN KALİTESİNİN GELİŞTİRİLMESİNDE KANITA DAYALI UYGULAMANIN ROLÜ

Ümit ATMAN¹

Özet

Son yıllarda, önemi giderek artan kanıta dayalı tıp (KDT), pratik anlamda birbirinden farklı hastalarda, elde edilen sistemik bulguların, hekimin klinik tecrübeleri ve bilgileri ile birarada değerlendirilerek, en uygun kararlara varılabilmesidir. Tıbbi müdahalelerin yalnızca %15'inin kanıta dayalı olduğu saptanmıştır. Artan talep, yeni teknolojik gelişmeler, malpraktis yasaları, bilgi ve bilgi kaynaklarının hızla artışı hekimleri kanıta dayalı uygulamaya yönlendirmiştir. KDT'nin belki de en güncel uygulanabileceği alanlardan biri hasta bakım hizmetleridir. Kanıta dayalı uygulama(KDU); bakım verilen alanlardaki uygun kaynakları, hasta tercihlerini, klinik uzman görüşü ve bilimsel araştırmalardan elde edilen kanıtları hastalara en iyi bakım hizmetini vermek için bir araya getirme olarak tanımlanmaktadır.

Bu makalede, KDU kavramı ve ortaya çıkma süreci, kanıta dayalı uygulama için gerekli kanıtları elde etme yolları, kanıtın derecesi ve buna nasıl karar verileceği konuları ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kanıta dayalı uygulama, Kanıta dayalı tıp, hasta bakımı

Abstract

Evidence based medicine (EBM) means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research. In recent years, it became the focus for improving healthcare. It's estimated that only 15% of medical interventions is evidence based. Increasing demand, new technological developments, malpractice legislations, a very speed increase in knowledge and knowledge sources push the physicians forward for EBM. One of the most significant areas of medicine in which EBM can be utilised effectively is perhaps the area of patient care services. Evidence based practice(EBP) for giving the best care to patients is defined as bringing together suitable sources, patient preferences, clinical expertise and evidence from scientific research.

In this article, it was discussed the concept of EBP, the process of it's emergence, the way of obtaining evidence to achieve EBP, and how to decide the degree of evidence.

Keywords: Evidence based practice, Evidence based medicine, patient care

1.GİRİŞ

Günümüzde teknolojiadaki hızlı ilerlemeler, sağlık hizmeti sunanların tanı ve tedavilerini etkilemekte, bakım planlarını ve tıbbi uygulamalarını yeniden gözden geçirmelerini zorunlu kılmaktadır. Bu durumun doğal sonucu olarak; hasta bakım hizmetlerinin verimli ve kaliteli bir biçimde sunulması çalışmalarıöne çıkmıştır. Bu kapsamda “kanıta dayalı uygulamalar (KDU)”, üzerinde en fazla konuşulan konulardan biri haline gelmiştir. Aslında kanıta dayalı tıp (KDT) ve kanıta dayalı uygulama konusu, yeni bir kavram olmayıp, geçmişi oldukça eskidir. KDU, 1970 lerde ingiliz hekim epidemiyolog olan Archie Cochrane'nin sağlık bakım kararlarının bireysel görüşlere ya da deneyimlere göre değil kanıta dayalı olmasına dikkat çekmesi ile başlamış olup, ilk kez 1992 yılında

¹ Uzm.Dr., Manisa İl Sağlık Müdürlüğü, umitatman@hotmail.com

Kanada’da McMaster Üniversitesinde tıp fakültesi öğrencilerinin eğitiminde kullanılmış ve Gordon Guyat tarafından “kanıta dayalı tıp” terimi ile ifade edilmiştir (Yılmaz:2005;42).

KDU’nın amacı, hastalara mevcut kaynaklarla etkili sağlık bakımı vermektir. KDU’da hastalara farklı tedavi seçenekleri ile bu seçeneklerin yararları ve riskleri ile ilgili kanıta dayalı açık bilgi verilerek hastaların bu yolla uygun bir seçim yapmalarına olanak sağlanır. Kanıta dayalı uygulamanın özünde hastalara inisiyatif vermek ve otonomilerini artırmak yer alır (Colyer ve Kamath 1999:190).

Sağlık işletmeciliği bilgi temeline dayanan bir sektör olduğundan, sağlık hizmetleri faaliyetleri ile ilgili işlemlerin her aşamasında gereksinim duyulan KDU varlığı günümüz koşullarında kaçınılmaz hale gelmiştir. Sağlık sistemlerinin giderek büyümesinin ve karmaşık hale gelmesinin yanında, kurumların artan kaliteli hizmet verme çabaları, hastaların artan beklentileri, sağlık harcamalarının artışı ve yükselen maliyetler hasta bakım hizmetlerinde kanıta dayalı uygulamaların kullanılması yönünde etkili olmaktadır. Aynı zamanda hizmet sunumundan kaynaklanan sıkıntılar, insan sağlığını etkileyen tıbbi hataların ortaya çıkması, hasta bakım hizmetlerinde KDU kavramının önemini ortaya koymaktadır.

2. KANITA DAYALI TIP VE KANITA DAYALI UYGULAMA NEDİR?

Kanıta Dayalı Tıp; hasta bakımı ile ilgili kararlarda elde edilen en iyi kanıtın özenli, açık ve doğru bir şekilde kullanılmasıdır.

Kanıta dayalı uygulama kavramı ise, yalnızca hekimlerin çalışmalarına yönelik olmayıp, ekip içindeki tüm disiplinlerin biraraya gelmesini vurgulamaktadır. Sistematik araştırmalarda elde edilen en iyi kanıtların, klinik deneyimlerle entegre edilmesi anlamına gelmektedir (Sackett vd., 1996: 71).

Hasta bakım hizmetlerinde KDU; belli bir konuda araştırma sonuçlarının seçilmesi, sentezlenmesi ve bu sonuçların hasta bakım hizmetlerindeki uygulama kararları için hazırlanmasıdır. Amaç, araştırma sonuçları ile uygulama arasındaki uçurumu kapatmaktır. Bu doğrultuda, hastalara en iyi bakımı sunabilmek için; uygun kaynakları, hasta tercihlerini, klinik uzman görüşünü ve bilimsel araştırmalardan elde edilen eksternal klinik kanıtları biraraya getirmek esas olmalıdır.

2.1.Eksternal Klinik Kanıt Ve Klinik Uzman Nedir?

Hasta merkezli, bilimsel araştırmalardan elde edilmiş kanıt; eksternal klinik kanıt anlamında kullanılmakta, önceki sağlık bakım uygulamalarını geçersiz kıldığı, daha etkili ve yeterli olduğu için; önceki girişimlerin yerine geçmektedir.

Klinik Uzman kavramı ise, profesyonel ve klinik eğitimi sonucu elde ettiği yeterlilik ve profesyonel karar verme yetisi olan kişi anlamında kullanılır. Klinik uzman, özellikle problemin belirlenmesinde ve klinik kararların verilmesinde hasta hak ve tercihlerinin dikkate alınmasını, hizmet standartlarının düzenlenmesini, uygulanmasını, hasta ve uygulayıcılar arasında iletişim kurarak karar verilmesini sağlar (Closs ve Cheater, 1999:16; Colyer, Kamath 1999:190). Ancak klinik uzmanların, genellikle kanıt yerine kendi deneyimlerine dayalı bilgilerin doğru olduğuna inanma eğilimleri de vardır (Pape, 2003: 71). Oysa doğru olan, klinisyenlerin ve hasta bakım hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanlarının, hem klinik deneyimlerini hem de elde ettiği en iyi eksternal kanıtı kullanmasıdır. Günümüzde kanıta dayalı uygulamaların sağlık hizmetlerinde kullanılma düzeyi, çok da ümit verici değildir. Bunun başlıca nedeni, sağlık çalışanlarının kanıta dayalı uygulamalarla ilgili olumlu görüşe sahip olmalarına karşın, pek çok kanıtı uygulamalarına yansıtmamalarıdır. Genel hatları ile bakacak olursak,

Kanıtı Dayalı Uygulama;

- Problem odaklıdır ve bakım hizmetinin verildiği alanlarda yer alır,
- Uygulayıcının becerisi ile araştırmayı birleştirerek, en iyi kanıt ortaya koymayı sağlar,
- Araştırma bulgularının uygulanmasını kolaylaştırır,
- Hizmetin kalitesi ile ilişkilidir ve bir kalite güvenliği aktivitesidir,
- Eylemin ekip bağlılığı ve işbirliği içinde gerçekleştirilmesini gerektirir,
- Maliyet etkilidir (Yılmaz;2005:43).

Kanıtı Dayalı Uygulama süreci; Bu beş (5) aşamalı bir süreç olarak ele alınır;

- Öncelikle hasta bakımını ilgilendiren konulara yönelik klinik sorular oluşturulur.
- Bu sorulara yanıt oluşturacak kanıtları belirlemek için sistematik araştırma yapılır.
- Araştırmalar yoluyla elde edilen kanıt geçerlik, güvenilirlik ve uygulanabilirlik açısından eleştirel olarak değerlendirilir.
- Belirlenen en iyi kanıt, klinik uzman, kaynaklar ve hasta açısından değerlendirilerek klinik uygulamada kullanılır.
- Elde edilen klinik başarı değerlendirilir (Colyer, Kamath:1999;188).

Kanıtı dayalı uygulamada, neyin kanıt kabul edileceği ve kullanılış şekli çok önemlidir. Araştırma sonuçları, evrensel olarak en iyi kanıt kaynağı olarak görülse de; bu konuda yapılan sistematik incelemeler, klinik rehberler ve protokoller de gözardı edilmemelidir. Bütün bu veriler, klinik uzman görüşleri ile birleştirildiğinde hasta bakım hizmetlerinde kullanılacak, kanıtlar elde edilmiş olacaktır.

2.3. En İyi Kanıt Nedir?

Kanıtı dayalı uygulamalarda en iyi kanıtın ne olduğuna karar verilmesi en zor konulardan biridir. Çünkü en iyi kanıt, daima uygulaması en ideal kanıt olmayabilir. Ayrıca belirli bir durum için en iyi olan kanıt tipi, bir diğer durum için uygun olmayabilir (Towler: 2001;44).

En iyi kanıt bilimsel araştırmalardan elde edildiğine göre, hasta bakım hizmetlerinin araştırma temeline dayandırılması gerekir. Ancak bilindiği gibi, araştırmaların kalitesi ve uygunluğu çeşitlidir. En iyi kanıt yüksek kaliteli çalışmalardır. Günümüzde en iyi kanıt niteliksel ya da niceliksel araştırmalardan hangisinin sağladığına ilişkin tartışmalar halen devam etmektedir. Bu nedenle araştırmaların gücünün anlaşılması şarttır. Muir Gray, 1997 yılında kanıtın gücünü beş kategoride sınıflandırmıştır. Bu sınıflamaya göre; en güçlü kanıt için, iyi tasarlanmış randomize kontrollü çalışmalarla (RKÇ) yapılan, en az bir

sistematiik inceleme gerekmektedir. Uygulamalarda girişimin etkililiğini değerlendirmede, en iyi araştırma tasarımınnın RKÇ olduğu kabul edilmektedir. Yarı deneysel ve deneysel olmayan ve daha az kontrollü olan çalışmalar, daha zayıf tasarımlar olarak kabul görmekte, kanıt düzeyleri listesinde kalitatif çalışmalara hiç yer verilmemektedir (Estabrooks, 1999:275). Kanıt düzeyi değerlendirme sınıflamalarına örnek olarak Joanna Briggs Merkezi tarafından kabul edilen sınıflandırma ve Stetler'in kanıt gücü sınıflaması **Tablo 1**'de verilmiştir. Stetler ve arkadaşlarının 1998 yılında uyarladıkları bu kanıt şeması, hasta bakım hizmetleri ile ilgili araştırmaların özellikleri ile uyumludur. Bu tabloda en güçlü kanıt "Düzyey I" olarak gösterilmekte, düzeyin kalitesi A'dan D'ye doğru derecelendirilmektedir. Her düzey için, kalite düzeyi D olduğunda (araştırma sonuçlarının güvenilirliği konusunda kuşku varsa) bu çalışma otomatik olarak incelemeden çıkarılmaktadır. Kalitatif çalışmalar düşük düzeyde de olsa, kanıt olarak kabul edilmiştir. Hasta bakım hizmetleri ve tıp kanıt düzeyi sınıflandırmalarındaki bu farklılık, araştırma konuları ve tasarımlarındaki farklılıklarla ilgilidir.

Tablo 1. Hasta Bakım Hizmetlerinde(Tıp ve Hemşirelik) Kanıt Düzyeyi Sınıflamaları

Tıpta kanıt düzeyleri sınıflaması (Muir Gray,1997)	
Düzyey	Kanıt Tipi
I.	İyi tasarlanmış RKÇ lardan yapılmış en az bir sistematiik incelemelerden elde edilen güçlü kanıtlar
II.	İyi tasarlanmış ve uygun büyüklükte en az bir RKÇ'dan elde edilen güçlü kanıtlar
III.	İyi tasarlanmış randomize olmayan, tek gruplu pre-post değerlendirmeli, kohort, zaman serileri ve vaka kontrol çalışmalarından elde edilen kanıtlar
IV.	İyi tasarlanmış, birden fazla araştırma merkezi grubu tarafından yapılmış deneysel olmayan tasarımlardan elde edilen kanıtlar
V.	Saygın otoritelerin görüşlerine, klinik kanıtlara uzanan komitelerin tanımlayıcı çalışmalarına dayalı kanıtlar
Hemşirelikte kanıt düzeyi sınıflamaları „Joanna Briggs Enstitüsü kanıt düzeyi sınıflaması (Joanna Briggs, 2003)	
Düzyey	Kanıt Tipi
I.	RKÇ'larla yapılmış sistematiik incelemelerden elde edilen kanıtlar
II.	En az bir, iyi tasarlanmış, RKÇ'dan elde edilen kanıt
III.1	Randomize olmayan iyi tasarlanmış kontrollü çalışmalardan elde edilen kanıtlar
III.2	Birden fazla merkez/grup tarafından yapılmış, iyi tasarlanmış kohort ya da vaka –kontrol çalışmalarından elde edilen kanıt
III.3	Girişimli ya da girişimsiz çoklu zaman serilerinden elde edilen kanıt. Kontrolsüz deneysel çalışmaların etkileyici sonuçları
IV.	Klinik deneyimlere dayalı, saygın otoritelerin görüşleri, tanımlayıcı çalışmalar ya da uzman komite raporları
Stetler'in (1998b) kanıt düzeyi ve kalitesi sınıflaması	
Düzyey- Kalite	Kanıt Kaynağı
I (A-D)	Kontrollü çalışmalarla meta – analiz
II (A-D)	Deneysel çalışma
III (A-D)	Yarı- deneysel çalışma
IV(A-D)	Deneysel olmayan çalışma(tamamlayıcı, kalitatif, vaka çalışmaları)

V (A-D)	Sistematik olarak elde edilmiş kalite iyileştirme programı sonuçları ya da vaka raporu verileri
VI(A-D)	Ulusal olarak tanınmış otoritelerin deneyimlerine dayalı görüşleri, uzman komite görüşleri, araştırmaya dayalı olmayan görüşler, resmi görüşler

Tıpta kanıta dayalı uygulamaların, randomize kontrollü çalışmalar ve metaanalizlerle sınırlı olmadığı vurgulanmakla birlikte, bilimsel kanıt sınıflamasında birinci düzey kanıt RKÇ'larla sınırlandırılmış ve "altın standart" olarak kabul edilmiştir (Sacket et al,1996:72). Randomize kontrollü çalışmalar, sistematik incelemeler ve meta-analizler kanıta dayalı uygulamada "altın standart" olarak, hasta bakım hizmetlerinde kullanılmasına karşın, bilginin hızlı artışı, elektronik veri tabanları, klinik rehberlerin çeşitliliği nedeniyle "elde edilebilir en iyi kanıt nedir? " sorusu henüz tam olarak yanıtlanabilmiş değildir. Bu durumda; uygulama olanaklarını değerlendirmede RKÇ'lar organizasyon, sonuç ölçümleri yada eğitim programları gibi, girişimi destekleyen aktivitelerin belirlenmesi için de kullanılabilmekte, uygulama üzerinde organizasyon kültürünün etkisini belirleyen gözlemsel ve yorumlayıcı çalışmalar geçerli en iyi kanıtı sağlayabilmektedir.

Tanımlayıcı çalışmalarda zaman zaman uygulama olanakları ile ilgili bilgi sağlayabilir ancak, bu yöntemle elde edilen kanıt deneysel, gözlemsel ve yorumlayıcı araştırmalardan elde edilen bilgilere göre daha düşük düzeyde sıralanmaktadır. Bu hiyerarşiye göre elde edilen kanıt; araştırma tiplerinin geçerliliği ve güvenilirliğini göstermek amacıyla, mükemmel, iyi, orta ve yetersiz olarak değerlendirilmektedir:

Mükemmel Kanıt; klinik uygulama için güçlü bilimsel bilgi sağlar. Bu kanıt uygulama rehberleri oluşturmak ve klinik öneriler getirmek için önemlidir.

İyi kanıt; klinik uygulama için sağlam bir temel sağlar ve hata riski düşüktür. Ancak kanıt tek bir çalışmadan elde edilmiş olabilir. Bu nedenle araştırmanın tekrarlanması gerekir.

Orta kanıt; hata riski değişken olacağından, klinik uygulama için güçlü bir kanıt sağlamaz. Ancak bu çalışmalar girişimin, başlangıç aşamasının incelemesine ve böylece araştırma önceliklerinin belirlenmesine yardım eder.

Yetersiz kanıt; ciddi hata riski vardır. Klinik uygulama için yetersiz kanıt sağlar.

Bu bilgiler doğrultusunda ve bu hiyerarşi kapsamında "altın standart" terimi iki şekilde yorumlanmaktadır. Bu yorumlardan biri, son on yıl içinde standart deyimi daha genel olarak girişimin etkinliğinin değerlendirildiği RKÇ'ler için kullanılmıştır. Ancak etkililiğin dışındaki konularla ilgili sorulara/sorunlara yanıt bulmak için farklı yöntemler gerekmektedir.

Diğer bir yorum ise; hiyerarşik yapı "standart" kelimesinin ne olduğunu açıklamaktadır. Bu açıklama ile "altın standart" kavramı araştırma düzenlemesinin ötesine geçmekte ve bir girişimin üç boyutunun değerlendirmesini içermektedir. Bu şekildeki değerlendirmenin sonucunda elde edilen kanıtın hastalar için uygun, sorunu çözmede etkili ve uygulanabilmesi için kaynakların var olduğu anlaşılmaktadır. Kanıt, yalnızca bu üç boyutun tümü için uygun olduğunda "altın standart" olarak değerlendirilebilir şeklindedir (Evans, 2003:78).

3. KANITA DAYALI UYGULAMA KAYNAKLARI

Hasta bakım hizmeti sunan kurumlar ve sağlık çalışanları kendi kanıta dayalı uygulamalarını geliştirebilecekleri gibi başkalarının oluşturduğu kanıtları da kullanabilirler. KDU geliştirmek için ilgili makalelerin bulunması, okunması ve eleştirel olarak değerlendirilmesi, sonuçların sentezlenmesi ve yorumu zaman alıcı bir süreçtir. Ayrıca araştırmaların doğru değerlendirilmesi için araştırma yöntemleri ve veri analizi konularında uzmanlık gerekir. Benzer kurumların ve hasta bakım hizmeti sunanların, uzmanların geliştirdiği kanıta dayalı uygulamaları kullanımı zaman ve enerji kaybını önler. Bu süreçte, uygulamadan önce KDU'nın kalitesini değerlendirmek de çok önemlidir. Bu adım, kanıt rehberinin oluşturulma aşamasını, kullanılan kanıtın miktarı ve tipini, incelemenin nesnellliğini ve uygulanabilirliğini değerlendirmeyi içerir (Youngblut ve Brooten.2001:469).

3.1. Kanıta Dayalı Uygulama Rehberleri

Rehberler, elde edilebilen en iyi kanıtlardan yapılan bir sentezle hazırlanır ve kanıta dayalı uygulamanın gerçekleştirilmesine yardımcı olur. Yüksek kaliteli KDU rehberleri iyi düzenlenmiş sistematik incelemelere ve meta –analizlere dayalı olarak hazırlanmıştır (Ciliska vd., 2001:4). Rehberin oluşumunda temel olan çalışmalar, bilimsel olarak yeterlidir, hakem değerlendirmesi yapılmış ve bilimsel değeri kabul edilmiştir. KDU rehberleri, hasta bakım hizmetleri uygulamaları için geçerli ve test edilmiş araçlardır (McPheeters, 1999:99). Rehberler, bakım protokolleri ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır.

4. SONUÇ

Günümüzde Kanıta dayalı tıp ve uygulamaların ilgi görmesinin en önemli nedenlerinin başında hastalara maliyet etkili ve kaliteli hasta bakım hizmeti sunma gereksiniminin ve talebinin artması gelmektedir. Bununla birlikte sektörde artan rekabet de bu ilgiyi desteklemektedir. Kanıta dayalı uygulamaların yaşama geçirilebilmesi için, öncelikle hasta bakım hizmetinde çalışan sağlık personelinde (hekim, hemşire...) araştırmaları eleştirel olarak değerlendirme becerisinin geliştirilmesine ve uygulamalarını bilimsel-bilgiye dayandırma kültürünün oluşturulmasına gereksinim vardır. Araştırmacılar, hizmet alan ve veren grupların gereksinimlerine uygun araştırmalar yapmalı ve sonuçlarını paylaşma yöntemleri geliştirmelidir. Kaliteli ve etkin hizmet sunumu için en iyi kanıtları oluşturmak üzere uygulayıcı ve araştırmacıların etkili işbirliği yollarını bulmaları gerekmektedir.

Ortak amaç; bakımın daha etkili sunumu olmalıdır. Sözü edilen işbirliği sağlandığında, kanıta dayalı uygulamalarla ilgili engellerin aşılmasında kolaylaşacaktır. Bu iş ve güç birliği yaklaşımıyla tüm sağlık çalışanlarının kanıta dayalı bakım sürecinde yerlerini almaları ve karar mekanizmalarına katılmaları da kolaylaşacaktır. Kanıta dayalı uygulamada karşımıza çıkan engeller düşünüldüğünde; sağlık kurumlarının liderlerine de büyük iş düştüğü görülmektedir. Bu uygulamalarının öğrenimi ve projeler geliştirilmesine fırsat sağlayacak biçimde düzenlemeler yapılmasına gereksinim vardır. Bilgiyi üreten grupların ise bilginin bilimsel değeri ve kullanımı konusunda daha fazla sorumluluk alması gerekmektedir. Bütün bunların kurum liderince desteklenmesi ve çalışanların motivasyonu çok önemlidir.

Pape'in (2003:156) vurguladığı gibi Kanıta dayalı uygulama, araştırma, eğitim ve profesyonel gelişim süreçlerini entegre eder. Kanıta dayalı hasta bakım uygulamalarının

bu süreçleri aynı zamanda geliştireceği de unutulmamalı ve profesyonelleşme sürecinin hızlandırma fırsatı olarak değerlendirilmelidir.

Kanıtı dayalı uygulamaları hasta bakım hizmetlerinde kullanmak zor ancak imkansız değildir. Bunu başarmada da ekip çalışmasının ve vizyoner özellikleri gelişmiş bir liderin rolü büyüktür.

KAYNAKLAR

Ciliska, D.K. et al. (2001), "Resources to Enhance Evidence-based Nursing Practice", AACN, Volume:12 (4), pp. 520-528.

Closs, S.J., Cheater, F.M. (1999), "Evidence for Nursing Practice: A Clarification of the Issues. Journal of Advanced Nursing, Volume:30(1), pp.10-18.

Colyer, H., Kamath, P. (1999), "Evidence Based Practice. A philosophical and political analysis: some matters for consideration by professional practitioners", Journal of Advanced Nursing, Volume:29(1), pp.188-193.

Cullum, N.(1997), "Identification and Analysis of Randomised Controlled Trials in Nursing: a Preliminary Study", Quality in Health Care, Volume:6, pp.2-6.

Estabrooks, C.A. (1999), "Will Evidence Based Nursing Practice make practice perfect?" Canadian Journal of Nursing Research, Volume :30(4), pp.273-294.

Evans, D. (2003), "Hierarchy of Evidence: A Framework for Ranking Evidence evaluating healthcare intervention", Journal of Clinical Nursing, Volume:12(1), pp.77-83.

Joanna Briggs Institute (2003) www.joannabriggs.edu.au/about.html

McPheeters, M., Lorhr, K.N. (1999), "Evidence- Based Practice and Nursing", Commentary Outcomes Management for Nursing Practice, Volume:3(3), pp.99-101.

Muir Gray, J.A. (1997), "Evidence-Based Healthcare", Churchill Livingstone, Edinburgh

Pape, T.M. (2003) "Evidence- Based Nursing Practice to Infinity and Beyond", The Journal of Continuing Education in Nursing, Volume:34(4), pp.154-161.

Sacket, D.L., Rosenberg, W.M.C.(1996)," Evidence Based Medicine: What it is and what it isn't", BMJ, Volume:312, pp.71-72.

Stetler, C.B., Morsi, D., Rucki, S.et al. (1998b), "Utilization- Focused Integrative Reviews in a Nursing Service", Applied Nursing Research, Volume:11(4), pp.195-206.

Towler, J. (2001), "Influencing Clinical Practice: Evidence- Based Wound Care", British Journal of Nursing, Volume:10(11), pp.44-56.

Yılmaz, M. (2005). "Hemşirelik bakım hizmetlerinin kalitesini geliştirme yolu olarak kanıtı dayalı uygulama" Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Volume: 9(1).

Youngblut, J.M., Broton, D. (2001), "Evidence- Based Nursing Practice:Why is it important", AACN, Volume:12(4), pp.468-476.

HASTANELERDE NÜKLEER BİYOLOJİK KİMYASAL ATAĞINDA ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMALARINA BAKIŞ

Hacer CANATAN SOYDAN¹

Özet

Bu çalışmanın amacı, hastanelerde NBC(Nükleer Biyolojik Kimyasal) atağında verilecek sağlık hizmetleri ve uygulamalarının önemini ortaya koymaktır.

Muhtemel bir savaşta veya terörist eylemde nükleer, biyolojik ve kimyasal silahların kullanılma riski gündemde sürekli yer almaktadır. Türkiye Coğrafik konumu itibari ile NBC Silahlarına maruz kalma olasılığı yüksek ülkelerdendir. Önümüzdeki yıllarda daha da artması beklenen bu tehdide karşı hazırlıklarımızı arttırmak hepimize düşen bir görevdir. Şüphesiz NBC savunmasında başarılı olmanın önemli bir ön şartı yeterli donanıma sahip olmaktır. Fakat yeterince eğitilmiş personelin bulunmaması, gerekli planlamaların yapılmamış olması, bildirim sistemlerinin hazır bulunmaması halinde sahip olunan donanımın mükemmelliği kurtarıcı olmayacaktır.

Bir NBC atak sonrası, hastanelere olay yerinden beklenenin üzerinde yaralının tahliye edilmesi kaçınılmazdır. Bu aşırı hasta akınına karşı hastaneler aksiyon planlarını tatbik etmeli, bu konuda tecrübe ve bilgi birikimine sahip sağlık personelinin uygulayacağı hasta müdahalesini gerçekleştirmelidirler. Kimyasal bir tehdide karşı hastanelerde “Dekontaminasyon ve Acil Bakım Üniteleri” oluşturulmalı, kimyasal silah yaralıları bu bölgelerde dekontamine edilmeli ve ilgili kliniklere sevk edilmeden önce durumları stabilize edilmelidir

1983 yılında Ankara’da GATA (Gülhane Askeri Tıp Akademisi) ‘da NBC Bölümü kurulmuştur, bu bölüm Türk Silahlı Kuvvetleri ve sivillere NBC eğitimi vermektedir.

Anahtar Kelimeler: NBC, Hasta Güvenliği, Çalışan güvenliği

Abstract

The aim of this work is to put importance of health services and practises in hospitals in NBC(Nuclear Biological Chemical) attacks.

The risk of using nuclear, biological or chemical weapons in a possible war or terrorist action always being on the agenda. Turkey is one of the countries that is subject to be attacked with NBC weapons because of it’s geographical place. Increasing preparations for this threat which will increase in the years ahead is our main duty. Naturally, the precondition of being successful in NBC defense is having enough equipment. But

¹GATA H.Paşa Eğt.Hst , hacersoydan20@hotmail.com

excellence of the equipment will not be rescuer unless having enough educated personnel, making necessary plans and keeping ready information systems.

After an NBC attack, it is unavoidable to evacuate injured people more than expected from event place to hospitals. Hospitals should apply their action plans for this excessive patient raid and health personnel who have experience and knowledge at this issue should implement intervention. “Decontamination and Emergency Care Units” should be established in the hospitals for a chemical threat and chemical weapon injurers should be decontaminated and stabilized before forwarding to related clinics at these places.

In 1983, NBC department has been established at Ankara GATA (Gülhane Askeri Tıp Akademisi,. The department gives NBC education to Turkish Armed Forces and civil people.

Keywords: NBC, Patient Security, Employee Security

1.GİRİŞ

1.1. Amaç

Bu çalışmada Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer (KBRN) Terörizm konusu ile ilgili ataklar meydana geldiğinde hastanelerimizde kazazedelere tıbbi yaklaşımlar ve tedavi prensiplerinin neler olacağı tartışılmaktadır.

1.2.  nemi

Terörist faaliyetler ulusal, etnik, politik, dini, ekonomik, ekolojik, cinsel, ideolojik ve elektronik gibi pek çok alanda ger ekleştirilebilmekle birlikte özellikle kitlesel ölümlerle sonuçlanması açısından KBRN Terörizm konusu öncelik arz etmektedir.

Sağlık personelinin NBC savunmasının her basamağında, olay yerinde, laboratuvarlarda, hastahanelerde önemli görevleri bulunmaktadır. Bu silahlar ile yapılacak herhangi bir saldırıya karşı önceden hazırlıklı olmak, tehlike anında bir çok hayatın kurtarılmasını temin edecektir.

şüphesiz KBRN savunmasında başarılı olmanın önemli bir ön şartı yeterli donanımına sahip olmaktır. Fakat yeterince eğitimli personelin bulunmaması, gerekli planlamaların yapılmamış olması, bildirim sistemlerinin hazır bulunmaması halinde sahip olunan donanımın mükemmelliği kurtarıcı olmayacaktır. Yapısı itibarı ile işbirliğine çok ihtiyaç duyulan KBRN savunmasında bilgilerin paylaşılmaması emek ve para israfını da yanında getirecektir.

2. İLK NÜKLEER SİLAH DENEMELERİ

Yeryüzündeki ilk nükleer silah denemesi ABD tarafından Alamogordo - New Mexico’da, 16 Temmuz 1945 tarihinde “Trinity” kod ismi ile gerçekleştirilmiştir. SSCB ise ilk

nükleer silah denemesini 29 Ağustos 1949 tarihinde Semipalatinsk - Kazakistan'da "First Lightning" kod ismi altında gerçekleştirmiştir.

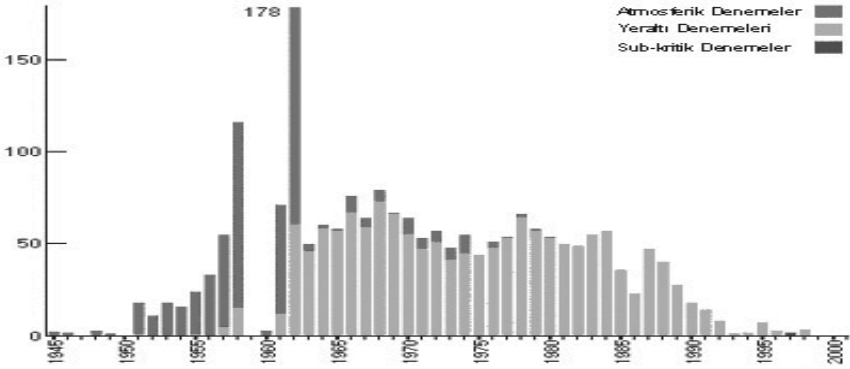
1952 de İngiltere, 1960 da Fransa, 1964 de Çin, 1974 de Hindistan ve 1998 de Pakistan ilk nükleer silah denemelerini gerçekleştirmiştir. 1945 yılından itibaren nükleer silah denemelerinin yıllara olan dağılımı Şekil-1 de, gösterilmiştir.

Şekil-1 de 1945 den itibaren ilk yıllarda atmosferik denemelerin yoğunlukta olduğu ancak geçen süreç içerisinde çevreye ve toplum sağlığına olan etkilerinin ortaya çıkması ve kamuoyu tepkilerinin sonucunda yer altı denemelerinin ağırlık kazandığı dikkati çekmektedir. Yine aynı tablodan 1960-70 li yıllarda pik yapan ve daha sonra bir plato çizen nükleer denemelerin soğuk savaşın en yoğun olduğu dönem ile örtüştüğü, Sovyetler Birliği'nin dağılmasından sonra sayının giderek azaldığı da diğer bir bulgudur.

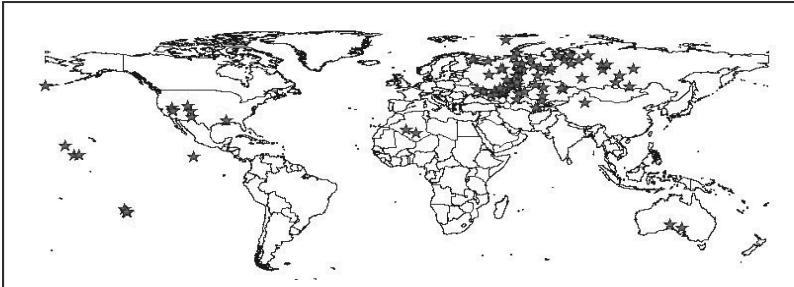
Şekil-2 de nükleer silah denemelerinin batı Rusya, batı Amerika, Büyük Okyanus'taki bazı sömürge adalarında, Avustralya ve kuzey-batı Afrika'da yoğunlaştığı izlenmektedir.

Şekil-3 de nükleer silah denemelerinin özellikle bazı ülkeler tarafından yoğun bir şekilde gerçekleştirildiği ancak dünya kamuoyu ve çevreci kuruluşlardan gelen tepkiler doğrultusunda yıllar içerisinde sayısının giderek azaldığı izlenmektedir.

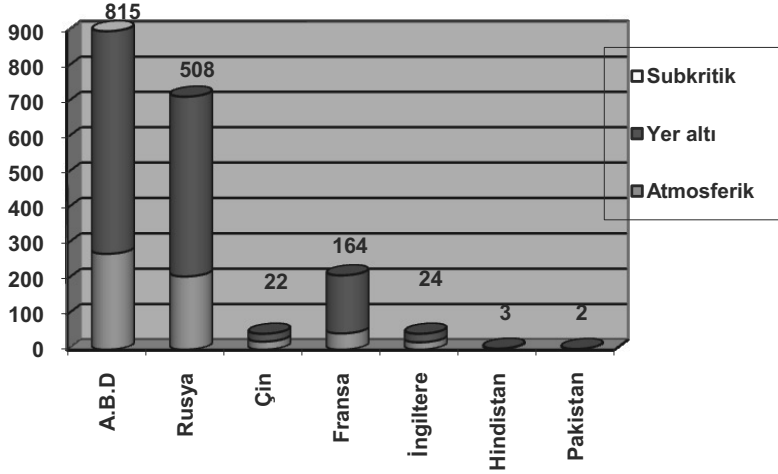
Şekil 1. 1945 yılından itibaren nükleer silah denemelerinin yıllara olan dağılımı



Şekil 2. Nükleer silah denemelerinin gerçekleştirildiği noktalar



Şekil 3. Nükleer silah denemelerinin ülkelere olan dağılımları



3. BİYOLOJİK-KİMYASAL-RADYOLOJİK SİLAHLAR

Günümüzde savaş zamanı kullanılmaya yönelik olarak geliştirilmiş olan kimyasal ve biyolojik silahların çoğu panik,korku yaratmak ve kamuoyunun ilgisini çekmek,tepki oluşturmak ve kaosa yönelik olarak kullanılır hale geldi.(Henderson vd.,1999:283)

1972 tarihli Biyolojik ve Toksik Silahlar Konvansiyonuna rağmen bunları üretmeye devam etmektedirler(Christopher vd.,1997:278)Gelişmiş ülkelerdeki sivillerce silahların kullanımını azaltmaya yönelik yasal düzenlemeler yapılmaktadır(Ferguson,1997:278)

3.1. Biyolojik Silahlar

Bu silahlar kolayca yapılabilmekte,kullanılması için karmaşık mekanizma ve araçlara gerek bulunmamaktadır.(Danzig vd.,1997:278)İlaçlama uçağı,parfüm atomizerleri gibi basit araçlarla uygulanabilir.Kimyasal silahların aksine saatler ve günlerle değişen bir latent etki dönemi vardır

Biyolojik silahlar yüz binlerce kişiyi öldürebilme kapasitesine sahiptir. ABD de Oregon'da 1984 yılında yerel seçimleri ertelemek üzere salata barlara yayılan salmonella etkeni 750 kişinin hastalanmasına yol açmıştır. (Torok vd.,1997:278) Sovyetler Birliğinde Sverdlovsk'ta Nisan 1979 da kaza sonucu antraks basilinin yayılması 50 km uzaklığa kadar yayılan kitlesel bir enfeksiyona yol açmış ve belgelenen 66 ölüme yol açmıştır (Steffen vd.,1997:34)

3.2. Kimyasal Silahlar

Tokyo metrosuna 1995 yılında sinir gazı sarinin atılması dünyanın ilgisini sivil toplum bireylerine yönelik olarak kullanılabilecek kimyasal ve biyolojik silahlar üzerine çekmiştir. Sinir gazının bu amaçlı kullanımına bağlı olarak 5000 yetişkin ve çocuk

etkilenirken 12 ölüm olmuştur. Aynı yıl California da Disneyland parkında klor gazı kullanımına yönelik çabayı farkına varılarak engellendi.

Kimyasal biyolojik silahların etkisiyle ilgili olarak eldeki kaynakların etkin değerlendirilmesi çok büyük önem taşımaktadır. Etkin değerlendirme söz konusu kaynakların iyi bilinmesine bağlıdır. (Steffen vd.1997:34). Birçok ülkede konuyla ilgili yeni mevzuat düzenlemeleri yapılırken, uygulama modelinin geliştirilmesi amacıyla örnek uygulama bölgeleri seçilmiştir . Kimyasal ve biyolojik silah olayı söz konusu olduğunda acil cevap mekanizması geliştirilmesi yönünde çabalar da artmaktadır (Stephensonvd.,1997:278). Hekimler, hemşireler, hastane öncesi personel diğer uzmanlaşmış personelden oluşan ekipler oluşturulması amaçlanmaktadır. Savunma, enerji, ulaşım, tarım, sağlık ve toplumsal hizmetlerden sorumlu resmi kuruluşların yakın işbirliği içerisinde olmasının gereği anlaşılmıştır (Tucker,1997:278).

1996 Olimpiyatlarında gerek antibiyotik ve antidot stoku; gerekse alınan diğer önlemler öngörülme ve kaynakların etkin biçimde harekete geçirilmesinin çok büyük güvence sağlayabileceğini göstermektedir. Ancak New York'ta kimyasal silahlara yönelik bir tatbikatta ilk yanıtta sorumlu personel görev bölgelerine koruyucu kıyafetleri olmaksızın giderken, kendilerini toksin, hastalık riski, ölüm ve başkalarına bulaştırma riskine atıyorlardı .

3.3. Radyolojik Silahlar

Nükleer silahların üretiminde ileri teknolojinin gerekmesi terörist grupları radyoaktif maddeleri konvansiyonel silahlar ile birlikte kullanarak radyoaktif maddelerle ortamı kontamine etmek ve bu yolla korku ve panik oluşturmaya sevk etmiştir. Bu tip kullanıma “Kirlı Bombalar” (Dirty Bombs) adı verilmekte olup etkileri gerçek nükleer silahlar ile karşılaştırıldığında sınırlıdır.

Benzer sonuçları uranyum madenlerine, uranyum zenginleştirme ve yeniden işleme tesislerine, nükleer reaktörlere, radyoaktif atık depo ve alanlarına, radyoaktivite ile çalışan tanı ve tedavi birimlerine (Nükleer Tıp, Radyasyon Onkolojisi gibi), radyoaktif madde naklinde kullanılan taşıtlara, radyoaktif sağlık malzemesi üreten tesislere, su ve besin sterilizasyonu yapan tesislere konvansiyonel silahlarla yapılacak saldırılar ile oluşturmak da mümkündür.

Halen savaş ortamında radyoaktif maddelerin maksatlı dağılımını kontrol eden uluslararası bir antlaşma mevcut değildir. Cenevre Silahsızlanma Konferansında (1984) konu gündeme gelmesine karşın konunun nükleer silahsızlanma ile birlikte değerlendirilmesi istemiyle gündemden çıkartılmıştır. Ne yazık ki bu tip uygulamalar askeri açıdan da gerçek silah kapsamında değerlendirilmemekte ve ancak son birkaç yıldır dikkate alınır olmuştur.(Özgüven,2003:3)

4. KİMYASAL BİR ATAK DURUMUNDA YAPILACAK TIBBİ GİRİŞİMLER

4.1. Atak Öncesi Tıbbi Hazırlık

Olası bir kimyasal silahın kitlesel etkilerine karşı, öncelikle barış zamanında askeri ve sivil sağlık kuruluşları, acil tıbbi hazırlık ve sağlık personeli tarafından yürütülecek tıbbi müdahale planlarının oluşturulması gerekmektedir (Tablo-I). Hazırlık planları atak öncesi geliştirilmesi gereken pek çok ihtiyacı içermektedir.

Bunlar arasında, Tıbbi Müdahale Timi, bu planlamanın en önemli komponentlerinden birisidir. Bu plan içerisinde kimyasal bir tehdide karşı nasıl hazırlıklı bulunulması gerektiği de ele alınmalıdır. Bir olay öncesi, koruyucu ve savunmaya yönelik ekipman gibi tıbbi kaynakların stoklanması yönündeki bilgilerin elde edilmesi efektif bir tıbbi yanıtın gerçekleştirilmesinde büyük rol oynamaktadır. Olay sonrası yaralıların triyajı ve sağlık kuruluşlarına tahliyesi de bu kaynakların varlığı ve kullanılabilirliği ile orantılı olacaktır.

Ayrıca, hastane bünyesinde dekontaminasyon ünitesi, laboratuvarlar ve ilk yardım-triyaj üniteleri oluşturulup, atak sırasında veya sonrasında etkin bir şekilde çalışmaları yönünde planlamalar yapılmalıdır. Bunun dışında, kimyasal savunmaya teknolojik bir alt yapı oluşturmak üzere, deteksiyon, profilaksi, tedavi ve erken uyarı sistemlerine yönelik bilimsel araştırmalar ortaya konulup geliştirilmelidir.

Özellikle sivil popülasyonun eğitime büyük önem verilmeli, bu eğitimde kişilerin kendi kendini koruması (self-protection) ve bir kimyasal atak sonrası bunun varlığını ortaya koyacak bilgilendirmeler yapılmalıdır. Bunun dışında, askeri ve sivil kimyasal savunma kuruluşları, belli bir işbirliği ve ortak çalışma sergileyerek bu tehdide karşı hazırlıklı bulunmalıdırlar. Bu organizasyonlar, kimyasal savunmanın oluşturulması kapsamında, bu ajanların kullanımına yönelik belirteçler konusunda belli deneyimlere kavuşturulmalıdır.

Tablo 1. Kimyasal Terörizme Karşı Tıbbi Yanıt Ve Hazırlılık

Acil müdahale planlarının oluşturulması
Tıbbi Müdahale Timi
Koruyucu ekipman ve materyallerin stoklanması
İlk yardım ve Dekontaminasyon Ünitesi
Laboratuvarlar
Analitik laboratuvar
Biyokimya Laboratuvarı
Korunma
Kişisel
Toplu
Araştırma ve Geliştirme faaliyetleri
Tanıma ve saptama (deteksiyon ve identifikasyon)
Profilaksi ve tedavi
Eğitim ve tatbikatlar
Sivil halka yönelik
Tıbbi personel
İlk yardım ve Kurtarma Ekibi
Haberleşme ve İşbirliği
Ulusal ve uluslararası
İkaz ve alarm

4.2. Olay Yerinde Acil Tıbbi Müdahale Hastane Öncesi Tıbbi Yanıt

Kimyasal savaş ajanı gibi kitle imha silahlarının kullanıldığı bir durumda, ileri derecede etkili acil tıbbi yanıt ve olay yerinde kimyasal yaralıları hastane öncesi tıbbi müdahaledeki etkinlik, ölü sayısı, panik ve kaosu anlamlı derecede azaltacaktır.

Kimyasal ajanlara maruz kalmış kişilerin semptom ve bulgularını değerlendirebilecek kurtarma ekibi, olay yerinde iyi bir tıbbi müdahale ve yönetim uygulamalıdır. Aksi takdirde yaralıları müdahalede hastaneler ve diğer sağlık kurumları aşırı iş yükünü kaldıramayacağı için yetersiz kalacaktır. Hastanelerin aşırı yüklenmesi ise kimyasal silahların amaçlarından biri olan kaos ve paniği arttıracaktır. Bu nedenle tıbbi yönetim, olay yerinde triyaj ve tıbbi bakımı kapsayacak şekilde yüksek seviyede uygulanmalıdır.

Kimyasal bir olaya müdahale edecek personelin iyi hazırlanması, eğitilmesi ve gerekli malzeme ile donatılması önemlidir. Bu müdahale personeli acil tıp teknisyeni, acil uzman hekimi ve acil hemşiresinden oluşmalıdır. Bu kişilerin kimyasal atağın hastane öncesi yönetimi için aşağıdaki konular hakkında bilgi sahibi olmaları gereklidir.

Olayı tanımlama, Tıbbi komuta ve kontrol, Emniyet ve koruma, Dekontaminasyon, Olay bölgesinin izolasyonu, Örnek toplama ve deteksiyon, Psikolojik yönetim, Haberleşme ve koordinasyon, Triyaj, Tedavi, Tahliye, Ölü işlemleri

Bu hususlardan bazıları, tıbbi ekibin aldığı atak öncesi önlemlerde göz önünde bulundurulmalıdır. Bunlardan, olay yeri izolasyonu ve bölgelerin oluşturulmasıyla birlikte triyaj ve transportun, yani diğer medikal işlemlerin ne kadar hızlı yapıldığına bağlı olan tahliye işleminin iyi bilinmesi gereklidir.

Her şeyden önce atağın bir kimyasal atak olduğu belirlenmeli ve tıbbi ekibin muhtemel kimyasal atak işaretlerini iyi bilmesi gereklidir (Tablo-II).

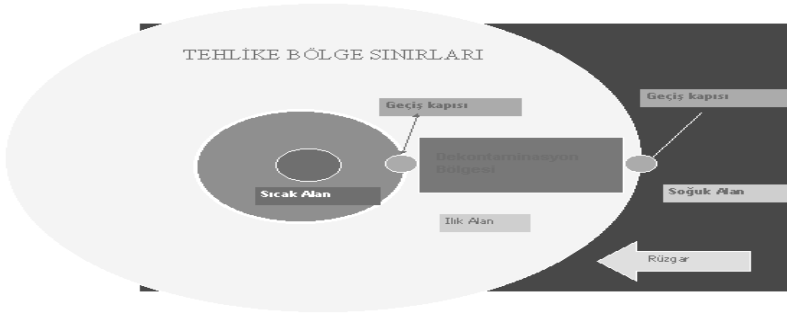
Tablo 2. Kimyasal Ajan Kullanımını Düşündürecek Genel Bulgular

- Beklenmedik şekilde çevredeki hayvanların ölmesi
- Çok sayıda insanda açıklanamayan benzer bulgu ve semptomların görülmesi
- Alışıl gelmişin dışında sıvı damlacıkları, gaz ve kokunun bulunması
- Olay yerinde spreyleme cihazı ya da mühimmat bulunması

Kimyasal atağa karşı triyaj ve ilk yardımı gerçekleştirirken, tahliye ve dekontaminasyon alanlarını içeren farklı bölgeler oluşturulmalıdır. Diğer bir deyişle önceden bazı kesin konseptleri yerine oturtmalıyız, ilk yardım ve hayat kurtarma yeteneğimizi geliştirmeliyiz. Özellikle operasyon bölgesindeki mevcut tıbbi imkanlar göz önünde tutularak, yaralıların tıbbi bakım önceliğine göre triyaj görevlileri tarafından sınıflandırılması hastaneye gönderilecek yaralı sayısını oldukça azaltır. Bazı yaralıları sınıflandırmaya göre bekletilebilir ya da geciktirilebilir. Daha ileri tıbbi bakım gerektirenler ilgili bölümlere sevk edilebilir.

Kimyasal bir olaydan sonra kirli alana gelen kurtarma ekibi meteorolojik şartları da dikkate alarak alanı sıcak, ılık ve soğuk bölge olmak üzere üçe ayırmalıdır. Tamamen kontamine olan sıcak bölge, özel kimyasal ajan detektörlerine ve alıcılarına sahip deteksiyon takımı tarafından işaretlenmelidir. Ilık bölge ile soğuk bölgenin ayrıldığı hat üzerine acil tedavi istasyonu kurulur ve tahliye işlemi yapılır (Şekil-4)

Şekil 4. Kimyasal atak sonrası alanların oluşturulması



Triyaj, ilk yardım ve dekontaminasyon uygulamalarının yapıldığı sıcak ve ılık bölgeler kirli alan olarak kabul edilir ve bölge temiz alandan acil tedavi istasyonunun kurulduğu sıcak hat ile ayrılır. Kirli bölgeye giren tıbbi ekip personeli mutlaka koruyucu elbise giymeli ve tekrar temiz bölgeye dönmeden önce dekontaminasyon işlemine tabi tutulmalıdır.

Stabil durumdaki yaralılara temiz alana götürülmeden önce dekontaminasyon yapılmalıdır. Ağır ama stabil olan bazı yaralılar dekontaminasyon uygulamadan direkt hastaneye tahliye edilebilirler. Bu karar sadece uzman hekimler tarafından verilmelidir. Bütün yaralıların hastaneye kabulünden önce dekontamine edildiği gerçeğini göz önünde bulundurarak, tecrübelerime göre bu uygulama doğrudur. Ama bazı otoriteler kimyasal olay bölgesinden yaralıların direkt hastaneye naklinin yanlış olduğunu kabul etmektedirler.

Dekontaminasyon, genellikle sıcak hattın dışında dekontaminasyon istasyonlarında şekil-5’de görüldüğü gibi seri bir biçimde yapılır. Kimyasal bir saldırı karşısında özgün bir yaklaşım olan dekontaminasyon, ajanın nötralle edilmesi veya uzaklaştırılması şeklinde yapılır.

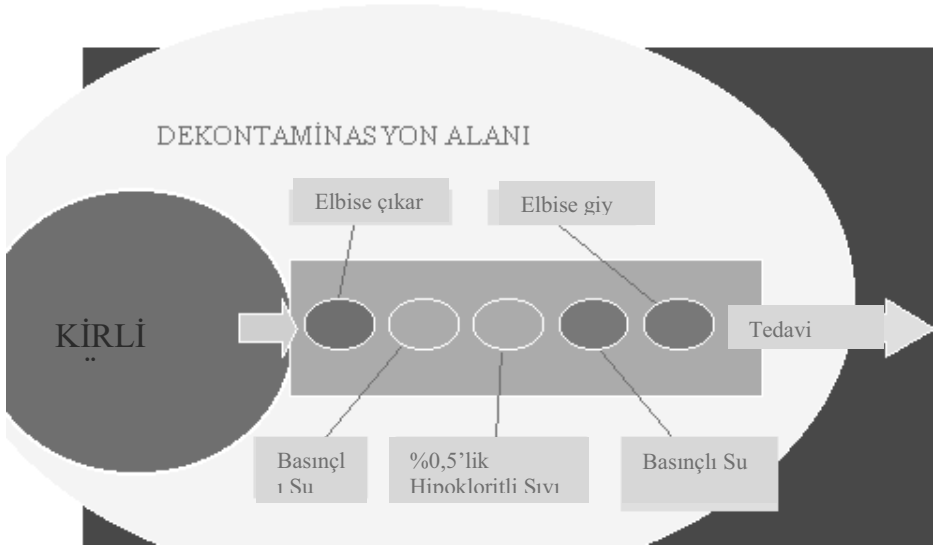
Burada % 0,5 hipoklorit çözeltisi (1 kısım çamaşır suyu, 9 kısım su) uygulanan hastalar,son istasyonda su ile durulanırlar. Dekontaminasyon işlemi esnasında cildin silinmesi ve fırçalanmasının kimyasal ajan absorpsiyonunu arttıracak şekilde tutulmalıdır. Dekontaminasyon istasyonunun amacı, kontamine yaralıların acil tedavi alanına dekontamine edilmeden kirli bir şekilde geçmemelerini sağlamaktır.

Şekil 5. İlk bölgede dekontaminasyon işlemlerinin gerçekleştirilmesi.

Kimyasal bir saldırıdaki kurtarma ekibinin dikkat etmesi gereken en önemli kural kendi kendini korumaktır. Bunun iki temel yöntemi vardır:

- Yeterli korumaya sahip elbiseler giymek,
- Yaralıların tam bir dekontaminasyona tabi tutulduğundan emin olmak.

Bu elbiselerin iç tabakası aktif karbonla kaplanmış olmalıdır. Tüm personel en az C seviyesinde koruyucu elbise giymelidir (Tablo-III). Koruyucu ekipmanlardan biri olan gaz



maskesi, özellikle gaz haline dönüşebilen ajanlara karşı etkili bir korunma sağlar. Gaz maskeleri ile sürekli yapılan denemeler ve eğitim, bu maskelerin kullanımı sırasındaki zorlukların yenilmesini mümkün kılar.

Kurtarma tim personeli soğuk bölge olarak adlandırılan alanda da tam koruyucu elbise, maske ve diğer ekipmanlar ile çalışmalıdır. Bazı uzmanların temiz bölgede görevlendirilen tıbbi bakım personelinin koruyucu maske takmadan çalışabileceğini belirtmelerine rağmen, korunmasız sağlık personelinin risk altında olabileceği unutulmamalıdır. Çünkü, soğuk bölge ayrılmış bir alan olsa bile, tıbbi müdahale esnasında meteorolojik şartların değişmeyeceğinden emin olunamaz.

Tablo 3. Kimyasal bir olayda kullanılacak teçhizatların koruma seviyeleri

Seviye	En üst düzeyde koruma sağlar, çok	Tam bir kimyasal koruma sağlar, pozitif

A	yüksek konsantrasyonda toksik ajan uygulamasında kullanılır.	basınçlı solunum cihazı, kimyasal geçirmeyen çift katlı eldiven ve çizme vardır. Kıyafet hava geçirmez.
Seviye B	Cilt tehlikesinin az olduğu durumda kullanılır.	Hava geçirmezlik dışında A seviyesindeki gibi tam bir solunum koruması yapar.
Seviye C	Ajanın havadaki konsantrasyonu çok düşükse kullanılır.	Yüzü koruyan maske, Kimyasal geçirmeyen eldiven ve çizmesi olan kıyafet.
Seviye D	Kimyasal atak tehlikesi olmayan durumda kullanılır.	Latex eldiven, solunum koruması yoktur, göze sıçramayı engeller.

Kimyasal atağa karşı olay yerinde acil tıbbi müdahale tablo-IV’de özetlenmiştir.

Tablo 4. Kimyasal atağa karşı olay yerinde acil tıbbi müdahale.

İlk yardım ve Kurtarma Timi
Olay yerinin izolasyonu ve güvenliğinin sağlanması
Deteksiyon
Sıcak bölgenin oluşturulması
İlk yardım
Triyaj
İlk bölgenin oluşturulması
Dekontaminasyon
Transport
Soğuk bölgenin oluşturulması
Tıbbi bakım
Triyaj ve tahliye
Kimyasal atağın tipini ve büyüklüğünün değerlendirilmesi
Kitlesel yaralanmalara yönelik ihtiyaçların değerlendirilmesi
İlk müdahalecilerin korunması

4.3. Kimyasal Atağa Karşı Hastane Müdahale Aşaması- Dekontaminasyon ve Tıbbi

Bakım

Bir kimyasal olay sonrası, hastanelere olay yerinden beklenenin üzerinde kimyasal yaralının tahliye edilmesi kaçınılmazdır. Bu aşırı hasta akınına karşı hastaneler aksiyon planlarını tatbik etmeli, bu konuda tecrübe ve bilgi birikimine sahip sağlık personelinin uygulayacağı hasta müdahalesini gerçekleştirmelidirler. Kimyasal bir tehdide karşı hastanelerde “Dekontaminasyon ve Acil Bakım Üniteleri” oluşturulmalı, kimyasal silah yaralıları bu bölgelerde dekontamine edilmeli ve ilgili kliniklere sevk edilmeden önce durumları stabilize edilmelidir.

Kimyasal silahların terörist hareketlerde sivil halk üzerine kullanımına ait tehdit git gide artmaktadır. KSA’nın ilk kullanımı 1915 yılında Belçika’da Almanlar tarafından 168 ton Klor gazının kullanımı ile gerçekleştirilmiştir. Yakın tarihte ise 1994 ve 1995’de Japonya’da terörist amaçlı olarak kullanılmışlardır. Günümüzde birçok tıbbi kamu biriminin, kimyasal bir атаğa karşı hazırlıklı olmadığı gözlenmiştir. Örneğin; Tokyo Metrosuna 1995 yılında yapılan sarin gazı saldırısında, hastalara müdahale eden 15 doktordan 13 tanesi gazdan etkilenmiştir. Çünkü gaz maruz kalan hastalardan yürüyebilenler, dekontamine edilmeden Acil servisi geçerek direk olarak tedavi servislerine ulaşmışlardır. Bu nedenle, bir atak durumunda, tedavi hizmeti veren personelin güvenliği sağlanmış ve hastalar hastaneye kabul edilmeden önce dekontamine edilmiş olmalıdır.

Hastanelerdeki acil servisler, potansiyel kimyasal afetlerin tıbbi yönetiminden sorumludur. Kimyasal bir atakta, acil hayat kurtarıcı müdahale gerektirmeyen hastaların tedavisinde dekontaminasyon ilk önceliğe sahiptir. Bu bölüm, hasta dekontaminasyonuna ve hastane acil servislerinin hazırlık ve reaksiyon durumuna genel bir bakışı içerir.

Dekontaminasyon, daha fazla tehlike arz etmemeleri için kimyasal ajanların azaltılması ya da ortadan kaldırılması olarak tanımlanır. Ajanlar fiziksel yöntemlerle ya da kimyasal olarak nötralize edilerek (detoksifikasyon) temizlenebilir. Cildin dekontaminasyonu, şu iki nedenden dolayı önemlidir:

1. Toksik kimyasalların daha fazla absorbe olarak, sistemik etki göstermesini önlemek,
2. Yaralının cildindeki ya da elbiselerindeki maddelerden dolayı diğer ekipman ya da kişileri korumak (sekonder kontaminasyon). Ancak, yaraların ve gözlerin dekontaminasyonu gerekli olduğunda mutlaka yapılmalıdır.

Herhangi bir kimyasal maruziyetten sonraki en etkin ve önemli dekontaminasyon, maruziyetten sonraki ilk 1-2 dakika içinde yapılan dekontaminasyondur. Bu, kişisel dekontaminasyondur. Süreç, hem çok miktarda personel, hem de geniş zaman gerektirir. Sıvılar ve katılar ciltten etkin bir şekilde temizlenebilen yegane maddelerdir.

Kimyasal savaş ajanlarının (KSA) çoğu için standart koruyucu elbiseler yetersiz kalır. KSA maruziyetinin uygun bir şekilde yönetilebilmesi için, acil bakım personelinin aşağıdakileri gerçekleştirerek kendilerini korumaları gereklidir:

- Kişisel koruyucu ekipman (KKE) kullanmak,
- Hastaları ivedi bir şekilde dekontamine etmek,
- Destekleyici bakım sağlamak,
- Gerekli olduğunda spesifik antidotları sağlamak.

Bu ekipmanı kullanmak özel eğitim gerektirir, bu nedenle personeli bu ekipmanı kullanmak zorunda kalmadan önce eğitmek gerekir. KKE, 3 düzeye ayrılır:

1. A seviye KKE; olaya ilk reaksiyonu verenler ve ajan buharı konsantrasyonunun yaşam ve sağlık için çabucak tehlikeli hale geldiği sıcak bölgede çalışan diğer kişiler için gereklidir.
2. B seviye KKE; bilinmeyen kimyasal ajanın dekontaminasyonu ile uğraşan hastane personeli için gereklidir.
3. C seviye KKE ise, kimyasal ajanın belirlendiği ve hava temizleyici respiratör ile uzaklaştırmaya uygun olduğu durumlarda kullanılır.

Dekontaminasyon ihtiyacı, sadece deteksiyon yöntemleriyle ortaya çıkarılabilir. kullanılan dekontaminasyon tipi, duruma bağlıdır. Giysilerin çıkarılarak uzaklaştırılması, kontaminantların %70-80'inin temizlenmesini sağlar. Dekontaminasyon en iyi basit yüksek volümlü sulu dilüsyonla başarılabılır. Bazı durumlarda, yağlı ya da kaygan maddelerin temizlenmesi için hafif sabunlar gerekir.

Başlangıç dekontaminasyonu, kontamine çevreden uzaklaşmayı, dekontamine olmuş tüm giysi, ve malzemelerden kurtulmayı ve bol su ile durulanmayı içerir. Kimyasal savaş ajanlarının çoğunu kimyasal olarak nötralize eden %0,5'lik hipoklorid solüsyonu ile maruz kalmış kişi durulanır. % 0.5'lik hipoklorid solüsyonu, 1 ölçek %5'lik hipoklorid solüsyonuna 9 ölçek su eklenmesiyle elde edilir. Sıcak su ve aşırı ovalamadan kaçınılır, çünkü bunlar kimyasal absorpsiyonu artırabilir.

Sadece ajan buharı maruziyeti dekontaminasyon gerektirmez. Belirsiz maruziyet hikayesi olan hastalar tam olarak dekontamine edilir. İdealde, maruziyet süresinin en aza indirmek için dekontaminasyon, maruziyet bölgesine mümkün olan en yakın yerde yapılır. Kontamine hastaları kabul eden hastane, acil servisin dışında bir alan tesis etmelidir ve hastalar, hastaneye kabul edilmeden önce bu alanda dekontamine edilmelidirler.

Dekontaminasyonun iki temel yöntemi fiziksel temizleme ve kimyasal inaktivasyondur.

Fiziksel temizleme: Cilde baskınlı bir şekilde su ya da sulu solüsyonlar uygulamak, önemli miktarda ajanı ciltten uzaklaştırabilir ya da ajanı seyreltebilir. Fiziksel yöntemlerinin çoğunun esas avantajı, nonspesifik olmalarıdır.

Kimyasal yöntemler: Dekontaminasyon için 3 tip kimyasal mekanizma kullanılır; su/sabun yıkaması, oksidasyon ve asit/baz hidrolizi. Mustard (HD) ve kalıcı sinir ajanı Vx, kolayca oksidasyona tabi tutulabilecekleri sülfür molekülleri içerirler.

Hastanelerin çoğunda kontamine hastanın bakımı için çok az hazırlık vardır ve olayla ilgili çalışanlarının korunması çok kısıtlıdır. Hastanelerin, bu hastaları dekontamine etmeye yönelik bir planları olmalıdır. Çünkü birçok olayda hastalar özel araçlarıyla ya da dikkatsizce yapılan ambulans transportu ile hastaneye ulaşırlar. Durum her ne olursa olsun, hastanın acil servise alınmadan önce dekontamine edilmesi esastır.

Acil servis için ilk karar, dekontaminasyonun nerede yapılacağıdır. Genellikle pratik ve mümkün olmamasına rağmen, dekontaminasyon alanının iç kısımda olması idealdir. Acil serviste ya da acil servise bitişik bir odada hastaların gözlenmesi ve kritik tıbbi bakım sağlanması muhakkak ki daha kolaydır. Bununla birlikte, oda kullanıldıktan sonra, atıkların uzaklaştırılması ve odanın temizlenmesi için gerekli hazırlıklar yapılmalıdır. Eğer dekontaminasyon alanı içeride ise, bu bölüm giriş-tercihen ambulans girişine-bitişik olmalıdır. Gaz, sıvı ve katı atıklar toplanmalıdır. Oda, negatif basınç altında olmalı ve dışarı açılan ayrı bir havalandırma sistemi bulunmalıdır. Dekontaminasyon işleminde kullanılmış olan su, hastanenin genel drenaj sistemine verilmemeli, odanın altında bulunacak ayrı bir toplama tankında biriktirilmelidir.

Tıbbi bir üniteye giren tüm yaralılar, eğer kontamine olmadıklarına dair bir belgeleri yoksa kontamine olmuş kabul edilirler. Kimyasal bir ajanla kontamine olmuş bir kişinin başlangıç yönetimi, acil serviste tedavi olmadan önce kontamine giysilerin çıkarılarak uzaklaştırılmasını ve %0,5'lik hipoklorit ile dekontamine edilmesini gerektirir. Hastanın stabilizasyonu bu süreyi uzatabilir fakat idealde dekontaminasyon 15-30 dakika sürmelidir. Dekontaminasyondan sonra, hasta genel tedavi bölgesine alınabilir ve hastanedeki diğer hastalar gibi tedavi edilebilir. Dekontaminasyon alanındaki tedavinin, temel yaşam desteği önlemleri ve yaşam kurtarıcı prosedürlerin uygulanması ile sınırlanması önerilir.

Adsorban materyaller ve M291 Rezin, fiziksel temizleme için sulu solüsyonlar veya basınçlı su ile fişkırtılarak kullanılır. Acil durumlarda, sabun veya deterjan gibi kuru tozlar, toprak ve un yararlı olabilir. Un kullanımını takiben, unun yumuşak nemli bir bez veya mendil ile temizlenmesinin Soman, Vx ve Mustarda karşı etkili olduğu rapor edilmiştir.

Su ve su/sabun yıkaması, oksidasyon ve hidroliz, dekontaminasyon için kullanılan kimyasal yöntemlerdir. Su ve su/sabun solüsyonlarının esas etkisi ajanların fiziksel temizlenmesi ya da seyreltilmesidir. Bununla beraber, özellikle alkali sabunların kullanılmasında yavaş hidroliz gerçekleşir. Kimyasal dekontaminasyon reaksiyonlarının en önemli kategorisi, oksidatif klorlanmadır. Bu terim, hipoklorid gibi “aktif klor” kimyasallarını ifade eder. Geçerli olan doktrine göre, %0,5'lik sodyum ya da kalsium hipoklorid ile cilt temizliği, %5'lik solüsyonla ise ekipman temizliği yapılır. Ancak bu solüsyon penetre batın yaralanmalarında (adezif peritonit gelişimine yol açar), gözde (korneal opasiteye yol açar), açık göğüs yaralarında, açık beyin ya da spinal kord yaralanmalarında kullanılmaz. Sözü edilen özel bölgeler, aşırı bol miktarda steril salin solüsyonu ile yıkanır. Cilt yada yumuşak doku yaralarında hipoklorid solüsyonu kullanıldıktan sonra, bu bölgeler de steril salin solüsyonu ile yıkanır.

Olay bölgesinin kirli tarafı; triyaj istasyonu, acil tedavi istasyonu ve dekontaminasyon istasyonundan oluşur. Triage istasyonu, tıbbi tedavi ünitesine tek giriş noktasıdır. Hasta eğer dekontaminasyondan önce acil tıbbi tedaviye gereksinim duyuyorsa, triyaj istasyonundan acil tedavi istasyonuna gönderilir. Acil tedavi istasyonu, kontamine hastaları değerlendirebilecek acil durum tıbbi aletleri ile donanmıştır ve hastaları tıbbi tedavi ünitesi için ya da daha üst seviyedeki bir tıbbi bakım birimine kontamine şekilde tahliye edilebilmesi için stabilize eder.

Dekontaminasyon alanı, yürüeyen hastalar ve yürüyemeyen hastalar için iki bölüme ayrılır.

Hastanın, hastane öncesi birimlerdeki dekontaminasyonun derecesi; hasta miktarına, eldeki kaynaklara, dekontaminasyon planına ve hava durumuna bağlıdır. En azından, sekonder kontaminasyon riski taşıyan her hasta, hastaneye gitmeden önce dekontamine edilmelidir.

Sonuç olarak, acil servisteki kimyasal dekontaminasyonun standartlarının belirlenmesine gereksinim vardır. Hastanelerin, sahada kimyasal savaş ajanlarına maruz kalmış hastaların dekontaminasyonunu yapmaları gerekir. Hazırlıksız Tıbbi Acil Servis birimleri kontamine hastaları taşımamalıdır. Hastaneler, sağlık hizmeti verenler için yeterli sayıda KKE'ye sahip olmalıdırlar. KKE kapsamında kimyasallara dirençli elbise, koruyucu eldiven, tek kullanımlık botlar, kauçuk eldivenler ve tam korumalı maskeler bulunur. Sağlık hizmeti verenler, KKE'yi kullanmadan önce eğitim almalıdırlar. Hastanelerin kimyasal savaş ajanları ile kontamine olmuş hastalarla ilgili planları olmalıdır. Kontamine hastalar, acil servisin veya hastanenin ana bölgelerine girmemelidirler. Acil servis doktorları kimyasal

savaş ajanlarının oluşturduğu değişik klinik görünümlemler ile bu klinik görünümlemlerin patofizyolojileri uygun tıbbi yönetimine ait temel prensipler ve uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar. Kimyasal savaş ajanlarının kontaminasyon riski acil bakım verenlere de taşınabileceğinden, acil servis doktorları KKE’ın farklı düzeyleri, bunların uygun kullanımı ve dekontaminasyon prosedürleri hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar. Kimyasal atak sonrası hastane müdahale aşamaları tablo-VI’de özetlenmiştir.

Tablo 6. Kimyasal atak sonrası hastane müdahale aşaması

Acil müdahale personeli
Dekontaminasyon ve Triyaj
Tıbbi tedavi
Tanıma ve saptama
Belirti ve bulgular
Laboratuvar desteği
Tedavi protokollerinin geliştirilmesi
Rehabilitasyon ve hasta takibi
Kamu sağlık kuruluşları ile koordinasyon
Kimyasal atağın tipi ve büyüklüğünün değerlendirilmesi
Kitleseel ihtiyaçların ortaya konması.

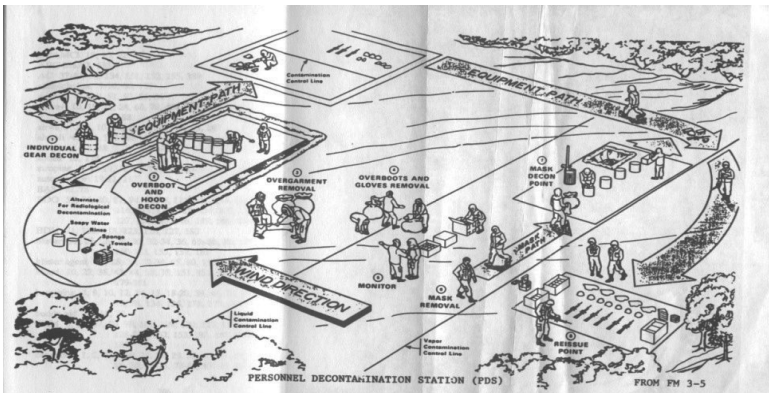
5. DEKONTAMİNASYON

5.1. Dekontaminasyon Bölgesinin Seçimi

Rüzgar yönü ve sıcak bölge (kontamine olmuş alan) sınırları NBC uzmanı tarafından belirlenir. Sıcak bölgeden ılık bölgeye (dekontaminasyon alanının kurulduğu bölge) geçişte tek kontrol noktası bırakılır, hastaları buradan tahliye edilir. Kontamine hastaların diğer yerlerden geçişine izin verilmez.

Dekontaminasyon alanını ılık bölge üzerinde ve rüzgarın aksi istikametine doğru mümkünse mobil olarak kurmak gereklidir. Kurulan dekontaminasyon alanının sıcak bölgeden birkaç yüz metre ilerde olmasına dikkat edilir. Dekontaminasyon alanında sadece dekontaminasyon işleminin yapılmasına dikkat edilir, tedavi girişiminde bulunmamalıdır.

İlk tedavi girişimini soğuk alanda (kontamine olmamış alan) yapılır. Soğuk alanın, ılık alandan en az 50 metre uzaklıkta olmasına dikkat edilir. Ilık alan ile soğuk alan arasında tek geçiş noktası olmasına dikkat edilir ve buradan sadece dekontaminasyon işlemi uygulanmış hasta ve yaralının geçişine izin verilir. (Şekil 6)



5.2. Dekontaminasyon Bölgesindeki Uygulamalar

1. Sıcak bölgede kontamine olmuş hastaların ılık bölgede kurulmuş olan dekontaminasyon bölgesine tahliyesini tek geçiş noktasından yapmak gereklidir. Hastanın kontamine olmuş elbiselerini çıkartılır.
2. Elbiselerini mümkünse basınçlı su altında çıkartılır.(basınçlı su yoksa itfaiye araçlarından faydalanılır). Basınçlı suyla hasta vücudunu yıkanır.
3. %0.5'lik hipokloridli suyla hasta vücudu tekrar yıkanır.
4. Hasta vücuduna ikinci kez basınçlı su uygulanır.
5. Hastaya temiz elbise giydirilir.

Daha sonra kontrol noktasında soğuk bölgeye geçmesine izin verilir.Kontamine olmuş elbiseleri bir torba içine koyulur ağzını sıkıca bağlanır ve toplama noktasında biriktirilir. Dekontaminasyon işlemi bittikten sonra kontamine suların etrafa yayılmasına izin vermemeli ve derhal alan dekontaminasyonu yapılmalıdır. Toplama noktasında biriken torbalardaki eşyaları imha edilir. Kimyasal ajana sıvı formda temas söz konusu ise ya da ajanın cinsi ve formundan emin olunamıyorsa tam dekontaminasyon zorunludur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Hastanelerde özel birimler ayrılıp ekipman ihtiyacı karşılanmalıdır.
2. Sağlık personeli konuyla ilgili eğitilmelidir. Ancak; belli bir sağlık ekibi özel olarak eğitilip şahsi ekipmanları tam olarak, her an müdahale edecek şekilde hazır olmalıdır.
- 3.112 Acil Yardım istasyonunda görev yapan tüm personelin eğitilmeli ve düzenli tatbikatları yapılmalıdır.
4. Sivil toplum örgütlerine bilinçlendirme eğitimleri yapılmalıdır.
5. Kamu ve özel kurum personeli ile okullarda öğrencilere, ve gönüllülere bilinçlendirme eğitimleri yapılmalıdır.
6. Ayrıca eğitim faaliyetleri tv ve radyo konuşmaları, gazete ve dergilerde yayınlanan makaleler, düzenlenen seminerler ve halkı bilgilendirme amaçlı dağıtılan afiş ve broşürler ile desteklenmelidir.
7. Tüm askeri personelin kendi görevlerine uygun olarak KBRN konusunda reaksiyonları ile ilgili eğitimlerinin tamamlanmalıdır.

KAYNAKLAR

Özgüven MA.Nükleer savaş tehdidinin değerlendirilmesi.2003;3-4

Henderson DA.The looming threat of bioterrorism.Science.1999;283:1279-1282

Simon JD.Biological terrorism:preparing to meet the threat.JAMA.1997;278:428-430

Danzig R, Berkowsky PB. Why should we be concerned about biological warfare? JAMA. 1997;278:431-432

Christopher GW, Cieslak TJ, Pavlin JA, Eitzen EM Jr. Biological warfare: a historical perspective. JAMA. 1997;278:412-417

Ferguson JR. Biological weapons and US law. JAMA. 1997;278:357-360

US Army Medical Research Institute of Infectious Diseases. Medical Management of Biological Casualties. For Detrick, Frederick, MD: US Army Medical Research Institute of Infectious Diseases; 1998 Slater MS, Trunkey DD. Terrorism in America: an evolving threat. Arch Surg. 1997;132:1059-1066

Torok TJ, Tauxe RV, Wise RP, et al. A large community outbreak of salmonellosis caused by intentional contamination of restaurant salad bars. JAMA. 1997;278:389-395

Meselson M, Guillemin J, Hugh-Jones M, et al. The Sverdlovsk anthrax outbreak of 1979. Science. 1994;266:1202-1208

Pile JC, Malone JD, Eitzen EM, Friedlander AM. Anthrax as a potential biological warfare agent. Arch Intern Med. 1998;158:429-434

Steffen R, Mellin J, Woodall JP, et al. Preparation for emergency relief after biological warfare. J Infect. 1997;34:127-132

Stephenson J. Pentagon-funded research takes aim at agents of biological warfare. JAMA. 1997;278:373-375

Tucker JB. National Health and Medical Services response to incidents of chemical and biological terrorism. JAMA. 1997;278:362-368

YATAN HASTA MEMNUNİYETİNİ BELİRLEYEN FAKTÖRLERİN MULTIVARIATE YAKLAŞIMLA DEĞERLENDİRİLMESİ

Ruşen Erez¹, Özcan Özyurt², Aydemir Kayabaşı³

Özet

Günümüzde, hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde önem kazanmıştır. yatan hasta memnuniyetini belirleyen faktörlerden hangilerinin öncelikli ve önemli faktörler olduğu, ölçülebilen veriler ile çoklu model yaklaşımı kullanılarak; bu faktörlerin bilimsel etkinliklerinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Erciyes Üniversitesi Hastanelerinde yatmakta olan 16 yaş üzeri 965 hastaya, 44 sorudan oluşan anket formu uygulanmıştır.

Bağımlı değişkenimiz yatan hasta memnuniyet puanı olup; araştırmamızda toplamda 100 puan üzerinden 80.8 puan olarak bulunmuştur. Bağımsız değişkenler ise sekiz ayrı hizmet sınıfından oluşmaktadır. En yüksek puanı Hemşirelik Hizmetleri, en düşük puanı ise Yemek Hizmetleri almıştır. Bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasında korelasyon bakılmıştır. En yüksek ilişki Tedavi Bakım Hizmetlerinde ($r: 0.69$; $p:0.001$), en düşük ilişki ise Ziyaret ve İletişim Memnuniyetinde ($r: 0.38$; $P:0.001$) bulunmuştur. Bu sonuç hastane şartları ile hastaların sosyo- kültürel kişisel özelliklerin oluşturduğu dağılıma göre yatan hasta memnuniyet puanının artırılması için önceliğin hangi hizmet sınıfına verilmesi yönünde yetersiz kaldığı için Çoklu Linear Regresyon Analizi ile model oluşturulmuştur. Modelin tanımlayıcılık katsayısı $R^2:0.89$ dur. Buna göre hasta memnuniyet puanını (Bağımlı değişkeni) etkileyen hizmet konuları (Bağımsız değişkenler) Model içerisinde modele en fazla katkısı bulunan değişkenler sırası ile Tedavi ve Bakım Hizmetleri ($\beta:0.31$; $P:0.001$), Fiziki Koşullar ($\beta:0.27$; $P:0.001$), Hekimlik Hizmetleri ($\beta:0.24$; $P:0.001$), Hemşirelik Hizmetleri ($\beta:0.15$; $P:0.001$), Tekrar Tercih ve Tavsiye etme konusundaki memnuniyet ($\beta:0.14$; $P:0.001$), Hasta Yakını ve Ziyaretçi ile İletişim memnuniyeti ($\beta:0.13$; $P:0.001$), Hasta kabul konusundaki memnuniyet ($\beta:0.13$; $P:0.001$), ve Yemek Hizmetleri ($\beta:0.10$; $P:0.001$), dir.

Sonuç olarak bu çalışma ile, yatan hasta memnuniyet puanının artırılması için öncelikli hizmet sınıfı model içerisinde belirlenmiş olup; Yatan hasta memnuniyetinin artırılması için yapılacak planlamalarda önceliğin Tedavi ve Bakım Hizmetleri ile Fiziki Koşulların iyileştirilmesinden başlayan modeldeki sıranın hasta memnuniyet puanını artıracığı bilimsel olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hastane, Hastalar, Hasta memnuniyeti, Çoklu Linear Regresyon

Abstract

Nowadays, pleasure of in patients has key position when evaluating the healthcare system. The aim of this research is that finding scientific activities to indicate which

¹ Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, erez@erciyes.edu.tr

² Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, ozyurt@erciyes.edu.tr,

³ Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, akayabası@erciyes.edu.tr

factors are given more importance and priority in terms of in patients' pleasure by using measurable datas and multivarite approach. For this evaluation, a questinnnaire which consists of 44 questions was applied on 965 in patients who are older than 16-years-old in the University of Erciyes' hospitals.

The research's dependent variable which was found as 80.8 points out of 100 points is pleasure of in patients. Besides, independent variables consist of 8 different service classes. According to the results, the highest score belongs to nursing services and the lowest score belongs to food service. Afterwards, correlation which occurs between dependent variable and independent variables were observed. The highest correlation was observed as treatment service ($r: 0.69$; $p:0.001$) and the lowest correlation was observed as visit and communication pleasure($r: 0.38$; $P:0.001$). Because these results are inadequate in terms of deciding which service class should be changed firstly to increase level of in patients' pleasure according to the distribution of hospital conditions and socio-cultural personal characteristics, multiple linear regressions' model were formed. Restrictive coefficient number of model is $R^2:0.89$. According to this research, different kind of services (independent variables) which have affects on pleasure of in patients (dependent variable) in the model can be ranged from the nearest to the model to the furthest one in order of treatment service ($\beta:0.31$; $P:0.001$), physical conditions ($\beta:0.27$; $P:0.001$), doctor services ($\beta:0.24$; $P:0.001$), nursing services ($\beta:0.15$; $P:0.001$), pleasure of choice again and recommendation ($\beta:0.14$; $P:0.001$), pleasure of communication with patients' relative and visitor ($\beta:0.13$; $P:0.001$), pleasure of in patient admission ($\beta:0.13$; $P:0.001$), food service ($\beta:0.10$; $P:0.001$).

To conclude, the research has determined how to incrase the level of in patients' pleasure in the model. This research scientifically indicates that treatment services and physical conditions must be respectively improved in order to increase the level of in patients' pleasure.

Keywords: Hospital, Patients, Pleasure of Patients, Multiple Linear Regressions

1. GİRİŞ

Sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar ve bu hizmetten yararlanma fırsatı olan veya daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümüne hasta denir (Hayran,1997:64). Hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri faydalara hastanın katlanmaktan kurtulduğu külfetlere, hizmetin beklediği performansa, hizmetin sunuluşunun sosyo- kültürel değerlerine (kendi ve aile kültürüne, sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam tarzına, önyargılarına) uygunluğuna bağlı fonksiyonuna hasta memnuniyeti denir (Engiz,2010).

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler içerisinde; Hastaya ilişkin özelliklerin yanında hizmet verenlere ilişkin özellikler ile kurumsal özellikler bulunmaktadır (Özer,2007:142). Sağlık Hizmetlerini sunum tarzını hizmetin alıcısı olan hastalardan gelen görüşler çerçevesinde şekilleneceği bir gerçektir. Bu düşünce ile hizmet kalitesinin artırılması amacıyla anketler uygulanmaktadır. Yatan hasta memnuniyet anketi ile hastaneye yatan hastaların yatış tarihinden taburcu edildikleri güne kadar geçen zaman diliminde kendisine verilen sağlık hizmetinin tıbbi ve bakım sürecine ilişkin görüşlerinin tespiti mümkün olmaktadır. (Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları, 2009: 26,89) Hizmet düzeyinin ve kalitesinin ölçülebilir olması için hizmetin amacının ve kriterlerinin ortaya konulması gerekir. Yatan hasta memnuniyetine etki eden faktörlerin çoklu olması nedeniyle birden çok bağımsız faktörün arasındaki ilişkilerin ortaya koyulmasında çoklu regresyon modellerinden biri kullanılır (Ergün, 1995;151).

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin etkinliğini ortaya koymak, değişen ve gelişen durumlara karşı yeni stratejiler oluşturmak, sürekli iyileşme için gereklidir. Hasta memnuniyeti araştırmaları, sağlık kurumlarında hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde temel bir kriter olmakla birlikte hizmetin değişen şartlara göre sürekli iyileşmesine katkıda bulunmaktadır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Evren Ve Örneklem

Erciyes Üniversitesi Hastanelerinde; 2009 yılında yatarak tedavi edilen 16 yaş üstündeki erişkin tüm hastaları kapsamaktadır. Servisler, hasta yatış- taburcu sıklığına göre ağırlandırılarak; her servisten alınacak örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Araştırmada tabakalı basit rastgele örnekleme yöntemi uygulanmıştır.

2.2. Yöntem

1000 hasta, tabakalı örnekleme yöntemi ile rastgele seçilerek araştırma grubu oluşturulmuş ve bu hastalara 44 sorudan oluşan bir anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. Araştırmaya alınan kişiler ulaşma oranı % 96.5'dir. Araştırmada 8 ayrı konu hakkında, anket uygulanarak puanlama yapılmıştır.

1. Tedavi ve bakım hizmetleri : hastalık hakkında endişe verici yorum, uygulanan tedavide onay alınması, tedavi hakkında bilgi verilmesi ve mahremiyete dikkat edilmesi ile birlikte genel olarak alınan tedavi hakkındaki değerlendirmeyi içermektedir.
2. Hekimlik ve hemşirelik hizmetleri; sorulan sorulara yanıt alabilme, hekime ve hemşireye güven duyma, çağrıya yanıt alma hakkındaki düşüncelerini içermektedir.
3. Hasta kabul; ilgili görevlilerin davranış biçimi ile hastane kuralları hakkında bilgilendirilmeyi içermektedir.
4. Fiziki koşullar; odanın ısısı, havalandırılması, gürültüsü, kullanılan tuvalet ve banyo temizliği ile hastanenin genel temizliği hakkındaki düşünceleri içermektedir.
5. Yemek hizmetleri; yemeklerin niteliği ve sunumu konuları hakkındaki düşünceleri içermektedir.
6. Hasta yakını ve ziyaretçi iletişimi ve memnuniyeti; hastanın yakınlarıyla iletişimi ile ziyaretçiler konusunu içermektedir.
7. Hastaneden genel memnuniyet; genel kalite hakkındaki düşünce ile hastane hizmetlerinin tavsiye edilebilirliğini içermektedir.

2.3. İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS 11.0 Paket programı ile analiz edilmiştir. Anket sonucunda elde edilen veriler nitel ve nicel olarak sınıflandırılmıştır. Nicel veriler, ortalama $\pm$ standart sapma olarak tanımlanmıştır. Univariate yaklaşımda bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiye pearson korelasyon katsayısı hesaplanarak bakılmıştır (Ergün, 1995;151). Multivariate yaklaşımda ise bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkilere ise Çoklu Linear Regresyon Analizi kullanılarak bakılmış olup; model oluşturulmuştur. Analizde Enter modeli kullanılmıştır. Nitel verileri ise yüzde olarak tanımlanmıştır. İstatistiksel anlamlılık seviyesi 0.05 olarak alınmıştır (Akgül, 1997; 85, 459).

3. BULGULAR

Araştırmamıza alınan kişilerin yaş ortalaması 46.0 ± 18.1 idi. Hastaların hastanede kaldıkları ortalama gün sayısı 8.9 (1-200) idi. Hastaların yattıkları odalardaki ortalama yatak ayısı 3.3 ± 1.7 dir.

Tablo 1. Araştırma grubunun tanımlayıcı özellikleri

Değişkenler	SAYI	%
Cinsiyet n= 965		
Erkek	442	45.8
Kadın	523	54.2
Medeni Durum n=962		
Evli	756	78.6
Bekar	129	13.4
Eşi Ölmüş	64	6.7
Eşinden Ayrı	13	1.4
Eğitim durumu n=961		
Okur Yazar Değil	150	15.6
İlkokul	411	42.8
Ortaokul	119	12.4
Lise	177	18.4
Fakülte	91	9.5
Lisansüstü	13	1.4
Geldiği yer n=960		
Kayseri İçi	554	57.7
Kayseri Dışı	406	42.3
Geldiği yer n=963		
İl Merkez	562	58.4
İlçe Merkez	257	26.7
Kasaba-Köy	144	15.0

Araştırma grubunun tanımlayıcı özelliklerine bakıldığında %55.2 sinin İlköğretim mezunu olduğu görülmüştür. Ayrıca % 42.3'ünün ise kayseri dışından geldiği görülmüştür.

Tablo 2. Araştırma Grubunun, Hizmet Konularına Göre Maksimum Puan Üzerinden Elde Edilen Puan Ve Yüzdeleri

Özellikler n=965	Max. puan	X	±	Sd	%
Hemşirelik hizmetleri	12	11.1	± 1.9		92.8
Hasta yakını ve ziyaretçi ile iletişim memnuniyeti	7	6.4	± 1.5		91.0
Hekimlik hizmetleri	16	14.4	± 2.4		89.7
Tedavi ve bakım hizmetleri	25	21.0	± 3.6		83.8
Tekrar tercih ve tavsiye etme konusundaki memnuniyet	10	8.0	± 1.8		80.1
Fiziki koşullar	18	12.6	± 3.2		69.9
Hasta kabul konusundaki memnuniyet	6	3.8	± 1.4		63.5

Yemek hizmetleri	6	3.8	±	1.3	63.2
Genel Toplam	100	80.8	±	11.4	80.8

Araştırmamızda hizmet konularına göre en fazla puanı hemşirelik hizmetleri (%92.8), en az puanı ise yemek hizmetleri almıştır. (%63.2) Hastanenin genel memnuniyet puanı ise %80.8 olarak bulunmuştur.

Tablo 3. Tekli (Univariate) Yaklaşımında Hasta Memnuniyet Puanı İle Tüm Hizmet Konuları Arasındaki İlişkiler

Hizmet Konuları (n: 965)	r	p
Tedavi ve bakım hizmetleri	0,69	0,001
Hekimlik hizmetleri	0,68	0,001
Fiziki koşullar	0,66	0,001
Tekrar tercih ve tavsiye etme konusundaki memnuniyet	0,64	0,001
Hemşirelik hizmetleri	0,53	0,001
Yemek hizmetleri	0,41	0,001
Hasta kabul konusundaki memnuniyet	0,40	0,001
Hasta yakını ve ziyaretçi ile iletişim memnuniyeti	0,38	0,001

Bağımlı değişken olan Memnuniyet puanının, model içerisindeki bağımsız değişkenler ile yani hizmet konuları ayrı ayrı ilişkileri değerlendirildiğinde; Univariate yaklaşımda en yüksek ilişkiye sahip hizmet konularının sıra ile tedavi ve bakım hizmetleri, hekimlik hizmetleri, fiziki koşullar, tekrar tercih ve tavsiye etme konusundaki memnuniyet, hemşirelik hizmetleri, yemek hizmetleri, hasta kabul konusundaki memnuniyet ve hasta yakını ve ziyaretçi ile iletişim memnuniyeti olduğu görülmektedir. Tekli (Univariate) yaklaşımla ilişkilerin geneline bakıldığında pozitif yönde kuvvetli ilişki görülmektedir.(Tablo2)

Çoklu (Multivariate) yaklaşımda ise, bağımlı değişken olan memnuniyet puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında bir model oluşturulmuş olup; hizmet konuları tümel olarak multivariate yaklaşımla ele alınmıştır.

Tablo 4. Tekli (Univariate) Yaklaşımında Hasta Memnuniyet Puanı İle Tüm Hizmet Konuları Arasındaki İlişkiler

	R	R Square	SE
Model	0,94	0,89	3,7

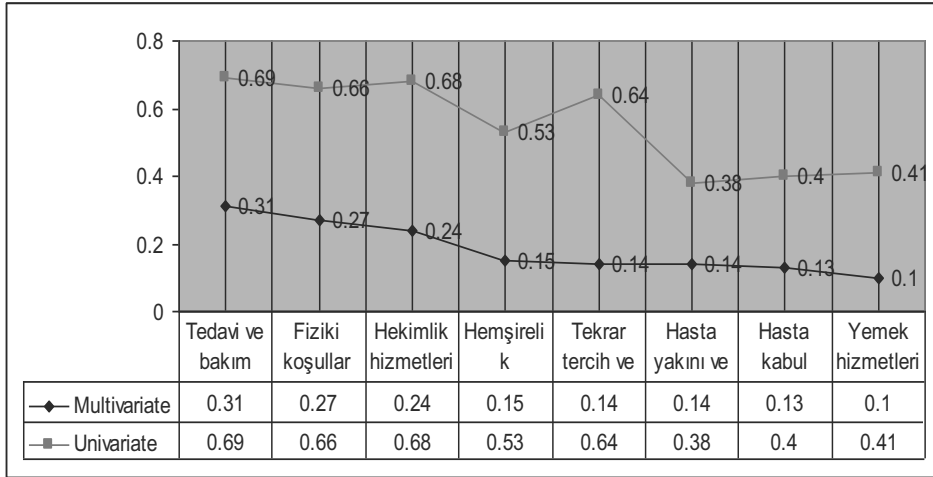
Çoklu (Multivariet) yaklaşımda Bağamlı değişken memnuniyet puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında doğrusal ilişki bulunmaktadır. Çoklu korelasyon katsayısı 0,94, tanımlayıcılık katsayısı ise 0,89 dur. (Tablo4) Bir başka ifade ile

memnuniyet puanını %89'unu modeldeki bağımsız değişkenler açıklamakta olup; %11 lık kısım ise bu değişkenler dışındaki faktörlere aittir. (Akgül, 1997;459)

Tablo 5. Bağımlı Değişken Olan Memnuniyet Puanının, Model İçerisindeki Bağımsız Değişkenler İle Çoklu Ve Tekli Yaklaşımına Göre İlişkileri

	Yaklaşım					Univariate
	Multivariate					
	B	SE	t	p	Beta	
Sabit Sayı (Constant)	-	0,98	-	0,64		
	0,45		0,46			
Tedavi ve bakım hizmetleri	1,00	0,04	23,2	0,00	0,31	0,69
Fiziki koşullar	0,97	0,04	20,7	0,00	0,27	0,66
Hekimlik hizmetleri	1,15	0,06	17,3	0,00	0,24	0,68
Hemşirelik hizmetleri	0,93	0,07	12,5	0,00	0,15	0,53
Tekrar tercih ve tavsiye etme	0,91	0,08	10,9	0,00	0,14	0,64
Hasta yakını ve ziyaretçi ile iletişim	0,97	0,08	11,6	0,00	0,14	0,38
Hasta kabul	1,08	0,09	12,1	0,00	0,13	0,40
Yemek hizmetleri	0,87	0,10	8,2	0,00	0,10	0,41

Şekil 1. Bağımlı Değişken Olan Memnuniyet Puanının, Model İçerisindeki Bağımsız Değişkenler İle Çoklu Ve Tekli Yaklaşımına Göre İlişkileri



İki farklı yaklaşım Tablo 5 ve Şekil 1 de birlikte verilmiştir. Hasta memnuniyet puanı ile ilgili hizmet puanları arasındaki ilişki bir model içerisinde incelendiğinde hekimlik hizmetleri ile hizmetin tekrardan tercih ve tavsiye edilme durumunun model içerisinde ağırlığını kaybettiğini; Beta kısmı korelasyon katsayısına göre ağırlık sırasının değiştiği

görülmektedir. Buna göre hasta memnuniyet puanını (Bağımlı değişkeni) etkileyen hizmet konuları (Bağımsız değişkenler) Model içerisinde modele en fazla katkısı bulunan değişkenler sırası ile Tedavi ve bakım hizmetleri, fiziki koşullar, hekimlik hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, tekrar tercih ve tavsiye etme konusundaki memnuniyet, hasta yakını ve ziyaretçi ile iletişim memnuniyeti, hasta kabul konusundaki memnuniyet ve yemek hizmetleridir. Buna göre elde edilen model ve değişkenlerin model içerisindeki ağırlığı aşağıdaki gibidir.

Elde edilen tümel model :

$$Y = b_0 + b_1t_1 + b_2t_2 + b_3t_3 + b_4t_4 + b_5t_5 + b_6t_6 + b_7t_7 + b_8t_8$$

$$\text{Hasta Memnuniyet Puanı} = 0,45 + 1,0 * (\text{Ted.Bak.Hiz.}) + 1,1 * (\text{Hek.Hiz.}) + 0,93 * (\text{Hem.Hiz.}) + 1,0 * (\text{Hast. Kab.}) + 0,97 * (\text{Fiz.Koş.}) + 0,8 * (\text{Yem.Hiz.}) + 0,97 * (\text{Hast. İlt.}) + 0,91 * (\text{Gen. Mem})$$

3. TARTIŞMA VE SONUÇ

Memnuniyet ile ilgili sekiz ayrı sınıflamada puanlama yapılmıştır. Yapılan uygulamada tedavi ve bakım hizmetleri 25 puan üzerinden 21.0, hekimlik hizmetleri 16 puan üzerinden 14.4, hemşirelik hizmetleri 12 puan üzerinden 11.1, hasta kabul konusundaki memnuniyet 6 puan üzerinden 3.8, fiziki koşullar 18 puan üzerinden 12.6, yemek hizmetleri 6 puan üzerinden 3,8, hasta yakını ve ziyaretçi ile iletişim memnuniyeti 7 puan üzerinden 6.4, hastaneden genel memnuniyet 10 puan üzerinden 8.0 olarak bulunmuştur. Toplamda ise memnuniyet 100 puan üzerinden 80.8 puan olarak değerlendirilmiştir.

Tekli (Univariate) yaklaşımla ilişkilerin geneline bakıldığında, bağımlı değişken olan memnuniyet puanının, model içerisindeki bağımsız değişkenler ile yani hizmet konuları ile ayrı ayrı ilişkileri değerlendirildiğinde pozitif yönde kuvvetli ilişki görülmektedir. En yüksek ilişki Tedavi Bakım Hizmetlerinde (r: 0.69; p:0.001), en düşük ilişki ise Ziyaret ve İletişim Memnuniyetinde (r: 0.38; P:0.001) bulunmuştur. (Tablo2) Tekli (Univariate) yaklaşımla elde ettiğimiz bu veriler hangi hizmet konusunun memnuniyet puanını en fazla etkileyen değişken olduğunu; planlamada ise hangi konulara öncelik verilmesi gerektiği hususunda net, yönlendirici sonuç vermemektedir. Bu sonuç hastane şartları ile hastaların sosyo- kültürel kişisel özelliklerinin oluşturduğu dağılıma göre yatan hasta memnuniyet puanının artırılması için önceliğin hangi hizmet sınıfına verilmesi yönünde yetersiz kaldığı için; Bu nedenle Bir model içerisinde hizmet konuları tümel olarak multivariate yaklaşımla ele alınmıştır.

Çoklu Linear Regresyon Analizi ile model oluşturulmuştur. Modelin tanımlayıcılık katsayısı R^2 :0.89 dur. Buna göre hasta memnuniyet puanını (Bağımlı değişkeni) etkileyen hizmet konuları (Bağımsız değişkenler) Model içerisinde modele en fazla katkısı bulunan değişkenler sırası ile Tedavi ve Bakım Hizmetleri (β :0.31;P:0.001), Fiziki Koşullar (β :0.27;P:0.001), Hekimlik Hizmetleri (β :0.24;P:0.001), Hemşirelik Hizmetleri (β :0.15;P:0.001), Tekrar Tercih ve Tavsiye etme konusundaki memnuniyet (β :0.14;P:0.001), Hasta Yakını ve Ziyaretçi ile İletişim memnuniyeti (β :0.13;P:0.001), Hasta kabul konusundaki memnuniyet (β :0.13;P:0.001), ve Yemek Hizmetleri (β :0.10;P:0.001), dir.

Her İki yaklaşım birlikte değerlendirildiğinde (Tablo5) (Şekil 1); Hasta memnuniyet puanı ile ilgili hizmet puanları arasındaki ilişki oluşturulan model içerisinde incelendiğinde, hekimlik hizmetleri ile hizmetin tekrardan tercih ve tavsiye edilme durumunun model içerisinde ağırlığını kaybettiğini; Beta kısmı korelasyon katsayısına göre ağırlık sırasının

değiştii görölmektedir. Buna göre hasta memnuniyet puanını (Bağımlı değişkeni) etkileyen hizmet konuları (Bağımsız değişkenler) Model içerisinde modele en fazla katkısı bulunan değişkenler sırası ile tedavi ve bakım hizmetleri, fiziki koşullar, hekimlik hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, tekrar tercih ve tavsiye etme konusundaki memnuniyet, hasta yakını ve ziyaretçi ile iletişim memnuniyeti, hasta kabul konusundaki memnuniyet ve yemek hizmetleridir.

Gülmez ve arkadaşlarının Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesinde yatan hastalara yaptıkları araştırmada hastaneyi tercih etme durumu ile bağımsız değişkenler arasında çoklu regresyon analizi yapmışlardır. En önemli faktörlerin sırası ile uzman doktor hizmeti ,hemşire hizmeti ve oda hizmetlerinin olduklarını bulmuşlardır (Gülmez M,2008:182). Araştırmada bulunan bu sonuç; yani hekim ve hemşire hizmetleri, bizim yaptığımız araştırmada tedavi bakım hizmetlerine karşılık gelmektedir. Çünkü Gülmez ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ayrıca tedavi hizmetleri sorgulanmamıştır. Oda hizmetleri ise araştırmamızdaki fiziki koşulları içermekte olup; Gülmez ve arkadaşlarının araştırması ile araştırmamızın uyumlu olduğu görölmüştür.

Özkan ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada hastanede müşteri tatmini ve sadakati üzerine yapılan çoklu analizde hastane temizliğinin en büyük negatif etkiye sahip olduğu, daha sonra hemşirelerin genel davranışı ile tedavi bakım hizmeti gelmektedir (Özkan, 2006:68). Bu sonuç direkt negatif etkiye sahip değişkeni tespit eden bir çalışmadır. Bu nedenle Bizim araştırmamız ile fiziksel koşullar sınıfı ile paralellik göstermektedir.

Sonuç olarak: Bağımlı değişkeni etkileyen birçok faktörün analiz edilmesinde tekli (Univariate) yaklaşım yerine çoklu (multivariate) yaklaşım tarzının; hasta memnuniyetini artırmak için yapılacak planlama ve uygulamalarda daha yol gösterici olduğu gösterilmiştir.

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler bir model içerisinde gösterilmiştir. Modelde hizmet sınıflarının ağırlığı belirlenmiş olup; Hangi hizmet sınıfları puanlarını ne kadar artırırsak hasta memnuniyet puanına ne kadar yansıyacağını bilimsel olarak tahmin edebilecek model geliştirilmiştir.

Bu çalışma ile, yatan hasta memnuniyet puanının artırılması için öncelikli hizmet sınıfı model içerisinde belirlenmiş olup; Yatan hasta memnuniyetinin artırılması için yapılacak planlamalarda önceliğin Tedavi ve Bakım Hizmetleri ile Fiziki Koşulların iyileştirilmesinden başlayan modeldeki sıranın hasta memnuniyet puanını artıracağı bilimsel olarak bulunmuştur.

KAYNAKLAR

Akgül, Aziz (1997) ‘ Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri ‘SPSS Uygulamaları’ Yükseköğretim Matbaası, Ankara

Ergün, Mustafa (1995), ‘Bilinsel Araştırmalarda SPSS For Windows’ Ocak Yayınları Ankara

Engiz,Oğuz (2007) ‘Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini’, internet adresi <http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm> (10.12.2010)

Gülmez, Mustafa ve Kitapçı, Olgun (2008) ‘ Hastane Hizmet Kalitesi ve Bir Uygulama’ H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 26,Sayı 1, sayfa 165-186

Hayran, Osman ve Sur, Haydar (1997) ‘Hastane Yöneticiliği’ sayfa. 64-330. Nobel Tıp Kitapları, İstanbul.

Özer ,Ali ve Enver, Çakıl (2007), ‘Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini etkileyen faktörler’ , Tıp Araştırma Dergisi, Cilt 5, No.4 , Sayfa 140-143.

Özkan, Çoşkun (2006) ‘Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyet Ölçümü: Simetrik ve Asimetrik Etki Analizi’İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimler Dergisi, Yıl:5 Sayı:9 sayfa 61-71

T.C Sağlık Bakanlığı, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı (2009) , ‘Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları’ sayfa : 26 Lazer Ofset, Ankara

Varinli, İnci ve Çakır, Aysel (2004) ‘Hizmet kalitesi,değer, Hasta Tatmini, Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki-Kayseri’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma-’ sayı 2, sayfa 33-5

POLİKLİNİK HASTALARINDA HASTA TATMİNİ İNCELEMESİ

Enver ALBAN¹ , Sabahattin TEKİNGÜNDÜZ² , Mehmet TOP³

Özet

Hasta tatmini, sağlık hizmetlerinde kalite değerlendirme sürecinde kullanılan önemli bir ölçüt olmuştur. Bazı sağlık kuruluşları kendi performanslarını değerlendirmek adına rutin olarak hasta tatmini ile ilgili veriler toplamakta ve bunları analiz etmektedir. Ayrıca hasta tatminin sağlık kurumları arasında hizmet kalitesi karşılaştırılmasındaki kullanımı gittikçe önem kazanmaktadır. Bu araştırmada Bingöl'de bulunan bir devlet hastanesi polikliniklerinden 2010 yılında ayaktan sağlık hizmeti alan erişkin hastaların algılanan hasta tatmin düzeylerini belirlemek, hastaların hasta tatmin düzeylerinin bazı özelliklere göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğini açıklamak amaçlanmıştır. Araştırma evrenini Eylül – Ekim 2010 tarihleri arasında poliklinik sağlık hizmetleri almaya gelen hastalardan oluşmuştur. Araştırmada 385 hastaya anket uygulanarak araştırma verisi elde edilmiştir. Hasta tatmini ölçüm anketinde 5'li Likert ölçeğinden yararlanılmıştır. Yani ankete cevap veren 385 hasta 25 madde açısından algıladıkları hasta tatmini düzeyini 5 seçenekli bir ölçek üzerinde belirtmiştir (5= çok tatmin, 1 = hiç tatmin değil). Araştırmada 6 hasta tatmini boyutu incelenmiştir. Bunlar; ulaşılabilirlik, bekleme süresi, personel davranışı, hasta bilgilendirme, hastaneyi başkasına tavsiye etmedir. Araştırma sonunda hasta tatmini boyutlarında ortalama skorların yaklaşık 1,51 ile 3,84 arasında değişmekte olduğu anlaşılmıştır. Cerrahi poliklinikler (cerrahi branşlar) ve dahiliye polikliniklerden (dahili branşlar) hizmet alan hastaların 5 hasta tatmini boyutuna ait algıladıkları tatmin düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. 6 hasta tatmini boyutu arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hasta Tatmini, Poliklinik Hastaları, Kalite Yönetimi

Abstract

Patient satisfaction has become a key criterion by which the quality of health care services is evaluated. Many health care organizations routinely collect and monitor patient satisfaction data for internal assessments of their own performance. There is also a growing emphasis on using patient satisfaction data to compare the service quality among health care organizations. The purposes of this study are to measure and analyze patient satisfaction levels of the adult / mature patients received outpatient health care services from a public hospital in Bingöl in 2010; to investigate the relationships among patient satisfaction dimensions; to analyze differences of patient satisfaction by patients' some socio-demographic variables. Study universal is the patients who received health services from hospital polyclinics in September 2010 – October 2010. 385 patients were reached. The study data was gathered by using the questionnaire. 5 point scale (Likert Scale) was used in patient satisfaction measurement questionnaire (1= all dissatisfaction, 5= all satisfaction). The questionnaire has 25 items about patient satisfactions and patients got their answers related on these items. This study investigated 6 patient satisfaction dimensions: accessibility, waiting times for services, physical environment in the waiting place, personnel's behaviors, patient information, someone else to recommend the hospital. It was found at late of study that mean scores of patient

¹ Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü, enverbalban@hotmail.com

² Diyarbakır Hani Devlet Hastanesi Müdürü, stekingunduz@gmail.com

³ Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık İdaresi Bölümü, mtop@hacettepe.edu.tr

satisfaction dimensions are about 1,51-3,84. There are significant differnces between perceived 5 patient satisfaction dinensions scores of outpatients who used health services from surgery medicine policlinics (surgery branches) and outpatients who used health services from internal medicine policlinics (internal branches). It was explored that there were significant positive correlations among all 6 patient satisfaction dinensions.

Keywords: *Patient Satisfaction, Outpatients, Quality Management*

1. GİRİŞ

Hasta tatmini günümüzde sağlık hizmetlerinin kalitesi, verimliliği ve etkililiğini değerlendirmede kullanılan önemli bir kavram olmuştur. Artık sağlık hizmeti sunan işletmeler hastaların beklenti ve ihtiyaçları ile bu hizmet sunumundan algıladıkları tatmin sonuçlarına göre hareket etmektedir. Sağlık sektöründe de müşteri veya hasta odaklılığın artması ile birlikte hasta tatminine verilen önem ve hasta tatmini değerlendirme araştırmalarında önemli artış yaşanmıştır (Huang vd., 2004: 403). Hasta tatmini; hastaların aldıkları sağlık hizmeti veya tıbbi bakımla ilgili beklenti, deneyim ve değer yargılarını ihtiva eden ve daha çok hastaların algılamalarına dayanan bir kavramdır. (Kersnik, 2000: 143). Bundan dolayı artık algılan hasta tatmini, bakım kalitesine yönelik hasta perspektifi şeklinde nitelendirilmeye başlamıştır (Cheng vd., 2003: 345). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan hasta tatmini araştırmaları hasta tatmininin oldukça bireysellik (ülkelere göre farklılaştığı) ve dinamik bir yapıda olduğunu göstermektedir (Ofowwe ve Ofili, 2005:582).

Son yirmi yılda sağlık hizmetlerinde kalite anlayışı farklı yollarla işlerlik kazanmış ve sağlık bakım yöneticileri, politikacılar ve sağlık sektörü diğer karar vericileri sağlık hizmetlerinde önemli bir kalite göstergesi olarak hasta tatmini üzerinde yoğun bir şekilde durmuşlardır. Artık günümüzde birçok ülkede başta hastaneler olmak üzere birçok sağlık kuruluşunda hastaların tatmin ve beklenti ve sağlık hizmeti alırken yaşadıkları tecrübeler üzerine sistematik ve düzenli araştırmalar yapılmaktadır. Yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular diğer kalite göstergeleri ile birlikte kamuoyuna duyurulmaktadır (Crow vd., 2002: 11). Hatta uluslararası akreditasyon kuruluşları hastaneleri akredite ederken sürekli ve sistematik olarak hasta tatmini araştırmalarını yapıp yapmadıklarını incelemekte ve hasta tatmini araştırmaları yapma konusunda hastane yönetimlerine zorunlu düzenlemeler getirmektedir (Bautista vd., 2007: 518). Ayrıca artık günümüzde sağlık hizmeti satın alıcısı konumundaki kurumlar, hastaneler başta olmak üzere sağlık örgütlerinin hasta tatmini düzeylerini inceleyerek, sağlık hizmeti satın alma sözleşmelerini yapmaktadırlar (Young vd., 2000: 325-326).

Hasta tatminini etkileyen üç temel faktör bulunmaktadır. Bu faktörler hastaya, personele, fiziksel ve çevresel özelliklere bağlıdır. Hastanın yaşı, eğitimi, mesleği, geliri, cinsiyeti, dili, dini, ırkı ve aile düzeni gibi sosyo-demografik özellikleri hastaların hizmetlerden duyacağı tatmin derecesinde ayrı ve farklı roller oynamaktadır. Kişiden kişiye farklılıklar gösteren bu kriterler sağlık hizmetlerinden duyulan tatmin derecesi ile yakından ilgilidir (Draper vd., 2001: 463; Andaleeb vd., 2007: 263). Sağlık hizmetlerinde standardizasyon çalışmaları yapılırken hizmet kalitesini belirleyen unsurlar içinde, verilen hizmetin kalitesi kadar algılanan hizmet kalitesinin önemine değinilmektedir. Hasta tatmini araştırmalarında sağlık personelinin tatmin, sağlık personeli ile iletişimden tatmin, personele güven, hasta mahremiyeti, hastanın istediği yer ve zamanda hizmet, personelin dürüstlüğü, nezaketi, yeterli bilgiyi sunması, hastane genel temizliği ve otelcilik hizmetleri gibi birçok boyutun ele alındığı anlaşılmaktadır (Ayaz ve Soykan, 2002: 19). Hasta tatmininin belirlenmesi ve değerlendirilmesinin bazı nedenleri vardır. Bunlar (Sitiza ve Wood, 1997: 1829-1831; Crow vd., 2002: 12-14).

- ✓ Hastaların bakış açısı ile sağlık hizmetlerini ve sağlık hizmetlerinde kaliteyi belirlemek,
- ✓ Sağlık hizmetleri sunumundaki problem alanlarını ve güçlü olunan noktaları açıklamak,
- ✓ Sağlık bakım sonucu olarak hasta tatminini kullanmak.

Hasta tatminini sağlamak, bir sağlık kuruluşunun önündeki en zor ve hassas konudur. Konunun hassasiyetinin en belirgin kanıtı, algılanan değerler ile olması gereken değerler arasında, her zaman yakalanamayan bir uyum olma zorunluluğudur (Avis vd., 1995: 59). Hasta tatmini, sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesinde yer alan önemli göstergelerden biridir. Hasta tatmini göstergesi, sağlık hizmetlerinin temel çıktılarından biridir, hizmet sürecinin yapısı bu gösterge sayesinde gözden geçirilir. Hasta memnuniyeti araştırmalarının politika ve hizmet geliştirme ile ilgili bilgi sağlaması, programların etkinliğini değerlendirmeyi mümkün kılması, benzer hastanelerle kıyaslama imkanı vermesi, sonuçların halka açıklanması ve hesap verme sorumluluğunu artırma gibi birçok potansiyel yararı bulunmaktadır (Hendriks vd., 2006: 152).

Hasta tatmini günümüzde önemini sürekli artırmakta, dünya gelenilinde ve Türkiye’de yapılmaya çalışılan sağlık reformlarının önemli temaları arasında yer almaya başlamaktadır. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm reform çalışmaları kapsamında hasta tatmini ölçüm çalışmaları artmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmakta olan Performansa Dayalı Ek Ödeme sisteminde hastanelerin ayaktan ve yataklı sağlık hizmetlerine yönelik hasta tatminlerinin ölçülmesi yapılmaktadır. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde hastanelerin kurumsal performans skorlarının hesaplanmasında hasta tatmini ölçümlerinden elde edilen katsayılar kullanılmaktadır. Hasta güvenliğinin geliştirilmesi hasta tatmini artıran önemli faktörler arasında yer almaktadır. Hasta güvenliği uygulamalarında artışlar, hastanelerin hasta güvenliklerini üst seviyelere çıkardıkça hasta tatmini düzeylerinin önemli ölçüde yükseleceği ve hizmet kalitesinin artacağı söylenebilir. Bundan dolayı günümüzde hasta tatmini çalışmalarında hasta güvenliği ile ilgili sorulara da yer verilmeye başlanmıştır.

2. YÖNTEM

Bu çalışma anket esasına dayalı bir alan araştırmasıdır. Araştırmada Bingöl’de bir kamu hastanesinde poliklinik hastalarının hasta tatmini kesitsel bir bakışla alan araştırması esasına göre incelenmiştir.

2.1. Amaç

Araştırmada Bingöl’de bir kamu hastanesinden ayaktan sağlık hizmeti alan poliklinik hastalarının hasta tatmini düzeyini belirlemek, hasta tatmin düzeyi boyutlarını açıklamak ve hasta tatmin düzeylerinin hastanın yaş, eğitim, cinsiyet gibi bazı özelliklere göre farklılaşma durumunu incelemek amaçlanmıştır. Ayrıca hasta tatmini boyutları arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini Eylül-Ekim 2010 döneminde Bingöl’de bir kamu hastanesinden ayakta hizmet alan poliklinik hastaları oluşturmaktadır. Araştırmada 385 hastaya anket uygulanmıştır. Anketler hasta muayenesi sırasında anket doldurmayı kabul eden hastalara uygulanmıştır. Araştırma, Helsinki Deklerasyonu (Bildirgesi) (2008) prensiplerine uygun olarak yapılmıştır. Anket formu doldurulmadan önce bireylere araştırmanın amacı hakkında bilgilendirme yapılarak, araştırmaya katılmada gönüllülük esası dikkate alınmıştır. Araştırmanın uygulanması sırasında ise bireylerden sözel izin alınmıştır.

2.3. Veri Toplama Aracı (Anket)

Anket araştırmacılar tarafından hasta tatmini konusundaki Türkiye ve diğer ülkelerdeki literatür taraması sonucunda hazırlanmıştır. Ankette hasta tatmini ile ilgili 25 ifadeye yer verilmiştir. Araştırmada hasta tatminini ölçmek için kullanılan 25 ifadeye ilişkin iç tutarlılık katsayısı 0.913 olarak hesaplanmıştır. Bu katsayı ölçüm aracının güvenilirliğini açıklamaktadır. Aşağıdaki tabloda hasta tatminini ölçmek için kullanılan sorular ve hasta tatmini boyutları gösterilmiştir.

Tablo 1. Hasta Tatmini Boyutları Ve Boyutların Altındaki Sorular

Hasta Tatmini Boyutları	Sorular	Soru Sayısı
Ulaşılabilirlik	- Hastaneye ulaşımın kolay oldu.	1
Bekleme Süresi	- Muayene sırası almada zorluk çekmedim. - Tetkik sonuçlarını bana söylenen zamanda aldım. - Tetkik sonucunu aldıktan sonra doktora kontrol olmak için fazla zaman harcamadım. - Muayene olmadan önce bürokratik işlemlere zaman harcadım. (ters skora)	4
Bekleme Alanı Fiziksel Ortamı	- Bekleme alanları yeterliydi. - Muayene olduğum poliklinik odası genişti. - Poliklinik odası düzenli ve temizdi. - Poliklinik tuvaletlerinin temizliği iyiydi. - Yönlendirme levhaları anlaşılır şekilde düzenlenmişti.	5
Personel Davranışı	- Doktorun yaklaşımı nazikti. - Muayene odasında doktor kendisini tanıtarak oturmam için yer gösterdi. - Muayenem sırasında mahremiyetime dikkat edildi.(içeri kimse alınmadı vb.). - Doktorun muayenesinden memnun kaldım. - Sağlık personeli dışındaki personelin davranışı iyiydi. (sekreter, temizlik, güvenlik personeli vb.). - Doktorun beni muayene etmesi sürdü	6
Hasta Bilgilendirme	- Doktorumu kendim seçebildim. - Doktor hastalığımı dinleyip, hastalığımla ilgili sorulara anlayacağım şekilde cevap verdi. - Doktor bana verdiği tedaviyi nasıl uygulayacağımı açıkça anlattı.(ilaç kullanımı, egzersizler vb.) - Doktor sorularımı sözümü kesmeden sonuna kadar dikkatli ve ilgili (başka işle ilgilenmeden) dinledi. - Başka bir doktora da muayene olmayı düşünmüyorum. - Doktor dışı personele soru sorduğumda cevap verip yönlendirdiler (röntgen teknisyeni, hemşire, kan alan personel, sekreter, temizlik, güvenlik personeli vb.). - Hasta Hakları konusunda bilgilendirildim. - Hastaneye iletişime geçebileceğim telefon/iletişim adresi verildi.	8
Hastaneyi Başkasına Tavsiye Etme	- Bu hastanede verilen hizmetleri göz önünde bulundurarak başka bir yakınıma hastaneyi öneririm	1

2.3. Araştırma Sınırlılıkları

Bu araştırma sonuçlarının Türkiye’deki tüm hastane sektörüne genellenmesi söz konusu değildir. Araştırma Sağlık Bakanlığına bağlı bir hastanede yapıldığından sonuçların üniversite ve özel hastaneler için yorumlanması mümkün değildir. Araştırma hasta tatminini sadece poliklinik hastaları için ele almaktadır.

2.4. Veri Analizi

Anketler Eylül-Ekim 2010 tarihleri arasında uygulanmıştır. Anketlere verilen yanıtlar bilgisayar ortamına aktarılmış ve SPSS (Statistical Packages for Social Sciences) 15.0 kullanılarak istatistiksel analizler yapılmıştır. Boyut skorları ilgili boyut altındaki sorulara verilen yanıt değerleri toplamının ilgili boyut altındaki soru sayısına bölümü ile elde edilmiştir. Boyut skorlarından hareketle Tanımlayıcı istatistikler, korelasyon analizi, t testi, tek yönlü varyans analizi gibi istatistiksel çözümlemeler yapılmıştır.

3. BULGULAR

Çalışmanın bu kısmında elde edilen bulgular tablolar eşliğinde açıklanacaktır.

Tablo 2. Hastaların Bazı Özelliklere Göre Dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet		
- Kadın	244	63,37
- Erkek	141	36,63
Eğitim Durumu		
- Okur yazar değil	41	10,64
- Lise ve altı	286	74,28
- Üniversite ve üzeri	58	15,08
Sosyal Güvenlik Kapsamı		
- Emekli Sandığı	78	20,25
- SSK	83	21,55
- Bağ-Kur	27	7,01
- Devlet Memurluğu	13	3,37
- Yeşil Kart	169	43,89
- Diğer (özel sigorta + sigortasız)	15	3,93
Hizmet Alınan Poliklinik		
- Cerrahi Poliklinikler	190	49,35
- Dahili Poliklinikler	195	50,65

Tablo 2 araştırma kapsamında anket uygulanan poliklinik hastalarının bazı özelliklere göre sayı ve yüzde dağılımlarını göstermektedir. Tablo 2 incelendiğinde 385 hastadan % 63,37’sinin kadın, % 36,63’ünün ise erkek olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamındaki hastaların büyük çoğunluğu (%74,28)lise ve altı eğitim durumuna sahiptir. Araştırma gelişmişlik düzeyi yüksek bir ilde yapılmadığından hastaların çoğunluğu yeşil kart (%43,89) kapsamındadır. Anket uygulanan hastaların yaklaşık yarısı cerrahi tıp bilimleri polikliniklerinden, yarısı da dahili tıp bilimleri polikliniklerinden hizmet almıştır.

Tablo 3. Hasta Tatmini Boyutları Tanımlayıcı İstatistikleri Ve Aralarındaki İlişki

Hasta Tatmini Boyutları	Ortalama	Standart Sapma	Korelasyon	Ulaşılabilirlik	Bekleme Suresi	Beklenen Yerin Fiziksel Ortamı	Personel Davranışı	Hasta Bilgilendirme	Hastaneyi Başkasına Tavsiye Etme
Ulaşılabilirlik	3,84	1,12	r	1					
			p						
Bekleme Suresi	3,74	0,85	r	,528(**)	1				
			p	,000					
Beklenen Yerin Fiziksel Ortamı	3,34	0,96	r	,308(**)	,491(**)	1			
			p	,000	,000				
Personel Davranışı	3,40	0,78	r	,298(**)	,479(**)	,620(**)	1		
			p	,000	,000	,000			
Hasta Bilgilendirme	3,53	0,78	r	,292(**)	,519(**)	,586(**)	,633(**)	1	
			p	,000	,000	,000	,000		,001
Hastaneyi Başkasına Tavsiye Etme	1,51	0,55	r	,001	,135(**)	,171(**)	,250(**)	,168(**)	1
			p	,986	,008	,001	,000	,001	

** Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (2 yönlü).

Tablo 3 hasta tatmini boyutlarının ortalama ve standart sapmaları ile boyutlar arasındaki korelasyon katsayılarını göstermektedir. Tablo 3 incelendiğinde hastaların poliklinik hizmetlerine ulaşılabilirlik tatmin skorlarının diğer hasta tatmini boyut skorlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Hastaneye gelen poliklinik hastaları hizmete ulaşılabilirlik ve beklama süresinden orta derecede tatmin olduklarını belirtmektedirler. Buna karşılık hastaların hizmet aldıkları hastaneyi başka insanlara tavsiye etme olasılıklarının oldukça düşük olduğunu söylemek mümkündür. Çünkü hastaneyi başka insanlara tavsiye etme ifdesibi kabullenme düzeyi 1.51 olarak hesaplanmıştır. Tablo 3 ayrıca hasta tatmini boyutları arasındaki ilişkileri de açıklamaktadır. Bu açıdan Tablo 3 incelendiğinde 6 hasta tatmini boyutu arasında karşılıklı anlamlı ilişkilerin olduğu görülmektedir. Bu anlamda hasta bilgilendirme boyutu ile personel davranışı boyutu arasındaki ilişki ($r=0,620$) diğer boyutlar arasındaki ikili ilişkilere göre en yüksek düzeydedir. Ayrıca hasta tatmini boyutları arasında pozitif güçlü ilişkiler bulunmuştur. Hastaneyi başkasına tavsiye etme ile diğer hasta tatmini boyutları arasında anlamlı ilişkiler olmakla birlikte bu ilişkinin çok güçlü olduğu söylenemez.

Tablo 4. Cinsiyete Göre Hasta Tatmini

Hasta Tatmini Boyutları	Cinsiyet	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Ulaşılabilirlik	Kadın	244	3,97	1,00	2,608	0,009
	Erkek	141	3,65	1,26		
Bekleme Suresi	Kadın	244	3,88	0,79	4,036	0,000
	Erkek	141	3,51	0,83		
Beklenen Yerin Fiziksel Ortamı	Kadın	244	3,39	0,99	0,858	0,392
	Erkek	141	3,29	0,88		
Personel Davranışı	Kadın	244	3,42	0,77	0,841	0,401
	Erkek	141	3,35	0,77		
Hasta Bilgilendirme	Kadın	244	3,59	0,78	1,791	0,074
	Erkek	141	3,44	0,74		
Hastaneyi Başkasına Tavsiye Etme	Kadın	244	1,49	0,54	-0,601	0,548
	Erkek	141	1,52	0,59		

Tablo 4 cinsiyete göre hasta tatmini boyutlarını göstermektedir. Tablo 4 incelendiğinde cinsiyete göre hasta tatmini boyutlarından ulaşılabilirlik ve bekleme sürelerinden kaynaklanan hasta tatmini düzeyleri arasında anlamlı farklılıkların olduğu görülmektedir. Ulaşılabilirlik açısından kadın hastaların erkek hastalara göre daha fazla tatmin olduğu söylenebilir. Aynı şekilde bekleme süresine ilişkin hasta tatmini noktasında da kadın hastalar erkek hastalara göre daha çok tatmindir. Diğer 4 hasta tatmini boyutunda kadın ve erkek hastalar arasında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır.

Tablo 5. Polikliniklere Göre Hasta Tatmini

Hasta Tatmini Boyutları	Poliklinikler	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Ulaşılabilirlik	Cerrahi Poliklinikler	190	3,90	1,11	1,009	0,314
	Dahili Poliklinikler	195	3,78	1,13		
Bekleme Suresi	Cerrahi Poliklinikler	190	3,91	0,85	4,049	0,000
	Dahili Poliklinikler	195	3,57	0,81		
Beklenen Yerin Fiziksel Ortamı	Cerrahi Poliklinikler	190	3,60	0,96	5,340	0,000
	Dahili Poliklinikler	195	3,09	0,90		
Personel Davranışı	Cerrahi Poliklinikler	190	3,51	0,81	2,816	0,005
	Dahili Poliklinikler	195	3,28	0,75		
Hasta Bilgilendirme	Cerrahi Poliklinikler	190	3,72	0,82	4,720	0,000
	Dahili Poliklinikler	195	3,35	0,70		
Hastaneyi Başkasına Tavsiye Etme	Cerrahi Poliklinikler	190	1,57	0,60	2,342	0,020
	Dahili Poliklinikler	195	1,44	0,49		

Tablo 5 polikliniklere göre hasta tatmini boyutlarını göstermektedir. Tablo 5 incelendiğinde cerrahi polikliniklerden hizmet alan hastaların hasta tatmini boyut skor ortalamalarının dahiliye polikliniklerinden hizmet alan hastalarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılıklar ulaşılabilirlik boyutu dışındaki 5 hasta tatmini boyutu için anlamlı bulunmuştur.

Tablo 6. Eğitim Durumuna Göre Hasta Tatmini

Hasta Tatmini Boyutları	Eğitim Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Ulaşılabilirlik	Okur yazar değil	41	4,02	,96	0,611	0,544
	Lise ve altı	286	3,82	1,16		
	Üniversite ve üstü	58	3,81	1,01		
Bekleme Suresi	Okur yazar değil	41	4,10	0,91	5,298	0,005
	Lise ve altı	286	3,73	0,82		
	Üniversite ve üstü	58	3,56	0,88		
Beklenen Yerin Fiziksel Ortamı	Okur yazar değil	41	3,81	0,97	6,625	0,001
	Lise ve altı	286	3,32	0,97		
	Üniversite ve üstü	58	3,12	0,83		
Personel Davranışı	Okur yazar değil	41	3,72	0,76	8,630	0,000
	Lise ve altı	286	3,41	0,76		
	Üniversite ve üstü	58	3,08	0,80		
Hasta Bilgilendirme	Okur yazar değil	41	3,67	0,86	3,232	0,041
	Lise ve altı	286	3,56	0,77		
	Üniversite ve üstü	58	3,31	0,75		
Hastaneyi Başkasına Tavsiye Etme	Okur yazar değil	41	1,92	0,46	16,424	0,000
	Lise ve altı	286	1,49	0,56		
	Üniversite ve üstü	58	1,31	0,46		

Tablo 6 eğitim durumuna göre hasta tatmini göstermektedir. Tablo 6 incelendiğinde eğitim durumunun hasta tatmini anlamlı olarak farklılaştırdığı görülmektedir. Ulaşılabilirlik hariç diğer 5 hasta tatmini boyutu ortalama skorlarının hastaların eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Özellikle eğitim durumu yükseldikçe hasta memnuniyetinin de anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur. Okur yazar olmayan hastaların hasta tatmini skorları diğer eğitim gruplarındaki hastalara göre

yüksektir. Buna karşılık üniversite ve üniversite üzeri mezunların hasta tatminin düşük düzeylerde kaldığı bulunmuştur.

Tablo 7. Sosyal Güvelik Kapsamına Göre Hasta Tatmini

Hasta Tatmini Boyutları	Sosyal Güvenlik Kapsamı	n	Ortalama	Standart Sapma	Ki-Kare	p
Ulaşılabilirlik	Emekli Sandığı	78	3,88	1,031	15,021	0,010
	SSK	83	3,80	1,09		
	Bağ-Kur	27	4,37	0,62		
	Devlet Memurluğu	13	4,30	0,94		
	Yeşil Kart	169	3,77	1,22		
	Diğer (Özel sağlık sigortası + sigortasız)	15	3,20	0,94		
Bekleme Suresi	Emekli Sandığı	78	3,63	0,71	17,788	0,003
	SSK	83	3,63	0,98		
	Bağ-Kur	27	3,89	0,75		
	Devlet Memurluğu	13	4,11	0,57		
	Yeşil Kart	169	3,85	0,83		
	Diğer (Özel sağlık sigortası + sigortasız)	15	3,08	0,75		
Beklenen Yerin Fiziksel Ortamı	Emekli Sandığı	78	3,40	0,85	9,879	0,079
	SSK	83	3,34	0,94		
	Bağ-Kur	27	3,36	0,97		
	Devlet Memurluğu	13	2,84	0,86		
	Yeşil Kart	169	3,41	1,01		
	Diğer (Özel sağlık sigortası + sigortasız)	15	2,73	0,87		
Personel Davranışı	Emekli Sandığı	78	3,30	0,77	8,974	0,110
	SSK	83	3,49	0,83		
	Bağ-Kur	27	3,31	0,57		
	Devlet Memurluğu	13	3,32	0,56		
	Yeşil Kart	169	3,45	0,80		
	Diğer (Özel sağlık sigortası + sigortasız)	15	2,95	0,81		
Hasta Bilgilendirme	Emekli Sandığı	78	3,42	0,67	7,306	0,119
	SSK	83	3,61	0,78		
	Bağ-Kur	27	3,57	0,63		
	Devlet Memurluğu	13	3,42	0,79		
	Yeşil Kart	169	3,57	0,85		
	Diğer (Özel sağlık sigortası + sigortasız)	15	3,17	0,70		

Hastaneyi Başkasına Tavsiye Etme	Emekli Sandığı	78	1,38	0,48	17,797	0,003
	SSK	83	1,63	0,55		
	Bağ-Kur	27	1,22	0,42		
	Devlet Memurluğu	13	1,53	0,51		
	Yeşil Kart	169	1,54	0,59		
	Diğer (Özel sağlık sigortası + sigortasız)	15	1,60	0,50		

Tablo 7 hastaların sosyal güvenlik kapsamına göre hasta tatmini karşılaştırmasını göstermektedir. Bazı gruplara düşen hasta sayısı 30 altında olduğundan ve gruplara düşen denek sayısı çok değişkenlik gösterdiğinden Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Bunun sonucunda sosyal güvenlik kapsamının ulaşılabilirlik, bekleme süresi, hastaneyi başkasına tavsiye etme noktalarındaki hasta tatmini düzeylerinin anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Tablo incelendiğinde özel sağlık sigortası kapsamında olan veya tedavi ücreti kendisi ödeyen hastaların hasta tatmini düzeyleri diğer sosyal güvenlik programlarına tabii hastalarinkinden daha düşük olduğu görülmektedir.

4. SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu araştırma gelişmişlik düzeyi yüksek olmayan bir ildeki devlet hastanesinden poliklinik hizmeti alan hastaların hasta tatmini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonucunda hastaların hasta tatmini boyutlarına ait ortalama skorların orta seviyelerde olduğu bulunmuştur. Hasta tatmini boyutları arasında güçlü ilişkiler tespit edilmiştir. Ayrıca cinsiyet, eğitim durumu, soyal güvenlik kapsamı ve hizmet alınan polikliniğin hasta tatmini boyutlarının çoğunu anlamlı olarak etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmada özel sağlık sigortası kapsamındaki hastaların hasta tatmini düzeylerinin diğer soyal güvenlik programlarına tabi hastalarinkinden düşük olduğu bulunmuştur.

Bu araştırma Türkiye’de gelişmişlik düzeyi çok yüksek olmayan bir ilde yapılması açısından önem arz edebilir. Araştırma sonuçlarından hareketle devlet hastanelerinde hastat taminini artırmak için ulaşılabilirlik, hasta bilgilendirmesi, personel davranışlarının düzenlenmesi ve bekleme sürelerinin azaltılmasına yönelik faaliyetlere önem verilmesi gerekir. Gelişmişlik düzeyi düşük illerimizde kapsamlı bir hasta tatmini, hasta beklenti ve ihtiyaçlarına yönelik araştırmaların yapılması sağlık sistemimiz açısından gerekli olabilir.

Çalışmanın bu kısmında araştırma sonuçlarımızla ilişkisi olduğu düşünülen bazı bilimsel çalışmalar üzerinde durulacaktır. Andaleeb (2001: 1359-1362) hastaların hizmet kalitesi algılamaları ile hasta tatmini arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Araştırmada hastaların hizmet kalitesi algılamaları ile hasta tatmini düzeyleri arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca hasta tatminin belirleyicilerinin neler olduğunu bulmak için uygulanan çoklu regresyon modeli sonucunda hasta tatminin %64’ünün hizmet kalitesi (doğruluk, iletişim, disiplin, yanıt verebilirlik, ödeme) boyutlarına ait hasta algılamaları tarafından belirlendiği bulunmuştur. Dolayısı ile hasta tatmini ile hizmet kalitesi arasında güçlü bir ilişkinin altı çizilmiştir. Camacho ve arkadaşları (2006: 409) tarafından yapılan bir araştırmada hekime muayene olmak için bekleme ve hekimin hasta muayenesi için ayırdığı süre ile hasta tatmini arasındaki ilişki incelenmiştir. Camacho ve arkadaşları (2006: 409) araştırmalarının sonucunda hastaların hekime muayene olmak için bekleme süresi azaldıkça ve hekimin kendilerine muayenede ayırdığı zaman arttıkça hasta tatmininin anlamlı bir şekilde yükseldiğini bulmuşlardır. Aynı şekilde Camacho ve arkadaşları (2006: 409-413) araştırmada hastaların muayene olmak için her 10 dakika beklemesi hasta tatmini %10, hekimlerin muayene sırasında hastaya 5 dakikadan daha az zaman ayırmasının ise hasta tatminini %30 azalttığını bulmuşlardır. Anderson ve

arkadaşları (2007: 2) hizmet almak için hastaların bekleme süreleri ile genel hasta tatmini arasındaki ilişkiyi araştırmışlar ve hastaların hekime muayene olmak için ofiste bekleme süreleri arttıkça hasta tatmininin azaldığını, buna karşılık hekimin kendilerine muayenede daha çok zaman ayırdıkça tatminin arttığını bulmuşlardır. Şahin ve Tatar (2006: 171), 387 astım hastası üzerine yaptıkları araştırmada hasta tatmini etkileyen faktörleri incelemiştir. Araştırma sonucunda hasta tatmininin % 22,7'si hekim yeterliliği, % 25,6'sı hastalara sunulan bilgi, % 46,2'si bakım kalitesi, % 13,7'si hizmet almak için bekleme süresi ve % 9'unun genel hastane kalitesi tarafından açıklandığı bulunmuştur. Hasta tatmininin ölçümüne yönelik yapılan bir çalışmada, doktorların ve doktorların iletişiminin uygunluğunun (hastaya hastalığı ile ilgili açıklama yapması, doktorun bilgi düzeyi vb.) algılanan kalite ve hasta tatminini önemli ölçüde etkilediği bulunmuştur (Oswald vd., 1998: 18). Woodside ve diğerleri (1989: 5) tarafından yapılan çalışmada, hasta tatmininin davranışsal niyetlerin sadece %31'ini açıkladığını rapor etmişlerdir. Bendall- Lyon ve Powers (2004: 114) çalışmalarında küresel hasta tatmininin tavsiye etme ve tekrar tercih etme kararını doğrudan etkilediğini bulmuşlardır. Meterko ve diğerleri (2004: 492) hastanelerde takım çalışması kültürü ile hastaların algıladığı hasta tatmini arasındaki ilişkiyi incelemiştir. 125 hastanede araştırma yapılmış ve hastane kültürü takım çalışmacı, girişimci, bürokratik ve rasyonel şeklinde 4 boyutta ele alınmıştır. Hasta tatmini ise hastanelerde ayakta ve yataklı sağlık hizmeti alan hastalar anket uygulanarak elde edilmiştir. Yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda takım çalışması ile hasta tatmini arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Araştırma sonucunda hastanelerin hasta tatminini yükseltmek için hastanelerde takım çalışmasının geliştirilmesi önerilmiştir (Meterko vd., 2004: 492-493).

Türkiye'de yapılan araştırmalarda hizmet kalitesi – müşteri memnuniyeti ilişkisi oldukça yeni araştırılan bir konudur (Varinli ve Çakır, 2004). Kayseri'de özel bir hastanenin 185 poliklinik hastası ile yapılan bir araştırmada poliklinik hizmetlerini beş faktörün oluşturduğu ortaya çıkarılmış (doktorlar, hemşireler, süreç, personel ve fiyat ile ilgili faktörler) ve bu faktörlerden doktorlarla ve fiyatla ilgili etkenlerin davranışsal niyetler üzerinde önemli etkileri olduğu belirlenmiştir (Varinli ve Çakır, 2004). İzmir'de bir özel hastanenin 105 hastasıyla yapılan diğer bir araştırmada ise hastaların demografik niteliklerinin hizmet kalitesi değerlendirmeleri ile olan ilişkileri incelenmiş ve yaşlı hastaların gençlere göre, düşük eğitilmiş hastaların yüksek eğitilmiş hastalara göre, yüksek gelirli hastaların düşük gelirli hastalara göre ve sadık hastaların sadık olmayanlara göre hizmet kalitesini daha olumlu değerlendirdikleri bulunmuştur (Devebakan ve Aksaraylı, 2003).

Çatı ve Yılmaz (2002) tarafından yapılan araştırmada; cinsiyet ve eğitim düzeyinin hasta memnuniyeti açısından etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Araştırmada, kadınların memnuniyet düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Son olarak, hastanede daha kısa süreli kalan hastaların, uzun süreli kalan hastalara göre memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Çatı ve Yılmaz, 2002: 46).

Literatürde memnuniyet ve eğitim düzeyleri konusunda farklı sonuçlar bulunmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha yüksek standart bekladiklerinden dolayı daha az memnun olabileceklerini belirtmektedir. Ancak Yılmaz (1999: 40) tarafından yapılan çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha memnun olduğu bulunmuştur. Buna karşılık Önsüz ve arkadaşları (2008) yaptıkları araştırmada eğitim durumuna göre hasta tatmininin anlamlı farklılık göstermediğini bulmuştur (Önsüz vd., 2008: 38). Ankara Üniversitesi Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada, hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerinin arttığı bulunmuştur (Sarp ve Tükel, 1999: 147). İstanbul'da bir devlet hastanesinde yapılan çalışmada, hastaların eğitim durumlarının, memnuniyet düzeylerini sosyal hizmetler (telefon, televizyon, ziyaretler vb.) konusunda etkilediği belirtilmiştir. Bu hizmetlerin hastalara sunulmasında farklılıklar

bulunmamakla birlikte, üniversite mezunu hastaların bu hizmetlerden tatmin olma düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda, doktor-hemşire hizmetleri ve beslenme hizmetlerinden memnuniyetin eğitim düzeyinden etkilendiği bildirilmiştir (Kartaloğlu vd., 2002: 228-230).

Bazı araştırmalarda kadınların, bazılarında erkeklerin daha memnun oldukları belirlenirken, bazılarında cinsiyet ile memnuniyet arasında ilişki bulunamamıştır (Carr-Hill, 1992: 236). Theodosopoulou ve arkadaşları (2007) yaşlıların hasta tatmini üzerine yaptıkları araştırmada erkek hastaların genel hasta tatminin kadın hastalardan daha yüksek çıkmasına rağmen, yaşlı kadın ve erkek hastaların hasta tatmini düzeyleri arasında anlamlı farklılığın olmadığını bulmuşlardır (Theodosopoulou vd., 2007: 137-139). Önsüz ve arkadaşları (2008) 135 yatan hastanın hasta memnuniyet düzeyini incelemişlerdir. Araştırma sonunda cinsiyete göre hasta memnuniyetinin farklılık göstermediğini bulmuşlardır (Önsüz vd., 2008: 39-40). İstanbul'da bir devlet hastanesinde yapılan bir çalışmada, yatış işlemleri, beslenme hizmetleri, oda hizmetleri, temizlik hizmetleri ve genel memnuniyet düzeylerinde erkek ile kadın hastalar arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Erkek hastaların tatmin puanları kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (Kartaloğlu vd., 2002: 225).

5. KAYNAKLAR

- Andaleeb, S.S. (2001), "Service Quality Perceptions And Patient Satisfaction: A Study of Hospital in A Developing Country", *Social Science and Medicine*, 52 (9): 1359-1370.
- Andaleeb, SS; N. Siddiqui, S. Khandakar (2007), "Patient Satisfaction With Health Services in Bangladesh", *Health Policy and Planning*, 22 (2): 263-273.
- Anderson, R., F. Camacho, R. Balkrishnan, (2007), "Willing To Wait?: The Influence Of Patient Wait Time On Satisfaction With Primary Care", *BMC Health Services Research*, 7:31 (doi:10.1186/1472-6963-7-31).
- Avis, M., B. Bond, A. Artur, (1995), "Exploring Patient Satisfaction With Out-Patient Services", *Journal of Nursing Management*, 3 (2): 59-65.
- Ayaz, H. ve A. Soykan (2002), "Toplam Kalite Yönetimi Ve Sağlık Sektörü". *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*, 3 (1): 19-26.
- Bautista, D., E.T Glen, N.K. Shetty, (2007), "Factors Associated With Satisfaction With Care Among Patients With Epilepsy", *Epilepsy and Behavior*, 11 (4): 518-524.
- Bendall-Lyon, D. & T.L. Powers (2004), "The Impact of Structure and Process Attributes on Satisfaction and Behavioral Intentions", *Journal of Services Marketing*, Vol:18, No:2, pp.114 121.
- Camacho, F., R. Anderson, A. Safrit, S. Jones, P. Hoffmann, (2006), "The Relationship Between Patient's Perceived Waiting Time And Office-Based Practice Satisfaction", *North Carolina Medical Journal*, 67(6): 409-413.
- Carr-Hill, AR. (1992), "The Measurement of Patient Satisfaction", *Journal of Public Health Medicine*, 14(3): 236-249.
- Cheng, S.; M. Yang, T. Chiang, (2003), "Patient Satisfaction With And Recommendation Of A Hospital: Effects Of Interpersonal And Technical Aspects of Hospital Care", *International Journal for Quality in Health Care*, 5(4): 345-355.

- Crow, R., H. Gage, S. Hampson, J. Hart, A. Kimber, L. Storey, H. Thomas, (2002), "The Measurement of Satisfaction With Healthcare: Implications for Practice From A Systematic Review of The Literature", *Health Technology Assessment*, 6 (32): 1-244.
- Çatı, K. ve A. Yılmaz (2002), "Hastaların Hastane Hizmetlerinin Kalitesini Algılama Düzeylerinin Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma", *Pazarlama Dünyası*, 16(4): 46-53.
- Devebakan, N. ve M. Aksaraylı (2003), "Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Servqual Skorlarının Kullanımı Ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması", *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(1): 38-54.
- Draper, M., P. Cohen, H. Buchan, (2001), "Seeking Consumer Views: What Use Are Results of Hospital Patient Satisfaction Surveys?", *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (6): 463-468.
- Helsinki Deklarasyonu (2008). <http://www.akademika.org/content.php?id=539>. Erişim Tarihi: 20.08.2010.
- Hendriks, A., E.M. Smets, M.R. Vrielink, S. VanEs, J. DeHaes (2006), "Is Personality A Determinant Of Patient Satisfaction With Hospital Care?", *International Journal for Quality in Health Care*, 18 (2):152-158.
- Huang, J., C. Lai, W. Tsai, R. Weng, W. Hu, D. Yang (2004), "Determining Factors Of Patient Satisfaction For Frequent Users Of Emergency Services In A Medical Center", *Journal of Chincial Medical Association*, 67 (3): 403-410.
- Kartaloğlu, Ç., H. Harmanacı, T. Aytekin, A. Akdaş, (2002), "Dr. Siyami Ersek Göğüs-Kalp ve Damar Cerrahi Merkezinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Tatmin Düzeyleri ve Bunu Etkileyen Bazı Faktörler". IV.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı, Eskişehir, ss. 225-237.
- Kersnik, J. (2000), "Patient satisfaction with hospital care: Effects Of Demographic And Institutional Characteristics", *International Journal for Quality in Health Care*, 12 (2): 143-147.
- Meterko, M., D.C. Mohr, G.J.Young, (2004), "Teamwork Culture and Patient Satisfaction in Hospitals", *Medical Care*, 42(5): 492-498.
- Ofofwe, C.E., & A.N. Ofili (2005), "Indices of Patient Satisfaction in an African Population", *Public Health*, 119 (3): 582-586.
- Oswald, T., L. Sharon, E. Douglas, R.L. Snipes, D. Butler (1998), "Quality Determinants And Hospital Satisfaction: Perceptions Of The Facility And Staff Might Be Key Influencing Factors", *Marketing Health Services*, 18 (1): 18-22.
- Önsüz, M.F., A. Topuzoğlu, U.C. Cöbek, S. Ertürk, F. Yılmaz, S. Birol (2008), "İstanbul'da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeyi", *Marmara Medical Journal*, 21(1) 33-49.
- Sarp, N. ve B. Tükel, (1999), "İbn-i Sina Hastanesi'nde Hasta Memnuniyeti Araştırması". *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 52:147-151.
- Sitzia, J. ve N. Wood, (1997), "Patient Satisfaction: A Review of Issues and Concepts", *Social Science Medicine*, 45 (12):1829-1843.

- Şahin, B. ve M. Tatar (2006), “Analysis of Factors Affecting Patient Satisfaction: Focus on Asthma Patients”, *Disease Management and Health Outcomes*, 14 (3): 171-183.
- Theodosopoulou, E., V. Raftopoulos, E. Krajewska, I. Wronska, A. Chatzapulu, T. Nikolaos, E. Kotrosiou, T. Paralikas, E. Konstantinou, G. Tsavelas, (2007), “A Study To Ascertain The Patients’ Satisfaction Of The Quality Of Hospital Care In Greece Compared With The Patients’ Satisfaction In Poland”, *Advances in Medicine Sciences*, 52 (1): 136-139.
- Varinli, İ. ve A.Çakır (2004) “Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini Ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki -Kayseri’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma”, *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17(2): 33-52.
- Woodside, A.G., L.L. Frey, R.T. Daly (1989), “Linking Service Quality, Customer Satisfaction, and Behavioral Intention”, *Journal of Health Care Marketing*, 9 : 5-17.
- Yılmaz, M. (2002), “Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara Ve Hasta Memnuniyetine Etkisi”, *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4 (1): 40-51.
- Young, G.J., M. Materko, R.K. Desai (2000), “Patient Satisfaction With Hospital Care: Effects Of Demographic And Institutional Characteristics”, *Medical Care*, 38 (3): 325-334.

HASTA HAKLARI BİRİMİ FAALİYETLERİNİN SAĞLIKTA KALİTE ÇALIŞMALARINA KATKISI

Neslihan DERİN¹ , Erkan Turan DEMİREL²

Özet

Kalite çalışmaları hasta haklarını uygulamalarını desteklediği gibi hasta hakları biriminde yapılan faaliyetlerde kalite çalışmalarına destek vermektedir. Hasta Hakları birimleri faaliyetlerinin, hasta tatmini, çalışan tatmini, kurum içi iletişimi, hastanenin vermiş olduğu sağlık hizmetinin iyileştirilmesi, hastanenin sosyal sorumluluğunu yerine getirmesi, hastanenin çeşitli kurumlar (sendikalar, sağlıkla ilgili dernekler, eğitim sağlayan kuruluşlar) işbirliğini geliştirmesi, kalite eğitimleri gibi bir takım kalite kriterlerinin yerine getirilmesine katkı sağladığı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı “hasta hakları birimi faaliyetlerinin kalite çalışmalarına ne oranda katkı sağladığını ortaya çıkarmaktır. Bu amacı gerçekleştirmek için araştırmacıların kendileri tarafından geliştirilen anket Malatya ve Elazığ merkezde faaliyet gösteren hastane çalışanlarına uygulanmıştır. Çalışmanın problem cümlesi “Çalışanların Algılamalarına Göre, Hasta Hakları Birimi faaliyetleri kalite çalışmalarını ne oranda katkı sağlamaktadır? Şeklinde tasarlanmıştır. Çalışmanın sınırlılığı ise sadece iki ilde ki üniversite hastanelerinde görev yapan hasta hakları birimi faaliyetlerinin dikkate alınmasıdır. Yapılan pilot çalışma neticesinde hastane çalışanlarına göre hasta hakları birimi faaliyetleri kalite kriterlerinin yerine getirilmesine önemli katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Hakları Birimi Faaliyetleri, Sağlıkta Kalite Çalışmaları, Kalite Kriterleri

Abstract

Quality activities are supported by applications such as patient rights, patient rights unit supports the activities of quality work. Patient Rights activities of the units, patient satisfaction, employee satisfaction, internal communication, given the hospital's health service is improving, the hospital's social responsibility to fulfill the hospital's various institutions (trade unions, health-related associations, providing education institutions) to develop co-operation, such as quality education is a team is thought to have contributed to the fulfillment of quality criteria.

The purpose of this study "contributes to what extent the work of the quality of patients' rights to disclose the activities of the unit. To achieve this goal, a questionnaire developed by the researchers themselves, the hospital staff were operating in the center of Malatya and Elazığ. Sentence of the problem of the study "Perceptions of employees by, Patient's Rights Unit activities, quality work contributes to what extent?" designed in the form. Limitation of the study, only two provinces that is working in university hospitals and patients' rights is to consider the activities of the unit. The pilot study of patients' rights by hospital staff as a result of the unit activities contribute significantly to the fulfillment of quality criteria.

Keywords: Patient's Rights Unit activities, the Health Quality Work, Quality Criteria

¹ Öğr. Gör. Dr., İnönü Üniversitesi Kale Meslek Yüksekokulu, suberze@gmail.com

² Öğr. Gör. Dr., Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu, demirelerkan@gmail.com

GİRİŞ

Türkiye’de sağlık sektöründe faaliyet gösteren kuruluşlar çeşitli girişimlerde bulunarak hizmet kalitelerini yükseltmeyi amaçlamaktadırlar (Yağcı, Duman, 2006:219). Sağlıkta kalite çalışmaları, hasta merkezli tıp anlayışını gündeme getirmiştir. Hasta merkezli tıp, hastaların hastalık deneyimlerini ve bunlarla bağlantılı sosyal ve psikolojik faktörlerin anlaşılmasının önemini vurgulamıştır (Okay, 2009:109). Bu anlayışta hastalığın teşhis ve tedavisi yerine; hastanın “bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik haline” kavuşturulması ve sunulan hizmetten memnun kalması amaçlanmaktadır (Özlü,2009:9). Bu amaçlara ulaşmak, iyi bir sağlık hizmeti vermenin temel esaslarından biri hasta hakları uygulamalarının yaygınlaştırılmasıdır (Özdemir, 2009:756-765).

Hasta haklarının sağlık hizmeti sunum sürecinde etkili olması, sağlık hizmetlerini personel veya iş merkezli olmaktan hasta merkezli olmaya doğru taşıyacaktır. Bu süreçte, hekim ve sağlık çalışanları ile hastaların, hasta hakları konusundaki düşünce ve tutumları önem kazanmaktadır (Bostan, internet; 2011)

1. SAĞLIKTA KALİTE ÇALIŞMALARI ve TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Sağlık sektöründe uzun yıllar boyunca rekabet göz ardı edilmiş ancak son otuz- kırk yıl içinde rekabet giderek ivme kazanmış bununla birlikte işlem maliyetleri ve hasta beklentileri de artmıştır (Chow-Chua, 185:1999). Değişen çevre şartlarında ve yoğun rekabet ortamında daha verimli, esnek ve rekabet edebilir olmak için sağlık sektöründeki kurumlar, daha kaliteli ürün ve hizmet üretmenin ve yönetimde toplam kalite anlayışını yerleştirmenin önemini gün geçtikçe daha çok kavramışlardır (Erdil, vd.2003:43).

Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi anlayışı 1970’lerde Amerika Birleşik Devletlerinde ilk olarak ortaya çıkmıştır. Hatalı tedavilerin sonucunda şikâyetlerin artması ve davaların açılması sürekli iyileştirme anlayışının yerleşmesine yol açmıştır (Tekindüz, 2010:542) Günümüzde birçok ülkede sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek için TKY yöntemleri uygulanmaktadır Ülkemizde de sağlık hizmetlerinde kaliteye ve TKY’ye artan bir ilgi vardır. Sağlık Bakanlığı’nın bu konudaki çalışmaları ivme kazanarak devam ettiği gibi (Doğan, Kaya, 2004:67) üniversite hastaneleri de bu gelişmeler karşısında boş durmamakta bir takım faaliyetlerde bulunmaktadır.

Toplam Kalite Yönetiminin ortaya çıkışı, yönetim pratiklerinde önemli gelişmelerden biri olmuştur (Prajogo, Sohal, 2001:539). Toplam Kalite Yönetimi (TKY), çevreden gelen baskılara karşın, örgüt içinde ortak sorumluluk ve katılım ile birliği sağlayan kültürel bir öğretiler (Yalçın,2007:7). Toplam Kalite Yönetimi, katılımcı ve destekleyici bir yönetim anlayışı içerisinde, en uygun kalite maliyeti ile müşterilere en üst düzeyde kalite güvencesi verebilen, kuruluşun ticari, finansal, teknik ve beşeri kaynaklarını optimize etme yolundaki faaliyetlerinin tümünün koordine edilmesi ve yönlendirilmesidir (Tavmergen, 2002:70). Toplam Kalite Yönetimi tüm iş gücünün yanı sıra, müşterileri ve tedarikçileri içeren kapsamlı bir yönetim felsefesidir (Abrunhosa, Moura E Sa:2008:210).Toplam Kalite Yönetimi’ nin temel amacı; hizmet edenler ve hizmet alanların memnuniyetidir.

2. HASTA HAKLARI

Hasta haklarını ilk düzenleyen metin Hipokrat yemini olmakla birlikte 1981 yılındaki Lizbon Hasta Hakları Bildirgesiyle birlikte (Özcan, Özel, 2007, 54) uluslararası arenada hasta haklarını destekleyen bir ilgi göze çarpmaktadır (Välämäki, 2009,184-1889). Bu ilgi,

yasal alanda olduğu kadar kamuoyu ve bilimsel alanda da kendini hissettirmektedir (Zülfıkar ve Ulusoy, 2001:488) Türkiye’de Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sağlık hizmetlerini düzenlemek üzere yürürlüğe giren yasal düzenlemelerde temel insan hakları çerçevesinde bazı hasta haklarına yer verilmekle birlikte konuya yönelik tartışmalar 1980’li yılların sonunda başlamıştır (Sert, 2004:89). Bugün, hasta haklarının korunması birçok ulusal ve uluslar arası kuruluşların gündemindedir.

Hasta haklarının tanınması ve geliştirilmesinde, sağlık sistemlerindeki bazı özel reformlar, tıp ve biyomedikal teknolojideki sürekli ilerleme, temel insan haklarından kaynaklanan değerlere toplumun dönüşü, doktor-hasta ilişkisinde ortaya çıkan önemli değişiklikler, tıbbi bilginin basitleştirilmesi ve yaygınlaştırılması, kitle medya aracılığıyla insanlara erişimin kolay olması gibi çeşitli faktörler etkili olmuştur (Merakou, vd, 2001:500).

Hak kelimesinin birkaç tane farklı tanımı var. Hak, “hukuken korunan ve sahibine bu korumadan yararlanma yetkisi tanımlanan menfaat” (Görkey, internet;2011) veya “hukuken korunmasını istemek yetkisine sahip olunan çıkar” şeklinde tanımlanabilir (Sert, 2004:13). Hasta hakları ise, esas olarak insan hak ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade eden ve üçüncü kuşak insan hakları arasında sayılan hakları kapsar. Bu hakların başında insan olarak saygı görme, mümkün olan en yüksek düzeyde sağlık hizmeti alma, bilgilendirilme, tıbbi işlemler için onay alınması, mahremiyet ve özel hayata saygı, bakım ve tedavinin devamlılığının sağlanması gelir (Hatun,2002:132).

Geçmişte, tıp mesleğinin bazı üyeleri, hasta haklarını, hekimlere karşı bir 'rakip yemini' olarak düşünürken zamanla hasta hakları en çok sağlık sektörü çalışanları tarafından kabul edilmeye başlanmıştır (Zülfıkar ve Ulusoy, 2001:488). Hasta haklarının korunması sağlık hizmetinin sunumu esnasında söz konusu olduğu için tüm sağlık çalışanı bu hakları korumak durumunda kalmaktadır (Joolae, vd, 2006: 490). Aynı zamanda hasta haklarının korunması sağlık çalışanlarının mesleki etik kurallarının bir parçasıdır (Yakov, vd. 2010:501).

Sağlık hizmetlerinin herkes için eşit, ulaşılabilir ve sürekli olması ise, hasta haklarının en önemli amacını oluşturur. Hasta haklarının geliştirilmesi için gösterilen çabaların amaçları şu şekilde özetlenebilir(Tengilimoğlu, vd. 2010:167-168).

- Hastalara sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanma konusunda yardımcı olmak ve sistemle ilgili sorunların olumsuz etkisini azaltmak.

- Hastalarla sağlık personeli arasındaki yararlı ilişkiyi desteklemek ve geliştirmek; özellikle

de hastaların sağlık hizmeti sürecine daha aktif katılımını cesaretlendirmek.

- Hasta kuruluşları, sağlık personeli ve sağlık yöneticileri arasındaki iletişim için yeri fırsatlar yaratmak, var olanları güçlendirmek.

- Temel insan haklarının korunmasını sağlamak, hasta çocuklar, psikiyatrik hastalar, yaşlılar ve ağır hastalar olmak üzere tüm hastalara sunulan hizmetin insancılaştırılmasını geliştirmek.

Hastanelerde, hasta haklarının amaçlarına ulaşması için yoğun bir şekilde faaliyette bulunan yer hasta hakları birimleridir. Hasta hakları birimleri hastanelerde, Hasta hakları uygulamalarına ilişkin sağlık tesislerinden gelecek şikâyetleri almak, değerlendirmek ve çözüm önerileri üretmek (Hasta Hakları Portalı, internet :2011), sağlık hizmet kalitesinin ve sağlık hizmetlerinin sunum sürecinin iyileştirilmesine katkıda bulunmak (Aşkar,2006:78) amacıyla kurulmuştur. Hasta hakları birimleri bu amaçları gerçekleştirenken aynı zamanda hastanedeki kalite çalışmalarına da destek olmaktadır.

3. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ ve HASTA HAKLARI UYGULAMALARI

Kalite çalışmaları hasta hakları uygulamalarını desteklediği gibi hasta hakları biriminde yapılan faaliyetlerde kalite çalışmalarına destek vermektedir. Bu çalışmada, Hasta Hakları Biriminin katkı sağlayabileceği Toplam Kalite Yönetimi ilkelerine dayalı kriterler dikkate alınmıştır. Özellikle ABD’de Balbridge Kalite Ödüllerinde organizasyonlarda kalite için göz önünde tutulan temel kriterler dikkate alınıp değerlendirilmiştir. Bu kriterler ve hasta hakları biriminin bu kriterlere olabilecek olan katkısı aşağıda sıralanmıştır.

İç İletişim: İç iletişim TS-EN-ISO 9001:2008 kalite standartlarındandır (TSE, 10). Hasta haklarını geliştirme çabaları, hasta ve sağlık personeli ilişkisini destekleyip güçlendirmek, hasta kuruluşları, sağlık personeli ve sağlık yöneticileri arasındaki iletişimi güçlendirerek temel insan haklarının korunmasını sağlamayı amaçlar (Özcan, 2010:3). Hasta hakları birimi her ne kadar öncelikli olarak hastalara yardımcı olmayı hedeflese de çalışanlara karşı sergilediği olumlu tavırlar ile çalışanlar ve yöneticiler arasında iletişimi artırır.

Hasta Tatmini: Hasta tatmini; hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi olarak tanımlanabilir. Hasta tatminini belirleyen birinci faktör, hasta beklentileri, ikinci faktör ise hastanın aldığı hizmeti algılaması olup, algılanan hizmetin beklenen hizmeti karşılamasıdır (Bostan, internet:2010).

Hasta hakları birimi, hasta hakları yönergesi gereği başta çocuklar ve özürlüler olmak üzere tüm hastaların danışmanlığını ve savunuculuğunu yaparken (hasta hakları yönergesi:2005) sergilediği olumlu tavırlar ile hasta tatminini artırıcı rol oynamaktadır.

Çalışan Tatmini: Hastanelerde hasta bakım kalitesini, fiziksel aletler ve ekipmanla birlikte hastanenin her düzeyindeki personel belirlemektedir (Şahin, internet;2011). Kısacası hasta tatminini belirleyen en önemli unsurlardan birisi çalışandır. Çalışan tatmin olmazsa, hastayı tatmin etmesi mümkün değildir.

Hasta haklarının tam uygulanabilmesi için personel yetersizliği, fiziki şartların olumsuzluğu, sağlık eğitimindeki yetersizlikler ve düzensizlikler, mevzuattaki eksiklikler, giderilmeli, buna yönelik düzenlemeler yapılmalıdır (Çimen Mecit, 2009: 80). Hasta hakları birimi hasta haklarının tam uygulanabilmesi için çalışanlara dönük bu tür önerileri idareye götürerek idareyle birlikte bu alanda yaptığı çalışmalarla sağlık çalışanlarında meslekte tatmin ve işini tam yapmış olmanın mutluluğunu yaşamalarına katkı sağlayacaktır.

Önleyici Yaklaşım: TKY anlayışının temelinde, hataları ayıklemek hata yapmamak yaklaşımı vardır. Önlemeye dönük yaklaşımın genel bir ifadesi, planlamanın doğru yapılması şeklinde özetlenebilir. Her yönü ile düşünülmüş, kapsamlı ve titiz bir planlama çalışması ile sonradan ortaya çıkabilecek hataların çok büyük bir bölümü ortadan kaldırılabilir. Tüm hata kaynaklarını öngörmek mümkün değilse de, olası sürprizlere önceden hazırlanmak, tamamen hazırlıksız yakalanmaya kıyasla büyük avantaj sağlar (Bolat,2000;30). Hasta hakları birimi faaliyetleri ile hasta haklarının önceden ayrıntılı bir şekilde belirlenmesi, hastaya öncelikli olarak “zarar vermeme” ilkesi gereği hata olabilecek, hastaya zarar verebilecek unsurlar işlem öncesi yok edilmeye çalışılır.

Öneri Sistemi: Toplam kalite yönetimi felsefesini esas almış olan ve katılımcı anlayışla tüm kaynaklarını etkin ve verimli kullanmayı amaçlayan kuruluşlarda, öneri sistemleri, yaygın olarak yararlanılan bir araç ve katma değer sağlayan başarılı bir yöntem olarak

kullanılmaktadır (Pişiren, internet: 2011). Öneri sistemleri amacı problemlerin çözümünün etkin bir şekilde yapılmasını sağlamaktır (Kuo and Others, 2009:3544).

Hasta hakları kurulunda geliştirilen önerilerle kalite standartlarından olan sürekli iyileştirme, düzeltici faaliyetlerin yapılması sağlanmaktadır.

Sürekli İyileştirme: TKY felsefesi, mal ya da hizmetin sürekli iyileştirilmesi aracılığıyla müşteri beklentilerini karşılamak ya da geçmektir (Weiner, vd, 2006:32) Hizmet sektörlerinde tüketicilerden alınan geri bildirimler hizmetin iyileştirilmesi için etkili birer araçtır (Voss,2004:212-230). Bir hizmet işletmesi olan hastanelerde bu görevin bir kısmını hasta hakları birimi yapmaktadır. Hasta Hakları Birimi tarafından hasta başvuruları sistematik olarak değerlendirilmeye alınmakta, (Bostan, internet:2010) bu başvurular doğrultusunda hastanenin işleyişinde var olan aksaklıklar tespit edilebilmekte ve sürekli iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir.

İşbirliğini Gerçekleştirme: Toplam kalite yönetimi çerçevesinde organizasyon çeşitli kuruluşlarla işbirliğini geliştirmelidir. Buna yönelik olarak müşterilerle, sendikalarla ve eğitim sağlayan kuruluşlarla görüşmeler ve anlaşmalar yapılmalıdır (Yalçın, 2007: 6).Hasta Hakları kurumda yetkili sendika temsilcisinin ve hasta haklarıyla ilgili sivil toplum örgütünden bir kişinin yer alması bu tür kuruluşlarla organizasyonun işbirliğinin sağlanmasına katkıda bulunmaktadır.

Toplumsal Sorumluluk: Sağlık alanında kalite çalışmalarının başarısında etkili olan faktörlerden biriside toplumun bilinçlendirilmesidir. Sağlık hizmetlerinde hasta hakları birimleri, etik ve sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi konularında, tüm toplumun bilgilendirilmesi ve eğitilmesine (Sarp, internet: 2010) yardımcı olarak kurumun sosyal sorumluluğunu yerine getirmesinde de katkıda bulunmaktadır.

Eğitim: Toplam Kalite Yönetiminde eğitim, sistemin bir parçası değil kendisidir. İşletmenin her aşamasında eğitim söz konusudur (Yalçın,2007:15) Hasta hakları birimi sağlık çalışanlarının ve hastaların hasta hakları ile ilgili eğitimlerinden sorumludur (Hasta Hakları Yönergesi; 2005:2) Bu sorumlulukla birlikte hasta hakları birimi Toplam Kalite Yönetiminin çok önemli bir ilkesine de katkı sağlamış olmaktadır.

4. ARAŞTIRMA

4.1. Ana Kütle ve Örneklem

Sağlık çalışanları, aldıkları eğitim gereği hastalardan daha fazla oranda hasta haklarından haberdardırlar. Ülkemizde hasta hakları uygulamalarının hasta hakları birimleri ve sağlık personeli uygulamaları aracılığıyla yaygınlaşması ve eş zamanlı olarak kalite çalışmalarının gerçekleştiriliyor olması sağlık çalışanlarının bu iki konu hakkındaki farkındalıklarını ve bilgilerini artırmıştır. Bu nedenle bu çalışmada “Hasta Hakları Birim Faaliyetlerinin Kalite Çalışmalarına Olan Katkısı” çalışan algılamalarına göre değerlendirilmiştir.

Çalışmanın ana kütesini İnönü Üniversitesi ile Fırat Üniversitesi’nin tıp fakültesi hastaneleri çalışanları oluşturmaktadır. Söz konusu hastanelerde toplam 1181 sağlık personeli çalışmaktadır. Çalışanlar arasından katılmayı kabul eden 384’üne anket uygulanmıştır. Bu sayının sonuçların ana kütleye genellenebilmesi için yeterli olduğu düşünülmektedir.

4.2. Veri Toplama ve Analiz Yöntemi

Veri toplama aşamasında öncelikle yazın taraması yapılmıştır. Yazın taramasının temelinde geliştirilen “Sağlık Hizmetleri Kalitesinde Hasta Hakları Birimi” ölçeği katılımcılara uygulanarak tutumları ölçülmüştür. Ölçek, 10 maddeden oluşmaktadır. Maddeler 5’li Likert sistemine göre derecelendirilmiştir. Dereceleme, “kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum” şeklindedir. Verilerin analizi için SPSS 19 paket programından yararlanılmıştır. Veriler, “frekans dağılımı”, “aritmetik ortalama”, “standart sapma”, “tek örnek t testi”, “bağımsız örnekler t testi” ve “tek yönlü varyans testi” tekniklerinden yararlanılmıştır.

4.3. Bulgular

4.3.1. Demografik Özelliklere İlişkin Frekans Dağılımları

Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımlarını içeren Tablo 1, aşağıda yer almaktadır. Tabloya göre katılımcılar;

- ✓ Cinsiyet değişkeninde %84 ile kadınlarda,
- ✓ Yaş değişkeninde %90 ile 40 yaş altında,
- ✓ Eğitim değişkeninde %52 ile lisansta, medeni hal değişkeninde %72 ile evlilerde,
- ✓ İş tecrübesi değişkeninde %65 ile 10 yılın altında,
- ✓ Meslek değişkeninde ise % 71 ile hemşirelerde yoğunlaşmaktadır.

Tablo 1. Demografik Özelliklere İlişkin Frekans Dağılımları

Özellik		Sayı	Oran	Özellik		Sayı	Oran
Cinsiyet	Kadın	322	83,9	Medeni hal	Bekâr	108	28,1
	Erkek	62	16,1		Evli	276	71,9
Yaş	20 ve altı	8	2,1	İş tecrübesi	5 yıl ve altı	144	37,5
	21-30	164	42.7		6-10	106	27,6
	31-40	172	44.8		11-15	80	20,8
	41-50	32	8.3		16-20	28	7,3
	51 ve üzeri	8	2,1		21 yıl ve üzeri	26	6,8
Eğitim	Lise	64	16.7	Meslek	Sekreter	28	7,3
	Ön lisans	50	13.0		Hemşire	272	70,8
	Lisans	200	52,0		Hasta bakıcı	14	3,6
	Lisansüstü	70	18.2		Teknisyen	10	2,6
N = 384						Doktor	60

4.3.2. Faktör Analizi

“Sağlık Hizmetleri Kalitesinde Hasta Hakları Birimi Ölçeği” 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin geçerliliğinin test edilmesi için faktör analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda ölçeğin tek faktörden oluştuğu ve toplam varyansın %61,35’ini açıklayabildiği anlaşılmıştır. Faktör analizi sonuçları, aşağıdaki Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2. Sağlık Hizmetleri Kalitesinde Hasta Hakları Birimi Ölçeğine İlişkin Faktör Analizi

Güvenilirlik (Cronbach alpha)	Madde no	Faktör yükü	Açıklanan varyans
0,927	6	.893	61,35
	9	.883	
	10	.872	
	4	.847	
	5	.822	
	7	.757	
	1	.705	
	2	.679	
	3	.673	
	8	.648	
KMO: 0,902 - App. Chi-Square: 1247,226 - Df: 45 - Sig.: 0,000			

4.3.3. Aritmetik Ortalamalar

Ölçek maddelerinin aritmetik ortalamaları aşağıdaki Tablo 3’te görülmektedir. Tabloya göre genel ortalama 2,90 ile vasat düzeydedir. Bir başka ifade ile “kararsızım” seçeneğine karşılık gelmektedir. Bu sonuç, sağlık çalışanlarının gözüyle, hasta hakları biriminin sağlık hizmetlerinin kalitesine katkısının yeteri kadar yüksek olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Aritmetik ortalamalar, aşağıdaki Tablo 3’te yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde tüm maddelerin de genel ortalama gibi “vasat” düzeyde kaldığı anlaşılmaktadır. Genel ortalamalar üzerinden yapılan “tek örnek t testi” sonuçları, genel ortalamanın “vasat” düzeyde görünmesinin istatistiksel açıdan manidar olduğunu göstermektedir [test değeri: 3,40; t: -7,764; dF: 165; p: 0,000].

Tablo 3. Aritmetik Ortalamalar

Madde	Ortalama	Standart sapma
1. Hasta Hakları Biriminin uygulamaları, iç iletişimi güçlendirmektedir.	2,85	1,07
2. Hasta Hakları Biriminin uygulamaları, hasta tatminini artırmaktadır.	3,18	1,13
3. Hasta Hakları Biriminin uygulamaları, çalışan tatminini artırmaktadır.	2,53	1,11
4. Hasta hakları birimi, bir takım düzeltici ve önleyici faaliyetlerin geliştirilmesini sağlamaktadır.	2,88	1,09
5. Hasta hakları birimi, hizmetin iyileştirilmesine yönelik öneriler geliştirmektedir	2,89	1,08

6. Hasta Hakları Biriminin uygulamaları, hastane genelinde sürekli iyileştirmelerin yapılmasına katkı sağlamaktadır.	2,84	1,03
7. Hasta Hakları Biriminin uygulamaları, Hasta ihtiyaçlarının hızlı bir şekilde karşılanmasına katkı sağlamaktadır.	3,16	1,10
8. Hasta Hakları Biriminin uygulamaları, hastanenin, hastalar ve yakınları dışındaki paydaşlarla (Sağlık Bakanlığı, sendikalar, meslek kuruluşları vb.) işbirliğini geliştirmesine katkıda bulunmaktadır.	2,86	1,03
9. Hasta hakları Birimi, hastanenin sosyal sorumluluklarını yerine getirmesine katkı sağlamaktadır.	2,89	1,06
10. Hasta hakları birimi kalite eğitimlerine katkı sağlamaktadır	2,89	1,07
GENEL	2,90	0,84

4.3.4. Demografik Özelliklerle Ortalamaların Karşılaştırılması

Demografik değişkenlerle genel ortalamaların karşılaştırıldığı Tablo 4 aşağıda yer almaktadır. Tabloya göre değişkenlerin tümünde manidar farka rastlanmadığı anlaşılmaktadır. Ortalamalar incelendiğinde; cinsiyet değişkeninde erkeklerin, medeni hal değişkeninde evlilerin, yaş değişkeninde 20 yaş ve altındakilerin, eğitim değişkeninde lise mezunlarının, iş tecrübesi değişkeninde 21 yıl ve üzeri tecrübesi olanların, meslek değişkeninde ise hasta bakıcıların ilgili grup içerisinde en yüksek ortalamaya eriştikleri görülmektedir.

Tablo 4. Demografik Özelliklerle Ortalamaların Karşılaştırılması

Değişken		Ortalama	Standart sapma	t / F	p
Cinsiyet	Kadın	2,86	0,84	-1,460*	0,146
	Erkek	3,12	0,80		
Medeni hal	Bekâr	2,86	0,89	-0,317*	0,751
	Evli	2,91	0,82		
Yaş	20 ve altı	3.73	0.12	1,478**	0,211
	21-30	2.81	0.87		
	31-40	2.90	0.85		
	41-50	3.01	0.60		
	51 ve üzeri	3.53	0.64		
Eğitim	Lise	2.92	0.78	0,018**	0,997
	Ön lisans	2.91	0.82		
	Lisans	2.88	0.89		
	Lisansüstü	2.90	0.79		
İş tecrübesi	5 yıl ve altı	2.97	0.78	1,196**	0,315
	6-10	2.77	0.94		
	11-15	2.84	0.94		
	16-20	2.78	0.34		
	21 yıl ve üzeri	3.34	0.62		
Meslek	Sekreter	2.63	1.15	1,129**	0,345
	Hemşire	2.86	0.83		

	Hasta bakıcı	3.28	0.76		
	Teknisyen	3.00	0.75		
	Doktor	3.10	0.69		

*: t **: F

SONUÇ

Hasta hakları uygulamaları; ülkemizdeki uygulanma geçmişi çok yeni olan ve sağlık işletmelerinde hasta tatminini sürdürülebilir kılmamanın önemli bir yardımcısıdır. Hasta haklarına özen göstermenin, sağlık işletmelerinde sunulan hizmet kalitesinin tatminkâr olmasına ve toplam kalite uygulamalarının anlamını bulmasına sağladığı katkı açıkça ortadadır.

Hasta haklarına ilişkin olarak yukarıda ifade edilen katkının elde edilebilmesi için dünyada görülen “hasta hakları birimi” uygulaması ülkemizde de fiiliyata geçirilmiştir. Uygulama çok yeni olduğu için uygulamayla ilgili farkındalık düzeyi de yeterince gelişmemiştir. Hasta hakları biriminin hastanenin kalite çalışmalarına ne derece katkı sağladığını ölçme amacıyla yapılan bu çalışma, ikincil amaç olarak ise farkındalığın artırılmasını benimsemiştir.

Ana kütle olarak sağlık çalışanları seçilmiştir. Bunun gerekçesi, uygulamanın başarısının “hizmeti sunanlara” bağlı olmasıdır.

Araştırma bulguları, hasta hakları birimi uygulamalarının hastanelerin kalite çalışmalarına katkısının “vasat” düzeyde kaldığını işaret etmektedir. Bunun ardında yatan nedenlerin; “farkındalığın yerleşmemiş olması”, “konunun öneminin anlaşılamamış olması” ve “uygulamanın geçmişinin çok yeni olmasına bağlı olarak konuyla ilgili yeterli bilgi birikimine sahip olunmaması” şeklinde sayılmasının mümkün olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Abrunhosa Ana, Moura E Sa Patricia, (2008), Are TQM principles supporting innovation in the Portuguese footwear industry, Technovation, 28, 208–221

Aşkar, Abdullah (2006), Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları ve Kütahya Devlet Hastanesi Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Kütahya.

Bolat,Tamer (2000), Toplam Kalite Yönetimi, (Konaklama İşletmelerinde Uygulanması), Beta Yayıncılık, İstanbul.

Bostan Sedat, (25.06,2010), Hasta Odaklı Sağlık Hizmet Sunumu, İndirildiği adres: <http://www.haksay.org/files/sedat05.doc>

Bostan Sedat, (01.05.2011), Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Araştırılması: Farabi Hastanesi Örneği, indirildiği adres: <http://www.haksay.org/?q=node/127>

Chow-Chua C .F. P. and Goh Mark, (1999) A quality roadmap of a restructured hospital, The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 119(3), 185-195.

Çimen Mecit Seval, (2009), Müşteri Memnuniyetinde Hasta Haklarının Yeri ve Önemi Üzerine Bir Araştırma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, T.C Marmara Üniversitesi,

Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Uluslararası Kalite Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.

Erdil, Oya Keskin, Halil, Zehir Cemal, (2003), Firma İçi Kalite Bilgisi Kullanımı, İşgören Katılımı ve Tasarımda Kalite Yönetimi İle Ürün Performansı Arasındaki İlişkiler: Deneysel Bir Çalışma, Doğu Üniversitesi Dergisi, 4 (1) 43-54.

Görkey Şefik, (01. 05.2011), Hasta Hakları, indirildiği adres: <http://www.hastaninhaklari.com/hastahaklarisefikgokayi.pdf>

Doğan Songül, Kaya Sıddıka, (2004), Aksaray'daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:1, s:65-83

Hasta Hakları Portalı, (05.05.2011), Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Uygulamaları, indirildiği adres: <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/elektronikkitap/uygulama.htm>

Hasta Hakları Yönergesi, (2005), indirildiği adres: <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-16101/h/hastahaklariuygulamayonergesi.pdf>

Hatun Şükrü, (2002), Hekimin Kendisini de Tedavinin Bir Parçası Olarak Sunar, İletişim Yayınları, İstanbul.

Joolae Soodabeh, Nikbakht-Nasrabadi Alireza, Parsa-Yekta Zohreh, Tschudin Verena and Mansouri Iman, (2006), An Iranian Perspective on Patients' Rights, Nurs Ethics, 13 (5), 488-489.

Kuo Mu-Hsing, Chen Liang-Chu, Liang Chien-Wen, (2009), Building and evaluating a location- based service recommendation system with a preference adjustment mechanism, Expert Systems with Applications, 36, 3543-3554

Merakou Koula, Dalla-Vorgia Panagiota, Garanis-Papadatos Tina and Kourea-Kremastinou Jeny, (2001), Satisfying Patients' Rights: a hospital patient survey, Nurs Ethics, 8 (6), 499-501

Okay Ayla, (2009), *Sağlık İletişimi*, Mediacat Yayınları, İstanbul.

Özcan Burcu, Özel Çağlar, (2007), Kişilik Hakları - Hasta Hakları Bağlamında Tıbbi Müdahale Dolayısıyla Çıkan Hukuki İlişkide Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü ve Aydınlatılmış Rızaya İlişkin Bazı Değerlendirmeler, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:10, Sayı:1, s:49-73

Özcan Cihangir, (2010), Bir Devlet Hastanesi Örneğinde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Özdemir Hakan ve Diğerleri, (2009), *Midwives And Nurses Awareness Of Patients' Rights*, Midwifery, 25, 756-765

Özlü Tevfik, 2009, Hasta Hakları, V. Hasta Hakları Eğitici Eğitimi Kursu Notları, Trabzon Pişiren Lütfi, (17.05.2011), Öneri Sistemleri, İndirildiği adres: <http://www.ikademi.com/endustri-iliskileri/197-oneri-sistemleri.html>

Prajogo Daniel I., Sohal Amrik S. , (2001), TQM and innovation: a literature review and research framework, Technovation, 21, 539–558.

Sarp Nilgün, (24.06.2010) Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, İndirildiği adres:<http://www.nilgunsarp.com/saglik-hizmetlerinde-toplam-kalite-yonetimi/>

Sert Gürkan, Uluslar arası Bildirgeler ve Tıp Etiği Açısından Hasta Hakları, Babil Yayınları, İstanbul, Eylül 2004.

Şahin Ümit, Hastane İşletmeciliğinde Kalite: Hasta Tatmini Ve İşgören Tatmini Paradigması, indirildiği adres: http://umitsahin.com/?page_id=82

Tavmergen ,İzge Pınar (2002), Turizm Sektöründe Kalite Yönetimi, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

Tekindüz Sabahattin, (2010), Kamu Hastaneleri Kalite Çalışmalarının Değerlendirilmesi, 2. Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Harun Kırılmaz, (Ed), Cilt 1, Ankara.

Tengilimoğlu Dilaver, Atilla E. Asuman, Yılık Pelin, Öztürk Gülay, (2010) Hasta Hakları Birimine Yapılan Şikâyetlerin Değerlendirilmesi, 2. Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Harun Kırılmaz, (Ed), Cilt 1, Ankara.

TS-EN-ISO 9001:2008, Kalite Yönetim Sistemi Temel Eğitim Notu, 10.

Välimäki Maritta, (2009), Patients' Rights to Complain in Finnish Psychiatric Care: an Overview, International Journal of Law and Psychiatry, 32, 184–188

Voss Christopher A. and The Others, “A Tale of Two Countries’ Conservatism, Service Quality, and Feedback on Customer Satisfaction”, Journal of Service Research, Vol:6, February 2004; 212-230.

Weiner Bryan J, Alexander Jeffrey A, Baker Laurence C, Shortell Stephen M. and Becker Mark, (2003), Quality Improvement Implementation and Hospital Performance on Patient Safety Indicators, Medical Care Research And Review, 63, 29-57

Yağcı Mehmet İsmail, Duman Teoman, (2006), Hizmet Kalitesi – Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel Ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması, Doğu Üniversitesi Dergisi, 7 (2), 218-238.

Yakov Gila, Shilo Yehudit and Shor Tzippy, (2010), Nurses' perceptions of ethical issues related to patients' rights law, Nursing Ethics, 17(4), 501-510

Yalçın Bahar,(2007), Toplam Kalite ve Stratejik Yönetimde Yeni Eğilimler, İçinde, Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Liderliğinin Temel Dinamikleri, Said Kınır (Ed), Gazi Kitapevi, Ankara.

Zülfikar Fehime and Ulusoy M Filiz, (2001), Are Patients Aware of Their Rights? A Turkish Study, Nursing Ethics, 8 (6), 487-498.

SERTİFİKA PROGRAMINA KATILAN HEMŞİRELERLE KATILMAYAN HEMŞİRELERİN İŞ DOYUM DÜZEYLERİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN KARŞILAŞTIRILMASI VE KALİTEDE SERTİFİKA PROGRAMLARININ ÖNEMİ

Fatma KANTAŞ YILMAZ¹ , Pakize ADIYAMAN² , Cihangir ŞEKER³

Özet

Bu çalışma, İstanbul bölgesinde devlet hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel hastanelerde; sertifika programına katılan hemşirelerle katılmayan hemşirelerin iş doyum düzeylerine etki eden faktörleri belirlemek, karşılaştırmak ve kalitede sertifika programlarının önemini belirtmek amacıyla yapılmıştır. 18 ve 58 yaş aralığında, altı yüz altmış hemşire (K=579, E=81) uygun örneklem yöntemiyle seçilmiştir. Bu çalışmada, teori olarak Herzberg's Motivational-Hygiene Kuramı, ölçek olarak da Spector tarafından geliştirilen İş Doyum Ölçeği (Job Jatisfaction Survey) kullanıldı. Ölçeğe ek olarak, hemşirelere güdülenme, şevk kırılması, hemşireliği meslek olarak seçme nedenleri ve işi bırakmayı düşünme nedenleri hakkında dört açık uçlu soru soruldu. Araştırma sonunda, özel hastanelerde çalışan hemşirelerin iş doyum düzeylerinin, eğitim ve araştırma hastanesi ile devlet hastanesindeki hemşirelerin iş doyum düzeylerinden fazla olduğu bulunmuştur. Sertifika programına katılan hemşirelerle katılmayan hemşirelerin iş doyum düzeyleri arasında önemli bir fark bulunamamıştır. Buna rağmen, iş doyum ölçeğinin alt boyutlarına (ücret, yükselme/gelişme olanakları, amirle ilişkiler, iş güvencesiyle ilgili maddi/manevi kazançlar, performansla dayalı ödüller, çalışma koşulları, çalışma arkadaşları ile ilişkiler, yapılan işin özelliği ve iletişim) göre hastane tiplerinin ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Ek olarak, hemşirelerin iş doyum düzeyleri ile demografik özelliklerine bakıldığında; yaş ve cinsiyet ile iş doyum düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca, medeni durum ve çocuk sahibi olma ile iş doyum düzeyi arasında ilişki bulunamamıştır. Araştırma sonucunda, hasta memnuniyeti, içsel nedenler, ekonomik nedenler, çalışma arkadaşları ile yöneticiler ile ilişkiler, ve çalışma koşulları güdülendirici faktörler; ekonomik nedenler, çalışma koşulları, hastalarla problemler, çalışma arkadaşları ile yöneticiler ile ilişkiler, hemşire ve doktor arasındaki çatışmalar, kişisel nedenler ve sosyal statü şevk kırıcı faktörlerdir. Hemşirelikten ayrılma nedenleri ise şöyledir: Uygun olmayan çalışma koşulları, kişisel nedenler, ekonomik nedenler, sosyal statü ve yöneticiler. Ekonomik nedenler, ailevi nedenler, içsel nedenler, işin özelliği, işin önemi ve yanlış üniversite tercihi, hemşireliği seçme nedenleri olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik sertifika programı, iş doyumunu, kalite yönetimi

Abstract

This study aims to determine and compare the factors that affect job satisfaction level of certificated and non-certificated nurses in public hospitals, private hospitals, and teaching and research hospitals which belong to the Ministry of Health in Istanbul. Also, this research intends to define the importance of certification programs in quality management. Six hundred and sixty nurses (F=579, M=81) aged between 18 and 58 were chosen by convenience sampling. As a framework to guide the design of the study Herzberg's Motivational-Hygiene Theory (1982) was used, and as an instrument

¹ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, fatmakan75@hotmail.com

² Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, adiyamanpakize@gmail.com

³ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, sekircihangir@hotmail.com

Spector's (1985) Job Satisfaction Survey was administered. In addition to the questionnaire, nurses were also asked four open-ended questions about their work motivations and demotivations, the reasons for their career choice, and if they have ever considered leaving their jobs. Results indicate that nurses who work at private hospitals have a higher level of job satisfaction than the nurses working at teaching and research hospitals and public hospitals. There is no significant difference between the level of job satisfaction of certificated and non-certificated nurses in general. However, there is a significant difference between the means of hospital types and sub-dimensions of Job Satisfaction Survey (pay, promotion, supervision, fringe benefits, contingent rewards, operating conditions, co-workers, nature of work, communication). In addition, according to the relationship between the job satisfaction level of nurses and their demographic characteristics; there is a relationship between sub-dimensions of job satisfaction and age/gender. Also, there is no relationship job satisfaction and marital status/having children. It is indicated that while patient satisfaction, altruistics reasons, economic reasons, relations with colleageus and administration and working conditions are motivating factors; economic reasons, working conditions, problems with patients, relations with colleagues and administration, conflict between nurses and doctors, personal reasons and social status are demotivating factors. The reasons for leaving nursing categorized under unpleasant working conditions, personal reasons, economics reasons, social status, administration and others. The most important reasons for choosing nursing as a job were economic reasons, family reasons, altruistic reasons, task identity, task significance, wrong university choice.

Keywords: Nursing certification program, job satisfaction, quality management

1. GİRİŞ

Hemşirelik mesleği günümüzde sağlık sistemi içerisinde gittikçe artan bir öneme sahip olmakla birlikte, hızlı bir değişim sürecine girmiştir. Ülkemizde, hemşireler gittikçe artan hasta sayısı ile yoğun bir iş temposunda çalışmaktadır.

Yüzyıllardır, toplumlarda, hemşirelik uygulamalarında amaçlar ve hedefler aynı kalmış olmasına rağmen, ihtiyaçlar sonrasında yaşanan değişikliklerden etkilenmiştir. Sosyal ve kültürel değişimlerle birlikte, hemşirelik modern bir mesleğe dönüşmektedir. Bu nedenle, hemşirelerin geleneksel rolü değişmeye başlamış ve gittikçe genişleyen bir role bürünmektedir (Erdemir, 1998).

21. yüzyılda ilerlemiş teknoloji ve uzmanlaşma süreci ile sürekli eğitim, hemşirelerin uzmanlıklarını arttırmak ve mesleki bilgilerini güncel tutmalarında önemli hale gelmiştir. Milloning (1985), yaptığı çalışmada, hemşirilerin bilgilerini güncellemek, korumak ve uygulamadaki mevcut değişimleri takip etmek amacıyla sürekli eğitim ihtiyacını farkettilerini belirtmiştir.

Hemşirelik sertifika programları, son yıllarda gittikçe popüler olmaya başlamıştır. Bir çok hemşire, mesleki kariyerlerinde ilerlemek için bu programlara katılmaya başlamıştır. İstanbul'da, Sağlık Bakanlığı ve İstanbul Sağlık Müdürlüğü çok çeşitli hemşirelik sertifika programları düzenlenmektedir. 2008 yılında, İstanbul'da sertifikalı hemşire sayısı 2.314, bu gösteriyorki hemşireler sertifika programlarına karşı yoğun ilgi göstermektedir (Akçakaya, Topçu & Aybey, 2008).

Bu çalışma, sertifika programına katılan hemşirelerle katılmayan hemşirelerin iş doyum düzeylerine etki eden faktörlerin belirlenmesi ve kalite çalışmalarında sertifikanın önemini belirtmek amacıyla yapılmıştır. Hemşirelerin en iyi hizmeti sunması için sadece

gerekli bilgi ve teknik becerileri edinmeleri yeterli olmamakla birlikte işin özelliği ve iş doyumunda yeterli düzeyde olması önemli görülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Herzberg ve Çift Faktör (Motivasyon-Hijyen) Kuramı

Herzberg ve Çift Faktör (Motivasyon-Hijyen) Kuramı (1959), bu çalışmada teori olarak kullanılmıştır. Herzberg Motivasyon teorisi, bazı temel yetişkin eğitimi kavramlarını (örnek yetenek, potansiyel, fırsat vb.) ele alır. Herzberg, 1950’li yılların sonlarında geliştirdiği motivasyon teorisinde; iş doyumunun iki boyutunu ortaya koyar: motivasyon ve hijyen. Motivasyonu artırıcı etmenler; başarı, tanınma, işin kendisi, sorumluluk, ilerleme gibi işin içsel özelliklerinden kaynaklanan faktörlerdir. Doyumsuzluğa yol açan etmenler ise (hijyen) yönetim, gözetim, çalışma koşulları, ücret, arkadaş ilişkileri, emniyet ve yan ödemeler gibi işin dışsal özelliklerinden kaynaklanan faktörlerdir. Bu etmenler kişinin gereksinimleri doğrultusunda karşılanmazsa çalışanlar doyumsuz olur. Ancak bunların iyi olması kişinin güdülenmesiyle sonuçlanmaz ve işin normal seyrinde devam etmesi sağlanır. Sadece, doyumsuzluk durumu ortadan kalkar (Herzberg, 1982).

2.2. Hemşirelikte Sürekli Eğitim

Cooper & Hornback (1973, p. 3) hemşirelikte sürekli eğitiminin yerini “Öğrenme faaliyetleri öncelikle hemşireleri spesifik ilgi alanlarına doğru yönlendirecek şekilde tasarlanmalıdır” şeklinde belirtmiştir. Hemşirelik bakım etkinliğini arttırmak için eğitimin gittikçe artan bir öneme sahip olduğu yapılan araştırmalarda ortaya çıkmıştır. Hemşirelik ve hekim eğitim işbirliğini içeren kanıta dayalı klinik yaklaşımların uygulanmasının, iyi bakım çalışmalarının etkinliği üzerinde olumlu bir etki yarattığı ve hasta sonuçlarını geliştirmeye yardımcı olduğu görülmüştür (Kane ve diğerleri, 2007). Benzer olarak, Turner’s (1992) sürekli hemşirelik eğitimlerinin avantajları ve dezenavantajları üzerine yaptığı araştırmasında, hemşirelik eğitim programlarına katılım, hemşirelerin iş doyumunun artmasına katkıda bulunmuştur. Öğrenmenin verdiği mutluluk ikinci, yeni teknolojilerin öğrenilmesi ise üçüncü yarar sağlayan faktör olarak belirtilmiştir. Yüksek maaş ise en düşük puanı alan faktördür.

2.3. Dünyada ve Türkiye’de Hemşirelik Sertifika Programları

Hemşirelik sertifika programları yarım yüzyıldan daha fazla süredir diğer toplumlarda yasal bir prosedüre dayandırılmıştır. Uluslararası Hemşireler Konseyi ve Avrupa Federasyonu Hemşirelik Dernekleri sertifika programlarını bir zorunluluk olarak kabul etmiş ve gündemlerinde önemli bir konu olarak yer almıştır.

Türkiye’de, hemşirelik eğitimi cumhuriyetin ilk yıllarında okuma yazma bilenlerin kabul edildiği bir okul ile başlamış, 1990’lı yıllarda hemşirelik kolejleri ve üniversite seviyesinde hemşirelik eğitime başlanmıştır. 1930’lu yıllarda 202 olan hemşire sayısı 1990 larda 85.000 civarına ulaşmıştır. Master ve doktora programlarının başlaması ile hemşirelik eğitimi akademik düzeye erişmiştir (Erdil, 2001).

İlk sertifika programı 1990’lı yıllarda gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte son 20 yıldır sertika programlarında içerik, hazırlama, uygulama sürecinde ciddi problemler yaşanmaktadır. Türkiye Hemşireler Derneği, üniversitelerin hemşirelik bölümleri, Sağlık Bakanlığı yetkilileri farklı zamanlarda sorunlara çözüm bulmak için fikir alışverişinde bulunmak için toplantılar düzenlemişlerdir (Karadağ, 2009). İstanbul’da, hemşirelik sertifika programları, Sağlık Bakanlığı ve İstanbul Sağlık Müdürlüğü tarafından 2002

yılından bu yana yürütülmektedir. Bu programlar, hemşirelik hizmetlerinin kalitesini arttırmak, çalıştıkları bölümlere hemşirelerin adaptasyonlarını sağlamak ve bakım ünitelerinin güvenilirliğini ve hizmetin etkinliğini sağlamak amacıyla yapılmaktadır.

Kalite yönetim prensipleri açısından, sağlık hizmeti alan bireylerin memnuniyeti için çalışanların bilgi ve becerilerinin artırılması, motive olmuş, katılımcı ve sürekli kendini geliştiren ve yenileyen iş gücü ön plana çıkmaktadır. ISO standartlarını ele aldığımızda “ürün kalitesini etkileyen işleri yapan personel, uygun öğrenim, eğitim, beceri ve deneyim yönünden yeterli olmalıdır denilmektedir. (ISO 9001:2008 madde:6.2.1)”. Bu maddenin kapsamı yeterlilik ve bilinçlendirmedir. Hizmetin kalitesini etkileyen işleri yapan personel için gerekli yeterlilik (öğrenim, eğitim, beceri, ve tecrübe) kapsamında değerlendirilmelidir. Hemşirelik sertifika programları bu kapsamda değerlendirildiğinde hem hizmet kalitesinin artırılmasında hemde hasta memnuniyetinin artmasında son derece önemlidir.

3. METHOD

Bu araştırma, İstanbul ilinde devlet hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel hastanelerde gerçekleşmiştir. Uygun örneklem yöntemi ile seçilen 660 hemşire olmak üzere yedi devlet hastanesi, yedi eğitim araştırma hastanesi, ve dört özel hastanede anket uygulanmıştır. Anket, üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, demografik özellikler ele alınmış; yaş, cinsiyet, evlilik durumu, çocuk sahibi olma, ve eğitim gibi veriler yer almıştır. Ayrıca birinci bölümde, hemşirelere, “Niçin mesleğinizi bırakmayı düşündünüz” ve “Hemşirelik mesleğinizi seçmeniz en önemli nedeni nedir” şeklinde iki açık uçlu soru sorulmuştur. Sertifika programına katılan hemşireler ile katılmayan hemşirelerin iş doyum düzeylerini belirlemek amacıyla İş Doyum Ölçeği (Job Satisfaction Survey, Spector, 1994) kullanılmıştır. İş Doyum Ölçeği, 1994 yılında Spector tarafından geliştirilmiş olup, 36 soruyu kapsamakta ve özellikle kamu kurumlarında uygulanan dokuz alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin, güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları 2002 yılında Nalan ASLAN tarafından Türkiye’de yapılmıştır. Aslan, ölçeğin güvenilirlik katsayısını (Cronbach's alpha) 0.85 olarak bulmuştur. Spector tarafından ise güvenilirlik katsayısı 0.91 olarak tespit edilmiştir (Aslan & Akbayrak, 2002). Soruları analiz etmek için tanımlayıcı istatistiksel metotlar (frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma), t test, iki yönlü ANOVA (the two way Anova Test), Scheffe Test ve Pearson Korelasyon Analizi (Pearson Correlation Analysis) kullanılmıştır. Bulgular, % 95 güvenlik aralığı ve $p < 0,05$ ($p < 0,05$ significance level) anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Anketin üçüncü bölümü, iki açık uçlu sorudan oluşmaktadır. Hemşirelere “İşiniz/mesleğiniz ile ilgili olarak sizi en çok motive eden şey nedir? ve “İşiniz/mesleğiniz ile ilgili olarak en çok moralinizi bozan şey nedir?” şeklinde iki açık uçlu soru sorularak bunları önem derecesine göre sıralamaları istenmiştir. Verileri analiz etmek için, içerik analizi metodu kullanılmıştır. İçerik analiz metodu, sosyal bilimlerde sıkça kullanılan bir metot olmakla birlikte, yazılı dokümanda tekrar eden ve aynı anlama gelen kelimeleri kategorize ederek sınıflandırmaktır (Weber 1990; Roberts 1995). Bu çalışmada, hemşireleri motive eden ve motivasyonlarını düşüren faktörler içeriklerine göre genel başlıklar altında toplanmıştır. Örneğin maaş ve döner sermaye ile ilgili cevaplar ekonomik faktörler başlığı altında, yönetimin olumsuz yaklaşımları ve görüş-önerileri dikkate almamaları ile ilgili cevaplar yönetim başlığı altında toplanmıştır. Datanın güvenilirliğini test etmek için iki çalışma arkadaşı dataları tekrar kodlayarak karşılaştırma yapmıştır. % 95 kategoriler aynı çıkmış ve % 5 hata payını ortadan kaldırmak için veriler yeniden gözden geçirilmiştir. Çalışmanın geçerliliği için sınıflandırma aynı şekilde iki çalışma arkadaşı tarafından yapılarak kodlama hataları ortadan kaldırılmıştır.

4. SONUÇ

Araştırma bulgularına göre araştırmaya katılan hemşirelerin %87'si kadın, % 12.3 ü erkek ve %36.9'u yüksek okul mezunudur. Ön lisans diplomasına sahip hemşire oranı % 26.5, ve lisans mezunu olan hemşire oranı yüzdesi ise % 31.2'dir. Master mezunu hemşire oranı düşük olmakla birlikte yüzde %5.3'dür.

Araştırma sonuçlarına göre, özel hastanelerde çalışan hemşirelerin iş doyum düzeyleri, Eğitim-Araştırma Hastanesi ile Devler Hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyum düzeylerine göre yüksektir (bakınız Tablo 1). Sertifika programlarına katılan hemşirelerle katılmayan hemşirelerin iş doyum düzeylerine genel olarak bakıldığında arada anlamlı bir fark bulunamamıştır. Buna rağmen, iş doyum ölçeğinin alt boyutlarına göre hastane tipleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (ücret, yükselme/gelişme olanakları, amirle ilişkiler, iş güvencesiyle ilgili maddi/manevi kazançlar, performans dayalı ödüller, çalışma koşulları, çalışma arkadaşları ile ilişkiler, yapılan işin özelliği ve iletişim).

Tablo 1. Hastane Tiplerine göre Sertifika Programlarına Katılan ve Katılmayanların Hemşirelerin İş Doyum Düzeyleri

<u>Hastane Tipi</u>	<u>M</u>		<u>SD</u>		<u>n</u>	
	Katılan	Katılmayan	Katılan	Katılmayan	Katılan	Katılmayan
Devlet Hastanesi	2,73	2,77	0,39	0,44	45	98
Eğitim Araştırma Hastanesi	2,69	2,61	0,45	0,44	59	113
Özel Hastane	3,14	3,2	0,49	0,45	43	69
Toplam	2,83	2,81	0,48	0,5	147	280

İş doyum düzeyleri ile demografik özellikler arasındaki ilişkiye baktığımızda; yaş ve cinsiyet ile iş doyum ölçeğinin alt boyutları arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Erkeklerin iş doyum düzeylerinin ortalaması, kadınlara göre önemli derecede yüksektir ($p<0.05$). Ayrıca, ücret ve iş güvencesiyle ilgili maddi/manevi kazançlar ile ilgili iş doyum düzeyi ortalaması kadınların ortalamasından önemli derecede yüksektir.

İş doyumunu ile yaş arasında negatif bir ilişki olmasına karşın, bu ilişki anlamlı bir düzeyde değildir. İş doyumunu ölçeğinin alt boyutu olan amirle ilişkiler ile yaş arasında negatif bir ilişki vardır ($p<0.05$). Diğer bir bulgu ise, performans dayalı ödüller ile yaş arasında negatif bir ilişki olduğudur ($p<0.05$). Ayrıca, medeni durum ve çocuk sahibi olma ile iş doyum düzeyi arasında ilişki bulunamamıştır.

Açık uçlu sorulara verilen cevaplar, içerik analizi metodu ile analiz edilerek datalar farklı kategoriler altında toplanmıştır. Araştırma sonucunda, hasta memnuniyeti, içsel nedenler, ekonomik nedenler, çalışma arkadaşları ile yöneticiler ile ilişkiler, ve çalışma koşulları güdüleyici faktörler; ekonomik nedenler, çalışma koşulları, hastalarla problemler, çalışma arkadaşları ile yöneticiler ile ilişkiler, hemşire ve doktor arasındaki çatışmalar, kişisel

nedenler ve sosyal statü şevk kırıcı faktörlerdir. Hemşirelikten ayrılma nedenleri ise şöyledir: Uygun olmayan çalışma koşulları, kişisel nedenler, ekonomik nedenler, sosyal statü ve yöneticiler. Ekonomik nedenler, ailevi nedenler, içsel nedenler, işin özelliği, işin önemi ve yanlış üniversite tercihi, hemşireliği seçme nedenleri olarak bulunmuştur.

KAYNAKLAR

Akçakaya, A., Topçu, İ. & Aybey, D., (2008). *Istanbul Health Directorate The Department of Education Booklet*. Istanbul: Istanbul Health Directorate

Aslan Ö., & Akbayrak N. (2002). *Hemşirelerde iş doyumu, Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 6(2), 29-35.

Cooper, S.S., & Hornback, M.S. (1973). *Continuing Nursing Education*. New York: McGraw-Hill Book Company.

Erdemir, F. (1998). Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik felsefesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2(1): 59-63.

Erdil, F. (2001). Hacettepe Üniversitesi Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi Enstitüsü Yayını Retrieved on November 1 2009, <http://undp.un.org.tr/who/nurseturk/hemsireegitim.HTM>

Herzberg, F., Mausner, B. and Snyderman, B. (1959). *The Motivation to Work*. New York, NY: John Wiley and Sons.

Herzberg, V. I. (1982). *The managerial choice: To be efficient and to be human* (2nd ed., Rev.). Salt Lake City, UT: Olympus.

Kane R.L, Shamliyan T, Mueller C., Duval S., Wilt T.J., Nurse Staffing and Quality of Patient Care, Evidence Report/Technology Assessment Number 151.

Karadağ, A. (2009). Hemşirelik Kanunu Değiştiren Yönetmelikler Çıkıyor. *Sağlığın Sesi*,

Vol.7; Retrieved on November 1 2009, <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr>

Millonig, V.L. (1985). Motivational orientation toward learning after graduation. *Nursing Administration Quarterly*, 9 (4), 79-86.

Nardi, P. (2003). *Doing survey research: A guide to quantitative methods*. Boston: Allyn & Bacon.) page 84.

Spector P. E., 1985, *Job satisfaction survey*, *American Journal of Community Psychology*, 13(6), 16

Turner, P. (1992). Benefits and cost of continuing nursing education: An analytical survey, *Journal Of Continuing Education in Nursing*, 22, 104-108.

Weber, R. (1990). *Basic content analysis*. Newbury Park, CA: Sage.

MALATYA AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİNDE HASTA MEMNUNİYETİ

Nurhan ÖZKAN AYDIN¹, Suat ÇOBAN², Hilal Mordoğan³

Özet

Hasta merkezli sağlık hizmeti sunumu için hasta memnuniyeti sağlık kurumlarının en önemli faaliyetlerinin başında gelmektedir. Günümüzde artan rekabet, teknoloji, eğitim düzeyi ve iletişim imkânları sağlık kurumlarında hasta memnuniyetini, faaliyetlerinin odağına almayı zorunlu hale getirmiştir. Bu çalışma Malatya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinden beklenen ve algılanan hizmet kalitesini ölçerek ve değerlendirerek elde edilen veriler ışığında işleyişimizdeki aksaklıkları görmek, hasta memnuniyetini etkileyen unsurları belirlemek ve bundan sonraki çalışmalarımıza yol gösterici olmasını sağlayarak daha kaliteli hizmet verebilmek amacıyla yapılmıştır. Çalışma Nisan 2010-Ekim 2010 tarihleri arasında Malatya Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi polikliniklerinde yürütülmüştür. Malatya Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi polikliniklerine hizmet almak amacıyla başvuran hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Çalışma, 350 hastaya memnuniyet anketi uygulanarak tamamlanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 16.0 programında analiz edilmiş, bulgular yüzde dağılımları şeklinde sunulmuştur. Anket uygulanan kişilerin %54.8'ini kadın, %45.1'ini erkek hastalar oluşturmuştur. Anket uygulanan kişilerin %93.8' i SGK'lı hastalardır. Ankete katılan hastalarımızın temizlik ile ilgili sorularda, %1.7'sinin diş ünitelerinin temizliğinin fena olmadığını düşündükleri tespit edilmiştir. Hastaların %99.7' sinin kendi hekimlerini seçebildiklerini belirtmişlerdir. Ankete katılan hastaların merkezimizde yapılan bilgilendirme ile ilgili sorularda, %94.2' sinin iletişim bilgisi verildiğini belirtmişlerdir. Ankete katılan hastalarımızın merkezimizin genel değerlendirilmesi ile ilgili sorularda ise %57.1' inin merkezimizi mükemmel olarak değerlendirmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Memnuniyeti, Ağız ve Diş Sağlığı, Memnuniyet Oranı, Kalite Standartları

Abstract

Patient satisfaction is the head activity for health associations in order to give a patient-centered health service. Currently increasing competition, technology, the level of education and the opportunities of communication make it compulsory. At Oral and Dental Health Center in Malatya some data have been obtained by measuring and evaluating the quality of service which is hoped and perceived from this clinic. This study has been carried out to see the deficiencies of our treatment, to define the elements which effect the patient satisfaction and to give more qualified service by the help of these data. The study, between April 2010-October 2010 Oral and Dental Health Center clinics were conducted in Malatya.

Malatya, Oral and Dental Health Center clinics serving the study population consisted of patients admitted to receive. The study, 350 patient satisfaction questionnaire was completed by applying. The data obtained were analyzed using SPSS 16.0, the findings presented in the form of percentage distributions. 54.8% of people who were questioned percent female, 45.1% percent consisted of male patients. 93.8% percent of them are tied to Social Security,

¹Malatya Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi, nurhan7@hotmail.com,

²Malatya İl Sağlık Müdürlüğü, suatcoban@hotmail.com,

³Malatya İl Sağlık Müdürlüğü, malatyakalite@gmail.com

Institution. Patients participating in the survey questions of cleanliness, 1.7% of them think that the bad teeth cleaning units have been identified. 99.7% of the patients' own doctors choose of them reported. According to results of the questions about informing the patients, 94.2 percent of the patients state that they are given the telephone and address for communication. According to results of the questions about the general evaluation of our center, 57.1 percent of participants find our center perfect.

Keywords: *Patient Satisfaction, Oral and Dental Health, Satisfaction Rate, Standards of Quality.*

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Memnuniyet; algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonu olarak ifade edilmektedir. Hizmet alan bireyin mutluluğunun sağlanması, rekabetçi sistemlerin en önemli araçlarından biridir. Sağlık hizmeti alanında bunun somut uygulaması hasta memnuniyetinin sağlanmasıdır(Aydın ve Demir,2007:31).

Hasta merkezli sağlık hizmeti sunumu için hasta memnuniyeti sağlık kurumlarının en önemli faaliyetlerinin başında gelmektedir. Günümüzde artan rekabet, teknoloji, eğitim düzeyi ve iletişim imkânları sağlık kurumlarında hasta memnuniyetini, faaliyetlerinin odağına almayı zorunlu hale getirmiştir. Sağlık sisteminde önemli yeri işgal eden hastanelerin karmaşık bir sistemi vardır. Bu karmaşık sistemin en önemli unsuru ise insandır. Konu insan sağlığı olduğunda ise hizmetin kalitesi ön plana çıkmaktadır. Konu insan sağlığı olduğunda ise hizmetin kalitesi ön plana çıkmaktadır.

Kalite uygulamaları içerisinde sağlık hizmet sunumunda memnuniyet kavramı, son yıllarda önem kazanan bir konu olmuştur. Sağlık kurumlarının memnun etmesi gereken çok çeşitli bir insan kitlesi bulunmaktadır(Özer ve Çakıl,2007). Sağlık sektöründe bireyin sağlık gereksinimlerinin sürekliliği ve karmaşıklığı nedeni ile memnuniyet ile ilgili ölçütler, toplumdaki diğer hizmet alanlarındaki ölçütlerden daha farklı ve karmaşıktır(Wilkin vd.,1992:16-18)

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde, kaliteli ve kendini sürekli yenileyen hizmet anlayışı kültürünü devam ettirebilmek ve memnun olarak ayrılan hasta oranını belirlemek amacıyla hasta memnuniyeti anketleri yapılmaktadır. Bu çalışma Malatya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinden beklenen ve algılanan hizmet kalitesini ölçerek ve değerlendirerek elde edilen veriler ışığında işleyişimizdeki aksaklıkları görmek, hasta memnuniyetini etkileyen unsurları belirlemek ve bundan sonraki çalışmalarımıza yol gösterici olmasını sağlayarak daha kaliteli hizmet verebilmek amacıyla yapılmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma Nisan 2010-Ekim 2010 tarihleri arasında Malatya Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi polikliniklerinde yürütülmüştür. Çalışma süresi 7 aydır.

2.1. Araştırmanın Evreni

Malatya Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi polikliniklerine hizmet almak amacıyla başvuran hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmaya dahil edilecek hasta sayıları belirlenmek üzere 'evreni belirli örneklem yöntemi' kullanılmıştır. Minimum örneklem büyüklüğü, basit rastgele örneklem seçim yöntemi kullanılarak ve tüm poliklinikleri kapsayacak şekilde hizmet almak amacıyla başvuruda bulunan hastalar arasından seçilen 350 kişi araştırmanın örneklemine oluşturmaktadır.

2.2. Araştırma Gereci

Araştırmada veri toplama gereci Sağlık Bakanlığımız tarafından yayınlanan, 24 sorudan oluşan ‘Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde Hasta Memnuniyeti anketidir.

Hasta memnuniyetinin ölçüm yöntemi, ilkeleri ve merkezde uygulanan soru seti, “Sağlık Bakanlığı Kalite Ve Performans Değerlendirme Yönergesi” ekinde belirlenen “Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezlerinde Hasta Memnuniyeti Anketleri ve Uygulama Usul ve Esasları”na göre belirlenmiştir. Yüz yüze anket uygulama yöntemi kullanılmış olup anket uygulamayı reddeden hasta olmamıştır. Elde edilen veriler SPSS 16.0 da analiz edilmiş, bulgular yüzde dağılımları şeklinde sunulmuştur.

3. BULGULAR

Merkezde yedi ay boyunca , tüm poliklinikleri kapsayacak şekilde her ay basit rastgele yöntemle seçilen 50 kişiye hasta memnuniyeti anketi uygulanmıştır.

Araştırma kapsamında anket uygulanan kişilerin %54.8’ini kadın, %45.2’sini erkek hastalar oluşturmuştur. Anket uygulanan kişilerin %74.8’i lise ve üzeri eğitim seviyesine sahiptir.

Anket uygulanan kişilerin %93.8’ i SGK’lı hastalardır. Anket uygulanan hastaların %63.7’i 20-50 yaş aralığında olup %14.8’i 50 yaş üzeri hastalardır.

Ankete katılan hastalarımızın merkezimizin fiziki ortam ve birimleri ile ilgili olarak, %75.4’ ü polikliniklerin ve diş ünitelerinin çok temiz olduğunu düşündükleri, %1.7’sinin diş ünitelerinin temizliğinin fena olmadığını düşündükleri tespit edilmiştir. Ankete katılan hastaların merkezdeki diş hekimi muayenesi ile ilgili olarak, %87.7’sinin tedavi sonrası bilgilendirildikleri, %96’sının kendilerini muayene eden diş hekimlerine güvindikleri sonucuna varılmıştır. Diğer meslek grupları ile ilgili sorularda, %72.2’ sinin diğer personelin davranışlarını çok iyi buldukları, %2’sinin ise davranışları orta buldukları görülmüştür. Ankete katılan hastaların merkezdeki klinik değerlendirmesi ile ilgili sorularda %99.7’ si kendi hekimlerini seçebildiklerini belirtmişlerdir. Ankete katılan hastaların merkezde yapılan bilgilendirme ile ilgili sorularda, %94.2’ si iletişim için telefon ve adres verildiğini belirtmişlerdir.

Ankete katılan hastaların merkezdeki genel değerlendirilmesi ile ilgili sorularda ise %57.1’ inin merkezimizi mükemmel olarak değerlendirmiş olup %31.7’ si merkezimizi çok iyi olarak değerlendirmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	192	54.8
Erkek	158	45.2
Yaş		
18-30	139	39.7
30-50	159	45.4
50+	52	14.9

Eğitim		
OYD	0	0
Okur Yazar	6	1.7
İlköğretim	82	23.5
Lise	133	38
Yüksekokul ve Üzeri	129	36.8
Sosyal Güvence		
Emekli Sandığı	123	35.1
S.S.K	154	44
Bağ-Kur	41	11.7
Yeşil Kart	20	5.7
Sosyal Güvence Yok	5	1.4
Diğer	4	1.1

Araştırmaya katılan hastalarımızın merkezimizin fiziki ortam ve birimleri ile ilgili olarak, %75.4' ü polikliniklerin ve diş ünitelerinin çok temiz olduğunu düşündükleri, %1.7'sinin diş ünitelerinin temizliğinin fena olmadığını (Fena Değil seçeneği) düşündükleri tespit edilmiştir

Araştırmaya katılan hastaların hiçbiri, klinikleri, diş ünitelerini ve lavaboları kirli bulmamıştır.

Araştırmaya katılan hastaların merkezin fiziksel ortam ve birimler ile ilgili görüşleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Hastaların Merkezin Fiziki Yapısı İle İlgili Düşünceleri

Fiziki Ortam Ve Birimler Kirli	Çok Temiz	Temiz	Fena Değil
Size göre, kliniklerin temizliği nasıldı?	264	76	10
Size göre, muayene olduğunuz diş ünitesinin temizliği nasıldı?	264	80	6
Size göre, lavaboların temizliği nasıldı?	226	98	26
Sonuç %	71.8	24.2	4

Araştırmaya katılan hastaların %88'i ilk 20 dk içinde muayene için gerekli bürokratik işlemleri bitirdiklerini, % 1.1' ise bu işlemlerin bir saatin üzerinde sürdüğünü belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların merkezdeki diş hekimi muayenesi ile ilgili olarak, %87.7'sinin tedavi sonrası bilgilendirildikleri, %96'sının kendilerini muayene eden diş hekimlerine güvendikleri, % 1.1'i ağız ve diş sağlığını korumaya yönelik işlemler hakkında bilgi verilmediğini belirttikleri görülmüştür.

Araştırmaya katılan hastaların merkezin diş hekimi muayenesi ile ilgili görüşleri Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Hastaların Diş Hekimi Muayenesi İle İlgili Düşünceleri

Diş Hekimi Muayenesi Hayır	Evet, tamamıyla	Evet, kısmen	
Diş Hekimi tarafından, size uygulanan tedavi sonrası yapmanız gerekenler konusunda bilgilendirme yapıldı mı?	307	43	0
Diş hekimi şikayetlerinizi dinleyip, hastalığınızla ilgili sorularınıza anlayacağınız şekilde yanıt verdi mi?	315	35	0
Sonuç %	88.9	11.1	0

Araştırmaya katılan hastaların, merkezde çalışan diğer meslek grupları ile ilgili görüşleri ile ilgili sorularda %72.3' lük bir grup diğer personelin davranışlarını çok iyi buldukları, %2'lik bir grup ise orta olarak değerlendirdikleri görülmüştür. % 94 lük bir grup diğer personeli yeterince nezaketli, % 6'sının ise kısmen nezaketli olarak değerlendirdikleri görülmüştür.

Araştırmaya katılan hastaların, merkezin klinik değerlendirme ile ilgili sorularda %85.4'ü uygulanan tedavi ve diğer uygulamalar hakkında fikirlerinin sorulduğunu %1.2'si ise fikirlerinin sorulmadığını belirttikleri görülmüş olup %99.7'si kendi hekimlerini seçebildiklerini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların bilgilendirme ile ilgili sorularda %90.3'ü merkezden ayrıldıktan sonra yaşanabilecek durumlar için bilgi verildiğini, %94.8'i gerekmesi halinde merkez ile iletişim geçebilecekleri bir iletişim adresi ve telefon verildiğini %5.7'si ise iletişim bilgisi verilmediğini belirttikleri görülmüştür.

Araştırmaya katılan hastaların, merkezin genel değerlendirmesi ile ilgili sorularda % 94.7'si

ihtiyaç duyduklarında tekrar merkezi tercih edeceklerini, % 57.7'si merkezi mükemmel olarak değerlendirdiklerini %0.3'lük bir grup ise merkezi orta seviyede değerlendirdiklerini ve gerekmesi halinde tekrar tercih etmeyeceklerini belirttikleri görülmüştür.

Genel değerlendirme ile ilgili bilgiler Tablo 4'te belirtilmiştir.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Hastaların Merkezin Genel Değerlendirmesi İle İlgili Düşünceleri

Genel Değerlendirme Kötü	Mükemmel	Çok İyi	İyi	Orta	
Merkezimizde aldığınız hizmeti genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	202	109	38	1	0
Sonuç %	57.7	31.1	10.9	0.3	0

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Malatya Ağız Diş Sağlığı Merkezinde yapılan Hasta Memnuniyet anketleri sonucunda memnuniyet oranları yeterli düzeyde bulunmuştur. Temizlik hizmetlerinden memnuniyet ve diş hekimleri tarafından bilgilendirme konularında memnuniyet oranları daha düşüktür.

.Hasta memnuniyetini olumlu yönde etkileyen kriterlerin, hizmetlerin desteklenmesi ve sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir.

.Hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkileyen faktörlerin başında gelen bilgilendirme eksikliği veya hasta bilgilendirilmesine yeterince önem verilmemesi hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Hasta memnuniyetinin ve bilgilendirilmesinin önemi ile ilgili olarak merkez personeline verilen hizmet içi eğitimler artırılmalıdır.

. Hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkileyen önemli bir diğer faktör olan temizlik konusunda kesinlikle esnek olunmamalı, temizlik kontrollerinin sıklığı artırılmalı, temizlik malzemelerinin kullanımı takip edilmeli ve temizlik personeline verilen eğitimler sürekli tekrar edilmelidir.

.Şu anda memnuniyetsizlik yaratmayan fakat sürekliliği sağlanmadığında, desteklenmediğinde, yenilenmediğinde ve takip edilmediğinde merkeze memnuniyetsizlik olarak yansıyabilecek tüm diğer faktörler de kaliteli hizmet anlayışı içinde takip edilmeli, kaliteli sürecin devamı için gerekli çalışmalar titizlikle yürütülmelidir.

Sonuç olarak; Memnuniyet anketleri kurumumuzda hizmette süreklilik ve kalite sürecine önemli veriler sağlamaktadır. Kurumumuzda verilen hizmetlerin algılanma şeklini hastaların gözü ile görme avantajı vermektedir. Merkezimizin desteklenmesi ve geliştirilmesi gereken hizmetlerinin belirlenmesini kolaylaştırmaktadır. Bu nedenlerden dolayı hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetinin periyodik ve objektif olarak değerlendirilmesi önemli aynı zamanda gereklidir.

KAYNAKLAR

Aydın, Sabahattin ve Demir, Mehmet (2007), Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Sağlıkta Dönüşüm Serisi – 2 Sağlık Bakanlığı Yayını Ankara, sayfa: 31

Özer A, Çakıl E (2007) Sağlık Hizmetlerinde Hasta memnuniyetini Etkileyen Faktörler, Tıp Araştırmaları Dergisi, 5(3):140-143.

Wilkin L, Hallam L, Dogget MA (1992) Measures of Need and Outcome for Primary Health Care, Oxford University: 16-18.

MALATYA DEVLET HASTANESİNDE ÇALIŞANLARIN HİZMET KALİTE STANDARTLARINI HASTA HAKLARI YÖNÜNDEN ALGILAMA DÜZEYLERİ VE GÖRÜŞLERİ

Mehtap Omac¹, Emin Murat², Müslüme Akyüz³, Vedat Açar⁴

Özet

Hasta hakları, hizmet kalite standartlarının önemli bir bileşenidir. Bu çalışma Malatya Devlet Hastanesinde çalışan sağlık personelinin hizmet kalite standartları açısından hasta hakları konusunda algılama ve görüşlerini değerlendirmek amacı ile yürütülmüştür.

Çalışma 2010 yılında Malatya Devlet Hastanesinde yürütülmüş kesitsel tipte bir çalışmadır. Anketler araştırmacılar tarafından hazırlanmış ve yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Ankette 14 hasta hakkı tanımlanarak, hasta hakları ile ilişkili buldukları Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları rehberinde yer alan toplam 384 adet kriterin 5' li Likert ölçeğine göre değerlendirmeleri istenmiştir.

Çalışmanın evrenini Malatya Devlet Hastanesi çalışanları (n=1100) oluşturmaktadır. Evreni belirli örneklem yöntemi kullanılarak minimum örneklem büyüklüğü olan 350 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Sağlık çalışanlarından 339 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırma kapsama oranı %96,8' dir.

Çalışanların yaş ortalaması 35.1±3.44 ' dür, % 56.4' ü kadın %43.7' si erkektir. Çalışanların %10' u hekim, %26.8' i hemşire, %18'i ebe, %14.9' u sağlık memuru, 20.9' u sağlık teknisyeni geri kalanlar ise genel hizmet sınıfında çalışanlardır(güvenlik, tıbbi sekreter, memur). Çalışanların %34.8'i hastanede 16 yıl ve üzerinde çalıştıklarını bildirmişlerdir. Çalışanların %86.4' ünün hasta hakları hakkında bilgi sahibi olduğunu, %98' inin hastanede hasta hakları kurulunun var olduğunu bildirdiğini bildirmiştir. Çalışanların %59' unun hasta hakları kurulunun olması gerektiği %24' ü bu kurulunun olmaması gerektiği yönünde görüş bildirirken, geriye kalan çalışanlar bu konuda görüş bildirmemişlerdir. Çalışanların %61.9'

u hizmet kalite standartlarının hasta haklarını kapsadığını, %38.1' i ise hasta haklarını kapsamadığını ifade etmiştir. Çalışanların %79.1' i hizmet kalite standartlarının hasta hakları yönünden eksik bulunduğunu belirtirken geriye kalanlar (%20.9) eksik bir yönü olmadığını belirtmiştir. Çalışanların %91.2' si ise hastanede uygulanan hizmet kalite standartlarını hasta hakları yönünden doğru uygulandığını ifade etmişlerdir.

Hizmet kalite standartları içerisinde enfeksiyon kontrol hizmetleri ile ilgili olarak katılımcıların %90' ı enfeksiyon kontrolü ile ilgili önlemlerin hasta hakları ile tamamen ilişkili olduğunu bildirmiştir. Tuvalet temizliği, kirli alan temizlikleri ile ilgili hizmet kalite standardının hasta hakları ile tamamen ilişkisi olduğunu düşünenler ise %78.2' dir. Poliklinik hizmetleri, laboratuvar hizmetleri ile ilgili kalite standartlarının hemen hepsine yakını (%95) hasta hakları ile tamamen ilişkili olduğunu bildirmişlerdir.

Malatya Devlet Hastanesinde çalışan personelin büyük çoğunluğu tüm hizmet kalite standartlarının hasta hakları ile tamamen ilişkili ve algılamının yüksek olduğu bildirmiştir. Bu durum hasta hakları uygulamasında personelin daha aktif olacağını göstergesidir. Sağlık çalışanlarının hizmet kalite standartlarını hasta hakları yönünden

¹ Adana Aladağ TSM, mehtapomac@gmail.com

² Malatya Devlet Hastanesi, dremimurat@gmail

³ Malatya Devlet Hastanesi, muslumeakyuz@hotmail.com

⁴ Malatya Devlet Hastanesi, vedatacar@gmail.com

değerlendirmeleri standartların hasta hakları çerçevesinde uygulanmasını sağlayacak ve farkındalık oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hizmet Kalite Standartları, Hasta Hakları, Sağlık Çalışanı

Abstract

Patient rights in our country mean that they are the rights under guarantee by the Turkish Republic Constitution, international alliances, laws and other regulations, with the feature of being an individual needing health services. Recently patient rights have an important place in the health institutions where the service quality standards are being discussed. This study has been planned to define the practices of patient rights in terms of service quality standards.

The study is cross sectional in 2010. Questionnaires were prepared by researchers and applied face to face. 14 patient rights were identified in the survey and it was asked to define 384 criteria related to patient rights in the Service Quality Standards guideline of Ministry of Health according to 5 point Likert scale. The universe of the study is the employees in the Malatya State Hospital. The minimum sample size was determined 350 employees and they were selected according to their professions by random sampling method. Yet 399 employees could be included to the research because of the reasons such as missing data, giving up the questionnaire. The scope of the study is %96.8.

The average of age of the employees is 35.1 ± 3.44 , 56.4% of them is female 43.7% is male. 10% of the employees is physician, 26.8% is nurse, 18% is midwife, 14.9 is health staff, 20.9% is health technician and the rest of them is from general service class (security guard, health officer, officer). %34.8 of the employees informed that they had been working at hospital over 16 years. 86.4% of them stated that they had already known about patient rights and 98% of them claimed that there was a council of patient rights at hospital. 59% of the employees stated that there should be a council of patient rights as 24% of them stated that there was no need a council and the rest of them did not present an opinion.

82% of the employees stated that the service quality standards were completely related to the infection control services and security of health staff. The employees (95%) stated that the patient rights were completely related with the service quality standards of polyclinic services, clinics, and surgery, emergency, dialysis and laboratory services. The rate of the employees stating that the patient rights were completely related with pharmacy, ambulance services, institutional service management, information systems, archives, patient records, depots, launderette, management of facilities, morgue is 85%. 61.9% of the employees stated that all service standards included patient rights and 38.1% stated that they did not include them. 79.1% of the employees stated that the service quality standards were lacking in terms of patient rights and the rest (20.9%) asserted the contrary. 91.2% of the employees stated that the service quality standards in terms of patient right being applied at hospital were being carried out correctly.

The majority of the staff working at the Malatya State Hospital stated that the service quality standards were completely related with the patient rights. These statements are the sign that the personnel will be more active in carrying out the patient rights. The data obtained about the service quality standards evaluated by the personnel can be used in the revision and also it must be supported in the issues as the lacking of personnel.

Keywords: Service quality standards, patient rights, health staff

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlık hizmeti, tüm insanların ihtiyaç duydukları anda, kolay ulaşabilir şekilde düzenlenebilmeli ve aynı zamanda ekonomik olmalıdır. Sağlık sektörünün konusunun direkt insan yaşamı olması, pahalı bir hizmet olan sağlık hizmet sunumunda hatanın kesinlikle olmamasını gerektirmektedir. Son zamanlarda hatayı ortadan tamamen kaldırmak veya olabilecek en az seviyeye indirmek, bazı sistemlerin belirlenmesi ve bu sistemlerin uygulanması sayesinde mümkün olabileceği anlaşılmış ve hizmet kalite standartları (HKS) geliştirilerek ciddi ilerlemeler ve iyileştirmeler sağlanmıştır (1,2,3).

Hasta hakları ile birlikte HKS' nın paralellik göstermesi beklenmektedir. HKS' nın hasta haklarını içermesi, bu doğrultuda sağlık çalışanlarının HKS içselleştirilerek uygulaması en doğru yaklaşım olacaktır. Bu aynı zamanda hasta güvenliği içinde önemli olmaktadır (4,5).

Hasta hakları *sağlık* hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları vasfıyla sahip bulundukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını ifade eder. Hasta hakları insanlığın tedavi olması ile başlamış ve hatta ilk yazılı düzenlemeler Hamurabi kanunlarında geçmektedir. Bilimsel manada ise 18. ve 19. yüzyıllarda tıbbın sanattan bilime geçmesiyle modern dünyamıza girmiştir. Dünyada hızla gelişen ve modernize olan tıpla beraber hukuk ve kalite süreci ile önemli bir unsur haline gelmiştir (3,4,5).

Hasta hakları son yüzyılda dünyada uluslararası kanunlar, deklarasyonlar, bildirge, sözleşmeler, toplantılarla ana hatlar oluşturularak bilimsel ve hukuksal anlamda uygulanmaya başlanmıştır. Ülkemizde ise Anayasa, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Hasta Hakları Yönetmeliği, Hasta Hakları Uygulama Yönergesi ile resmi olarak tanımlanarak uygulanması başlamıştır. Bunlara paralel olarak Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında 2003 yılında başlayan performans ve kalite uygulamaları ile katkı ve önemi artırılmıştır. Özellikle uygulanmakta olan HKS' da hasta haklarına yönelik bir çok düzenleme yer almış ve adeta hasta hakları gizli bir hedef haline getirilmiştir. Standartların çoğu hasta hakları çerçevesinde kaliteyi artırmaya yönelik düzenlenmiş gözükmektedir.

Avrupa Birliği 2002 yılının Kasım ayında Roma'da Hasta Hakları'na İlişkin Avrupa Statüsü (Ana Sözleşmesi)'ni (Ek-5) kabul etmiştir (6,7,8,9).

Hasta Hakları'na İlişkin Avrupa Statüsü Ana Sözleşmesi, Roma (Kasım 2002)

1. Koruyucu Tedbirlerin Alınması Hakkı
2. Yararlanma Hakkı
3. Bilgi Hakkı
4. Onay Hakkı
5. Özgür Seçim Hakkı
6. Özel ve Gizlilik Hakkı
7. Hastaların Vaktine Saygı
8. Kalite Standartları Hakkı
9. Güvenlik
10. Yenilik Hakkı
11. Gereksiz Ağrı/Acı ve Sıkıntıdan Sakınma Hakkı
12. Kişisel Tedavi Hakkı
13. Şikâyet Hakkı
14. Tazminat Hakkı

Bu Sözleşmede tanımlanan 14 hasta hakları ülkemizde de 2005 yılında kabul edilerek Hasta Hakları Yönergesi ile uygulanmaya başlanılmıştır. Sözleşmede 14 adet hasta hakkı

ifade edilmiştir. İlk iki madde, koruyucu tedbirlerin alınması hakkı ve sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını dile getirmektedir. Bu yaklaşım hasta haklarının, yalnızca hastalık durumuyla sınırlı olmayan kapsamını gündeme getirmekte ve sağlık hakkı ile olan güçlü ilişkisini de ortaya koymaktadır. Sözleşmenin oluşturulmasında sivil toplumun öncülük yapmış olması, hasta haklarının toplumda benimsenmesi açısından da ayrıca değer taşımaktadır. Son zamanlarda hasta hakları, HKS' nın tartışıldığı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında önemli bir yer teşkil etmektedir.

Bu çalışma sağlık çalışanların HKS içerisindeki standartların, tanımlanan 14 hasta hakkı yönünden algılama düzeylerinin ve hasta hakları uygulamaları konusundaki görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi: Çalışma 2010 yılında Malatya Devlet Hastanesinde yürütülmüş kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Gereci: Çalışmada veri toplama gereci olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anketler araştırmacılar tarafından hazırlanmış ve yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Ankette 14 hasta hakkı tanımlanarak, hasta hakları ile ilişkili buldukları Sağlık Bakanlığı HKS rehberinde yer alan toplam 384 adet kriterin 5' li Likert ölçeğine göre değerlendirmeleri istenmiştir. Ayrıca standartların hangi hasta hakkı ile ilişkili olduğunun belirtilmesi istenmiştir.

Araştırmanın Evreni: Çalışmanın evrenini Malatya Devlet Hastanesi çalışanları (n=1100) oluşturmaktadır. Evreni belirli örneklem yöntemi kullanılarak minimum örneklem büyüklüğü olan 350 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Sağlık çalışanlarından 339 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırma kapsama oranı %96,8' dir. Çalışmanın evrenini Malatya Devlet Hastanesi çalışanları oluşturmaktadır.

Verilerin Analizi: Araştırma verileri SPSS 16.0' da analiz edilmiş ki-kare ve regresyon analizleri ile değerlendirilmiştir. Veriler yüzde dağılımı şeklinde sunulmuştur. Elde edilen veriler %95 güven aralığında hata payı 0. 05 olarak kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

Çalışanların yaş ortalaması 35.1±3.4 'dür, % 56,4'ü kadın %43,7'si erkektir. Çalışanların %10'u hekim, %26,8'i hemşire, %18'i ebe, %14,9'u sağlık memuru, %20,9'u sağlık teknisyeni geri kalanlar ise genel hizmet sınıfında çalışanlardır (güvenlik, tıbbi sekreter, memur). Çalışanların %34,8'i hastanede 16 yıl ve üzerinde çalıştıklarını bildirmişlerdir.

Tablo.1 Sağlık Çalışanlarının Hasta Hakları Konusundaki Görüşleri

	n	%
Hasta hakları hakkında bilgi sahibiyim		
Evet	298	86.4
Hayır	41	13.6
Hastanede hasta hakları kurulu var mı?		
Evet	333	98.0
Hayır	6	2.0
Hasta hakları kurulu olmalı mı?		

Evet	220	59.0
Hayır	79	24.0
Fikrim yok	40	13.0
Toplam	339	100.0

Çalışanların %86,4'ünün hasta hakları hakkında bilgi sahibi olduğunu, %98'inin hastanede hasta hakları kurulunun var olduğunu bildiğini belirtmiştir. Çalışanların %59'unun hasta hakları kurulunun olması gerektiğini bildirmişlerdir.

Sağlık çalışanlarının HKS' nın hasta hakları ile ilişkisini değerlendirme durumları Tablo 2' de verilmiştir.

Tablo 2. Hizmet Kalite Standartlarının Hasta Hakları Yönünden Değerlendirilmesi

Hizmet Kalite Standartları	Hiç	Çok az Katılıyorum	Çoğunlukla	Kararsızım	Tamamen Katılıyorum
Poliklinik Hizmetleri	1.3 (5)	0.6 (2)	7.5 (24)	0.6 (2)	90.0 (303)
Laboratuvar Hizmetleri	1.8 (6)	0.6 (3)	8.8 (30)	1.5 (5)	87.3 (297)
Görüntüleme Hizmetleri	0.3 (1)	1.2 (4)	9.9(33)	1.2 (4)	87.4 (291)
Ameliyathane Hizmetleri	0.3 (1)	2.1 (7)	13.3 (41)	0.9 (3)	83.2 (282)
Klinik Hizmetleri	1.2 (4)	1.8 (6)	9.9 (33)	1.8 (6)	86.9 (291)
Yoğun Bakım hizmetleri	1.8 (69)	0.3 (1)	8.6 (32)	0.3 (1)	89.0 (299)
Acil hizmetleri	1.8 (6)	0.3 (1)	6.3 (21)	0.3 (1)	93.1 (310)
Ambulans Hizmetleri	1.8 (6)	0,3 (1)	16.8 (56)	0.6 (2)	82.3 (274)
Eczane Hizmetleri	0.6 (2)	1.8 (6)	8.7 (29)	0.6 (2)	88.3 (294)
Enfeksiyonların kontrolü ve Önlenmesi	1.3 (5)	0.6 (2)	7.5 (24)	0.6 (2)	90,0 (303)
Hasta ve Çalışan Güvenliği	0.6 (2)	1.3 (5)	7.5 (25)	0.9 (3)	91.0 (304)
Kurumsal Hizmet Yönetimi	0.3 (1)	2.1 (7)	12.3 (41)	0.9 (3)	83.2 (282)
Hasta Kayıtları ve Dosyası	0.3 (1)	0.9 (3)	13.5 (45)	0.3 (1)	84.7 (283)
Arşiv	1.8 (6)	0,3 (1)	15.8 (56)	0.6 (2)	82.3 (274)
Tesis Yönetimi ve Güvenlik	0	0	20.1 (67)	0.3 (1)	79.6 (265)
Depolar	0.3 (1)	2.1 (7)	12.3 (41)	0.9 (3)	83.2 (282)
Mutfak	0.6 (2)	2.1 (7)	10.7 (36)	2.1 (7)	84.5 (283)
Çamaşırhane	1.8 (6)	0,3 (1)	15.8 (56)	0.6 (2)	82.3 (274)
Morg	0.3 (1)	2.1 (7)	13.3 (41)	0.9 (3)	83.2 (282)

Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu HKS içerisinde doğrudan hastaların bulunduğu birimlerle ilgili olan standartların tamamına yakınına hasta hakları ile ilişkilendirirken, teknik ve idari birim ve hizmetlerle ilgili standartlarda daha az hasta hakları ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışanların % 90,0'ı enfeksiyon kontrol hizmetleri ve hasta çalışan güvenliği ile ilgili olarak HKS' nın hasta hakları ile tamamen ilişkili olduğunu bildirmiştir. Poliklinik hizmetleri, klinikler, görüntüleme hizmetleri, yoğun bakım hizmetleri, acil ve laboratuvar hizmetleri ile ilgili kalite standartlarının hemen hepsine yakını (%85 ve yukarısı) hasta hakları ile tamamen ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Ambulans hizmetleri, kurumsal hizmet yönetimi, bilgi sistemleri, arşiv, hasta kayıtları, depolar, mutfak, çamaşırhane, tesis yönetimi, morg ile ilgili hizmet kalite standartlarının hasta hakları ile tamamen ilişkili olduğunu bildirenlerin oranı %85'den daha azdır.

Sağlık çalışanlarına HKS' nın (384 Kriter) hangi hasta hakkı ile ilişkilendirdiklerini belirtmeleri istenmiştir. Sağlık çalışanlarının 14 hasta hakkı ile ilişki bulduğu HKS' nın dağılımı tablo 3' de gösterilmiştir.

Tablo 3. Hasta hakları ile ilişkili Bulunan Hizmet Kalite Standartları Madde Sayısı

Hasta Hakları	Hizmet Kalite Standartları / Hasta Hakları İle İlişkili Bulunan Maddelerin Sağlık Çalışanlarına Göre Dağılımı
1. Koruyucu Tedbirlerin Alınması Hakkı	10
2. Yararlanma Hakkı	33
3. Bilgi Hakkı	20
4. Onay Hakkı	4
5. Özgür Seçim Hakkı	12
6. Özel ve Gizlilik Hakkı	19
7. Hastaların Vaktine Saygı	18
8. Kalite Standartları Hakkı	75
9. Güvenlik	100
10. Yenilik Hakkı	15
11. Gereksiz Ağrı/Acı ve Sıkıntıdan Sakınma Hakkı	0
12. Kişisel Tedavi Hakkı	1
13. Şikayet Hakkı	3
14. Tazminat Hakkı	20
Kararsızım	6
Toplam	339

Tüm HKS sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmiş olup, hiç bir HKS maddesi gereksiz ağrı, acı ve sıkıntıdan sakınma hakkı ile ilişkili bulunmamıştır. HKS ile ilgili 100 madde Kalite standartları hakkı ile, 75 maddenin ise güvenlik hakkı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.

Sağlık çalışanlarının HKS' nın tümünü hasta hakları yönünden değerlendirilmeleri tablo 4' de verilmiştir.

Tablo. 4 Sağlık Çalışanlarının Hizmet Kalite Standartlarını Hasta Hakları Yönünden Değerlendirmeleri

	n	%
Hizmet Kalite Standartları Hasta Haklarını Kapsıyor mu?		
Evet	210	61.9
Hayır	129	38,1
Hizmet Kalite Standartları Hasta Hakları Yönünden Eksik mi?		
Evet	268	79.1
Hayır	71	20.9
Hizmet Kalite Standartlarının Hasta Hakları Yönünden Doğru Uygulanıyor mu?		
Evet	309	91.2
Hayır	30	8.8
Toplam	339	100.0

Çalışanların %61.9'u tüm HKS' nin hasta haklarını kapsadığını, %38,1'i ise hasta haklarını kapsamadığını ifade etmiştir. Çalışanların %79.1'i HKS' nin hasta hakları yönünden eksik bulunduğunu belirtirken geriye kalanlar (%20.9) eksik bir yönü olmadığını bildirmişlerdir. Çalışanların %91.2'si ise hastanede uygulanan HKS' i hasta hakları yönünden doğru uygulandığını ifade etmişlerdir.

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Malatya Devlet Hastanesi' de çalışanların hasta hakları konusunda görüşleri değerlendirildiğinde çoğunluğun bilgi sahibi olduğu, tamamına yakınının ise hasta hakları kurulunun varlığını bildiği belirlenmiş olup, bu durum hasta haklarını duyurma konusunda uygulama ve eğitimlerin başarılı olduğunu göstermektedir. Ancak çalışanların sadece %59'u kurulun olması gerektiği yönünde olumlu görüş bildirmesi, hasta hakları kurulunun gerekliliğinin tam anlaşılmadığı veya varlığının tekrar geniş çalışmalarla irdelenmesi gerektiğini göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının HKS' nin hasta hakları yönünden algılama düzeylerine bakıldığında, çalışanların büyük çoğunluğunun HKS' nin hasta hakları ile ilişkili olduğuna tamamen katılması hasta haklarının ve HKS' nin benimsendiği ve doğru anlaşıldığını göstermektedir. Bu da başarılı bir uygulamayı ve istenen hedeflerin yakalanmasını beraberinde getirecektir. Ayrıca HKS' nin ana ve gizli hedefinde hasta haklarının korunması olduğu anlaşılmakta olup paralel olarak yürütülen hasta hakları, HKS, hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının birbirine tamamlayıcı, destekleyici rol oynadığı açıkça görülmektedir. Konunun bütünselliği, günümüz sağlık hizmetinde önemi birinci sırada olan hasta güvenliğini koruyacak niteliktedir (10, 11).

Çalışmamızda HKS' nin alt başlıklarında en çok katılım hasta hakları ihlalinin oluşabileceği riskli bölümler (Poliklinik, Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi, Hasta ve çalışan güvenliği, Acil hizmetler) yer almaktadır. Bu da çalışmamızda anketlerin çalışanlar tarafından doğru anlaşılıp cevaplandırıldığı ve dolayısıyla sağlıklı bir veriyi göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının 14 hasta hakkı ile ilişki bulduğu HKS' nin dağılımına bakıldığında ilk sırada 100 madde ile güvenlik hakkı bulunmaktadır. Bunun ikinci sırada 75 madde ile kalite standartları hakkı izlemektedir. Her iki hak maddesindeki yüksek oran kalite, hasta hakkı ve hasta güvenlik üçgenindeki güçlü bağlantının çalışanlarca iyi algılandığını saptamaktadır. Çalışanların 11., 12.,ve 14. hak maddeleriyle ilişkili standart belirtmemesi

ve çok az standart belirtmesi bu haklarla ilgili HKS' nin yeniden yapılanmasında yol gösterici mahiyettedir. Ayrıca çalışanların %61.9'nun HKS' nin hasta haklarını kapsadığını belirtmesi ve %79.1'in eksik yönlerinin olduğunu belirtmesi bu iddiayı desteklemektedir.

Yapılan başka çalışmalarda HKS' nin hasta hakları yönünden incelenmesi konusunda en büyük eksiklik ve yetersizlik, hasta haklarının en önemli bileşeni "aydınlatılmış onam" konusundaki yetersizliktir. Doğrudan kalite standartları içerisinde çok az oranlarda yer almış olsa da bu bilgilendirmeler, hastanenin web sayfasında doktorlara ait bilgilerin bulundurulması, personel tanıtım kartlarının açıkça görülecek şekilde takılması, hastaya epikriz verilmesi gibi tıbbi hizmet sunumunun organizasyonuna yönelik bilgilendirmelerin hepsinde yer almaktadır. Ancak bu uygulamalar uluslararası düzeyde hasta hakları anlamında bilgilendirme olarak kabul edilmemektedir. Hastanın rızasına yönelik uygulama ise sadece bilgilendirme ve onam formunun olup olmadığının değerlendirilmesinden ibarettir. Aydınlatılmış onam formlarının spesifik hastalığa yönelik olması, hasta tarafından kendi el yazısıyla " okudum anladım" gibi ifadeleri ve ıslak imzayı içermesi, mutlaka operasyondan önce makul bir surede imzalandığını gösteren tarih ihtiva etmesi gibi kriterlerin değerlendirme kapsamına alınması, en azından aydınlatılmış onam bakımından ispat külfetinin yer değiştirmesine neden olabilir (12). Yapılan çalışmalarda 1995 Bali bildirgesinde belirtilen kaliteli tıbbi bakım hakkı, HKS kriterleri içerisinde, büyük bir oranda değerlendirme kapsamına alınmaktadır. Bu uygulama belki de, kalite problemlerinin iyi niyet, bilgi, çaba veya sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklardan değil, hizmetin organize edilişindeki yetersizlikten kaynaklanmasından oluştuğu varsayımıyla hareket edilmesinin sonucudur ve doğru bir yaklaşımdır şeklinde yorumlanmıştır (10,11,12).

Sonuç olarak Malatya Devlet Hastanesinde sağlık çalışanlarının hasta güvenliği odaklı ulusal hedefler doğrultusunda sağlık kurumlarında uygulanmakta olan HKS' da hasta haklarını algılama düzeylerinin ve bilgi düzeylerinin yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık çalışanlarının HKS' nı hasta hakları yönünden değerlendirmeleri standartların hasta hakları çerçevesinde uygulanmasını sağlayacak ve farkındalık oluşturacaktır.

Hedef olarak hasta haklarına ulaşım konusu için, HKS' ndaki bu veriler kullanarak güvenli ve doğru uygulamaların devam edeceği düşüncesindeyiz. Ayrıca elde edilen verilerle çalışanların eksik konuları görülerek eğitim ve revizyonlarla desteklenmelidir. Birbirini tamamlayan güvenlik, kalite ve hasta hakları uygulamalarına yönelik bir çok ortak çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu ve benzer çalışmalar hasta odaklı uygulamalara kılavuz olacaktır.

KAYNAKLAR

Çatalca H, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Kalder Yayınları, İstanbul, 2003 S. 11.

Çoruh M, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımı "Hekimden Hekime Dergisi", http://www.ato.org.tr/dergi/1999_3/konu1.html Erişim Tarihi: 19.04.2011

Kavuncubaşı Ş, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Siyasal Kitapevi, Ankara, 2000 ,S. 34.

Sözen C, Sağlık Hizmetlerinde Ve Sağlık İşletmelerinde Yönetim, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara,2002 s. 2.

Pakdil F, Konur Hastanesi' De Hasta Memnuniyeti Araştırmaları Ve Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti: <http://www.merih.net/m1/wfatpak01.htm>

Sütlas M, Hasta Ve Hasta Yakını Hakları, Çivi Yazıları, İstanbul 2000, S. 29 – 31.

Hakeri H, Tıp Hukuku, Seçkin Yayınları, Ankara 2007, S . 46.

[http://www.hayad.org.tr/content/view/136/27/\(19.04.2009\)](http://www.hayad.org.tr/content/view/136/27/(19.04.2009)). Erişim Tarihi: 19.02.2011.

www.vsm.gov.tr/konsol/docs/hastahaklari/roma.doc (19.04.2009) Erişim Tarihi : 20.01.2011.

Yıldırım A, Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartlarının Hasta Hakları Yönünden İncelenmesi Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2009

Çelik Faik, Hekimlik Uygulamalarında Aydınlatılmış Onam İhlalleri, Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Cilt 3, Sayı 2, İstanbul 2006.

Pabuccuoğlu O, İki Hastane Özelinde Hekimlerin Aydınlatılmış Onam Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Ve Tutumları Uzmanlık Tezi, İzmir 2003.

ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ AÇISINDAN HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA KOŞULLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Aylin Kazanç Karayemişoğlu¹ , Ülkü Baykal²

Özet

Bu çalışma hastanelerde çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik uygulamaları belirleyerek, hemşirelerin çalışma koşullarının değerlendirilmesi; uygulamaların kurumlar, birimler ve kurumların kalite belgesi alma durumlarıyla karşılaştırılması amacıyla ilişki arayıcı ve tanımlayıcı tarzda gerçekleştirilmiştir. Araştırmada, çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik uygulamaları belirlemeye yönelik 40 sorudan oluşan bir soru formu kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini, kalite belgesi alan; 1 Üniversite Hastanesi, 2 Sağlık Bakanlığı Hastanesi, 1 Özel Hastane ile kalite belgesi almayan; 1 Üniversite Hastanesi ve 4 Özel Hastane olmak üzere 3 ayrı hastane grubundan toplam 9 hastanede görevli hemşireler oluşturulmuştur. Hastanelerde görevli ve çalışmaya katılmayı isteyen 900 hemşireye soru formu dağıtılmıştır. Toplanan 618 form, bilgisayar ortamına aktarılarak, yüzde dağılım ve ki kare analizleriyle değerlendirilmiştir.

Toplumsal ve yasal bir sorumluluk olarak ele alınması gereken çalışan sağlığı ve güvenliği konusu; çalışma koşullarının iyileştirilmesi, çalışanların sağlığına duyarlılık gösterilmesi ve gereken güvenlik önlemlerinin alınmasını kapsamaktadır. Bu kavram, işyeri ile sınırlı olmayıp, sağlık ve güvenlik önlemlerinin yeterli koruma sağlayamayacağını kabul eden ve işgörenin sağlığını ve güvenliğini etkileyen ve ilgilendiren ve işyeri dışından kaynaklanan riskleri de kapsamına almaktadır.

İş sağlığı ve iş güvenliği açısından önemli riskler taşıyan çalışma alanlarından biri de sağlık hizmetleridir. Hastanelerde, çalışanların sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen pek çok risk faktörü bulunmaktadır.

Hastanelerde sağlık işgücü içinde sayısal olarak büyük çoğunluğu oluşturan ve hizmet sunumunun sürekliliği açısından önemli bir grubu oluşturan hemşirelik grubu, çalışan sağlığı ve güvenliği açısından önemli bir risk grubunu oluşturmaktadır. Hemşireler, hizmet sunumundaki farklılıklara bağlı olarak çeşitli sağlık ve güvenlik tehlikeleri ile karşı karşıya bulunmaktadır.

Çalışma ortamındaki sağlık ve güvenlik ile ilgili uygulamalar çalışanın sadece sağlıklı olmasını değil aynı zamanda, sağlıklı ve güvenli bir ortamda hizmet vermesi, sağlık hizmeti alanlarında sağlığını ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Çalışma ortamının sağlıklı ve güvenli hale getirilmesi ayrıca çalışanların performansı ve iş veriminin artırılması açısından da çalışanların etkileri görülmektedir.

Hemşirelerin iş yoğunluğu ve araştırma sayılarının fazlalığı nedeniyle isteksizlik yaşamaları, soru formlarını kaybetmeleri, her soruya yanıt vermemeleri gibi nedenlerle ulaşılmaması planlanan sayıda hemşireye ulaşılabilmiştir.

Araştırmada hemşirelere sıklıkla; oryantasyon (%77.2) ve sürekli eğitim programlarının uygulandığı (%84.6), eğitim programlarında enfeksiyon ve el hijyeni (%83) konularının ağırlıkta olduğu, çalışan güvenliği konusunda eğitim verildiği (%84.6) talimatların oluşturulduğu (% 60), sorumlu birim olduğu (%67.8), aşımaların öncelikle yapıldığı (%59.9), kesici delici alet yaralanmaları ile ilgili talimatların oluşturulduğu(%70.1) genel

¹ İstanbul Beykoz Devlet Hastanesi, aylinkarayemisoglu@gmail.com

² İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Hemşirelikte Yönetim Anabilimdalı, ulkubay@yahoo.com

güvenliğe yönelik önlemlerin alındığı (%72.2) ve 24 saat sürdürüldüğü (%63.6), hemşirelerin çoğunlukla gürültüden (%50.8) ve dezenfektanlardan (%49.8) etkilendiği, üst solunum yolu hastalıkları (%48.1) ve alt ekstremitelerde rahatsızlık(%64.7) yaşadığı ve ortamın yarattığı travma (%34.5) ve yorgunluk(%68.3) gibi şikayetleri olduğu, iğne batmasının yaşandığı(%71), korunmaya yönelik el hijyenine dikkat edildiği, hasta bakımı yapılan alanlarda alkol bazlı el dezenfektanı ve eldiven kullanıldığı, kalite belgesi alan hastanelerde çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik bulguların daha anlamlı olduğu, fakat üniversite hastanelerinde önlemlerin yetersiz kaldığı, çalışanların beslenme ve dinlenme gibi ortamlarının uygun olmaması(% 43.7), çalışma ortam koşullarında iyileştirmenin olmadığı yöneticilerin bu konuda çalışanların görüşlerini almadığı(%56) yönünde sorunlar saptanmıştır.

Kalite belgesi alan hastanelerde ve Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik uygulamaların daha anlamlı olduğu görülmüştür. Buda denetim ve iyileştirme faaliyetlerinin sürekliliğinin sağlanması ile olduğu gerçeğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Çalışan Sağlığı ve Güvenliği, Çalışma Koşulları

Abstract

In this study, inpatient institutions in terms of employee safety evaluation of working conditions of nurses, a descriptive design was performed. Study prepared in support of literature and work towards identified security oriented applications and a questionnaire comprising 40 questions was used.

The research sample Istanbul in research grant and purposeful sampling methods, defined by the quality certificate field; an University Hospital, two Department of Health Hospital, a private hospital and the quality of the document did not receive; an Universty Hospital and four private hospitals to three separate hospitals group, the total consisted of nine nurses in the hospital.

After ethics committee approval and permitting processes, and staff in hospitals who wish to participate in the study questionnaire was distributed to 900 nurses. Complete forms collected from 618 nurses, were transferred to the computer, and the percentage distribution was assessed with chi-square analysis.

The subject of employee health and safety that must be considered as a social and legal liability includes improvement of working conditions, sensitivity to the health of employees and the measures to be taken.This concept is not only limited to the workplace,but also contains the off job risks which accepts that health and safety measures cannot provide the adequate measures and which is related to the worker's health and safety.

One of the work areas which carries significant risks about work health and safety is health services. In hospitals, there are many risk factors negatively affecting the health of employees.

Forming the majority as numerically among the health workforce in hospitals and constituting an important group in terms of continuity of service provision, nursing group is one of the significant risk group in terms of employee health and safety .Depending on

the differences in service provision,nurses are faced with various health and safety threats.

Health and safety practices in working enviroment do not only provide healthy employees but it also enables them to work in a healthy and safe area. Besides ,it affects their quality of live in a positive way.These practices also affect performances and businnes efficiency of employees.

In research, the planned number of nurses have not been reached due to some reasons, like, their work load,the fact that they lost their research forms and they did not answer all questions.

Study of nurses often, they are educated in associate degree level, orientation (77.2%), and continuing education programs conducted (84.6%), infections and hand hygiene education programs (83%) of the weight that matters, employees are trained in safety issues (84.6%) and work instructions are created on the security issues (60%), unit is responsible in this regard (67.8%), working primarily on the vaccination for health care (59.9%), with stab wounds was created with instructions (70.1%), the general safety precautions for workers (72.2%) and these measures were maintained 24 hours (63.6%), environment in terms of the properties, nurses are affected by the noises (50.8%) and disinfectants (49.8%), upper respiratory tract diseases (48.1%) and lower extremity discomfort (64.7%), and the injury occurred due to incompatibility in the physical environment (34.5%) and fatigue (68.3%) have had such complaints, occupational accidents that occurred towards the needle (71%), attention to hand hygiene for prevention of health problems have been (90%), in terms of infection control, patient care in the area of alcohol-based hand disinfectants were used (86.6%), gloves used for protection from infectious diseases (93.7%), the field of quality certification for employee safety in hospitals is more significant findings, , measures are inadequate, but in university hospitals, environments such as nutrition and rest of the employees are not eligible (43.7%),no improvement in working conditions of employees in this regard the views of managers do not receive (56%) were observed in the direction of the problem.

It is observed that employee health and safety practices are more efficient in hospitals which have quality documents and hospitals which are adherent to Ministry of Health.This issue reveals that supervision and improvement activities are provided by their continuity.

Keywords: Nurse, Employee Safety, Working Conditions

1. GİRİŞ

Toplumsal ve yasal bir sorumluluk olarak ele alınması gereken çalışan sağlığı ve güvenliği konusu; çalışma koşullarının iyileştirilmesi, çalışanların sağlığına duyarlılık gösterilmesi ve gereken güvenlik önlemlerinin alınmasını kapsamaktadır. Bu kavram, işyeri ile sınırlı olmayıp, sağlık ve güvenlik önlemlerinin yeterli koruma sağlayamayacağını kabul eden ve işgörenin sağlığını ve güvenliğini etkileyen ve ilgilendiren ve işyeri dışından kaynaklanan riskleri de kapsamına almaktadır (Akkaya 2007).

İş sağlığı ve iş güvenliği açısından önemli riskler taşıyan çalışma alanlarından biri de sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin sunulduğu birçok alanda özellikle de hastanelerde, çalışanların sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen pek çok risk faktörü bulunmaktadır (Janowitz ve ark. 2005).

Hastaneler, çalışanlar içinde önemli riskleri taşıyan çalışma ortamlarından biri olarak kabul edilmesinde (Görgülü 2001), hastane çalışanlarının, diğer işgörenlerle karşılaştırıldığında, işle ilgili yaralanma ve hastalıkları deneyimleme oranının daha yüksek olması da etkili olmaktadır. Hastanelerde sağlık işgücü içinde sayısal olarak büyük çoğunluğu oluşturan ve hizmet sunumunun sürekliliği açısından önemli bir grubu oluşturan hemşirelik grubu, çalışan sağlığı ve güvenliği açısından önemli bir risk grubunu oluşturmaktadır. Hemşireler, hizmet sunumundaki farklılıklara bağlı olarak çeşitli sağlık ve güvenlik tehlikeleri ile karşı karşıya bulunmaktadırlar (Ergüney ve ark. 2001).

Bu tehlikeler; fiziksel çevre faktörleri (ses, sıcaklık, radyasyon), kimyasal faktörler (anestezik gazlar, ilaçlar, dezenfektan ve antiseptikler maddeler, sterilizasyon malzemeleri), hastane ortamının etkilediği biyolojik risk faktörleri (hepatit B, tüberküloz, hepatit C, hepatit A, HIV (Human Immunodeficiency Virüs), EBV (Epstein-Barr-Virüsü), CMV (Sitomegalovirüs) enfeksiyonları ile hepatit D, kabakulak, kızamıkçık ve suçiçeği v.b), olumsuz çalışma koşullarının yarattığı ergonomik (sırt, bel ağrısı, varisler) ve psikososyal faktörler (iş doyumu, stres, taciz, darp, şiddet v.b) şeklinde belirtilmektedir (Akkaya 2007).

Hemşireler çalışma yaşamında, uzun süreli çalışma, aşırı iş yükü, zaman baskısı, zor ya da karmaşık görevler, yetersiz dinlenme araları, tekdüzelik ve fiziksel olarak kötü iş koşulları (yer, sıcaklık ve ışıklandırma gibi), stres gibi birçok risk faktörüyle karşı karşıya kalmaktadır (Karadağ 2004; Alçelik ve ark.2005).

Çalışma ortamındaki sağlık ve güvenlik ile ilgili uygulamalar çalışanın sağlıklı olmasını değil aynı sağlıklı ve güvenli bir ortamda hizmet vermesi, sağlık hizmeti alanlarında sağlığını ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir (Parlar 2008).

Çalışma ortamının sağlıklı ve güvenli hale getirilmesi ayrıca, çalışanların performansı ve iş veriminin artırılması açısından da çalışanları etkilemektedir. Çalışma ortamı bireyin sosyal yaşamından, hizmet sunduğu alana kadar, tam iyilik halinin sürdürülmesinde de önemli etkiye sahip bulunmaktadır.

Ayrıca günümüzde özellikle hastanelerde yürütülen kalite çalışmaları nedeniyle getirilen uluslararası standartlar, kurumların yaptırımları, Sağlık Bakanlığı'nın konuyla ilgili getirdiği düzenlemeler ve çalışma yaşamıyla ilgili yasal mevzuatta (iş kanunu, 657 sayılı DMK) yer alan iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili maddeler, işverenin gerekli düzenlemeleri yapmalarını zorunlu söz kılmaktadır.

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde, konunun farklı boyutlarının özellikle son yıllarda ele alınmış olduğu ve hemşirelerin çalışma koşullarıyla ilgili birçok çalışmanın yapıldığı görülmektedir.

Çalışmamızda ise, öncelikle hastanelerde çalışan sağlığı ve güvenliğiyle ilgili olarak mevcut uygulamaların neler olduğunun hemşirelerin çalışma koşulları açısından belirlenmesi ve çalışan sağlığı ve güvenliğini etkileyen örgütsel özelliklerin tanınması amaçlanmıştır. Ayrıca bu çalışma bulguları doğrultusunda, hem hemşirelerin, hem de hastanelerde hemşire yöneticilerin konuya ilgilerinin çekilmesi düşünülmüştür.

2. HEMŞİRELERDE İŞ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ

Günümüzde hemşirelik, bilgi birikimleri ile hastalığın tedavisinde olduğu kadar, hastalıkların önlenmesinde, sağlığın geliştirilmesinde ve bireylerin sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında çok önemli bir meslek olarak kabul edilmektedir. Sağlıklı yada hasta bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacına yönelik sağlığın koruma ve geliştirilmesi ile ilgili önemli görev ve sorumlulukları olan hemşireler, hastalara daha yararlı olabilmek için öncelikle kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmek zorundadırlar (Yılmaz 2006).

Hemşireler, gerek çalışma ortamı, gerekse mesleki uygulamalar esnasında bazı risk faktörleriyle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bunları;

- 1-Biyolojik Etmenler
- 2-Fiziksel Etmenler
- 3-Kimyasal Etmenler
- 4-Psikososyal etmenler olarak 4 ana başlık altında incelemek uygun olacaktır (Yılmaz 2008).

2.1. Biyolojik Etmenler

- Kan ve vücut sıvıları ile bulaşan hastalık etkenler(Hepatit ve HIV v.b)
- Hava ve temas yoluyla bulaşan mikrobiyolojik ajanlar(İnfluenza, tetanoz, kızamık, GIS, Tbc v.s)
- Hemorajik ateş yapan etkenlerin yol açtığı enfeksiyonlar (Ebola, Sarıhumma, Kırım Kongo) şeklinde sıralanabilmektedir.

Kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak için, personelin sağlık kontrollerine işe giriş muayeneleri ile başlanmalı, tekrarlanmalı ve bağışıklama sağlanmalıdır. Tüm hastalar potansiyel risk olarak kabul edilip gerekli önlemler alınmalı ve hasta ile ilgili tüm işlemlerde eldiven kullanılmalı ve işlem sonrasında eller yıkanmalıdır. Yapılan işlemlerde disposable malzemeler kullanılmalı, sterilizasyon ve dezenfeksiyon uygulamaları yapılmalıdır (Küçükılınç 2009).

2.2. Fiziksel Etmenler

Ergonomik sorunlar, zararlı ışınlara maruziyet, çalışma ortamında uygun olmayan çevre (gürültü, sıcak, soğuk, elektrikli aletler), dengesiz beslenme maruz kalınan fiziksel etmenlerdir.

Kanada’da hemşirelerin geçirdiği iş kazalarının $\frac{3}{4}$ ‘ünün hasta odalarında yaşadığı görülmüştür. Tek yataklı odaların 16 metrekare, çift yataklı odanın ise 22 metrekare olması gerekirken oda alanları bu standartların altındadır.Genel kural, hasta odasında çalışan sağlık personelinin 0.70 m den aşağıya ve 1.40 m ‘den daha yüksek yerlere ulaşmak zorunda bırakmamaktır (Özel, 2005).

Kas-iskelet sistemi sorunlarının en önemli nedeni, uzun süre ve ayakta çalışma zorunluluğudur. Hemşireler bakım fonksiyonları gereği hastaları kaldırmak, döndürmek, sıkışık mekanlarda vücut postürlerini zorlayarak bakım vermek, uzun süre ayakta kalmak ve bunları her gün defalarca tekrarlamak zorundadırlar (Özel 2005).

Radyoloji, nükleer tıp, radyasyon onkolojisi bölümlerinde çalışan sağlıkçılar mesleki ısınlanma yoluyla radyasyon riski ile karşı karşıyadır. Anjiyografi odası, tasınabilir

röntgen cihazlarının kullanıldığı birimler, yoğun bakım üniteleri ve ameliyathane gibi yerlerde de radyasyona maruz kalınmaktadır.

İş yerinin havalandırma durumunun çalışanların sağlıkları ve çalışma güçleri üzerinde ciddi etkileri vardır. Hastanelerde havalandırmanın yetersizliğine bağlı olarak oluşan yorgunluk, baş ağrısı, bulantı, öksürük gibi belirtiler anestezi gazların, dezenfektanların ve kanser ilaçlarının kullanıldığı ortamlarda sıklıkla görülmektedir (İnceslesli 2007).

İş ortamındaki gürültü düzeyi sağlığı ve verimliliğini etkileyen en önemli unsurlardan biridir. Gürültülü ortamlarda çalışan bireylerin baş ağrısını, işitme ile ilgili sağlığını ve algılamasını olumsuz yönde etkilediği, iş performansını azalttığı, fizyolojik ve psikolojik dengesini bozduğu, iş kazalarını ve işitme kaybı riskinin arttığı bilinmektedir. Hastanelerde bulunan cihaz ve monitörlerin ayarlarının düzenlenmesi ve seslerin duyulabilecek minimal seviyeye indirilmesi önerilmektedir. Bunun yanında ses geçirmeyen yapı maddelerinin kullanılması gürültü sorununun azaltılmasında önemlidir (İnceslesli 2007).

2.3. Kimyasal Etmenler

Sağlık alanında çalışanlar çeşitli kimyasal etkenlerle karşı karşıya gelmektedir. Bunlar arasında anestezi gazları, ilaçlar, kemoterapi ilaçları, antiseptik ve dezenfektan maddeler, sterilizasyon malzemeleri ve laboratuvarlarda bulunan çeşitli kimyasal maddeler sayılabilir. Sağlık çalışanlarının ameliyathanelerde, laboratuvarlarda, sterilizasyon birimlerinde ve kanser tedavisi uygulanan birimlerde kimyasal maddelerle karşılaşma oranı diğer birimlere oranla daha yüksektir.

Ameliyathanelerde anestezi cihazlarının bağlantısından veya hastalardan yayılan gazlar sağlık çalışanları tarafından inhale edilerek vücuda alınır. Anestetik gazlara maruziyet yalnızca ameliyathanede değil, hastaların solunum sisteminde ve kanında bulunan gazların ortama yayılmasıyla, ameliyat sonrası uyanma odasında ve yoğun bakım odalarında gerçekleşmektedir. Anestetiklerin olumsuz etkilerinin önlenmesi için, iyi bir havalandırma sistemi gerekmektedir. Havalandırma sistemi, hastanın soluk verdiği havanın tümünü depolayan ve/veya yok edebilen, ameliyathane havasının saatte 15 kez yenilenebilen özellikte ayrıca düşük partikülleri yakalayan ve laminar akımlı olmalıdır (Ağkoç 2005).

Dezenfektan ve sterilizan maddeler cerrahi aletler ya da solunum cihazları gibi, tekrar tekrar kullanılan aletlerin temizlenmesi için vazgeçilmez, ama o ölçüde de riskli maddelerdir Bu maddeler DNA ya da hemogloblin amino asitleri gibi, proteinden zengin bölümlere bağlanarak alkilasyona yol açarlar. Ulaşamadıkları organlarda ise uzun dönemde başka biyolojik etkilere ya da karsinojen etkilere yol açabilirler (Ağkoç 2005).

Son yıllarda, özellikle atopiklerde daha belirgin olmak üzere, tüm sağlık çalışanlarında, doğal kauçuk latekse karşı duyarlanma prevalansının arttığı bilinmektedir Sağlık personeli, lateks alerjisi gelişme olasılığı yönünden en riskli meslek grubunu oluşturur. Burada en önemli faktör eldiven kullanımıdır. Lateks alerjisi Türkiye’de daha çok sağlık personelinin meslek hastalığıdır. Sağlık personeli konu ile ilgili bilgilendirilmeli, lateks alerjisi olduğu düşünülen bireylere gerekli tanısal girişimler titizlikle yapılmalıdır. Tanı konan bireylere lateks içeren maddelerin ve gıdaların listesi verilmelidir. Bu bireylerin lateks alerjisini azaltacak önlemler alınmalıdır (Kutlu ve Ark. 2007).

2.4. Psikososyal Etmenler

Çalışma yaşamının bireyi, bireyin de çalışma yaşamını etkilediği bir gerçektir. Bu gelişimin olumlu yönde olması bireyin sağlığı ve kurumun başarısı ile sonuçlanır. Çalışan insanların beden ve ruh sağlığını sürdürebilmesi, bireyin çalışma yaşamının fizyolojik ve toplumsal kaynaklı zararlı etkilerden korunması, çağdaş bilimin temel amaçlarından biri olmuştur.

Son on yılda ise bağlı psikolojik rahatsızlıklar giderek önem kazanmaya başlamıştır. Monoton iş ortamı, yoğun dikkat gerektiren işler, çalışma saatlerinin düzensiz olması, vardiyalı çalışma, şiddete maruz kalınan işler, yalnız çalışma, aşırı sorumluluk gibi iş şartları, çalışanlarda ciddi psikolojik rahatsızlıklara neden olabilir(Yılmaz 2008).

Ülkemiz koşullarında hemşirelik çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin belkemiğini oluşturan hemşirelik mesleği üyeleri çalışma koşullarındaki farklılıklar nedeniyle daha yoğun baskılar altında kalmakta ve iş ortamında büyük ölçüde stres yaşamaktadır. Bunun yanı sıra hemşirelik mesleğinin bir kadın mesleği olması, stresin boyutunu geliştirmekte ve iş yaşamından gelen zorluluklara ev yaşamından kadın ve anne rolünün getirdiği sorunlar ile toplumsal baskılar eklenmektedir.

İş memnuniyeti ile ilgili çalışmalarda hekim ve hemşirelerde iş stresi arttıkça iş memnuniyetinin, üretkenliğinin ve kuruma bağlılığın azaldığı, iş stresinin hemşirelerde hastalık ve işe devamsızlıkta önemli bir etken olduğu saptanmıştır (Demiral 2006).

Sağlık kurumlarındaki şiddet , “hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmıştır (Yavuz 2009).

Sağlık kurumlarında şiddete maruz kalan hemşireler için şiddet “fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik halini” tehdit eden bir durumdur. Hemşirelerin yaşadıkları şiddetin sağlık durumlarına etkisinin yanı sıra; performanslarına, iş memnuniyetlerine, negatif etkisi aynı zamanda da organizasyonun yapısını etkileyen önemli bir etkiye sahiptir. Ayrıca şiddetin önlenmesi için yöneticiler ve diğer otoriteler sorunu çözmede başarısız kalırlarsa şiddete uğrayan hemşire kendini öfkeli, engellenmiş, savunmasız ve duygusal yönden kendini tükenmiş olarak hisseder.

Sağlık sektörü, göz ardı edilmeyecek oranda duygusal taciz olaylarının yaşandığı alan olarak görülmektedir. Hastaneler yoğun, stresli iş ortamlarıdır. Zor çalışma şartları, nöbetler, olanaksızlıklar, özellikle kamu kurumlarında çalışanlarda yetersiz ücret, akademik kariyer ve yükselme sırasına yapılan adaletsizlikler gibi nedenler duygusal tacizi tetikleyen etkenlerdir. Ayrıca, hastanelerde diğer mesleklere göre kadın çalışan sayısı oldukça fazladır ve sağlık çalışanları arasında hemşireler bu grupta ilk sırada yer almaktadır. Araştırmalar duygusal taciz açısından hemşirelerin diğer sağlık profesyonellerinden çok daha fazla risk altında olduklarını ortaya koymaktadır (Devebakan 2005).

Aşırı iş yükü, işle ilgili stres kaynakları arasında en önemli ve en çok karşılaşılan etkenlerdendir. İş yükünün bireyi olumsuz etkilediği alt alanlar, “belirgin olmayan görev yüklenimi”, “iş yapmakla yükümlü olduğu zamana ait baskı”, “uyumsuz ya da uygunsuz eğitim ve geliştirme” ile “düşük düzeyde sosyal destek”ten oluşmaktadır. İş yükünün yarattığı stres ve tükenme eğilimlerinin, bireyin motivasyon ve iş tatmininde düşüşe yol açacağı beklenen bir durumdur. Ülkemiz koşullarında hemşirelik çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak kabul edilmektedir (Keser 2006).

Tükenmişlik, insanlara yardım hizmeti sunan mesleklerde, duygusal isteklerin yoğun olduğu ortamlarda uzun süredir çalışan idealist insanlarda ve hizmet verme yönünde yoğun isteğe sahip meslek elemanlarında görülmektedir.

Bireyde tükenme durumunda ortaya çıkabilecek psikofizyolojik olarak görülen belirtiler, yorgunluk ve bitkinlik hissi, enerji kaybı, kronik soğuk algınlığı, sık görülen baş ağrıları ve uyku bozuklukları, gastrointestinal bozukluklar ve kilo kaybı, solunum güçlüğü, psikosomatik hastalıklar, koroner kalp rahatsızlığı insidansında artmadır. Psikolojik belirtiler, duygusal bitkinlik, kronik bir sinirlilik hali, çabuk öfkelenme, zaman zaman bilişsel becerilerde güçlükler yaşama, hayal kırıklığı, duygu durumunda yetersizlik hissetme, anksiyete, huzursuzluk, sabırsızlık, benlik saygısında düşme, değersizlik, elestiriye aşırı duyarlılık, karar vermekte yetersizlik, apati, boşluk ve anlamsızlık hissi, ümitsizliktir. Davranışsal belirtiler ise hata yapma, bazı işleri erteleme veya sürüncemede bırakma, işe geç gelme, izinsiz olarak yada hastalık nedeni ile işe gelmeme, işi bırakma eğilimi, hizmetin niteliğinde bozulma, işte ve iş dışındaki ilişkilerde bozulma, kaza ve yaralanmalarda artış, meslektaşlara ve hizmet verilen kişilere, mesleğe vb. karşı alaycı bir tavır sergileme, işle ilgilenmek yerine baska işlerle vakit geçirme ve kuruma ilginin kaybidir. Yaşadığı stresle etkin yollarla baş edemeyen hemşireler, sonuçta bir mesleki tükenmişlik sorunu yaşayabilirler (Yavuz 2009; Kahraman 2009).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde yer alan 100 yatak ve üzeri tüm hastanelerde görevli hemşireler oluştururken; örneklemini amaçlı örneklem yöntemiyle belirlenen kalite belgesi alan; bir ÜH, iki SB ve bir ÖH ile kalite belgesi almayan bir ÜH, dört ÖH olmak üzere 3 ayrı hastane grubundan toplam 9 hastanede görevli hemşireler oluşturmuştur.

Örneklemini oluşturan hastanelerde görevli hemşirelerden olasılıksız örneklem yöntemiyle belirlenen toplam 900 hemşireye veri toplama aracı dağıtılmış ve 618 hemşireden eksiksiz veri toplanabilmiştir. Araştırmada geri dönüş oranı % 68.6 dir.

3.2. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada veri toplama aracı olarak, literatür desteği (Görgülü 2001; Ergüney ve ark.2001; Janowitz 2005; Akkaya 2007) doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen soru formu kullanılmıştır. Soru formu iki bölümden oluşmaktadır. 18 sorudan oluşan **birinci bölümde**; hemşirelerin kişisel ve mesleki durum değişkenlerini belirlemeye yönelik 8 soru, çalışılan kurumun özelliklerine yönelik 7 soru ve yöneticilerin çalışan güvenliğine yönelik yaklaşımlarını belirleyen 3 soru bulunmaktadır. **İkinci bölüm ise**; 22 sorudan oluşmakta, çalışma ortamının fiziksel özellikleri, enfeksiyon kontrolü, çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik v.b sorunlar olmak üzere, gruplandırılmış ve evet/hayır şeklinde hazırlanmış toplam 40 sorudan oluşmaktadır.

Araştırmadan elde edilen veriler, araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarılarak, SPSS for Windows 16.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Değerlendirmede % dağılım ve bağımlı-bağımsız değişkenler arasındaki farkın belirlenmesinde de ki kare testlerinden yararlanılmıştır.

Araştırmanın **bağımsız değişkenleri**; çalışılan kurum, çalışılan birim ve kurumun kalite belgesi alma durumu iken **bağımlı değişkenleri** ise hastanelerin çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik uygulamaları oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Hastanelerde çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik uygulamaları belirleyerek, hemşirelerin çalışma koşullarının değerlendirilmesi; uygulamaların kurumlar, birimler ve kurumların kalite belgesi alma durumlarıyla karşılaştırılması amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular;

- Hemşirelerin kişisel ve mesleki durum değişkenlerine yönelik bulgular
- Çalışılan kurumun özelliklerine yönelik bulgular
- Çalışma ortamının fiziksel özellikleri ve sağlığa etkisiyle ilgili bulgular
- Enfeksiyon kontrolüne yönelik bulgular
- alışan sağlığı ve güvenliğine yönelik yönetici yaklaşımlarıyla ilgili bulgular
- alışan sağlığı ve güvenliğine yönelik yaşanılan sorunlarla ilgili bulgular
- Kurum,birim ve kurumun kalite belgesi alma durumu ile çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik uygulamaların karşılaştırmasıyla ilgili bulgular olarak incelenmiştir.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Durum Değişkenlerinin Dağılımı

Tablo 4.1.'de hemşirelerin kişisel ve mesleki durum değişkenlerinin dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin çoğunlukla 25-29 yaş grubunda (%29), önlisans mezunu (%33.5) ve lisans mezunu (%31.7) oldukları, SBH (%34.6) çalıştıkları, kurumsal deneyimlerinin 3-9 yıl (%35.9) ve çalıştıkları birimdeki arasında olduğu; cerrahi birimler

Kişisel ve Mesleki Özellikler		s	%
Çalışılan kurum	S.B. Hastanesi	214	34.6
	Üniversite Hastanesi	204	33.0
	Özel Hastane	200	32.4
Yaş Dağılımı	24 yaş ve ↓	113	18.3
	25-29 yaş	180	29.0
	30-34 yaş	152	24.6
	35 yaş ve üzeri	173	28.1
Eğitim Durumu	SML	169	27.3
	Ön lisans	207	33.5
	Lisans	196	31.7
	Lisans üstü	46	7.4
Kurumsal Deneyim	2 yıl ve ↓	202	32.7
	3-9 yıl	222	35.9
	10 yıl ve ↑	194	31.4
Çalışılan birim	Cerrahi birimler (ameliyathane)	178	28.8
	Dahili birimler	135	21.8
	Kritik bakım birimleri (Acil servis,YBÜ)	171	27.7
	Diğer birimler (Kadın doğum,çocuk,poliklinik)	134	21.7
Birimdeki deneyim	2 yıl ve ↓	317	51.3
	3-5 yıl	138	22.3
	6 yıl üstü	163	26.4
Pozisyon	Birim/yatak başı hemşiresi	444	71.8
	Birim sorumlu hemşiresi	104	16.8
	Diğer (Başhemşire,eğitim koordinatörü v.b)	70	11.4

(%29) ve kritik bakım birimlerinde (%27.7) çalıştıkları, bu birimlerdeki deneyimlerinin ise 2 yıl ve altında (%51.3) olduğu ve birim/ yatak başı hemşiresi olarak görev yaptıkları saptanmıştır.

Tablo 4.2. Çalışılan Kurumun Özelliklerine Yönelik Bulguların Dağılımı

Kuruma Ait Özellikler		s	%
Kalite belgesi alma durumu	Evet	418	67.6
	Hayır	200	32.4
Sürekli eğitim/ HİE programı uygulama durumu	Evet	523	84.6
	Hayır	95	15.4
Kurumda yürütülen sürekli eğitim konularının dağılımı*	Enfeksiyon kontrolü, el hijyeni	513	83.0
	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı	340	55.0
	İlk yardım ve canlandırma	417	67.5
Çalışan güvenliği konusunda eğitim verilme durumu	Evet	523	84.6
	Hayır	95	15.4
Çalışan güvenliğine yönelik prosedür, talimat vb. olma durumu	Evet	371	60.0
	Hayır	26	4.2
	Bilmiyorum	221	35.8
Birimde çalışan güvenliğinden sorumlu kişi/ekip olma durumu	Evet	419	67.8
	Hayır	199	32.2
Çalışan güvenliğine yönelik yürütülen faaliyetler*	Bağışıklama-aşılama	370	59.9
	İş kazası	246	39.8
Kesici delici alet yaralanmalarını önlemeye yönelik talimatların bulunma durumu	Evet	433	70.1
	Hayır	65	10.5
	Bilmiyorum	120	19.4
Kesici delici alet yaralanmalarında, personelin	Evet	398	64.4

takibini yürüten birim/komite olma durumu	Hayır	72	11.7
	Bilmiyorum	148	23.9

Tablo 4.2.'de çalışılan kuruma yönelik bulguların dağılımları incelendiğinde; kurumların

Tablo 4.3. Çalışma Ortamının Fiziksel Özelliği ile İlgili Bulguların Dağılımı Çalışma Ortamının Özellikleri		s	%
	Doğal havalandırmanın olmaması	259	41.9
Çalışma ortamında çalışan sağlığını olumsuz yönde etkileyen maddelerin bulunma durumu*	Dezenfektanlar	308	49.8
	Lateks	255	41.3

çoğunluğunun kalite belgesi aldığı (%67.6), , sürekli eğitim programlarının uygulandığı (%84.6), bu eğitimlerde en çok, enfeksiyon kontrolü ve el hijyeni (%83), ilkyardım ve canlandırma (%67.5), kişisel korucu ekipman kullanımı (%55) ve çalışan güvenliğine yönelik (%84.6) konularda eğitim düzenlendiği, çalışan güvenliğine yönelik prosedür ve talimatların bulunduğu (%60), çalışan güvenliğinden sorumlu bir ekip/ kişi olduğu (%67.8), bu birimin en çok aşılama (%59.9) ve iş kazası durumlarının izlenmesi (%39.8) etkinliklerini yürüttüğü, kurumlarda kesici ve delici alet yaralanmalarına yönelik talimatların bulunduğunu (%70.1) ve bu talimatları bir komitenin takip ettiği (%64.4), belirlenmiştir.

Tablo 4.3' de hemşirelerin çalışma ortamının fiziksel özelliği ile ilgili bulgular incelendiğinde; çoğunlukla gürültü (%50.8) ve doğal havalandırmanın olmadığı (%41.9), çalışma ortamında hemşireleri en çok dezenfektanların (%49.8) ve lateks (%41.3) maddelerinin etkilediği saptanmıştır.

Tablo 4.3. (Devamı) Çalışma Ortamının Çalışan Sağlığına Etkilerine Yönelik Bulgular

Tablo 4.3 (devamı) ‘da çalışma ortamının çalışan sağlığına etkilerine yönelik bulgular incelendiğinde; hemşirelerin sıklıkla üst solunum yolu hastalıklarına (%8.1) yakalandıkları, hareketliliğe bağlı sağlık sorunlarının ise, alt ekstremitelerde ağrı (%64.7) ve sırt- boyun ağrısı (%58.7) olduğu, çalışılan ortamda karşılaşılan fizik çevre uygunsuzluğu nedeniyle oluşan travmadan etkilenildiği (%34.5) çalışma ortamında yaşanan strese bağlı olarak, yorgunluk (%68.3), baş ağrısı (%65.2) yakınmalarının olduğu, çalışma ortamında en çok mesleki kazalardan iğne batmalarına (%71) rastlanıldığı ve çalışma ortamındaki bu tür sağlık sorunlarından korunmak için el hijyenine dikkat etme (%90), Hepatit B aşısı yaptıрма (%85.3) ve kişisel koruyucuların kullanıldığı (76.1) saptanmıştır.

Tablo 4.4. Enfeksiyon Kontrolüne Yönelik Bulguların Dağılımı

Çalışma Ortamının Çalışan Sağlığına Etkileri		s	%
Çalışma ortamından kaynaklanan hastalıklar	Üst solunum yolu hastalıkları	297	48.1
Çalışma ortamından kaynaklanan hareketliliğe bağlı sağlık sorunları*	Altektremitelerde ağrı	400	64.7
	Bel ağrısı	382	61.8
	Sırt-boyun ağrısı	363	58.7
Çalışma ortamından kaynaklanan şiddet*	Fizik çevre uygunsuzluğu nedeniyle oluşan travma	213	34.5
	Hasta ve hasta yakınının neden olduğu şiddet	197	31.9
Çalışma ortamında yaşanan strese bağlı yakınmalar*	Yorgunluk	422	68.3
	Baş ağrısı	403	65.2
Çalışma ortamında karşılaşılan mesleki kazalar*	İğne batmaları	439	71.0
Çalışma ortamında korunmaya yönelik alınan önlemler*	Hepatit B aşısı yaptıрма	527	85.3
	Kişisel Koruyucuların kullanımı(eldiven,maske)	470	76.1
	El hijyenine dikkat etme	556	90.0

Tablo 4.4’de çalışan sağlığı ve güvenliği açısından enfeksiyon kontrolüne yönelik uygulamalarla ilgili bulgular incelendiğinde; hemşirelerin çoğunluğunun el hijyeni konusunda eğitim aldığı (%89.8), çalışılan birimde sıklıkla el dezenfektanı bulunduğunu (% 86.6) ve el dezenfektanının en çok hemşire bankosunda (%59.4), hasta bakımı yapılan alanlarda (%57.9) kullanıldığı, hastanelerde sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklardan

Enfeksiyon Kontrolü		s	%
El hijyeni konusunda eğitim alma durumu	Evet	555	89.8
	Hayır	63	10.2
Alkol bazlı el dezenfektanı kullanma durumu	Evet	535	86.6
	Hayır	83	13.4
Alkol bazlı el dezenfektanının kullanıldığı alanlar*	Hasta bakımı yapılan alanlarda	358	57.9
	Hemşire bankosunda	367	59.4
Bulaşıcı hastalıklardan korunmaya yönelik alınan önlemler*	Bez maske kullanımı	536	86.7
	Eldiven kullanımı	579	93.7
	El dezenfektanı	564	91.3

korunmasına yönelik olarak alınan önlemlerin sıklıkla eldiven (%93.7), el dezenfektanı (%91.3) ve bez maske (%86.7) kullanımı olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. Yöneticilerin Çalışan Sağlığı ve Güvenliğine Yönelik Yaklaşımlarıyla İlgili Bulgular

Yönetici yaklaşımları		s	%
Çalışma mekanı ve koşulları ile ilgili düzenlemelerde çalışanların görüşünün alınma durumu	Evet	272	44.0
	Hayır	346	56.0
Çalışan sağlığı ve güvenliği konusunda alınan önleyici faaliyetlerini uygulama durumu	Evet	268	43.4
	Hayır	128	20.7
	Bilmiyorum	222	35.9
Çalışan sağlığı ve güvenliği	Sorunun çözümü için personel	257	41.6

konusunda yaşanan sorunlarda yöneticilerin yaklaşımı	ile birlikte çözümler üretilmekte ve önlemler alınmaktadır.		
	Sorunlar için çözüm üretilmekte ve gerekli önlemler alınmaktadır ancak yeterli düzeyde değildir.	253	40.9
	Sorunlar görmezden gelinmektedir.	108	17.5

Tablo 4.5.'de yöneticilerin çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik yaklaşımları incelendiğinde;

hemşirelerin çalıştığı mekan ve ortam koşulları ile ilgili düzenlemelerde görüşlerinin alınmadığı (%56), yöneticilerin çalışan sağlığı ve güvenliği konusunda önleyici faaliyetleri yeterince uyguladıkları (%43.4), yanısıra yöneticilerin çalışan güvenliği ile ilgili sorunların ortaya çıkması durumunda yöneticilerin bu sorunların çözümünde personel ile birlikte çözümler ürettiği ve önlemler aldığı (% 41.6) belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Yöneticilerin Çalışan Sağlığı ve Güvenliğine Yönelik Yaklaşımlarıyla İlgili Bulguların Dağılımı

Çalışan sağlığı ve güvenliğine ait sorunlar		s	%
Hastanelerde çalışan güvenliğine yönelik yaşanan sorunlar*	Karar mekanizmalarında yer almamak, düzenlemelerde görüşümün alınmaması	176	28.5
	Hastanenin fiziki uygunluğundan çok estetiğe önem verilmesi	105	17.0
	Sarf malzemenin yeterince sağlanmaması	118	19.1
	Tıbbiatık toplama, uzaklaştırma ve depolamaya yönelik sorunlar	43	7.0
	Sağlık çalışanlarına beslenme, dinlenme ortamlarının uygun olmaması	270	43.7
	Hastalık durumunda muayene.izin,rapor konularında desteğin sağlanamaması	158	25.6
	Çalışanların kendi güvenliklerini sağlama konusunda eğitilmemeleri	98	15.9
	Çalışan güvenliği konusunda ekip	114	18.4

	olmaması		
	Sorun yok	8	1.3

Tablo 4.6.'da çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik olarak hastanelerde yaşanan sorunlarla ilgili bulgular incelendiğinde; hemşireler sıklıkla beslenme, dinlenme ortamlarının uygun olmadığı (%43.7), karar mekanizmalarında yer alamadıkları (%28.5) ve hastalık durumlarında muayene, izin, rapor konularında kurumsal desteğin sağlanmadığını (%25.6) ifade edilmiştir.

p<0.05(anamlı) ; **p<0.01(ileri derecede anlamlı) ; ***p<0.001(çok ileri derecede anlamlı)
Tablo 4.7. Çalışılan Kurumlar İle Çalışan Güvenliğine Yönelik Bulguların Karşılaştırılması

*birden fazla seçeneğe işaretlenmiştir

Çalışılan kurum		ÜH		ÖH		SBH		χ^2	P
Çalışılan Güvenliği ile İlgili Bulgular		S	%	S	%	S	%		
Kurumun kalite belgesi alma durumu	Evet	104	51	100	50	214	100	156.674	.000***
	Hayır	100	49	100	50	0	0		
Çalışan güvenliği konusunda eğitim verilme durumu	Evet	99	60	132	86.3	194	90.7	59.940	.000***
	Hayır	69	40	21	13.7	20	9.3		
Çalışan güvenliğine yönelik prosedür, talimat vb. olma durumu	Evet	76	37.3	93	46.5	202	94.4	188.509	.000***
	Hayır	22	10.8	1	0.5	3	1.4		
	Bilmiyorum	106	52	106	53	9	4.2		
Birimde çalışan güvenliğinden sorumlu kişi/ekip olma durumu	Evet	92	45.1	137	68.5	190	88.8	91.369	.000***
	Hayır	112	54.9	63	31.5	24	11.2		
Çalışan güvenliğine yönelik yürütülen faaliyetler*	İş kazası	35	17.2	90	45	121	56.5	70.943	.000***
	Bağışıklama-aşılama	92	45.1	105	52.5	173	80.8	62.222	.000***
Kesici delici alet yaralanmalarını önlemeye yönelik talimatların bulunma durumu	Evet	98	48	141	70.5	194	90.7	93.818	.000***
	Hayır	42	20.6	21	10.5	2	0.9		
	Bilmiyorum	64	31.4	38	19.0	18	8.4		
Kesici delici alet yaralanmalarında, personelin takibini yürüten birim/komite olma durumu	Evet	88	43.1	120	60	190	88.8	98.214	.000***
	Hayır	36	17.6	29	14.5	7	3.3		
	Bilmiyorum	80	39.2	51	25.5	17	7.9		

Çalışılan kurum		ÜH	ÖH		SBH		χ^2	P
		S	%	S	%	S	%	
Çalışılan güvenliği ile ilgili Bulgular	Evet	31	15.2	125	62.5	112	52.3	103.770 .000***
	Hayır	66	32.4	29	14.5	33	15.4	
	Bilmiyorum	107	52.5	46	23	69	32.2	
Çalışılan güvenliği konusundaki sorunlarda yöneticilerin yaklaşımı	Sorunun çözümü için personel ile birlikte çözümler üretilmekte ve önlemler alınmaktadır.	53	26	122	61	82	38.3	55.511 .000***
	Sorunlar için çözüm üretilmekte ve gerekli önlemler alınmaktadır ancak yeterli düzeyde değildir	99	48.5	56	28	98	45.8	
	Sorunlar görmezden gelinmektedir	52	25.5	22	11.0	34	15.9	
Eğilimi konusunda eğitim alma durumu	Evet	166	81.4	175	87.5	214	100	41.301 .000***

Tablo 4.7.(Devam) Çalışılan Kurumlar İle Çalışan Güvenliğine Yönelik Bulguların Karşılaştırılması
 $p<0.05$ (anlamlı) ; ** $p<0.01$ (ileri derecede anlamlı) ; *** $p<0.001$ (çok ileri derecede anlamlı) *birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Tablo 4.7.’de çalışılan kurumlar ile çalışan güvenliğine yönelik bulgular karşılaştırıldığında; SB hastanelerinin tamamının kalite belgesi aldığı (%100), çalışan sağlığı ve güvenliği konusunda eğitim verdikleri (%90.7), prosedür-talimatları oluşturdukları (%94.4) ve sorumlu bir ekibin olduğu (%88.8), çalışan sağlığına yönelik faaliyetlerden en çok başışıklama programlarını yürüttükleri (%80.8), kesici delici alet yaralanmalarını önlemeye yönelik talimatları (%90.7) ve bu konuda komite oluşturdukları (%88.8) belirlenirken; yapılan karşılaştırmaların çok ileri derecede anlamlı ($p<0.001$) olduğu saptanmıştır.

Çalışılan kurumlar ile çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik yönetici yaklaşımlarıyla ilgili bulguların karşılaştırması incelendiğinde Tablo (4.7); çoğunlukla S.B hastanelerindeki yöneticilerin Sorunlar için çözüm ürettiklerini ve gerekli önlemler aldıklarını ancak yeterli düzeyde olmadığını ifade etmişlerdir (% 45.8).

Hemşirelerin enfeksiyon kontrolüne yönelik yanıtlarıyla yapılan karşılaştırmalarda; çoğunlukla SB hastanelerinde el hijyenine yönelik eğitimin yapıldığı (%100) belirlenirken; yapılan karşılaştırmaların çok ileri derecede anlamlı ($p<0.001$) olduğu saptanmıştır.

Kurumların kalite belgesi alma durumları ile çalışan güvenliğine yönelik bulgular karşılaştırıldığında (Tablo 4.8.); çalışılan kurumun özellikleri ile ilişkili bulgular ele alındığında, kalite belgesi alan hastanelerde sıklıkla çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verildiği (%85.3) ve prosedür-talimatların olduğu (%84.2), çalışan güvenliğinden sorumlu bir komitenin olduğu (%80.9) kesici delici alet yaralanmalarını önlemeye yönelik talimatların bulunduğu (%84.2), çalışan hemşirelerin sıklıkla el hijyeni konusunda eğitim aldığı (%96.2),

Yöneticilerin yaklaşımlarıyla ilgili bulguların karşılaştırılması incelendiğinde(Tablo 4.8); kalite belgesi alan hastanelerdeki yöneticilerin sıklıkla sorunlar için çözüm ürettiklerini ve gerekli önlemler aldıklarını ancak yeterli düzeyde olmadığını görürken (%51), yapılan karşılaştırmada çok ileri derecede anlamlı fark ($p<0.001$) bulunmuştur.

Çalışan güvenliğine yönelik sorunların karşılaştırılmasına yönelik bulgular incelendiğinde,kalite belgesi almayan hastanelerde sıklıkla sağlık çalışanlarının beslenme, dinlenme ortamlarının uygun olmadığı, karar mekanizmalarında ve düzenlemelerde çalışana ait görüşün alınmadığı, hastalık durumunda muayene, izin, rapor konularında desteğin sağlanmadığı belirlenmiş olup, gruplar arasında yapılan karşılaştırmalarda anlamlı farklılıkların olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur.

Tablo 4.8. Kurumların Kalite Belgesi Alma Durumları İle Çalışan Güvenliğine Yönelik Bulguların Karşılaştırılması

Kalite belgesi alma durumu Çalışan güvenliği ile ilgili bulgular		Kalite belgesi var		Kalite belgesi yok		χ^2	p
		s	%	s	%		
Çalışan güvenliği konusunda eğitim verilme durumu	Evet	353	85.3	72	61	33.605	.000***
	Hayır	61	14.7	46	39		
Çalışan güvenliğine yönelik prosedür, talimat vb. olma durumu	Evet	352	84.2	19	9.5	324.461	.000***
	Hayır	14	3.3	12	6		
	Bilmiyorum	52	12.4	169	84.5		
Birimde çalışan güvenliğinden sorumlu kişi/ekip olma durumu	Evet	338	80.9	81	40.5	100.93	.000***
	Hayır	80	19.1	119	59.5		
Kesici delici alet yaranmalarını önlemeye yönelik talimatların bulunma durumu	Evet	352	84.2	81	40.5	145.043	.000***
	Hayır	9	2.2	56	28		
	Bilmiyorum	57	13.6	63	31.5		
Kesici delici alet yaranmalarında, personelin takibini yürüten birim/komite olma durumu	Evet	342	81.8	56	28	182.052	.000***
	Hayır	14	3.3	58	29		
	Bilmiyorum	62	14.8	86	43		

*p<0.05(anlamlı) ; ** p<0.01(ileri derecede anlamlı) ; ***p<0.001(çok ileri derecede anlamlı)

Tablo 4.8 (Devam) Kurumların Kalite Belgesi Alma Durumları İle Çalışan Güvenliğine Yönelik Bulguların Karşılaştırılması

durumu Çalışan güvenliği ile ilgili bulgular	Kalite belgesi alma	Kalite belgesi var		Kalite belgesi yok		χ^2	p
		s	%	s	%		
Çalışan güvenliği konusunda yöneticilerin önleyici faaliyetlerini uygulama durumu	Evet	226	54.1	42	21	70.056	.000***
	Hayır	57	13.6	71	35.5		
	Bilmiyorum	135	32.3	87	43.5		
Çalışan güvenliği konusundaki sorunlarda yöneticilerin yaklaşımı	Sorunun çözümü için personel ile birlikte çözümler üretilmekte ve önlemler alınmaktadır.	200	47.8	151	36.1	21.035	.000***
	Sorunlar için çözüm üretilmekte, gerekli önlemler alınmaktadır ama yeterli düzeyde değildir	151	36.1	102	51		
	Sorunlar görmezden gelinmektedir	67	16	41	20.5		
El hijyeni konusunda eğitim alma durumu	Evet	402	96.2	153	76.5	57.183	.000***
Hastanelerde çalışan güvenliğine yönelik yaşanan sorunlar*	Sağlık çalışanlarına beslenme, dinlenme ortamlarının uygun olmaması	171	40.9	99	49.5	4.058	.044*
	Karar mekanizmalarında yer almamak, düzenlemelerde görüşünün alınmaması	103	24.6	73	36.5	9.340	.002**

*p<0.05(anlamlı) ; **p<0.01(ileri derecede anlamlı) ; ***p<0.001(çok ileri derecede anlamlı)

Kurumların kalite belgesi alma durumları ile çalışan güvenliğine yönelik bulgular karşılaştırıldığında (Tablo 4.8); çalışan kurumun özellikleri ile ilişkili bulgular ele alındığında, kalite belgesi alan hastanelerde sıklıkla çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verildiği (%85.3) ve prosedür-talimatların olduğu (%84.2), çalışan güvenliğinden sorumlu bir komitenin olduğu (%80.9), çalışan sağlığı ve güvenliğiyle ilgili faaliyetlerin en çok aşılamaya (%68.4) yönünde olduğu belirlenmiş olup, gruplar arasında yapılan karşılaştırmalarda çok ileri derecede anlamlı farkların bulunduğu ($p<0.001$) saptanmıştır.

Çalışılan kurumun özellikleriyle yapılan karşılaştırmalar incelendiğinde (Tablo 4.8); ayrıca kalite belgesi alan hastanelerde sıklıkla kesici delici alet yaralanmalarını önlemeye yönelik talimatların bulunduğu (%84.2) görülmüş olup, yapılan karşılaştırmaların çok ileri derecede anlamlı ($p<0.001$) olduğu belirlenmiştir.

Yöneticilerin yaklaşımlarıyla ilgili bulguların karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.8); kalite belgesi alan hastanelerdeki yöneticilerin sıklıkla sorunların çözümü için personel ile birlikte çözüm ürettiği ve önlemler aldığı (%47.8) görülürken, yapılan karşılaştırmada çok ileri derecede anlamlı fark ($p<0.001$) bulunmuştur.

Enfeksiyon kontrolüne yönelik bulguların karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.8); kalite belgesi alan hastanelerde çalışan hemşirelerin sıklıkla el hijyeni konusunda eğitim aldığı (%96.2), alkol bazlı el dezenfektanı kullanımının fark oluşturmakla birlikte yaygın olduğu, bulaşıcı hastalıklardan korunmaya yönelik tüm önlemlerin alındığı ve yapılan karşılaştırmalarında ise çok ileri derecede anlamlı ($p<0.001$) farkların bulunduğu belirlenmiştir.

Çalışan güvenliğine yönelik sorunların karşılaştırılmasına yönelik bulgular incelendiğinde (Tablo 4.8); kalite belgesi almayan hastanelerde sıklıkla sağlık çalışanlarının beslenme, dinlenme ortamlarının uygun olmadığı, karar mekanizmalarında ve düzenlemelerde çalışana ait görüşün alınmadığı, gruplar arasında yapılan karşılaştırmalarda anlamlı farklılıkların olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastanelerde çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik uygulamaları belirleyerek, hemşirelerin çalışma koşullarının değerlendirilmesi; uygulamaların kurumlar, birimler ve kurumların kalite belgesi alma durumlarıyla karşılaştırılması amacıyla yapılan araştırmadan aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

- Kişisel ve mesleki durum değişkenleri incelendiğinde; hemşirelerin sıklıkla 25-29 yaş grubunda, önlisanslı, kurumsal deneyiminin 3-9 yıl ve birim deneyiminin 2 yıl ve altında olduğu, cerrahi birimde çalıştığı ve yatak başı hemşiresi olarak görev yaptıkları,
- Çalışılan kurumun özellikleri ele alındığında; çoğunlukla kurumların kalite belgelerinin olduğu, oryantasyon ve sürekli eğitim programlarının yürütüldüğü, eğitim programlarında enfeksiyon ve el hijyeni konularının ağırlıkla verildiği, çalışan sağlığı ve güvenliği konusunda eğitim verildiği, çalışan güvenliği konusunda prosedür /talimatların oluşturulduğu, bu konuda sorumlu birim/kişi olduğu, çalışan sağlığına yönelik aşılama ve önlemlerin öncelikle yapıldığı, kesici delici alet yaralanmaları ile ilgili talimatların oluşturulduğu, çalışanların genel güvenliğine yönelik önlemlerin alındığı ve bu önlemlerin 24 saat sürdürüldüğü,

- Çalışma ortamının özellikleri incelendiğinde; hemşirelerin çoğunlukla gürültüden ve dezenfektanlardan etkilendiği, üst solunum yolu hastalıkları ve alt ekstremitelerde rahatsızlık ve fiziksel çevre uygunsuzluğu nedeniyle yaşanan travma-şiddet ve yorgunluk gibi şikayetlerinin olduğu, iğne batmasına yönelik meslek kazaları yaşandığı, sağlık sorunlarından korunmaya yönelik olarak el hijyenine dikkat edildiği,
- Enfeksiyon kontrolüne yönelik faaliyetler incelendiğinde; el hijyeni konusunda eğitim alındığı, hasta bakımı yapılan alanlarda alkol bazlı el dezenfektanı kullanıldığı, bulaşıcı hastalıklardan korunmaya yönelik olarakta eldiven kullanıldığı,
- Yöneticilerin konuya yaklaşımları incelendiğinde; çalışma mekanı ve koşullarıyla ilgili düzenlemelerde hemşirelerin görüşlerinin alınmadığı, çalışan güvenliği konusunda önleyici faaliyetleri uyguladıkları, çalışan güvenliği ile ilgili sorunlarda personel ile birlikte çözümler üretilip ve önlemler aldıkları fakat bunun yeterli düzeyde olmadığı,
- Hastanelerde yaşanan çalışan güvenliğine yönelik sorunlar incelendiğinde ise; sıklıkla çalışanların beslenme ve dinlenme gibi ortamlarının uygun olmaması üzerinde durulduğu saptanmıştır.

Araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki öneriler ;

- Çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik eğitimlere özellikle krtik/riskli birimlerde daha fazla önem verilmesi,
- Tüm sağlık çalışanları ve tedarikçi firma elemanlarına (temizlik, yemek, güvenlik v.s) yönelik eğitimlerin daha sık yapılması ve bu eğitimlerde ergonomi, iş kazaları, koruyucu önlemler, iş sağlığı ve iş güvenliği konusundaki yasal düzenlemelere ağırlık verilmesi,
- Çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik yürütülen faaliyetler, birimin özellikleri ve iş riskine yönelik olarak kontrol ve periyodik muayene şeklinde planlanmalı,
- Kesici delici alet yaralanmalarında personelin takibini yürüten birim/komitenin varlığı ve faaliyetleri konusunda; tüm personelde farkındalığın yaratılması, eğitimlerin yapılması, bilgilendirme broşürlerinin hazırlanması, uyarı afişlerinin asılması,
- Kurumda genel güvenlik önlemlerinin daha da artırılarak, tüm birimler için 24 saat boyunca güvenlik hizmetinin yürütülmesi,
- Hemşirelerin çalışma ortamının fiziksel koşullarının (gürültü, aşırı soğuk, aşırı sıcak, doğal havalandırma v.b) iyileştirilmesine yönelik çalışmaların yapılması,
- Çalışma ortamında çalışan sağlığını olumsuz yönde etkileyen dezenfektan, lateks ve antiseptikler v.b gibi maddelere karşı koruyucu önlemlerin alınması ve bu konuda eğitimlerin yapılması,
- Çalışanların, çalışma ortamlarından kaynaklanan hastalıklar konusunda bilgilendirilmesi ve olası bu hastalıklara yönelik koruyucu önlemlerin alınması,

- Çalışma ortamında yaşanan travma ve şiddetin engellenmesine yönelik faaliyetlerin personel ile birlikte planlanması ve uygulanma konusuna özen gösterilmesi,
- Çalışma ortamında strese bağlı yakınmaların en aza indirilmesine yönelik çalışmaların yapılması, stres kaynaklarının araştırılarak çözüme yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanması,
- Çalışma ortamında karşılaşılan kesici ve delici alet yaralanmalarına yönelik kazalar konusunda tüm çalışanların eğitilmesi ve bu tür kazaların önlenmesine yönelik çalışmaların planlanması ve istatistiklerinin alınarak gelişimin izlenmesi,
- El hijyeninin uygulanması konusunda tüm personelde farkındalığın yaratılması, konu ile ilgili tüm personelin denetlenmesi ve kayıtların tutulmasına yönelik, el hijyeni programlarının uygulanması,
- Alkol bazlı el dezenfektanlarının kullanıldığı durumlar ve yerler konusunda tüm çalışanların bilgilendirilmesi, personele en az yan etki yapan dezenfektanların tercih edilmesi,
- Yöneticilerin çalışma ortamı ve koşulları ile ilgili düzenlemelerde çalışanların görüşlerini almaya özen göstermesi, çözüm önerileri ve gerekli önlemlerin alınmasına yönelik çalışmalara daha fazla önem vermesi,
- Çalışanların motivasyonunu ve iş doyumunu artırmak amacıyla; karar mekanizmalarında yer almalarının sağlanması; beslenme, dinlenme,giyinme ve yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, hastalık durumunda muayene, izin, rapor konularında, destek sağlanması, çalışanların gereksinim duyduğu sarf malzemelerin düzenli şekilde sağlanmasına için yeterincebulundurulmasına özen gösterilmesi,
- Bu konuda araştırma yapacak araştırmacıların, öncelikle çalışanların ve yöneticilerin konuya ilişkin tutumlarını belirlemeye yönelik ölçek geliştirme, tutum ölçme çalışmalarını yapmaları şeklinde sıralanabilir.

KAYNAKLAR

Ağkoç, S. (2005). Hekimlerde Mesleki Riskler. İstanbul Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencileri Üzerine Bir Çalışma, Tıpta Uzmanlık Tezi, İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul.

Akkaya G.(2007). Avrupa Birliği ve Türk Mevzuatı Açısından Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı, İş Güvenliği, Meslek Hastalıkları ve Bir Araştırma, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Demiral, Y. (2006). Sağlık çalışanlarında iş gerilimi, iş doyumu ve mesleki riskler. *Türk Tabipler Birliği, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, **28**, 35–39.

Devebakan, N. (2007). Özel Sağlık İşletmelerinde İş sağlığı ve İş Güvenliği. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, İzmir.

Hizmet Kalite Standartları Rehberi. Erişim tarihi: 21.05.2010, <http://performans.saglik.gov.tr/concent/files/yayinlar/hizmettium.pdf>

İnce B.S.(2008).Hemşire Güvenliği: Çalışma Ortamı ve Riskler, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*,24(3),61–71.

İnceseli A.(2005).Çalışma Ortamında Hemşirelerin Sağlığını ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk Faktörlerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Janowitz IL, Gille M, Ryan G, Rempel D, Trupin L, Swig L, Mullen K, Regulies R, Blane PD. Measuring the Physical Demands of Work in Hospital Setting: Design and Implementation of an Ergonomics Assessment. *Applied Ergonomics*, 2005

Kahraman T.(2009).Özel Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin İşgücü Verimliliğini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Karahocagil M.K, Sağlık Kurumlarında Güvenli Çalışma Ortamı Nasıl Sağlanır? Erişim:21.05.2010, <http://www.sagliksen.org.tr/page.phb.page=svs>

Kaşıkcı Ö.(2010). Kamu Hastanelerinde Çalışan Güvenliği. *1.Sağlıkta Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumu Makaleler Kitabı*, İstanbul.14–15 Ocak,s.3.

Keser A.,(2006). Çağrı Merkezi Çalışanlarında İş Yükü Düzeyi İle İş Doyumu İlişkisinin Araştırılması, *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı:11, s:100–119

Kutlu A., Taskapan O.,Bozkanat E., (2007). Sağlık Personelinde Lateks Alerjisi: iki Olgu Üzerine, *Toraks Dergisi*, Sayı: 8(3), S:192–194

Kurutkan, M.N.(2010). *Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Güvenliği*. Ankara, Sage Yayınevi

Küçükkılınç E.,Aslan C.,Tekgül B.,Kaya M.,İltuş F.,Düzel A.(2009).Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasında Kesici Delici Alet Yaralanmasına Karşı Önlem

Almanın Önemi,1.Uluslararası Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 2, s:34

Özel N.(2005). Hemşirelerin Çalışma Ortamında Ergonomi Kurallarına Uyumunun Belirlenmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, İstanbul.

Öztürk R.(2010) Sağlık Çalışanlarının Güvenliği, Tartışma Konuları, Tespit Edilen Sorunlar ve Çözüm Önerileri Kitabı. Sağlıkta Vizyon, Sağlık Çalışanlarının Sorunları ve Çözüm Yolları Sempozyumu, Kızılcahamam.12–14 Mart, s:24–28

Parlar, S. (2008). Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı, *TAF Prev Med Bull*, 7(6), 547–554

Pozitive Practice Enviroments: QualityWorkplaces=Quality Patient Care Erişim tarihi:21.05.2010
<http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/indkit2007.pdf>

Yılmaz. E.(2008).Hemşirelikve Mesleki Risk Faktörleri. *Hemşirelik Forumu*,11(1), s:34–40

Yılmaz E.,Özkan S., (2006). Bir İlçede Çalışan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt 1, Sayı 3, s: 6–17

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ PSİKOLOJİK SÖZLEŞME VE ÖRGÜTSEL ADALET ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Necmettin Cihangiroğlu¹ , Bayram Şahin²

Özet

Bu araştırma; Ankara ilinde bir eğitim hastanesinde görev yapan hekim ve hemşirelerin psikolojik sözleşme ve örgütsel adalet algılarını etkileyen faktörleri belirlemek ve bu iki kavram arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

Veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Katılımcılara 646 anket dağıtılmış ve 413'ü (%64) geri dönmüştür. Anket forumunun birinci bölümünde kişisel sorulara yer verilirken ikinci bölümünde Millward ve Hopkins (1998) tarafından geliştirilmiş Psikolojik Sözleşme Ölçeği'ne, üçüncü bölümünde ise Colquitt (2001) tarafından geliştirilen Örgütsel Adalet Ölçeği'ne yer verilmiştir. Maddeler 5'li Likert ölçeğine dayalı olarak yapılandırılmıştır. Temmuz- Ağustos 2010 tarihleri arasında kesitsel olarak yapılmış olan bu çalışmaya katılanların yarısı doktorlardan (n=206; %49,9) yarısı hemşirelerden (n=207; %50,1) oluşmaktadır. Yapılan Mancova analizi sonucunda; hekim ve hemşirelerin psikolojik sözleşme ve örgütsel adalet boyutlarına ilişkin algıları arasında anlamlı bir farkın olduğu ($p<0,05$), işlemsel psikolojik sözleşme algısı ile örgütsel adalet arasında anlamlı ilişkinin olmadığı ($p>0,05$), buna karşın ilişkisel sözleşme algısı ile örgütsel adaletin boyutları arasında orta düzeyde anlamlı ilişkilerin ($p<0,05$) olduğu görülmüştür.

Çalışma sonuçları hemşirelerde psikolojik sözleşmenin ücret, kazanç gibi maddi getirilere odaklanan işlemsel sözleşme algısının yüksek olduğuna, buna karşın hekimlerin eğitim, gelişim, iş güvenliği gibi ilişkisel psikolojik sözleşme algısı ile örgütsel adalet algılarının hemşirelerden daha yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psikolojik Sözleşme, Örgütsel Adalet, Sağlık Çalışanları.

Abstract

We aimed to highlight the factors which are contributing the perception of organizational justice and psychological contract and interaction between two concept. The study has been conducted on physician and nurses in a 1200 bed training hospital in July-August 2010 in Ankara. Out of 646 surveys given out, we collected 413. In the first phase of the study, focus was on accessing the individual characteristic of the employee. In the second phase of the study, the Psychological Contract Scale (PCS), which was developed by Millward and Hopkins (1998), was used. And in the third phase of the survey, we used organisational justice survey of Colquitt (2001). The five ordered response levels are used based on Likert items. We undertook a cross-sectional analysis of Voluntarily 206 physician (n=206, %49.9) and 207 nurse (n=207, %50.1).

Mancova analysis showed that there is a significant variation for perception of organizational justice and psychological contract dimension between physicians and nurses. We did not find any correlation between transactional aspects of the psychological contract and organizational justice, but we found a correlation between relational aspects of the psychological contract and organizational justice ($p<0.05$). The score of transactional aspects of the psychological contract was found to be higher in nurses. However, the score of relational of the psychological contract was found to be higher in physicians.

¹ Dr., GATA Komutanlığı, ncihangiroglu@gata.edu.tr

² Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İİBF Sağlık İdaresi Bölümü, baysahin@hacettepe.edu.tr

In conclusion, the perception of psychological contract dimension shapes differently in physicians and nurses.

Keywords: *Psychological Contract, Organizational Commitment, Health Employees’.*

1. GİRİŞ

Gerek özel gerekse iş hayatında insanlar, kendilerine verilen sözler ve yapılan yazılı anlaşmaların gerçekleşme düzeylerini sorgulama eğilimi göstermektedirler. İster yazılı olsun ister sözlü olsun tüm anlaşmalar, tarafların karşılıklı olarak yükümlülüklerinin bilincinde olmalarını ve gereğini yapmalarını öngörmektedir. Aksi durumda, anlaşmalar sorgulanmaya başlanmakta, taraflar, adil olmayan tutum ve davranışlara maruz kaldıklarını düşünebilmektedirler. Yazılı ya da sözlü sözleşmelerde belirtilmeyen ancak bu sözleşmelerin güncel ve geçerli olduğuna dair ipucu veren algılar, psikolojik sözleşme olarak literatürde sıklıkla kullanılan bir kavram olmuştur.

Karşılıklı yükümlülüklerin yerine getirilmesine yönelik inancı ifade eden psikolojik sözleşmenin ihlal edilmesi durumunda, diğer bir ifadeyle beklentilerin karşılanmaması durumunda örgüt için çok ciddi sonuçlar veren olumsuzluklar görülebilir. İşten ayrılma, işi sabote etme, iş arkadaşlarıyla ve yöneticilerle kavga ve sürtüşmeler gibi istenmeyen sonuçlar ortaya çıkabilir. Çünkü; bu tür davranışlar sergilenmesinde, yönetimin adil olmayan tutum ve davranışlarına yönelik inançlar etkili olabilmektedir. Bu yönüyle psikolojik sözleşmenin, örgütsel adalet algısı ile etkileşim içinde olduğu düşünülebilir.

Bu çalışma; Ankara ilinde bir eğitim hastanesinde görev yapan hekim ve hemşirelerin psikolojik sözleşme ve örgütsel adalet algılarını etkileyen faktörleri belirlemek ve bu iki kavram arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

2. PSİKOLOJİK SÖZLEŞME KAVRAMI, BU KAVRAMA İLİŞKİN KURAMLAR, PSİKOLOJİK SÖZLEŞMENİN OLUŞUMU, GENEL ÖZELLİKLERİ, TÜRLERİ, PSİKOLOJİK SÖZLEŞMENİN İHLALİ

2.1. Psikolojik Sözleşme Kavramı

Psikolojik sözleşme kavramını ilk kez kullanan Argyris (1960:162-175), bu kavramı, “iki taraf arasında, birbirlerinin normlarına saygılı olmaya yönelik, örtük ve yazılı olmayan anlaşma” olarak tanımlamıştır. Kavramın ilk yıllardaki gelişimine önemli bir katkıda bulunan Levinson ve arkadaşları (Levinson, ve diğ., 1962: 87-93) psikolojik sözleşmeyi, “çalışan ile örgüt arasındaki karşılıklı beklentilerin toplamı” biçiminde nitelendirmişlerdir. Schein (1980) benzer bir tanımla; “çalışanın kendisi ve içinde bulunduğu örgüt arasındaki yazılı olmayan karşılıklı bir dizi beklentiler” olarak tanımlamıştır (Schein, 1980:26-41) . Kotter, psikolojik sözleşme kavramını, “kişi ve içinde bulunduğu örgüt arasında sözle ifade edilmeyen, kapalı, tarafların iş ilişkileri içerisinde birbirlerine vermeyi ve birbirlerinden almayı bekledikleri psikolojik yönü bulunan anlaşma” olarak tanımlamıştır (Kotter, 1973:91-99). Rousseau (Rousseau, 1989:121-139) ise, “personel ve işveren arasındaki yazılı olmayan şart ve durumlara dair kişinin inançları” olarak tanımlamıştır. Psikolojik sözleşme, en az bir tarafın, karşı taraftan geleceğe dair bir söz aldığına inanması halinde gerçekleşir. Karşı tarafa bir katkıda bulunmuş ve gelecekte fayda getirmesi beklenen bir yükümlük yaratılmıştır (Rousseau, 1990:389-400). Bu tanım ile birlikte kavramın odağı, ilişki boyutundan birey boyutuna çekilmiştir ve bu tarihten sonra yapılan çalışmalar genellikle Rousseau’nun tanımına bağlı kalmıştır (Coyle-Shapiro, Kessler, 2000:903-930).

Bu çerçeveden bakıldığında psikolojik sözleşmenin, öznel ve çalışanın işverene olan yükümlülükleri ile işverenin çalışana olan yükümlülüklerini içeren bireysel bir algı olduğu görülmektedir (Freese ve Schalk, 1995:207-223). Benzer şekilde söz konusu kavram, çalışanların, işverenlerine ne borçlu oldukları ve işverenlerinden alacaklarının ne olduğuna dair algıları çerçevesinde tanımlamıştır (Robinson (1996: 574–599). Bu tanımlardan hareketle, en genel anlamıyla, psikolojik sözleşmeyi, çalışan ve örgüt arasında karşılıklılık temeline dayanan, dinamik, yazılı olmayan bir dizi beklentiler olarak tanımlamak mümkündür. Tüm bu bilim insanlarına göre psikolojik sözleşme genel olarak; konuşulmayan sözler, işverenin ne vereceği ve karşılığında çalışanın ne vereceğine dair iş sözleşmelerinde yazılı olarak ifade edilmemiş konuların bütünüdür. Bu sözleşmenin konuşulmamasının nedenleri arasında, her iki tarafın da beklentileri hakkında birbirlerine açık olmamaları veya gerçekten bilgi sahibi olmamaları, bazı beklentilerin doğal olarak görünmesi, bu yüzden karşı tarafa söylenmesine gerek duyulmaması, kültürel normlar nedeniyle bazı beklentilerin konuşulmasının hoş karşılanmaması, her iki tarafın beklentilerinin açıkça konuşulmasının karşı tarafta hayal kırıklığı yaratacağı endişesi sayılabilir (Aytaç, 1997: 16-22). Psikolojik sözleşmenin bir ayağını, işverenin çalışandan; bağlılık, dürüstlük, iş kurallarına uyma, nitelikli iş yapma gibi beklentileri oluştururken, diğer ayağını; çalışanın içinde nasıl değerlendirildiği ve kendisine, bilgisini, yeteneklerini ve sorumluluklarını geliştirme olanakları verilip verilmediği, iyi iş ilişkilerinin oluşturulması ile ilgili psikolojik beklentileri oluşturmaktadır. Bu beklentiler, kişinin örgüt içindeki psikolojik sözleşmenin temellerini oluştururken, kişinin beklediklerini alamaması veya kendilerine verilen vaatlerin yerine getirilmediği düşüncesi kişide hayal kırıklığı yaratmakta ve böylece çalışanın zihninde yarattığı sözleşme bozulmaktadır (Rousseau, 1995:47-52). Bazı uzmanlar, karşılıklı beklentiler ve beklentilerin karşılanma derecelerine bağlı olarak psikolojik sözleşmeleri, yazılı ve sözlü iş anlaşmalarının temeli olarak görmektedirler (Hall ve Moss, 1998:23). Özellikle Japonya’da ömür boyu istihdam garantisi, psikolojik sözleşmelerle birlikte iş ilişkilerinin ayrılmaz bir parçası olarak kullanılmaktadır (Kurtuluş, 1996:173).

2.2. Psikolojik Sözleşme Kavramına İlişkin Kuramlar

Psikolojik sözleşmenin örgütsel davranış alanına girmesi her ne kadar 1980’li yıllara dayansa da kavramın temelini oluşturan ve kavramın anlaşılmasına yardımcı olan çeşitli kuramlar bulunmaktadır. Bu kuramların en önemlileri; Karşılıklılık Normu, Sosyal Mübadele Kuramı, Eşitlik Kuramı, Beklenti Kuramı ve Lawler-Porter Modeli’dir.

- **Karşılıklılık Normu;** Bu kuram, insanların elde ettikleri yararları karşılık olumlu davranış göstereceği temeline dayanır. Karşılıklılık Normunun söz konusu olabilmesi için öncelikle kişilerin kendilerine yardım edenlere yardım etmeleri ve onlara zarar verecek herhangi bir davranışta bulunmamaları gerekmektedir (Gouldner, 1960:161-178). En kısa ifade ile karşılıklılık normu, kişilerin kendilerine yardım edene bir şekilde yardımla karşılık verecekleri varsayımına dayanmaktadır.

- **Sosyal Mübadele Kuramı;** Tarafların, ödüllendirilme beklentisi (saygı görme, onur, arkadaşlık, dikkate alınma vb.) içinde sosyal ilişkilere girdiği ve bu ilişkileri sürdürdüğü temeline dayanır (Gefen ve Ridings 2002:47-69). Bu ilişkilerde, sahip olunan konum önemlidir. Bir kişinin, diğer bir kişi ile olan ilişkisindeki konumu, mübadele açısından üç şekilde olabilir: Bağımsızlık durumu, bağımlılık durumu ve karşılıklı bağımlılık durumu. Bağımsızlık ve bağımlılık durumlarında sosyal mübadeleden söz edilemez; sosyal mübadeleden söz edebilmek için karşılıklı bağımlılık olmalıdır. Bu yönüyle sosyal mübadele, başkalarıyla karşılıklı dayanışmayı ve bağlılığı gerektirir (Cropanzano ve Mitchell, 2005:874-900).

• **Eşitlik Kuramı;** Adams tarafından geliştirilen eşitlik kuramı ise, öncelikle bir motivasyon kuramıdır, ancak iş tatmini ve tatminsizliği ile ilgili önemli noktalara dikkat çekmektedir. Bu kurama göre, kişinin iş başarısı ve tatmin olma derecesi çalıştığı ortamla ilgili olarak algıladığı eşitlik veya eşitsizliklere bağlıdır. Adams’a göre, iş tatmini kişinin algıladığı girdi-çıktı dengesine göre belirlenmektedir ve birey kendisinin sarf ettiği gayret ve karşısında elde ettiği sonucu aynı iş ortamında başkalarının sarf ettiği gayret ve elde ettikleri sonuç ile karşılaştırmaktadır (McCormick ve İlgen, 1980: 307).

• **Beklenti Kuramı;** Victor H. Vroom tarafından geliştirilen bu teori, insanın, ekonomik çıkarları açısından rasyonel davrandığını kabul etmektedir. Çeşitli alternatifler içinde seçim yapmak durumunda olan birey, kendisi için en avantajlı olanı seçecektir (Vroom, 1964: 15-17). Bir başka ifadeyle beklenti kuramı; belirli bir davranışın, belirli bir amaçla sonuçlanacağı konusunda geçici bir inançtır ve “davranış-sonuç” ilişkisini ifade eder. Buradan hareketle, bireyin harekete geçme-güdülenme gücünün, beklenti ve değerlerin çarpımına eşit olduğu söylenebilir (Onaran, 1981:73).

• Vroom’un bu teorisine bazı tutumsal değişkenler ekleyen Porter-Lawler’in **Beklenti-Değer Teorisi’nde** ise, “ödülün değeri” sonuçların çekiciliğini ifade etmektedir. Ödüller, çeşitli temel gereksinimleri karşıladıkları ölçüde değer kazanırlar. Porter ve Lawler, ödülleri; “içsel ödüller” ve “dışsal ödüller” olmak üzere ikiye ayırmışlardır. İçsel ödüller; bir soruna çözüm bulmak, fazla mesai yaparak bir işi bitirmek gibi kişinin kendi davranışı sonucunda elde edebileceği ödüller iken, dışsal ödüller; terfi etmek, makam odasına sahip olmak, ekstra ücret almak gibi daha çok örgütler tarafından verilen ödüllerdir. Burada önemli olan husus, bu ödülleri alan bireyin doyuma ulaşmış olma durumundaki algısını belirleyen beklentisidir (Onaran, 1981:76). Diğer bir ifadeyle, bireyin gösterdiği çaba karşılığında almayı beklediği ödül ile almış olduğu ödülün birbirine yakınlığıdır. Birey, beklediğinden daha az ödüllendirildiğini düşündüğünde mutsuz olacak, doyumsuzluk yaşayacaktır. Ödül almış olmak doyumun gerçekleşmesi için yeterli olmayıp, alınması gerektiğine inanılan ödül alındığında doyumun gerçekleşmesi mümkün olabilecektir.

2.3. Psikolojik Sözleşmenin Oluşumu

Psikolojik sözleşme, tanımı gereği birey seviyesinde gerçekleşir. Psikolojik sözleşmenin algısal doğası hakkında Shore ve Tetrick, bireylerin algıları sonucunda çeşitli senaryolar geliştirebileceklerini ortaya koymuşlardır. Bu algılar yüksek derecede yapılandırılmış olup örgütsel olayları yorumlamada ve anlamlandırmada bireylere yardım eder ve davranışlarında yol gösterici bir görev yapar. Algılar, tekrarlanan deneyimler neticesi ortaya çıkar ve soyut, karmaşık ve değişime karşı dirençli olur. Bireyler sözlü bir iletişim olmaksızın bu algı ve senaryoları geliştirebilirler. Örneğin bu algı veya senaryolar, bir yöneticinin beden dili veya örgütün çeşitli uygulamalarını kaynak olarak kullanarak geliştirilebilir (Shore ve Tetrick, 1994:91-109). İkinci olarak, psikolojik sözleşme karşılıklıdır: bireyin, iki tarafın da ilişkiye yönelik karşılıklı yükümlülüklerine olan inancını içerir (Rousseau, 1990:389-400). Psikolojik sözleşmede taraflar birbirine gereksinim duyacaklarını umarlar ve teknik olarak birbirlerine bağımlıdırlar. Morisson (1994:353-371) bu bağılılığı şu biçimde ifade eder: birbirine bağımlı olmak, ilişkide bağımlılığı yönetmenin bir yoludur, kim kime gereksinim duyar? sorusunu yanıtlar. Uzun dönemli cevap “birbirimize gereksinim duyarız”dır. Bu sebeple psikolojik sözleşmenin bu yönü, bağılılığı etkiler. Rousseau (1998:217-233), psikolojik sözleşmedeki karşılıklı olma durumu hakkında altı çizilmesi gereken önemli noktanın, buradaki karşılıklılığın, algısal kademedeki yer alması olduğunu ifade etmektedir. Rousseau (1995) çalışanların, psikolojik sözleşmenin koşullarını üç esas yolla belirlediklerini ileri sürmüştür. Öncelikle bireyler işe başvurma sürecinde, iletişimde olduğu diğer kişilerden örgütle ilgili ikna edici bilgiler

alabilirler. İşe alım sürecine geçildiğinde, adaylar görüşmecilerden açık veya örtük ‘söz’ler alabilirler. İşe alındıklarından sonra ise çalışma arkadaşları veya üstleri, çalışan ve işveren arasında var olan yükümlülüklerle dair kendi bakış açılarını yansıtarak bireyin kendi psikolojik sözleşmesinin belirlenmesinde rol oynayabilir. İkinci olarak, çalışanların, çalışma arkadaşlarının ve üstlerinin nasıl davrandığını ve örgüt tarafından nasıl bir muamele gördüklerini gözlemlemeleri, çalışanların kendi sözleşme yükümlülükleri konusunda sosyal ipuçları verir. Üçüncü olarak da örgüt, çalışanların psikolojik sözleşmelerinin yaratılmasında önemli rol oynayan resmi ücret, ek olanaklar (fringe benefits), performans değerlendirmeleri, örgütü tanıtıcı belgeler ve örgütün misyonunu içeren örgütsel literatür ile, çalışanlara psikolojik sözleşme oluşturma yolunda yapısal sinyaller sunar. Çalışan, bu süreçte, anılan çeşitli yollardan topladığı bilgilerden yola çıkarak kendi psikolojik sözleşmesini oluşturmaya başlar. Sözleşmelerin oluşturulmasında ne söylendiğinden çok ne yapıldığına dikkat edilir. Hatta ne söylendiğinden ziyade, bunun nasıl söylendiği daha mühimdir. Dolayısıyla psikolojik sözleşmeler, resmi politika ve sözleşmelerden daha gerçekçidir (Morrison, 1994: 353-371).

2.4. Psikolojik Sözleşmenin Genel Özellikleri

Psikolojik sözleşme kavramının genel özellikleri, Levinson ve arkadaşları tarafından (Levinson ve diğ.,1962: 94-98) aşağıdaki şekilde belirtilmiştir:

- Geçmiş deneyim ve ilişkilere bağlı olarak gelişen psikolojik sözleşmedeki yükümlülükler iş sözleşmelerinin aksine yazılı değil, algısalıdır. Bu nedenle değişim unsuru olan diğer tarafla paylaşılmamışlardır. Bir başka ifadeyle psikolojik sözleşmeler; gönüllülük esasına dayanan, subjektif, dinamik ve informal sözleşmelerdir.
- Psikolojik sözleşmeleri algılama, kişilerin örgütteki olayları farklı yorumlamaları nedeniyle kişiden kişiye farklılık gösterdiği için, kapalıdır. Çalışanlar ve işveren, psikolojik sözleşmenin içeriği konusunda da farklı görüşlerde olabilirler.
- Psikolojik sözleşmedeki taraflar birbirine bağımlıdır. Psikolojik sözleşmeler psikolojik uzaklıklar gerektirir. Levinson vd. (1962) psikolojik mesafeyi, kişilerin bilgi paylaşmak için diğer kişilerle yakın olma gereksinimi biçiminde açıklamıştır.
- Psikolojik sözleşmeler dinamiktir. Oluşturulduktan sonra aynı kalmazlar örgütsel deneyimlere göre sürekli gelişim içindedirler. Rousseau’ya göre; sözleşme maddeleri herhangi bir formel çaba olmadan örgütsel değişim, yeni bir pozisyona geçme, kişisel gelişim, olgunlaşma ve sözleşmenin süresine göre değişmektedir (Rousseau, (1995:77-79) .
- Psikolojik sözleşmeler genel olarak duygusal ağırlığı olan konularla bağlantılıdır ve ihlal edildiklerinde kuvvetli duygular ortaya çıkar.

2.5. Psikolojik Sözleşmenin Türleri

Psikolojik sözleşme kavramını 1980’li yıllarda ele alan araştırmacılar, Levinson ve arkadaşlarının, yukarıda sayılan sözleşme özelliklerinden yola çıkarak kavrama katkıda bulunmuşlardır. Macneil, (1985:483-525) yaptığı bir çalışmada; psikolojik sözleşmeleri “ilişkisel” ve “işlemsel” (transaccional) olarak iki kategoride incelemiştir. İşlemsel sözleşmeleri, belirli bir vakit süreci içerisinde taraflar arasındaki belli parasal değişimler olarak tanımlarken ilişkisel sözleşmeleri, ilişkileri kuran ve koruyan açık uçlu ve daha belirsiz anlaşmalar olarak tanımlamıştır. İşlemsel sözleşmeler yüksek maaş, performansla bağlı ücret, kısa dönemli ilişki gibi koşulları içerirken ilişkisel sözleşmeler ise uzun dönemli iş güvencesi, kariyer gelişimi ve şahsi sorunlarda destek olma gibi unsurları içerir (Coyle-Shapiro ve Kessler, 2000:903-930). 1980’lerin sonuna kadar psikolojik sözleşme

bilimsel bir yapıdan ziyade, çalışan ile işveren arasındaki örtük alışveriş anlaşmasını belirtmek için sezgisel bir araç olarak kullanılmıştır (Millward ve Brewerton, 1999:253–274). 1990’ların başında başlayarak kavram, yapısal bir anlam kazanmış, kuramsal ve görgül olarak önemli bir mesafe kat edilmiştir. Rousseau, değişen örgüt koşullarını da dikkate alarak, psikolojik sözleşmelere iki tür daha eklemiş ve sözleşmeleri dört boyutta ele almıştır. Birinci boyut, maddi faktörlerin ilk planda olduğu, kısa dönemli ve dışsal performansa dayalı İşlemsel Sözleşmeler, ikinci boyut, duygusal faktörlerin ilk planda olduğu, her iki taraf için de uzun dönem bağlılık esasına dayanan ve dışsal performansa dayanmayan İlişkisel Sözleşmeler, üçüncü boyut işlemsel ve ilişkisel sözleşmelerin benzersiz olarak bir araya geldiği, uzun dönemli ilişkileri temel almasına rağmen aynı zamanda performans gereklerinin de yerine getirilmesi esasına dayanan Dengeli Sözleşmelerdir. Dördüncü boyut ise geçişsel (transitional) sözleşme türleridir. Bu sözleşme türünde örgütün çevresel şartlarından dolayı oldukça hızlı değişim yaşanmaktadır ve hiçbir garanti söz konusu değildir (Rousseau, 1995:117-126).

2.6. Psikolojik Sözleşmenin İhlali

Morrison ve Robinson (1997), psikolojik sözleşmenin ihlal edilmesini, “sözünden dönmek” (amaçlı olarak ya da şartların değişmesi sonucu işverenin verdiği sözü kasten bozması) ve “uyumsuzluk” (çalışan ve işverenin verilen sözün ne olduğu konusunda farklı algılara sahip olmaları) olmak üzere iki nedene bağlamışlardır (Morrison ve Robinson, 1997:226-256). İhlal, bir ilişkide taraflardan birinin söz vermiş olduğu yükümlülükleri yerine getirmemesi ile ortaya çıkmaktadır. Psikolojik sözleşme ihlalinin, karşılanmayan beklentilerden ayrı tutulması gerekmektedir. Çalışanlar işe başladıklarında hayalci davranıp bazı beklentiler içine girebilmekte ve bu beklentiler karşılanmadığı takdirde tatminsizlik yaşayabilmekte ya da düşük performans göstermektedirler. Ancak, psikolojik sözleşme ihlal edildiğinde çalışanların gösterdikleri tepkiler daha şiddetli olmaktadır. Örneğin; bir çalışan sıkı çalışmasının karşılığında ücret artışı beklediğinde, fakat bu beklentisi karşılanmadığında hayal kırıklığı yaşayacaktır. Buna karşılık bir çalışana sıkı çalışmasının karşılığında ücretinin artırılacağı vaat edilir ve bu gerçekleşmezse, çalışan kendisine haksızlık yapıldığı kanısına varacaktır. Yerine getirilmeyen sözler, kızgınlık ve karşılıklı ilişkilerde güvenin azalması sonucunu doğuracaktır (Robinson ve Rousseau, 1994: 247). Psikolojik sözleşme ihlali, ihanet duygusunu, şiddetli psikolojik sıkıntıları, kızgınlığı, adaletsizlik ve haksızlık duygusunu içermektedir (Morrison ve Robinson, 1997: 230).

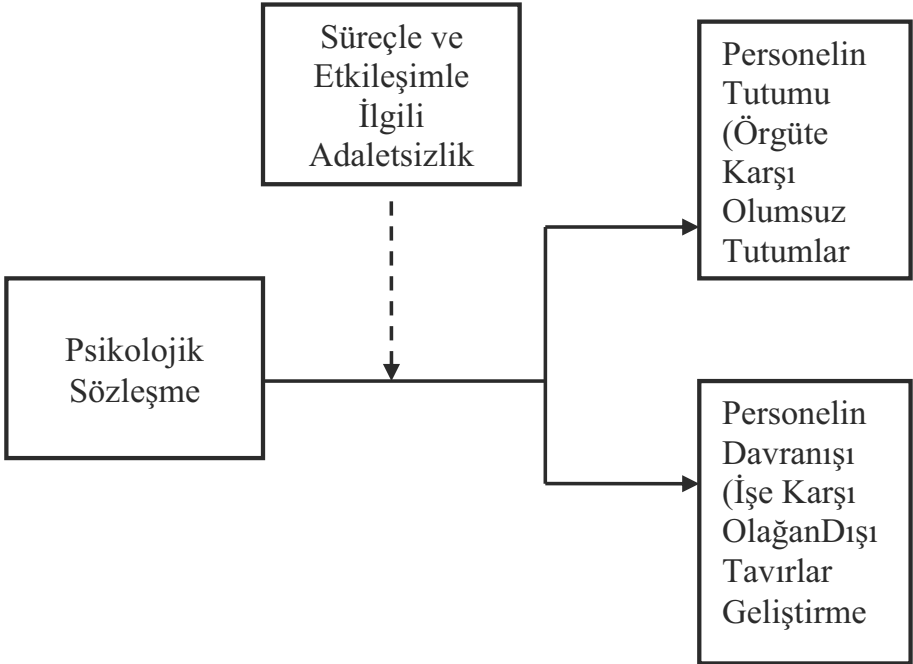
Verilen sözlerin yerine getirilmemesi ya da uyumsuzluk yaşanması, psikolojik sözleşme ihlali sürecinde algılanan karşılanmamış sözlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Yani çalışan kendisine taahhüt edilen ile ne elde ettiği konusunda bir tutarsızlık olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Taraflarının kendi üzerlerine düşen yükümlülükleri yerine getirip getirmediüklerinin karşılaştırılması süreci sonunda sözleşmede bir boşluk algılanırsa “psikolojik sözleşmenin ihlal edildiği” sonucuna varılmaktadır (Morrison ve Robinson, 1997: 231). Psikolojik sözleşmenin ihlali örgüt içinde farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Bunlar (Robinson ve Rousseau, 1994: 256):

- Eğitim ve geliştirme; çalışanlara eğitim imkanlarının hiç sağlanmaması ya da vaat edilen kadar eğitimin verilmemesi,
- Ödenen ücretler; verileceği taahhüt edilen ücretler ile çalışanlara ödenen gerçek ücretler arasında tutarsızlık bulunması,
- Ödüllendirme; promosyonlar ya da terfilerin planlanan ve söylenen doğrultuda gerçekleştirilmemesi,
- İşin niteliği; işverenlerin yapılacak işler ya da çalışılacak bölümler konusunda çalışanları yanlış bilgilendirmesi,
- İş güvenliği; iş güvenliği derecesinin beklenildiği gibi olmaması,

- Geribildirim; gözden geçirme ve geribildirim yetersiz yapılması,
- Değişim yönetimi; örgütte meydana gelen değişimlerden çalışanın haberdar edilmemesi ya da çalışanın kullanacağı girdilerde yapılan değişiklikler konusunda fikrinin alınmaması,
- Sorumluluk; çalışanlara vaat edilenden daha az sorumluluk verilmesi,
- Bireyler; işverenlerin, örgüt içinde bulunan diğer bireylerin uzmanlıkları, itibarları ya da iş stilleri gibi konularda yeni başlayan çalışanları yanlış bilgilendirmesidir.

Araştırmalar, işlemsel sözleşmelere kaymanın çalışan tutum ve davranışları üzerinde de bir takım değişimlere yol açtığını ortaya koymaktadır. Araştırmacılar psikolojik sözleşmenin ihlal edilmesi sonucu sözleşmenin daha işlemsel bir boyut aldığını saptamışlardır (Kickul, 2001:290). Buna göre çalışanlar sosyal değişim yönünden maddi kazanç boyutuna kaymaktadırlar. Bu durum Kickul (2001) tarafından Şekil 1’deki gibi ifade edilmektedir.

Şekil 1. Psikolojik Sözleşme İhlali



Kaynak: Kickul, J. (2001), “When Organizations Break Their Promises: Employee Reactions to Unfair Processes and Treatment,” Journal of Business Ethics, Vol.29, p.290.

3. Örgütsel Adalet Kavramı ve Türleri

Son yıllarda geliştirilen örgütsel kuramların kişiler arası etkileşim ve bu etkileşimden kaynaklanan sorunlar üzerinde yoğunlaştığı gözlemlenmektedir. Bu bağlamda “sosyal adalet” kavramının da örgütlere uyarlandığı ve örgüt içindeki ilişkilere bağlı olarak ortaya çıkan kazanımların adil dağıtımını ifade eden “örgütsel adalet” kavramının geliştirildiği görülmektedir (İşbaşı, 2001:60). Örgütsel adaletle ilgili çalışmalar, Adams’ın Eşitlik Teorisi ile başlamaktadır. Eşitlik teorisinde, kişilerin iş başarısı ve tatmin olma derecesi çalıştığı ortamla ilgili olarak algıladığı eşitlik ya da eşitsizlikle ilgilidir (Luthans, 1981:197). Bu teoride, örgütlerde çalışan bireyler kendi çalışmalarını sonucu elde ettiği

kazanımlarla, başka örgütlerde benzer durumdakilerin elde ettiği kazanımları karşılaştırır. Bu karşılaştırma sonunda işletmesiyle, yöneticileriyle ve işiyle ilgili tutumlar gelişir. Burada, bireyin örgütündeki adaletle ilgili algılaması vardır. Geniş bir tanımla örgütsel adalet, bireyin örgütündeki uygulamalarla ilgili olarak adalet algılamasıdır (Greenberg, 1996:24). Çalışanlar, kendi örgütlerinde kendileri ile başkalarını karşılaştırır. Kuralların herkese eşit uygulanmasını, eşit işe eşit ücret ödenmesini, izinlerde eşit haklara sahip olmayı, bir takım sosyal imkânlardan kendisinin de diğerleriyle eşit şekilde yararlanmasını bekler. Ancak, adalet algılamasının odak noktası sadece çıktılar ve bu çıktıların karşılaştırılması değildir. Örgütteki kurallar, bu kuralların uygulanış biçimi ve bireyler arasındaki etkileşim de adalet algılamasının odağında bulunmaktadır (Barling ve Michelle, 1993:651).

Örgütsel adaletin, çalışan bireylerin kişisel doyumu ve örgütün etkili bir biçimde işlevlerini yerine getirebilmesi için bir gereklilik olduğu ve adaletsizliğin de örgütsel bir sorun kaynağı olarak görülmesi gerektiği uzun süredir sosyal bilimcilerce kabul edilmektedir (Greenberg, 1990:399). Bu bağlamda, örgütsel adaletin örgütsel davranış ve insan kaynakları yönetimi alanında inceleme konusu yapılmasının nedeni, adalet algılarının örgütsel davranış üzerindeki etkileri ile açıklanabilir. Adil algılayışlar pozitif davranışlara yol açar, çalışanların kendilerini örgütün değerli ve saygın üyeleri olarak hissetmelerini, çalışma arkadaşları ve yöneticileriyle uyumlu ve güvene dayalı ilişkiler geliştirmelerini sağlarken, adaletsizlikler örgütlerin amaçlarına ulaşmasını zorlaştıran hırslılık, saldırganlık gibi olumsuz davranışlara yol açmaktadır (Beugre, 2002:1092).

Araştırmacılar arasında örgütsel adaletin kaç boyutla tanımlanacağı konusunun tartışmalı kaldığı göze çarpmakla birlikte dağıtımsal, işlemsel ve etkileşimsel adalet olarak yapılan sınıflamanın genel kabul gördüğü anlaşılmaktadır.

- **Dağıtımsal Adalet:** Çalışanların yaptıkları işe karşılık elde ettikleri daha çok maddi çıkarla ölçülebilen karşılığın adaletli olduğuna ilişkin inançlarına odaklanır (Giap ve Hackermeier:2005:2-14). Diğer bir ifadeyle dağıtımsal adalet; karşılaşılan sonuçların ya da ödüllerin hakkaniyeti ile ilgili adalet algısıdır (İşcan ve Naktiyok, 2004:181-201). Görevler, mallar, hizmetler, fırsatlar, cezalar/ödüller, roller, statüler, ücretler, terfiler vb. her türlü kazanımın kişiler arasındaki paylaşımını konu alır (İşbaşı, 2001:51-73).
- **İşlemsel Adalet:** Dağıtımsal adalet daha çok kararlarla ilgili sonuçların adil olarak algılanması ile ilgiliyken, işlemsel adalet, bireylerin karar alma sürecine katılabilmeleri ve karar alma sürecindeki tarafsızlık veya objektiflikle ilgili algılarına işaret etmektedir (Moon ve Kamdar, 2008:84-94). Örgütsel adaletin bu boyutu çalışanların maddi beklentileri (ücret, terfi, prim, ikramiye gibi) ile sınırlı değildir. Çalışma koşullarına yönelik olarak alınan kararlarda izlenen strateji ve politikaların adil olma derecesi ile de ilişkilidir (Jahangir vd., 2006:21-36). Şurası açıktır ki, işlemsel ve dağıtımsal adalet, birbiri ile ilişkilidir. Çünkü adil olmayan bir süreç çoğunlukla adil olmayan sonuçlar ortaya koyar. Araştırma sonuçları da bu iki adalet türü arasında güçlü bir korelasyon olduğunu ortaya koymaktadır (Parker ve Kohlmeier, 2005:357-369).
- **Etkileşimsel Adalet:** Örgütsel adaletin sosyal yönüne vurgu yapan etkileşimsel adalet, bireyler arası ilişkilere yapılan yatırımlar ve bu ilişkilerden elde edilecek çıktılara vurgu yapar (Ramamoorthy ve Flood, 2004:247-258). Etkileşimsel adalet, örgütsel uygulamaların insani yönü ile ilgilidir. Adaletin kaynağı ve alıcısı arasındaki iletişim sürecinde nezaket, dürüstlük ve saygı gibi yönleri esas alır (Beugre, 2002:1091-1104). Greenberg, 1993 yılında yayınlanan çalışması ile

adalet algısına yeni boyutlar eklemiş ve etkileşim adaletini ‘kişilerarası’ ve ‘bilgisel’ adalet olmak üzere ikiye ayırmıştır (Robinson, 2004:52-65). Birincisi “kişiler arası duyarlılık”, ikincisi ise, “açıklamalar” ya da “sosyal sorumluluk” (social accounts) boyutudur (Folger ve Cropanzano, 1998: 174). Bunlardan ilki, kararın uygulanmasından sorumlu olan kişilerin, karardan etkilenen bireylere nazik ve saygın davranıp davranmamasıyla ilgilidir. İkinci boyut ise, dağıtım kararının altında yatan mantığın, kararın etkilediği bireylere açık ve yeterli derecede açıklanıp açıklanmaması ile ilgilidir (Anderson ve Shinen, 2003:228-247).

4. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma; bir eğitim hastanesinde görev yapan sağlık personelinin (hekim ve hemşire) psikolojik sözleşmelerinin, örgütsel adalet algılarından etkilenip etkilenmediğini ortaya koymak amacıyla Ankara ilinde 1200 yataklı bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılmıştır. Veri toplama yöntemi olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Katılımcılara 646 anket dağıtılmış ve 413’ü (%64) geri dönmüştür.

Anket forumunun birinci bölümünde kişisel sorulara yer verilirken ikinci bölümünde çalışanların psikolojik sözleşmelerini ölçmek için Millward ve Hopkins (1998) tarafından geliştirilmiş Psikolojik Sözleşme Ölçeği’ne, üçüncü bölümünde ise Colquitt (2001) tarafından geliştirilen Örgütsel Adalet Ölçeği’ne yer verilmiştir. Maddeler 5’li Likert ölçeğine dayalı olarak yapılandırılmıştır. Veri toplamada kullanılan ölçeklerin güvenilirliği incelendiğinde; Psikolojik Sözleşme Ölçeği için Cronbach α katsayısının 0,58, Örgütsel Adalet Ölçeği için ise $\alpha=0,96$ olduğu saptanmıştır.

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde, SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerini incelemek için tanımlayıcı istatistiklerden (ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde dağılımı gibi) yararlanılırken hekim ve hemşirelerin psikolojik sözleşme ve örgütsel adalet algıları ile ilgili algılamalarının farklılık gösterip göstermediğini incelemek için ise çok değişkenli bir analiz yöntemi olarak çoklu kovaryans analizlerinden (Multivariate Analysis of Covariance- MANCOVA) yararlanılmıştır.

5. BULGULAR

Temmuz- Ağustos 2010 tarihleri arasında kesitsel olarak yapılmış olan bu çalışmaya katılanlara ait sosyo-demografik özelliklerin dağılımı Tablo 1’de yer almaktadır. Buna göre katılımcıların %55,4’ü kadın, meslekleri itibarıyla incelendiğinde yarısı doktorlardan (n=206; %49,9) yarısı hemşirelerden (n=207; %50,1) oluşmaktadır ve %80,6’sı 40 yaşın altındadır. Yaklaşık %97’si önlisans ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. 413 katılımcının hizmet süresi ortalaması 12,6 yıl iken, bu hastanedeki çalışma süresi ortalaması 7,1 yıldır.

Tablo 1. Araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının kişisel özellikleri

Cinsiyet	Sayı	%
Erkek	183	44,3
Kadın	229	55,4
Belirtilmemiş	1	0,2
Toplam	413	100,0
Yaş		

21-30	126	30,5
31-40	207	50,1
41-50	71	17,2
51 ve üstü	8	1,9
Belirtilmemiş	1	0,2
Toplam	413	100,0
Eğitim Düzeyi		
Lise	10	2,4
Önlisans	104	25,2
Lisans	103	24,9
Lisans üstü	194	47,0
Belirtilmemiş	2	0,5
Toplam	413	100,0
Meslek		
Doktor	206	49,9
Hemşire	207	50,1
Toplam	413	100,0
	Ort.	Ss.
Hizmet Süresi	12,6	7,3
Bu hastanedeki hizmet süresi	7,1	6,5

Tablo 2’de hekim ve hemşirelerin psikolojik sözleşme ve örgütsel adalet algılarına ilişkin tanımlayıcı bilgiler verilmiştir. Buna göre; 1’in “kesinlikle katılmıyorum”u ve dolayısıyla olumsuzluğu, 5’in “kesinlikle katılıyorum”u ve dolayısıyla olumlu algıları yansıttığı 5’li ölçeğe dayalı olarak yapılan değerlendirmeler sonucunda, psikolojik sözleşme ile ilgili boyutların nispeten örgütsel adalet ile ilgili boyutlara göre daha olumlu değerlendirildiği bulunmuştur.

Hekim ve hemşirelerin psikolojik sözleşme ve örgütsel adalet algıları karşılaştırıldığında ise; hekimlerin ilişkisel psikolojik sözleşme, dağıtımsal adalet, işlemsel adalet, kişilerarası adalet ve bilgisel adalet algılarının hemşirelerden daha olumlu olmasına karşın hemşirelerin işlemsel psikolojik sözleşme algılarının hekimlere göre daha olumlu olduğu görülmüştür.

Tablo 2. Hekim Ve Hemşirelerin Psikolojik Sözleşme Ve Örgütsel Adalet Algılarına İlişkin Bulgular

	Meslek Grupları	Ort.	Ss.
İşlemsel Psikolojik Sözleşme	Doktor	2,96	0,7
	Hemşire	3,02	0,5
	Toplam	2,99	0,6
İlişkisel Psikolojik Sözleşme	Doktor	2,94	0,8
	Hemşire	2,67	0,6

	Toplam	2,81	0,7
Dağıtımsal Adalet	Doktor	2,48	1,0
	Hemşire	2,41	0,8
	Toplam	2,45	0,9
İşlemsel Adalet	Doktor	2,53	1,0
	Hemşire	2,43	0,8
	Toplam	2,48	0,9
Kişilerarası Adalet	Doktor	2,99	1,1
	Hemşire	2,80	0,9
	Toplam	2,89	1,0
Bilgisel Adalet	Doktor	2,97	1,0
	Hemşire	2,68	0,9
	Toplam	2,82	0,9

Tablo 3’de sağlık çalışanlarının psikolojik sözleşme ve örgütsel adalet algılarının meslek gruplarına göre farklı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Mancova analizinde daha doğru sonuçlara ulaşılabilmesi ve kafa karıştırıcı durumların kontrol altına alınabilmesi için sağlık çalışanlarının hizmet süresinin kontrol edilmesi ve modele ortak değişken olarak dahil edilmesine karar verilmiştir. Böylece hizmet süresinden kaynaklanan farklılıklar ortadan kaldırıldıktan sonra daha doğru tahmin yapılmış olacaktır. Buna göre psikolojik sözleşme ve örgütsel adalet algıları modelin bağımlı değişkenlerini, meslek grupları sabit faktör ya da bağımsız değişkenlerini ve hizmet süresi ise ortak değişkeni oluşturmaktadır.

Yapılan Mancova analizi sonucunda; hekim ve hemşirelerin psikolojik sözleşme ve örgütsel adalet boyutlarına ilişkin algıları arasında anlamlı farkın olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. Çalışmanın bağımsız değişkeni olarak meslek grubuna ilişkin etki genişliğini gösteren η^2 (eta kare) ise 0,622-0,875 arasında değerler almış olup, bu değer bağımsız değişkenin etkisiyle açıklanan varyans oranıdır. Buna göre hizmet süresi kontrol edildikten sonra meslek grubu değişkeninin araştırmanın bağımlı değişkenlerini %62,2 ile %87,5 arasında açıkladığı görülmektedir.

Diğer yandan çalışmanın kod değişkeni olan hizmet süresinin hekim ve hemşirelerin ilişkisel psikolojik sözleşme, kişilerarası adalet ve bilgisel adalet algıları üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur. Son olarak, çalışmanın bağımsız değişkeni ile ortak değişkenin etkileşiminin (meslek* hizmet süresi) bağımlı değişken üzerindeki etkisi incelendiğinde ise; bu etkileşimin sadece ilişkisel psikolojik sözleşme algısı üzerindeki etkisinin anlamlı ($p<0,05$) olduğu bulunmuştur.

Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının Psikolojik Sözleşme Ve Örgütsel Adalet Algılarının İlişkin Değerlendirmelerinin Mancova Analiz Sonuçları

Varyasyon Kaynakları	Bağımlı Değişkenler	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Kısmi Eta Kare
Model	İşlemsel Psikolojik Sözleşme	3698,9	4	924,7	2740,2	0,000	0,964
	İlişkisel Psikolojik Sözleşme	3274,2	4	818,6	1740,6	0,000	0,945
	Dağıtımsal Adalet	2475,6	4	618,9	747,8	0,000	0,880
	İşlemsel Adalet	2536,3	4	634,1	723,6	0,000	0,876
	Kişilerarası Adalet	3468,5	4	867,1	874,8	0,000	0,895
	Bilgisel Adalet	3307,7	4	826,9	988,2	0,000	0,906
Meslek	İşlemsel Psikolojik Sözleşme	962,7	2	481,3	1426,3	0,000	0,875
	İlişkisel Psikolojik Sözleşme	747,0	2	373,5	794,3	0,000	0,795
	Dağıtımsal Adalet	544,9	2	272,5	329,2	0,000	0,617
	İşlemsel Adalet	589,6	2	294,8	336,4	0,000	0,622
	Kişilerarası Adalet	729,5	2	364,8	368,0	0,000	0,643
	Bilgisel Adalet	743,7	2	371,9	444,4	0,000	0,685
Hizmet Süresi	İşlemsel Psikolojik Sözleşme	0,7	1	0,7	2,2	0,141	0,005
	İlişkisel Psikolojik Sözleşme	1,9	1	1,9	4,1	0,043	0,010
	Dağıtımsal Adalet	2,8	1	2,8	3,4	0,067	0,008
	İşlemsel Adalet	0,9	1	0,9	1,0	0,324	0,002
	Kişilerarası Adalet	6,8	1	6,8	6,9	0,009	0,017
	Bilgisel Adalet	2,4	1	2,4	2,9	0,089	0,007
Meslek*Hizmet süresi	İşlemsel Psikolojik Sözleşme	1,2	1	1,2	3,6	0,058	0,009
	İlişkisel Psikolojik Sözleşme	13,7	1	13,7	29,0	0,000	0,066
	Dağıtımsal Adalet	0,9	1	0,9	1,1	0,305	0,003
	İşlemsel Adalet	0,4	1	0,4	0,5	0,47	0,00

						7	1
	Kişilerarası Adalet	0,3	1	0,3	0,3	0,56 6	0,00 1
	Bilgisel Adalet	2,4	1	2,4	2,9	0,08 9	0,00 7

Tablo 4’de sağlık çalışanlarının psikolojik sözleşme ve örgütsel adalet ile ilgili algıları arasındaki ilişki analizi yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının psikolojik sözleşme algıları ile örgütsel adalet algıları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ise; işlemsel psikolojik sözleşme boyutunun örgütsel adalet algısı ile anlamlı ilişkisinin olmadığı ($p>0,05$), buna karşın ilişkisel sözleşme boyutunun örgütsel adaletin boyutları ile orta düzeyde anlamlı ilişkisinin ($p<0,05$) olduğu görülmüştür. Ayrıca, Tablo 4’den psikolojik sözleşmenin alt boyutları arasında zayıf bir ilişki olduğu görülürken, örgütsel adaletin alt boyutları arasında güçlü ilişkilerin olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Sağlık Çalışanlarının Psikolojik Sözleşme Ve Örgütsel Adalet Algıları Arasındaki İlişki

		İşlemsel Psikolojik Sözleşme	İlişkisel Psikolojik Sözleşme	Dağıtımsal Adalet	İşlemsel Adalet	Kişilerarası Adalet	Bilgisel Adalet
İşlemsel Psikolojik Sözleşme	r	1					
	p						
İlişkisel Psikolojik Sözleşme	r	-0,116	1				
	p	0,018					
Dağıtımsal Adalet	r	-0,005	0,545	1			
	p	0,920	0,000				
İşlemsel Adalet	r	-0,031	0,567	0,807	1		
	p	0,524	0,000	0,000			
Kişilerarası Adalet	r	-0,056	0,518	0,689	0,716	1	
	p	0,254	0,000	0,000	0,000		
Bilgisel Adalet	r	-0,060	0,522	0,718	0,734	0,762	1
	p	0,223	0,000	0,000	0,000	0,000	

r: Pearson Correlation

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışanlar, kendilerinin örgüte karşı yükümlülüklerini, örgütün kendilerine karşı olan yükümlülükleriyle karşılaştırarak, tutum ve davranışlarını buna göre ortaya koyar. İşverene karşı güven ya da güvensizlik algılarını sürekli kontrol altında tutar ve buna göre bir inanç ve algı oluştururlar. Psikolojik sözleşmenin bir şekilde ihlal edildiğini algıladıklarında ise şiddetli tepkiler verebilirler. Bu durum sağlık sektöründe çalışanlar bakımından çok daha önemlidir. Çünkü bu sektörde çalışan doktor, hemşire ve diğer teknik personel, temininde güçlük çekilen personel sınıfındadırlar. Bu personelin elde

tutulması, kendilerinden beklenilenin ötesinde çaba sarf etmelerini sağlayacak şekilde örgütsel bağlılıklarının artırılması, kendilerine işveren tarafından önem verildiğine ilişkin algılarının güçlendirilmesi, kendilerine her zaman adil davranılacağına yönelik güven duygularının olumsuz etkileyebilecek uygulama ve davranışlara girilmemesi büyük önem taşımaktadır. Diğer taraftan, sağlık sektöründe kullanılan ileri teknoloji ürünlerinin çok maliyetli olması ve en efektif şekilde kullanılması da son derece önemlidir. Diğer bir ifadeyle, psikolojik sözleşmeye uygun davranılmadığına ilişkin algılar nedeniyle çalışanların sergileyebileceği çeşitli davranışlar nedeniyle sağlık hizmetlerinin maliyetleri olumsuz etkilenebilir.

Ankara ilinde bir eğitim hastanesinde görev yapan hekim ve hemşirelerin psikolojik sözleşme ve örgütsel adalet algılarını etkileyen faktörleri belirlemek ve bu iki kavram arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılan bu çalışma sonuçlarına göre; psikolojik sözleşmenin; ücret, kazanç, ödül gibi maddi getirilere odaklanan “işlemsel sözleşme algısının” hemşirelerde daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bu sonuç; hemşirelerin maddi getirilere ilişkin beklentilerinin hekimlerden daha az olduğuna işaret etmektedir. Böyle olmasında; hemşirelerin, maddi getirilere yönelik kazanımlarının değişmeyeceğine yönelik inançlarının ve kabullerinin belirginleşmiş olmasının etkili olduğu düşünülebilir. Ayrıca, benzer sağlık kurumlarında çalışan meslektaşlarına göre; iş güvenliği ve garantilerinin daha yüksek olması, hastanenin sağladığı sosyal imkanların (servis, kreş, kantin, kafeterya, spor tesisleri gibi) etkili olduğu söylenebilir.

Psikolojik sözleşmenin; eğitim, gelişim, iş güvenliği gibi getirilere odaklanan “ilişkisel psikolojik sözleşme algısının” ise hekimlerde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçta; hekimlere sağlanan yurtiçi ve yurtdışı eğitim olanaklarının sağlanmasının, akademik kariyer için uygun koşulların (kadro, nitelikli öğretim üyesi, ileri teknoloji ürünü cihaz ve ekipman gibi) bulunmasının, yöneticilerle olan ilişkilerde saygı, nezaket ve hoşgörünün bulunmasının, görevlerini yapmalarını etkileyen kararlarda fikirlerinin sorulmasının, alınan kararların nedenleri ile ilgili olarak bilgi verilmesinin etkili olduğu düşünülebilir.

Türker tarafından yapılan benzer bir çalışmada (Türker, 2010:76); sağlık çalışanlarının (doktor ve hemşire) mesleki pozisyonlarına göre psikolojik sözleşme uyum algı düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiş ve uzman doktorların psikolojik sözleşme uyum algı düzeylerinin 3,97 ortalama ile pratisyen doktor (3,61) ve hemşirelere (3,12) göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Türker, uzman doktorlar ve pratisyen doktorlar ile hemşirelerin psikolojik sözleşme uyum algı düzeyleri arasındaki bu farklılığın; ücretler, yönetim kararlarına katılma, terfi, işin doğası, araştırma-geliştirme faaliyetlerinde daha aktif rol oynama, inisiyatif kullanma ve üst kademeye daha yakın olma gibi nedenlerle uzman doktorların daha az psikolojik sözleşme ihlali algılaması gibi nedenlerle açıklanabileceğini belirterek bu sonucun, mesleki pozisyonların yükselmesi ile algı düzeyleri ortalamalarının da yükseldiğini gösterdiğini, bunun da, mesleki pozisyonlar yükseldikçe, eğitim-geliştirme, ücretler, terfi, işin niteliklerinin ve işin öneminin artmasından kaynaklanmış olabileceğini öne sürmüştür. Mimaroglu tarafından yapılan bir çalışmada ise; çalışanların psikolojik sözleşmelerinin eğitim düzeylerine göre ($p<0,05$) farklılaştığı görülmüştür (Mimaroglu, 2008:135-160). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla da uyumlu olup, çalışanların psikolojik sözleşme algılarının eğitim düzeylerine göre farklılaştığını ortaya koymuştur.

Hekim ve hemşirelerin örgütsel adalet algıları karşılaştırıldığında; hekimlerin; dağıtımsal adalet, işlemsel adalet, kişilerarası adalet ve bilgisel adalet algılarının hemşirelerden daha olumlu olduğu görülmüştür. Bu sonuçta; hemşirelerin döner sermaye gelirlerinden almış

oldukları çok az bir katkının iptal edilmesi çalışmalarına başlanmasının, hekimlere özel hizmet tazminatı adında verilen ve yaklaşık olarak hemşirelerin bir aylık maaşlarından fazla miktarda ilave ücret almaya başlamalarının, buna karşın hemşirelerin daha fazla çalıştıkları ve hekimlerin yapması gereken bazı işlerin kendilerine yaptırıldığını düşünmelerinin (reçete yazma, anamnez alma vb.), karar verme sürecinde söz hakkı verilmediğine ve ödül ve cezaların adil dağıtılmadığına yönelik düşüncelerinin etkili olduğu düşünülebilir.

Sağlık çalışanlarının psikolojik sözleşme algıları ile örgütsel adalet algıları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ise; işlemsel psikolojik sözleşme boyutunun, örgütsel adalet algısı ile anlamlı ilişkisinin olmadığı ($p>0,05$), buna karşın ilişkisel sözleşme boyutunun örgütsel adaletin boyutları ile orta düzeyde anlamlı ilişkisinin ($p<0,05$) olduğu görülmüştür. Araştırmanın yapıldığı kamu hastanesinde, ücretlerin, terfilerin ve diğer maddi unsurların, ilgili yasal mevzuat ile açıkça belirlenmiş olmasının, kişisel tutum ve davranışlarla farklı sonuçlar elde edilemeyeceğinin bilinmesinin, işlemsel psikolojik sözleşme ile örgütsel adalet algısı arasında anlamlı bir ilişki olmamasında etkili olduğu düşünülebilir. Diğer yandan; ilişkisel psikolojik sözleşmede, yönetimin muhtemel taraflı yaklaşımlarının çalışanlar tarafından takip ve kontrol edildiği ve adil olmayan yaklaşımların kolayca fark edilebildiği, dolayısıyla bu psikolojik sözleşme alt boyutunun örgütsel adalet algısını etkilediği çalışmamızda da görülmüştür. Ayrıca, psikolojik sözleşmenin alt boyutları arasında zayıf bir ilişki olduğu görülmürken, örgütsel adaletin alt boyutları arsında güçlü ilişkilerin olduğu görülmektedir.

Bu sonuçlardan hareketle;

- Taraflar arasındaki güvensizliğin ve belirsizliğin ortadan kaldırılabilmesi için yönetimin gerekli tedbirleri alması,
- Psikolojik sözleşmenin işlemsel alt boyutu olan ve parasal kazançlara odaklanma, sözleşmeyle belirlenen işleri yapma, bunun dışında bir şey yapmak için gönüllü olmama gibi davranışlarının hekimlerden daha yüksek olduğu görülen hemşirelerin, bu algılarının altında yatan temel nedenlerin araştırılması,
- Özellikle döner sermayeden alınan cüz'i payın iptal edilmesine yönelik yapılan çalışmaların yeniden gözden geçirilmesinin,
- Hekimlere seyyanen verilen özel hizmet tazminatının, belli bir oran dahilinde hemşirelere de verilmesinin yol ve yöntemlerinin aranması,
- Ödül ve cezaların herkes için aynı kriterlere göre belirlenmesi,
- Karşılıklı ilişkilerde hekimlere olduğu gibi hemşirelere de; saygı, nezaket, hoşgörü ve empati ile yaklaşılması,
- Örgütsel adalet algısını olumsuz etkileme ihtimali olan hususların belirlenmesi, bunun çok önemli bir yönetsel sorun olduğunun kabul edilmesi ve çalışanların da katılımıyla en makul çözüm önerilerinin belirlenerek uygulamaya sokulmasının sağlanması önerilir.

KAYNAKLAR

- Anderson, D. M. and Shienew, K. J. (2003), "Gender Equity In The Context Of Organizational Justice: A Closer Look At A Reoccurring Issue In The Field", *Journal Of Leisure Research*, Vol.35, No 2, pp.228-247.
- Argyris C. (1960), *Understanding Organization Behavior*, Tavistock Publications, London.
- Aytaç, S. (1997), *Çalışma Yaşamında Kariyer*, Epsilon Yayıncılık, İstanbul.
- Barling, J. and Michelle, P., (1993), "Interactional, Formal, and Distributive Justice in The Workplace: An Exploratory Study", *The Journal of Psychology*, Vol.127, No 6, pp.649-656.
- Beugre, C. D. (November 2002), "Understanding Organizational Justice and Its Impact on Managing Employees: An African Perspective", *The International Journal of Human Resource Management*, Vol.13, No.7, pp. 1091-1104.
- Coyle-Shapiro J. and Kessler, I., (2000), "Consequences of the Psychological Contract for the Employment Relationship: A Large-Scale Survey", *Journal of Management Studies*, Vol. 37, pp. 903-930.
- Cropanzano, R. and Mitchell, M.S. (2005), "Social Exchange Theory: An Interdisciplinary Review", *Journal of Management*, Vol.31, pp.874-900.
- Folger, R. and Cropanzano, R., (1998), *Organizational Justice and Human Resource Management*. Sage Publications Inc., USA.
- Freese, C. and Schalk, R., (1995), *Het Psychologisch Contract en Leeftijdsbewust Personeels Management*, in R. Schalk (Eds), Lemma, Utrecht.
- Gefen, D. and Ridings, C.M. (2002), "Implementation Team Responsiveness and User Evaluation of Customer Relationship Management: A Quasi-Experimental Design Study of Social Exchange Theory", *Journal of Management Information Systems*, Vol.19, No 1, pp.47-69.
- Giap, B. and Hackermeier, I. (2005), "Organizational Citizenship Behavior and Perception of Organizational Justice in Student Jobs", *Psychology of Excellence Instructional Design, Job Analysis & Job Design*, pp.5-14.
- Gouldner, A.W. (1960), "The Norm of Reciprocity", *American Sociological Review*, Vol.25, pp.161- 178.
- Greenberg, J. (1990), "Organizational Justice: Yesterday, Today and Tomorrow", *Journal of Management*, Vol.16, pp .399-432.
- Greenberg, J. (1996), *The Quest for Justice on the Job: Essays and Experiments*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, California.
- Hall, D. and Moss, J.E., (1998), "The New Protean Career Contract: Helping Organizations and Employees Adapt", *Organizational Dynamics*, Vol. 26, No 3, pp.22-29.
- İşbaşı, J. Ö. (2001), "Çalışanların Yöneticilerine Duydukları Güvenin ve Örgütsel Adaletle İlişkin Algılamalarının Vatandaşlık Davranışının Oluşumundaki Rolü", *Yönetim Araştırmaları Dergisi*, Böl.1, No.1, ss.51-73.

İşcan, Ö. F., Naktiyok, A. (2004), 'Çalışanların Örgütsel Bağdaşımalarının Belirleyicileri Olarak Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Adalet Algıları', S.B.F Dergisi, Böl.59, No 1, ss.181-201.

Jahangir, N, Akbar M. and Begum, N. (2006), "The Role of Social Power, Procedural Justice, Organizational Commitment, and Job Satisfaction to Engender Organizational Citizenship Behavior", ABAC Journal, Vol.26, No 3, pp.21-36.

Kickul, J. and Scott W.L. (2001), "Broken Promises: Equity Sensitivity as a Moderator Between Psychological Contract Breach and Employee Attitudes and Behavior", Journal of Business and Psychology, Vol.16, No 2, pp.191- 217.

Kotter, J. (1973), "The Psychological Contract: Managing the Joining-up Process," California Management Review, Vol 15, No 9, pp. 91-99.

Kurtulmuş, N. (1996), Sanayi Ötesi Dönüşüm, İz Yayıncılık, İstanbul.

Levinson H.- Price C.-Munden K.- Mandl H.- Solley, C. (editors) (1962), Men, Management and Mental Health, MA: Harvard University Press, Cambridge.

Luthans, F. (1981), Organizational Behavior, 3.Ed., McGraw Hill, New York.

Macneil, I.R. (1985), "Relational Contract: What we do and What we do not Know", Wisconsin Law Review, pp.483-525.

McCormick, E.J. and Ilgen, D.R. (1980), Industrial Psychology, Prentice Hall, New Jersey.

Millward, L. and Brewerton P. (1999), "Contractors and their Psychological Contracts", British Journal of Management , Vol.10, pp.253-274.

Mimaroglu, H. (2008) "Psikolojik Sözleşmenin Personelin Tutum Ve Davranışlarına Etkileri: Tıbbi Satış Temsilcileri Üzerinde Bir Araştırma," Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Adana.

Moon, H. ve Kamdar D. (2008), "Meor We? The Role of Personality And Justice as Other- Centered Antecedents to Innovative Citizenship Behaviors Within Organizations", Journal of Applied Psychology, Vol.93, No 1, pp.84-94.

Morrison, D E. (1994), "Psychological Contracts and Change", Human Resource Management, Vol. 33, No. 3. pp.353-372,

Morrison, E.W. and Robinson, S.L. (1997), "When Employees Feel Betrayed: A Model of How Psychological Contract Violation Develops", Academy of Management Review, Vol. 22, No 1, pp. 226- 256.

Onaran, O. (1981), Çalışma Yaşamında Güdülenme Kuramları, Sevinç Matbaası, Ankara.

Parker, Robert J. and Kohlmeyer, James M., (2005), "Organizational Justice and Turnover in Public Accounting Firms. A Research Note.", Accounting, Organizations and Society, Vol.30, pp.357-369.

Ramamoorthy, N. and Flood P.C. (2004), "Gender and Employee Attitudes: The Role of Organizational Justice Perceptions", British Journal of Management, Vol.15, pp.247-258.

Robinson, K. L. (2004), "The Impact of Individual Differences on The Relationship between Employee Perceptions of Organizational Justice and Organizational Outcome Variables", PhD dissertation, California School of Organizational Studies Alliant International University, San Diego.

- Robinson, S. L. and Rousseau, D. M. (1994), "Violating the Psychological Contract: Not the Exception but the Norm", *Journal of Organizational Behavior*, Vol.15, pp.245-259.
- Robinson, S. L., (1996), "Trust and Breach of the Psychological Contract", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 41, pp.574-599.
- Rousseau, D. M. (1995), *Psychological Contracts in Organizations; Understanding Written &Unwritten Agreements*, Thousand Oaks: Sage Publications, Inc, California.
- Rousseau, D. M., (1995), *Psychological Contracts in Organizations; Understanding Written &Unwritten Agreements*, Thousand Oaks: Sage Publications, Inc, California.
- Rousseau, D.M. (1989), "Psychological and İmplied Contracts in Organizations", *Employee Rights and Responsibilities*, Vol. 2, pp.121-139.
- Rousseau, D.M. (1998), "Why Workers Still Identify With Organizations", *Journal of Organizational Behavior*, Vol.19, pp.217-233.
- Rousseau, D.M., (1990), "New Hire Perceptions of their Own and their Employer's Obligations: A Study of Psychological Contract", *Journal of Organizations Behavior*, Vol. 11, pp.389-400.
- Schein, E.H. (1980), *Organizational Psychology*, (3rd edition), Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Shore, L. M. and Tetrick, L. E. (1994), "The Psychological Contract as an Explanatory Framework in the Employment Relationship", In C. L. Cooper and D. M. Rousseau (Eds.), *Trends in Organizational Behavior*, Vol.1, pp.91-109.
- Türker, E (2010) "Psikolojik Sözleşme İle Örgütsel Bağlılık İlişkisi: Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Uygulama," Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Vroom, V. H. (1964), *Work and Motivation*, John Wiley & Sons.

AÇIK KALP AMELİYATI OLACAK HASTALARIN PREOP KAYGI DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİNİN HASTA BAKIMINDAKİ ÖNEMİ

Özlem AKMAN MERT¹, Fadime ÇINAR¹, Hatun MENDEŞ¹, İhsan BAKIR¹

Özet

Bu çalışma İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde açık kalp ameliyatı olacak hastaların pre-op döneminde kaygı düzeylerinin belirlenerek hasta güvenliğinin önemli bir parçası olan hasta bakımının planlanmasının önemini ve kaliteli hizmet sunumunun iyileşme üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır.

Araştırma, İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 20 Eylül-20 Kasım tarihleri arasında ameliyat olmak üzere pre op servisine yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 100 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu ve Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Durumluluk- Süreklilik Kaygı Ölçeği, Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Öner ve Le Compte (1985) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Veriler bilgisayardan SPSS for Windows 15.0 sürümü istatistiksel metodlar kullanılarak, yüzdelik hesapları iki yönlü varyans analizi, iki ortalama arasında fark, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Mann Whitney-U testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Anlamlılık $P<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesi sonucunda hastalarımızın kaygı düzeyinin puan ortalamasının %54.35 olduğunu ve daha önce bilgi alan ile almayan hastaların kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu çalışma sonucunda pre-op dönemdeki emosyonel durumun değerlendirilmesi ve hasta güvenliğinin önemli bir parçası olan hasta bakım planları ve hasta bakım protokollerinin geliştirilerek, iyileşme sürecini katkıda bulunması gereği ortaya çıkarılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kaygı Düzeyi, Hasta Bakımı, Ameliyat Öncesi Dönem

Abstract

The purpose of the study is determine the importance of planning of patient care which is an important part of patient safety and effect on the quality of service delivery recovery by determining patients anxiety level who were operated open heart surgery in Istanbul Mehmet Akif Ersoy of Thoracic and Cardiovascular Surgery Training in pre operation period. This study was planned as descriptive.

In the study, data were obtained from 100 patients who were hospitalized in Istanbul Mehmet Akif Ersoy of Thoracic and Cardiovascular Surgery Training and Research Hospital pre- op service between September 20 to November 20 to be operated and agreed to participate the search. The data were collected by using Patient Identification Form and State-Trait Anxiety Scale, which were prepared by the researchers. State-Trait Anxiety Scale which was developed by Spielberg and his colleagues was adapted to Turkish by. Oner and Le Compte (1985) The data were evaluated on the computer by using statistical methods which are percentage calculations of two-way analysis of variance, the difference between two means Kruskal-Wallis ANOVA and Mann-Whitney U test was designed SPSS for Windows version 15.0. Significance were evaluated at $P < 0.05$ level.

¹. İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hst.

Evaluation of the resulting data was found that average score of the patients level of anxiety was 54.35% and there were significant differences between receiving and not receiving information. before operation ($p < 0.05$). This study revealed the need for reorganization of the protocols that determination of evaluating emotional status in the pre-op period are taken into account patient safety which is an important part of the healing process and directly affects patient care process.

Keywords: Anxiety Level, Patient Care, Preoperational Period

1. GİRİŞ

Yaşam süresince bireyler, zaman zaman sağlıklı olma durumlarından uzaklaşarak tedavi ve bakımı gerekli kılan hastalık durumları ile karşı karşıya gelmektedir (Yardakçı, 2004). Hastalık, hastaneye kabul ve özellikle de ameliyat olma insan yaşamında önem taşıyan olaylardır. Ameliyat öncesi dönemde hastaların değerlendirilerek ihtiyaçlarının karşılanması için bakım planlarının geliştirilmesi tedaviden maksimum verimin alındığı bir sistemin oluşturulmasını sağlar.

Hastaların Değerlendirilmesi: Hastadan sorumlu olan çeşitli sağlık disiplinlerinin entegre çalışmasıyla etkinlik kazanan, devamlı ve dinamik bir süreçtir. Bu süreç hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal durumunu içeren sağlık öyküsü hakkında veri toplanması, verilerin analiz edilmesi ve hastanın belirlenen ihtiyaçlarının karşılanması için bakım planının geliştirilmesini kapsar (Academia Danışmanlık 2006).

Hastanın Bakımı: Her sağlık kuruluşunun ana amacı hastaların birbirinden farklı ihtiyaçlarına yanıt veren ve destekleyen bir ortamda en uygun bakımın sağlanması olmalıdır. Belirli faaliyetler hasta bakımı için temel niteliktedir. Bu faaliyetler: - Her hastaya bakımın planlanması ve sunulması, - Bakımın sonuçlarını anlamak için hastanın izlenmesi, - Gerektiğinde bakımda değişiklik yapılmasıdır. Hizmetlerin sunumu hastaya bakan tüm sağlık personeli tarafından koordine edilmelidir (Academia Danışmanlık 2006).

Ameliyat öncesi dönem: Ameliyat edilmek üzere hastaneye kabul edilen bireyler için en travmatik dönemlerden biri olarak ele alınmaktadır. Çünkü hastaneye gelen hasta kendisi için yabancı ve değişik bir çevre içine girmektedir. Çevre değişimi, ameliyatın taşıdığı belirsizlik, kendi kendine yeterli olamama duygusu, ameliyat ve sonrasına ilişkin bilgi eksikliği, ameliyat sonrası uyanamama, ameliyatı beklerken olabilecek pek çok şeyden korkma ve ölüm korkusu hastanın kaygı duymasına yol açmaktadır. Yapılan çalışmalar ameliyat olacak hastaların orta düzeyden panik derecesine varabilen kaygı yaşadıklarını ortaya koymuştur. (Gürsoy, 2011, Yılmaz, 2002, Demir ve ark, 2010, Cobley ve ark, 1991).

Türk Dil Kurumuna (2006) göre kaygı; “üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa” olarak tanımlanmaktadır. Ancak kaygı, kelime anlamı dışında, psikolojik bir kavram olarak ele alındığında farklı şekillerde ifade edildiği görülmektedir.

Kaygı, “bedensel düzeyde dengeyi bozabilecek tehlikelere karşı tepki ya da bozulan dengeyi yeniden düzenleme çabalarının başarısızlığa uğraması sonucu ortaya çıkabilecek bir durum” olarak tanımlanmaktadır. Özellikle bireyin kendisini tehlikede hissettiği durumlarda yaşanır (Sims ve Snaith, 1988). Spielberger (1966), kaygıyı "durumluk kaygı" ve "sürekli kaygı" olmak üzere iki başlıkta ele almıştır. Buna göre durumluluk kaygı; bireyin için de bulunduğu baskılı (stresli) durumdan dolayı hissettiği öznel korkudur. Sürekli kaygı ise bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığı, içinde bulunduğu durumları

genellikle stresli olarak algılaması ve/ veya yorumlamasıdır (Öner, Le compte, 1985).

Ameliyat hasta için ağrı, bağımsızlığın kaybı, beden imajında değişim gibi birçok anlam taşır. Birey bedensel ve yaşamsal düzenine yönelen bu tehdit karşısında kaygı duyar (Gürsoy, 2011). Ameliyat öncesinde yaşanan kaygı ameliyat sonrasında birçok olumsuz etkiyi de beraberinde getirmektedir. Elsass ve arkadaşları, ameliyat öncesi kaygı düzeyi yüksek olan hastaların ameliyat sırasında tansiyon değerlerinin yüksek olduğunu (Elsass ve ark. 1987), Cobley ise kaygı düzeyinin yükselme sonucu daha fazla anestezi madde kullanılması gerektiğini belirtmiştir (Cobley,1991). Korku ve kaygı ameliyat sonrası ağrıyı şiddetlendirerek ağrı kesicilere olan greksinimi arttırmakta, ağrı ise hastada derin solunum, öksürük egzersizlerini yapmada, yatakta dönmeye ve ayağa kalkmada isteksizlik oluşturabilmektedir. Bu durum da ameliyat sonrası komplikasyonların ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir.

Ameliyat sonrası komplikasyonlar geliştiğinde tedavinin oldukça güç ve zaman alıcı olacağı, genellikle bir komplikasyonun diğer bir komplikasyonu da beraberinde getirebileceği vurgulanmaktadır. Bu da hastanede kalış süresinin uzamasına ve maddi kayıplara, hastada fiziksel ve psikolojik yönden ek bir stres getirebileceğine dikkat çekilmektedir (Bayraktar ve Eroğlu,1995). Hastalarda ameliyat sonrası dönemde komplikasyonların gelişme riskinde azalmanın ve hastaların daha çabuk iyileşerek daha kısa sürede taburcu olmaları ve hasta memnuniyetinde artmanın cerrahi bakımın niteliğini değerlendirme açısından önemli ölçütler olarak ele alınmaktadır (Merkouris ve ark, 1999). Ameliyat öncesi ve sonrası sistemli bir hemşirelik bakımının komplikasyonları büyük ölçüde azaltılabileceği ve hastanın hastanede kalış süresini kısaltılabileceği ve hasta memnuniyetini arttırılabileceği bildirilmektedir (Kocaman ve ark.,1993).

Bu araştırma, açık kalp ameliyatı olacak hastaların pre-op döneminde kaygı düzeylerinin belirlenmesinin hastanın iyileşme sürecinin hızlanması ve hizmetin kalitesini artırıcı etkiye neden olan hasta bakım süreçlerinin planlanmasında yol gösterici hasta değerlendirmesinin önemini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde açık kalp ameliyatı olacak hastaların pre-op döneminde kaygı düzeylerinin belirlenmesinin, hasta bakımı ve hizmetin kalitesinin iyileşme üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı araştırma türünde yapılmıştır.

İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi KVC (Kardiyovasküler Cerrahi) servisine açık kalp ameliyatı olmak üzere yatan 20 Eylül-20Kasım tarihleri 30-70 yaşları arasındaki hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Söz konusu özellikleri taşıyan 100 hasta hastaneye yatış sırasına göre örnekleme alınmıştır.

Araştırmada veriler, sosyo-demografik özelliklerin de bulunduğu tanıtıcı bilgi formu Spielberg' in Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri kullanılarak toplanmıştır. Tanıtıcı bilgi formu ameliyat olacak hastaların kaygı duymasına neden olabilecek etmenler göz önünde bulundurularak hazırlanmıştır. Kaygı envanteri 1970 yılında Spielberg ve arkadaşlarınca getirilmiş; Öner ve Le Compte tarafından Türkçeleştirilmiş bir öz değerlendirme anketidir. Envanter toplam 40 sorudan oluşan iki ayrı ölçeği içermektedir. Envanterde ilk 20 soru süreklilik ve diğer 20 soru durumluluk kaygıyı ölçmeye yönelik toplam 40 maddeden oluşan kâğıt kalem ölçeğidir (Öner ve Le Compt, 1985).

Durumluluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, Hiç (1), Biraz (2), Çok (3), Tamamıyla (4) şeklindedir. Yine aynı ölçekte 10 tane tersine dönmüş ifade bulunmaktadır. Bunlar; 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddeleridir. Durumluluk kaygı düzeyi değerlendirilirken doğrudan veya tersine dönmüş ifadelerin toplam puanları hesaplanmış, doğrudan ifadelerin toplam puanından, ters ifadelerin toplam puanları çıkartılmıştır. Bulunan değere durumluluk kaygı ölçeği için önceden saptanmış ve değişmeyen 50 sabit değeri eklenerek her hastanın durumluluk kaygı puanı hesaplanmıştır. Hastaların süreklilik kaygı düzeyleri değerlendirilirken yine doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkartılmıştır. Elde edilen değere süreklilik kaygı ölçeği için değişmeyen 35 sabit değeri eklenerek süreklilik kaygı puanları hesaplanmıştır. Ölçeğin güvenilirliği ve geçerliliği daha önce yapıldığı için tekrar yapılmasına gerek duyulmamıştır. Tanıtıcı bilgi formu ve envanterin uygulanması 20 Eylül-20 Kasım tarihleri arasında yapılmıştır. Uygulama ameliyattan bir gün önce gerçekleştirilerek hastanın vereceği cevapların güvenilirliğinin yüksek olması sağlanmıştır. Hastaların diğer hastalardan etkilenmemesi için hastalar hemşire odasına alınarak, yalnız yapılmıştır. Araştırmaya katılanlardan sözel olarak izin alınmıştır.

Araştırmada elde edilen bulguların istatistiksel değerlendirmesinde; iki yönlü varyans analizi iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Kruskal Wallis Varyans analizi, Monn Whitney Varyans testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

3.BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışma kapsamına alınan hastaların demografik özelliklerinin yüzdeleri incelendiğinde yaş dağılımı 50-64 yaş grubunda yoğunlaşmaktadır. Hastaların % 32 ‘sinin kadın, %68’sinin erkek olduğu, % 39’nun emekli, %31’nin ev hanımı, %26’sının serbest meslek grubunda olduğu, %82’sinin ilköğretim, %18’sinin okur –yazar olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

	Kadın Sayı	Kadın Yüzde	Erkek Sayı	Erkek Yüzde
Cinsiyet	32	32	68	68
Yaş				
35-49	11	11	10	10
50-64	18	18	41	41
65-75	3	3	17	17
Meslek				
Emekli	1	1	39	39
Ev hanımı	31	31	0	0
İşçi	0	0	3	3
Serbest	0	0	26	26
Eğitim Durumu				
Okur-yazar	5	5	13	13
İlköğretim	24	24	43	43
Ortaokul	0	0	1	1
Lise	1	1	7	7
Yükseköğretim	0	0	4	4

Tablo 6. Kaygı Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi

	Duruma bağlı kaygı			Süreklilik Kaygı		
	x	s	n	x	s	n
Okur-yazar	%5	0,90	18	%8	1.44	18
İlköğretim	%7	1.2	67	%17	1.26	67
Ortaokul	%0	0	4	%2	0.36	4
Lise	%13	2.34	7	%25	4.5	7
Yükseköğretim	%18	3.24	4	%24	3.32	4

Çalışmaya alınan hastaların kaygı düzeyleri eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde lise ve yüksek öğretim mezunu olanlarda ameliyat öncesi durumluluk kaygı düzeyinin % 35.5 süreklilik kaygı düzeyinin % 49, ilköğretim ve okur yazar durumunda ise durumluluk kaygı düzeyinin % 12 süreklilik kaygı düzeyinin % 27 olduğu saptanmıştır. Öğrenim durumu lise ve üstü olanlar ile okur-yazar ve ilköğretim mezunu olanlar arasında kaygı düzeyi anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($P<0.05$).

Eğitim düzeyi arttıkça insanlar daha çok sorgulayan, araştıran bireyler haline gelirler ve bilgileri arttıkça her konuda daha bilinçli karar verebilirler. Demir ve ark'ının bildirdiğine göre, Moerman ve ark'larının çalışmasında, ameliyat öncesi dönemdeki sıkıntıların büyük oranda bilgisizlikten kaynaklandığı belirtilmektedir. Buna dayanarak eğitilmiş hastalarda bilinmezlik faktörü daha az etkin olacağından kaygının daha düşük olması beklenebilir. Diğer yandan bazı konularda detaylı bilgi sahibi olmak kaygıyı da arttırabilir. Çalışmamızda da eğitim düzeyi yüksek hasta grubunda kaygı düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Elde edilen bu sonuca göre eğitim durumu arttıkça kişilerin kaygı düzeyi artmakta, eğitim durumu düşük olan bireylerde ise kendisine sunulacak hizmete güvenmekte ve kaygı düzeyi düşük çıkmaktadır.

Tablo 2. Hastaların Daha Önce Ameliyat Olma Durumu

Daha Önce Ameliyat Olma Durumu (n=100)	%
Olan	47
Olmayan	53

Tablo 3. Ameliyat Olan ve Olmayan Hastaların Kaygı Ortalamaları

	Duruma bağlı kaygı			Süreklilik kaygı				
	x	s	n	x	s	n	DA SA	P
Olan	59.28	9.52	47	61.24	9.28	47	1.62 3.32	>0.05 <0.05
Olmayan	40.72	8,76	53	33.25	7.71	53	1.41 2.96	>0.05 <0.05

Çalışmaya katılan hastaların daha önce ameliyat olma durumlarının dağılımları incelendiğinde %47'sinin daha önce ameliyat deneyimi olduğu, %53'nün ise olmadığı saptanmıştır. Daha önce ameliyat olmayanların duruma bağlı kaygı puan ortalaması %40,72 ameliyat olanların ise % 59.28 olarak bulunmuştur. Her iki grupta daha önce ameliyat olma durumuna göre kaygı puan ortalaması arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Daha önce ameliyat olan hastalarda kaygı düzeyinin yüksek olması, birey için her ameliyatın yeni bir deneyim, dolayısıyla yeni bir kaygı etmeni olmasına bağlanabilir. Ayrıca ameliyata ilişkin verilen bilgilerin yetersizliğinin de bu durumu etkileyeceği düşünülebilir. Ameliyat olmayan hastalarda da kaygı düzeyinin yüksek olması bu deneyimle ilk kez karşılaşılıyor olmalarından kaynaklanabilir. Ayrıca, Gürsoy'un yaptığı çalışmada da küçük ameliyat olacak hastalarda daha önce ameliyat olanlarda kaygı düzeyinin yüksek çıkması bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Tablo 4. Ameliyat Hakkında Bilgi Alma Durumuna Göre Hastaların Kaygı Ortalamaları

	Duruma bağlı kaygı			Süreklilik kaygı				
	x	s	n	x	s	n	DA SA	P
Alan	45.07	9.52	73	34.24	10.28	73	1.62 3.32	>0.05 <0.05
Almayan	54.51	8,76	27	62.25	7.71	27	1.41 2.96	>0.05 <0.05

DA,F=4.06 $P < 0.05$ SA,F=10.29 $P < 0.05$

Hastaların % 73'nün ameliyat hakkında bilgi aldıkları % 27'sinin bilgi almadıkları ve bilgi alan hastaların kaygı puan ortalamaları orta düzeyde kaygının varlığını sürekli kaygı puan ortalaması ise hafif düzeyde kaygının varlığını göstermektedir. Gerek bilgi alan gerekse bilgi almayan iki grup arasındaki istatistiksel değerlendirmede her iki kaygı durumunun arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.005$).

Araştırmadan elde edilen sonucun ameliyata ilişkin bilgi almamanın kaygıyı artırıcı bir etmen olduğunu göstermektedir. Gürsoy'un yaptığı benzer çalışmada da ameliyata ilişkin bilgi almamanın ameliyatın büyüklüğü ile ilişkili olmaksızın kaygıyı attırdığını göstermektedir.

Bunun yanında hastanın fiziksel olmayan gereksinimlerin değerlendirilerek duruma yönelik bilgilendirilmesi, hasta memnuniyeti ve güvenli hasta bakımı üzerinde de önemli bir rol oynamaktadır (Yavuz 2002, Walker ve ark1998). Yaptıkları çalışmalarında bilgilendirilen hastaların sağlık personeline güvenenlerinin ve memnuniyetlerinin arttığını ve iyileşme sürecini hızlandırdığını saptamışlardır. Bizim çalışmamızda da bilgilendirmenin yüksek oranda olması hastaya uygulanacak hasta bakım hizmetlerinin etkinliğini ve hasta memnuniyetini dolayısıyla kaliteli hizmet sunumunu artırıcı paradigması ile doğru orantıda ve çalışmamızı destekler nitelikte çıkmıştır. Fiziksel olmayan durumun değerlendirilmesi hasta güvenliğinde önemli rol oynamaktadır.

Tablo 5. Ameliyata İlişkin Endişe Duyma Durumuna Göre Hastaların Kaygı Puan Ortalamaları

	Duruma bağlı kaygı			Süreklilik kaygı				
	x	s	n	x	s	n	DA SA	P
Endişe duyan	54.2	7,52	42	74	13,09	42	1.53 2.32	>0.05 <0.05
Endişe duymayan	36.5	9,80	58	26	4,80	58	1.19 3.27	>0.05 <0.05

DA,F=3.86 P < 0.05 SA,F=7.29 P< 0.05

Çalışmaya katılan hastaların % 42'sinin ameliyata ilişkin endişe duydukları % 58'inin ameliyata ilişkin endişe duymadıkları saptanmıştır. Gerek ameliyata ilişkin endişe duyan, gerekse duymayan iki grup arasındaki istatistiksel değerlendirmede her iki kaygı durumunun arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.005).

Bu bulgu, hastaların endişe duymalarına neden olabilecek konularda yeteri kadar bilgilendirilmediklerini düşündürmektedir.

SONUÇ

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda, açık kalp ameliyatı olmak üzere ilgili cerrahi kliniğe yatan hastaların kaygı düzeyi puan ortalamalarının % 54.35 olduğu, öğrenim durumu ile kaygı düzeyinin lise ve üstü olanlar ile okur yazar-ilköğretim olanlar arasında anlamlı fark olduğu (P<0.05), daha önce ameliyat olanlarla ilk kez ameliyat olanların kaygı puanları arasında da anlamlı bir farklılık olduğu ve ameliyata ilişkin bilgi alan ve almayan arasında da anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Ayrıca gerek ameliyata ilişkin endişe duyan, gerekse duymayan iki grup arasındaki istatistiksel değerlendirmede her iki kaygı durumunun arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.005).

Araştırmada verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıda belirtilen öneriler getirilebilir:

1. Hasta memnuniyetinin yüksek, kaygı düzeyinin orta derecede yüksek olması bilgilendirmenin yapılmasının daha sistemli hale getirilmesi hekim ve hemşirenin bu konuda işbirliği içinde olması, ameliyat öncesi belirlenen kaygı düzeyine göre hemşirelik bakım planlarının düzenlenmesi ve uygulanması
2. Ameliyat öncesi ve sonrası için bilgilendirme klavuzu oluşturularak ameliyat olacak

hastaların bakımında kullanılması,

3. Cerrahi servisinde çalışan hemşirelere ameliyat olacak hastalarda kaygıya neden olacak etmenler kaygının ameliyat sonuçlarına etkisi ve kaygıyı azaltma yaklaşımlarına yönelik sürekli hizmet içi eğitim programları yapılması,

4. Hemşirelerin hastalara ameliyata ilişkin korkuları, endişeleri ve sorularını paylaşabilecekleri bir güven ortamı sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Avis, M. (1995). Satisfying Solution? A Review of Same Unresolved Issues in the Measurement of Patient Satisfaction, *Journal of Advanced Nursing*, 22: 316-322.

Bayraktar, N., Eroğlu, K. (1995). Ameliyat Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Yapılması Gereken Egzersizlere Yönelik Bilgileri, *Hacettepe hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2(2):32-41.

Cobley, M. ve Diğerleri. (1991).Stressful Pre_Operative Preparation Procedures, *Anaesthesia*, 46(12):1019-1022.

Demir, A, ve Ark. (2010). Kalp Cerrahisi geçirecek Olgularda Anksiyete Sağaltımı, *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 18(3): 177-182.

Elsass, P ve Diğerleri. (1987). Psychological Effect of Detailed Preanesthetic Information, *Acta Anaesthesiol Scand*, 31(7):579-583.

Gürsoy, A.A. (2001). Ameliyat Öncesi Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Kaygıya Neden Olabilecek Etmenlerin Belirlenmesi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1:23-29.

Kocaman , G., Karayurt, Ö., Özmer, D., Yılmazmış, I. (1993). Hemşirelik Bakım Sonucunu Değerlendiren Bir Çalışma Örneği: Postoperatif Komplikasyonlar, *Uluslararası Kalite, Maliyet Ve Hemşirelik Sempozyumu*, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 227-231.

Merkouris, A., Ifantopoulos, J., Lanara, V., Iemonidou, C. (1999). Patient Satisfaction: A Key Concept For evaluating and Improving Nursing Services, *Journal of Nursing Management*, 7(1):19-28.

Öner, N., Le Compt,A. (1985). Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.

Yardakçı, R., Akyolcu, N. (2004). Ameliyat Öncesi Dönemde Yapılan Hasta Ziyaretlerinin Hastanın Anksiyete Düzeyine Etkisi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*,1(2):7-14

Yılmaz,M. (2002). Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4 (1):40-51.

Walker,J., Brooksby, A., McInerney, J., Taylor, A. (1998). Patient Perception of Hospital Care: Building Confidence, Faith and Trust, *Journal of Management*,4(4):193-200.

KALP HASTANESİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ ALGI DÜZEYİ İLE ÇALIŞAN MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Fadime ÇINAR¹, Özlem AKMAN¹, Hatun MENDES¹, İhsan BAKIR¹

Özet

Çalışma İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan sağlık personelinin örgüt kültürünün bir alt parçası olan çalışan güvenliği algı düzeyleri ile çalışan memnuniyeti arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır.

Çalışma İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 15 Eylül-15 Kasım 2010 tarihleri arasında, çalışmaya katılmayı kabul eden 200 hastane çalışanı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulmuş Çalışan Güvenliği Algı Düzeyi anket formu ile Sağlık Bakanlığı Çalışan Memnuniyeti Değerlendirme anketi formu kullanılarak toplanmıştır.

Veriler bilgisayarda SPSS for Windows 15.0 Sürümü kullanılarak tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra kategorik grupların karşılaştırılmasında Ki-Kare testi demografik karşılaştırmalarda Mann-Whitney, bağımsız T testi skorları ve Spearman korelasyon ve ANOVA testi de istatistiksel olarak kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesi sonucunda çalışan güvenliği algı düzeyinin (%55,7) çalışan memnuniyeti(%53,5) ile birbirine paralel olarak orta düzeyde oldukları saptanmış, çalışanların verdikleri olumlu cevap yüzdelerinde yönetimin desteği % 55.4, çalışma ortamının güvenliği %54.9, çalışan güvenliği eğitimi alma durumu % 55.7 ve iş kazasına uğramama % 54.14 ve son 6 ayda gerçekleşen iş kazalarının rapor edilmesi %23,5 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar ışığında çalışan güvenliğine yönelik iyileştirme yapılacak alanlar belirlenmiş ve yol gösterici politikalar ile yapılması gereken düzenlemeler saptanmıştır.

Güvenli hasta bakımı, sağlıklı çalışan ve güvenli hastane ortamı ile sağlanabilir. Kurumlar güvenli bir çalışma ortamının sağlanmasına öncelik vermelidir.

Anahtar Kelimeler: Çalışan Sağlığı ve Güvenliği, İş Kazası, Çalışan Memnuniyeti

Abstract

The study has been done to determine the relation between perception level of employee, working in Istanbul Mehmet Akif Ersoy Thoracic Cardiovascular Surgery Training and Research Hospital as medical staff, confidence and employee satisfaction. The employee confidence has been considered subsection of organizational culture. Cross-sectional and depictive study have been planned.

¹. İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hst.

The research was done in Istanbul Mehmet Akif Ersoy Thoracic Cardiovascular Surgery Training and Research Hospital between 15 September 2010 and 15 October 2010. Questionnaire forms were separated total 200 employees, working in the hospital as medical staff, and agreed to participate the search. The data are formed by the researchers. The data were collected by using "Employee Safety Perception Level Survey" form and "Employee Satisfaction Evaluation Survey" form, taken from Ministry Of Health.

Data have been evaluated in the computer by using SPSS for Windows version 15.0. Beside statistical methods, various different methods have been used. Ki-square test has been used for comparison of categorical groups. Mann-Whitney method, independent T test scores,

Sperman correlation and ANOVA test have been used for demographic comparisons statistically. Significance has been evaluated at level $p < 0,05$.

As a result of the evaluation of the data have been confirmed that perception level of employee safety (55.7 %) is parallel with employee satisfaction and they were in medium level. The following data have been obtained from positive answer given to the survey; management support 55.4%, working environment safety 54.9%, employee safety training 55.7%, and not having work accident 54.14%, reported work-related accidents in the last 6 months 23.5% and employee safety training 55.7%. These results have been used to identify improvement area related to employee safety, and to determine guiding policies and arrangements had to be done.

Safe patient care has been achieved by means of healthy hospital employees and safe hospital environment. Institutions should give priority to provide safe working environment.

Keywords: *Employee health and safety, work accident, employee satisfaction*

1. GİRİŞ

Sağlık Hizmeti sunan hastaneler kompleks iş alanlarının çoğunlukta olduğu kurumlardır. Çok çeşitli işleri ve görevleri olan sağlık çalışanlarının iş yerinde karşılaştıkları iş kazaları ve işe bağlı sağlık sorunları dünyada ve ülkemizde teknolojik gelişmelere paralel olarak artış göstermiştir. Çalışma verimini ve kurum için tehlike unsuru olan bu sorunlar son yıllarda önem kazanmış ve sağlık çalışanlarının sağlığının geliştirilmesi hastalıklarının önlenmesi öncelikli çalışan güvenliği ve sağlığı açısından temel yaklaşım olarak düşünülmesi gerekliliğini ortaya çıkarılmıştır.

Uluslar arası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık örgütü (İLO) **İş Sağlığı'nı** bütün mesleklerde bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi olarak tanımlanmış ve her çalışanın sağlık hizmeti alması gerektiğini, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmasının bir insanlık hakkı olduğunu ve bu hakkın yaşama hakkı sınırları içinde bulunduğunu ve her ülkenin buna uyması gerektiğini belirtmiştir(1,2). **İş güvenliği**, çalışma hayatında üretimden kaynaklanan tehlikelerden ve sağlığa zararlı koşullardan korunmak için yapılan sistemli çalışmaların tümüdür (3). Bir başka ifade ile sağlık çalışanları açısından iş güvenliği, çalışma ortamı, üretim süreci ve çalışma ilişkileri sonucunda oluşan ve sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, psikolojik, ergonomik tehlike ve risklerin meslek hastalıkları ve iş kazalarının bulunmadığı sağlıklı ve güvenli hastane ortamının sağlanmasıdır (4). **Çalışan memnuniyeti** ise çalışanın işinden duyduğu mutluluğu ifade eder. Bu mutluluğu oluşturan faktörlerin neler olduğu ile ilgili yapılan pek çok araştırmada çalışan sağlığı ve güvenliği faktörlerine yönelik uygulamaların çalışanların memnuniyetine ve performansına olumlu katkı yaptığını göstermiştir (5,6,7).

Güvenli hasta bakımı, sağlıklı çalışan ve güvenli hastane ortamı ile sağlanabilir. Her kurum, çalışanlarının da bundan haberdar olduğu sağlık ve güvenlik politikaları oluşturmaktadır. Bu politikalar çalışma ortamının güvenliği, kişisel güvenlik, enfeksiyon kontrolü, eğitim ve doğru ekipman ve koruyucu malzeme kullanımı gibi konuları işlemelidir (8). Çalışan sağlığı çalışmalarının amacı, kurumlarda bulunan sağlık risklerini kontrol altına alarak, çalışanlara sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı hazırlayarak, çalışanların sağlığını koruyup ve geliştirerek çalışan memnuniyetini arttırmaktır (7,8). Çalışan güvenliği bilinci tüm çalışanlar tarafından öğrenilmeli ve her çalışanın işinin bir parçası haline gelmelidir (7,8,9). Sağlık çalışanları açısından çalışma ortamı ve üretim sürecinin sağlığa olumsuz etkilerinin ve yeterli düzeyde bilinmemesi personelin yüksek performans göstermesini ve verimliliğini olumsuz etkilemekte kurum açısından da çalışan memnuniyetinin düşük olmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle bu araştırma hastanede çalışan personelin çalışan sağlığı ve güvenliği konusundaki bilgi düzeylerini belirleyerek iyileştirme alanlarını ortaya çıkarmak amacı ile yürütülmüştür.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma kapsamına İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 200 hastane personeli alınmıştır. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından oluşturulmuş Çalışan Güvenliği Algı Düzeyi anket formu ile Sağlık Bakanlığı Çalışan Memnuniyetini Değerlendirme anket formuna bağlı kalınarak 15 Eylül-15 Kasım 2010 tarihlerinde İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi personeli ile yüz yüze yapılan görüşmeler sonucunda toplanmıştır. Bu çalışmada kullanılan Çalışan Güvenliği Algı Düzeyi formu 7 bölümden ve 40 ifadeden oluşmaktadır. Bu bölümler aşağıdaki gibi ele alınmıştır.

- ✓ Sosyo- demografik özellikler (12 madde)
- ✓ **Güvenliğe yönelik çalışan görüşleri** (çalışan güvenliği algısı)
- ✓ Çalışma ortamının güvenliği (7 madde)
- ✓ Yönetimin desteği (10 madde)
- ✓ Güvenlik eğitimi (4 madde)
- ✓ En sık rastlanan iş kazası (9 madde)
- ✓ **Çıktı ölçümleri**
- ✓ Birimin çalışan güvenliği derecesi (1 madde)
- ✓ Raporlama olay sayısı (1 madde)
- ✓ Genel olarak çalışan güvenliği algısı (15 madde)
- ✓ Çalışan Memnuniyet Düzeyi ve İş Sağlığı ve Güvenliğine Yönelik Görüşleri (14 madde)

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi SPSS programında ki-kare analizi ile yapılmıştır. Kurum çalışanlarının çalışan sağlığı ve güvenliğine ilişkin algı düzeylerini belirlemek amacıyla ölçek oluşturulmuştur. Ölçek personelin çalışan genel güvenliği algı düzeyine ilişkin görüşleri ile ilgili 15 likert 46 alt grup ifadeyi içermektedir. Bu ifadeler "kesinlikle katılıyorum" dan kesinlikle katılmıyorum'a kadar sıralanan seçeneklerle, 1-5 arasında değişen puanlara sahiptir. Ölçeğin toplam puanı 40-200 arasındadır. İfadelerin tamamı pozitif olarak hazırlanmıştır. İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi personeline uygulanan bu anket önce 200 kişiye uygulanmış ölçeğin yapı geçerliliği ve güvenilirliği için hastanemizde 300 kişiye tamamlanmıştır. Ölçeğin güvenilirliği için hesaplanan cronbach Alpha değeri $\alpha = 0.76$, madde toplam korelasyon değerleri ise 0,43 ile 0,70 arasında bulunmuştur. Ayrıca genel çalışan güvenliği algı düzeyine ilişkin görüşleri ile ilgili 15 likert 46 alt grup maddenin faktör yük değerinin 0,52 ile 0,77 arasında değiştiği görülmüştür. Araştırmada toplam 7 bölüm ve bunların alt grupları özellikle genel çalışan

güvenliğine yönelik algı düzeyi sorularına ilişkin verilen cevaplarda kesinlikle katılmıyorum ile katılmıyorum ve kesinlikle katılıyorum ile katılıyorum cevapları birlikte değerlendirilmiş böylece sorulara verilen cevapların olumluluk oranları hesaplanmıştır. Elde edilen çıktılar Sağlık Bakanlığı Çalışan Memnuniyeti anket sonuçları ile karşılaştırıldığında pozitif korelasyon olduğu gözlenmiştir.

3. BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya toplam 200 kişi katılmıştır. Örneklem profilinin yüzdesel dağılımı,

Tablo1. Örneklem Profilinin Sayısal Ve Yüzdesel Dağılımı

Çalışılan Birim	Sayı	Yüzde	Ortalama
☐ Poliklinik	18	9	
☐ Servis	67	33,5	
☐ Ameliyathane	31	15,5	
☐ Yoğun Bakım	46	23	
☐ Acil	25	12,5	
☐ Sterilizasyon	6	3	
☐ Anjiyo	7	3,5	
Toplam	200		
Yaş:			
18-29	111	55,5	
30-39	73	36,5	
50 ve daha fazla	16	8	
Cinsiyet:			
☐ Bayan	148	74	
☐ Erkek	52	26	
Toplam	200		
Eğitim durumu:			
☐ İlkokul	4	2	
☐ Ortaokul	4	2	
☐ Lise	49	24,5	
☐ Önlisans	19	9,5	
☐ Lisans	102	51	
☐ Yüksek lisans	7	3,5	
Boş	15	7,5	
Toplam	200		
Hastanedeki Görevi:			
☐ Hemşire	90	45	
☐ Uzman Dr.	20	10	
☐ Asistan Dr.	14	7	
☐ Diğer	76	38	

Toplam	200		
Meslekte Bulunma Yılı:			
□1-5 arası	118	59	
□6-10 arası	28	14	
□11-15 arası	24	12	
□16-20 arası	8	4	
□ 21 ve üzeri	22	11	
Toplam			
Hastanede Çalışma Yılı			
□1 yıldan az	141	70,5	
□1-5 yıl arası	59	29,5	
□6-10 yıl arası	-	-	
□11-15 yıl arası	-	-	
Toplam	200		
Haftalık Çalışma Saati:			
□40 saati geçmiyor	34	17	
□40-49 saat	97	48,5	
□50 saatten fazla	54	27	
Boş	15	7,5	
Toplam			

Personel Hakkında Genel Bilgiler:

Araştırmaya alınan personelin %74'ünün kadın, %26'sının erkek, %2'sinin ilkokul %9,5'nin ortaokul, %24,5 lise, %9,5 önlisans, %51'nin lisans, %3,5 yüksek lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Personelin arasında "18-29" yaş grubunda (%55,5) olanların hastane genelinde daha fazla olduğu, bunu sırasıyla "30-39" yaş grubu (%36,5), 50 ve daha fazla yaş grubunda olanların izlediği (%8) bulunmuştur. Personelin hastanede sadece çalışma yılına bakıldığında %70,5 'inin 1 yıldan az %29,5 'inin 1-5 yıl arasında olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni hastanenin kuruluş yılının 2 yıldan az olmasıdır. Personelin haftalık çalışma saatinin "40-49" saat arasında değişmekte olup ortalama 40 saattir. Araştırmaya katılan personelin %45 hemşire, %17 hekim, % 38 diğer yardımcı sağlık personeli olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2. Çalışan Güvenliği Algı Düzeyi	Olumlu Cevap Yüzdeleri
Çalışma Ortamının Güvenliği	%54,9
Yönetimin Desteği	%55,4
Güvenlik Eğitimi	%55,7
Çalışan Güvenliği Derecesi	%55,7
Olayları Raporlama Sıklığı	%23,5
Çalışan Memnuniyeti	%53,5

Anketteki bağımsız değişken soruları 3 grupta toplanmıştır.

- ✓ Çıktı Ölçümleri (Raporlanan Olay Sayısı, Genel Çalışan Güvenliği Algısı (Güvenliğe Yönelik Görüşler) ,Çalışan Güvenliği Derecesi)
- ✓ Çalışan Güvenliğinin Boyutları(Yönetimin Desteği, Çalışma Ortamı, Güvenlik Eğitimi, Personelin Çalışan Sağlığı Ve Güvenliğine İlişkin Görüşleri)
- ✓ Çalışan Memnuniyetinin Değerlendirilmesi

Tablo 3. Korelasyon Analizi Gruplar

Çıktı Ölçümleri		Çalışma Saatleri	Çalışan Güvenliği Derecesi	Genel Güvenlik Algısı
Raporlanan Olay Sayısı	R P değeri	0,348 0,000	-0,247 0,006	320 0,000
Çalışan Genel Güvenlik Algısı	R P değeri	0,207 0,123	-0,317 0,000	1,00 0,000
Çalışan Güvenliği Derecesi	R P değeri	-0,280 0,000	1,00 0,000	-0,317 0,000

H₁r Hastanede raporlanan olayların sayısı ile çıktı ölçümleri karşılaştırıldığında olay raporlama sayısı ile çalışma saati arasında pozitif yönlü korelasyon vardır ($R=+ 0348$, $p=0,000$).

Raporlanan olay raporlama sayısı ile çalışan güvenliği derecesi arasında negatif yönde korelasyon vardır ($R=0,247$, $p=0,006$).

Raporlanan olay raporlama sayısı ile genel güvenlik algısı arasında pozitif yönlü korelasyon vardır ($R=+320$, $p=0,000$).

Hastanedeki görev yeri ile raporlanan olay sayısı incelendiğinde raporlanan olay sayısı ile anlamlı farklılık bulunmuştur ($P=0007$). Buna göre yetişkin ve pediatrik yoğun bakım ile Koroner yoğun bakım arasında ($P=0,002$) ve koroner yoğun bakım ile ameliyathane arasında ($P=0,001$) farklılık mevcuttur.

H1: Hastanede raporlanan olayların sayısı ile çıktı ölçümleri karşılaştırıldığında olay sayısı ile çalışma saati arasında pozitif yönlü korelasyon vardır ($R = + 0348$, $P=0,000$).

Raporlanan olay raporlama sayısı ile çalışan güvenliği derecesi arasında negatif yönde korelasyon vardır ($R=0,247$, $P=0,006$).

Raporlanan olay raporlama sayısı ile genel güvenlik algısı arasında pozitif yönlü korelasyon vardır ($R=+320$, $P=0,006$).

Hastanedeki görev yeri ile raporlanan olay sayısı incelendiğinde raporlanan olay sayısı ile anlamlı farklılık bulunmuştur ($P=0007$). Buna göre yetişkin ve pediatrik yoğun bakım ile koroner yoğun bakım arasında ($P=0,002$) ve koroner yoğun bakım ile ameliyathane arasında ($P= 0,001$) farklılık mevcuttur.

Yukarıda yer verilen bağımsız değişken grupları ile nominal değişkenler arasında yapılan Spearman Korelasyon analizine göre raporlanan olayların sayısı ile bağımsız değişken grupları arasında sadece çıktı ölçümleri ile anlamlı farklılık bulunmuştur ($P<0,05$). İfadeye göre ‘biriminizde son 6 ayda kaç tane iş kazası gerçekleşerek olay raporu doldurdunuz’ sorusuna ‘O’ olay (hiç) raporu olarak yanıt verenler doğal olarak çıktı ölçümlerine en düşük ortalamayı vermişlerdir. Olay raporlama sayısı azaldıkça çalışan güvenlik derecesi artmakta rapor sayısı arttıkça Güvenlik algısı artmaktadır.

Genel Çalışan Güvenliği Algı Düzeyi Memnuniyet Anketinin Karşılaştırılması

Çıktı Ölçümü		Eğitim Durumu	Çalışma Yılı
Genel Çalışan Güvenlik Algısı	R	+ 0,148	+ 0,127
	P değeri	0,000	0,007

Çıktı Ölçümü		Yönetimin Desteği
Çalışma Ortamı Güvenliği	R	+ 0,167
	P değeri	0,000

H2: Hastanede eğitim durumuna göre genel çalışan güvenlik algısı arasında fark vardır. Hastanede genel güvenlik algısı ile eğitim durumu arasında pozitif yönlü korelasyon vardır ve anlamlı bir farklılık oluşmamıştır. ($R = + 0,148$, $P > 0,05$). Eğitim düzeyi arttıkça genel güvenlik algısı artmaktadır.

H3: Çalışanların bu hastanede çalışma yılına göre genel çalışan güvenlik algısı arasında fark vardır. Çalışanların hastanede çalışma yılına göre genel çalışan güvenlik algısı arasında negatif korelasyon vardır ve anlamlı bir fark oluşmuştur ($P = 0,007$, $R = -0,127$). Çalışma yılı arttıkça risklere karşı önlem azalmakta ve işe yeni başlayanların önlem alma konusunda daha duyarlı olduğu görülmüştür.

H4: Hastanede yönetimin desteği ve güvenliği teşvik edici önlemler ile çalışma ortamının güvenliği arasında fark vardır. Hastanede yönetimin desteği ve güvenliği teşvik edici önlemler ile çalışma ortamının güvenliği arasında pozitif yönlü korelasyon vardır ve anlamlı bir farklılık oluşmamıştır ($R = + 0,167$, $P > 0,05$).

Tablo 3. Personelin Çalışan Sağlığı ve Güvenliği konusundaki Görüşlerin Dağılımı

Çalışan sağlığı ve güvenliği konusundaki görüşler	Kesinlikle Katılıyor m + Katılıyor m		Kararsızım		Kesinlikle Katılmıyor m + Katılmıyor m		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur	56	28	13	6,5	131	65,5	200	100
Bu birimde çalışan insanlar hasta bakımı için uygun süreden daha uzun süre çalışmazlar	111	55,5	50	25	39	19,5	200	100
Bu birimde çalışan güvenliğine yönelik koruyucu	103	51,5	15	7,5	82	41	200	100

ekipman mevcuttur.(Bone,Maske,Gözlük vb.)								0
Bu birimde çalışma mekanı fiziksel sağlığınız gözetilecek şekilde düzenlenmiştir.	135	67,5	20	10	50	25	200	100
Bu birimde yaralanmaları/iş kazalarını önlemeye yönelik teknik alt yapı mevcuttur.	126	63	24	12	50	25	200	100
İlk işe başlayışta sağlık taramaları yapılarak kayıt altına alınır.	81	40,5	45	8,5	74	37	200	100
Yöneticilerimiz, çalışan güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	103	51,5	10	5	87	43,5	200	100
Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı istemez.	152	76	23	11,5	25	12,5	200	100
Hastane yöneticileri, çalışan güvenliği konusunda yeterli olacak şekilde düzeltici ve önleyici faaliyetler yapıyor.	101	50,5	31	15,5	68	34	200	100
Çalıştığımız kurumda çalışan güvenliği ile ilgili bir birim vardır. (Komite,komisyon vb.)	63	31,5	63	31,5	74	36,5	200	100
Hastane yönetimi tarafından, çalışan güvenliği konusunda aksaklıkların bildirilmesinde çözüme yönelik bir yaklaşım sergilenir.	107	53,5	48	24	45	22,5	200	100
Çalışan güvenliğini tehlikeye atan durumlar hakkında yeterli eğitimler verilir. Kurallar açıklanır.	124	62	34	17	42	21	200	100
Çalışan güvenliğini etkileyen risk faktörleri hakkında bilgi verilir.(Kesici delici alet yaralanması,kişisel sağlık taramaları,radyasyon güvenliği kimyasal ajanlar)	127	63,5	39	19,5	34	17	200	100
Yangın,deprem, salgın (sars,verem,kuş gribi) hastalıklar hakkında koruyucu	138	69	24	12	38	19	200	100

eğitimler verilir.								
Çalışan güvenliğini ihlal eden durumların raporlanması hakkında yeterli eğitim verildi.	106	53	46	23	48	24	20 0	10 0

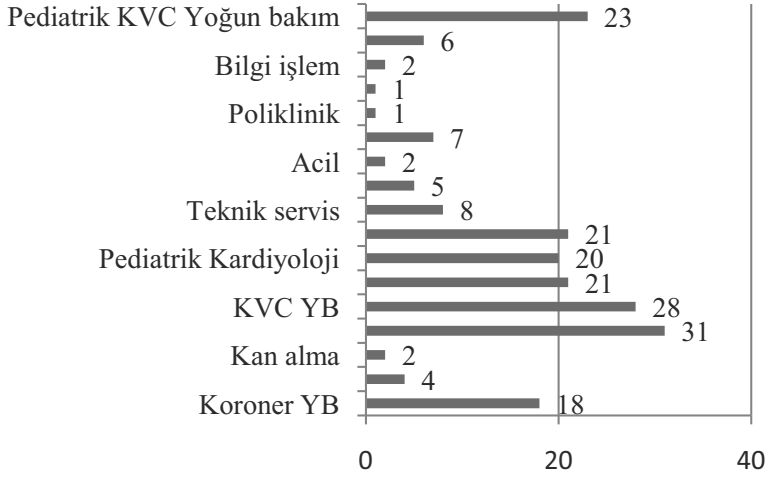
Personelin çalışan sağlığı ve güvenliğe ilişkin görüşleri incelendiğinde genel olarak orta düzeyde olumlu görüşlere katıldıkları bunlar arasında en fazla oranda “ Bu birimde çalışma mekanı fiziksel sağlığımızı gözetilecek şekilde düzenlenmiştir” (%67,5), “Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı istemez” (%76), “Yangın, deprem, salgın (sars, verem, kuş gribi) hastalıklar hakkında koruyucu eğitimler verilir” ifadelerine, en az oranda ise “Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur” (%28), “İlk işe başlayışta sağlık taramaları yapılarak kayıt altına alınır” (%40,5), “Çalıştığınız kurumda çalışan güvenliği ile ilgili bir birim vardır”(%31,5), ifadelerine katıldıkları belirlenmiştir. Araştırmanın yapıldığı kurumun bir hastane ortamı olması ve yeni kurulmuş bir kurum olması dikkate alındığında vardiya sisteminin uygulanması, personel sayısının yeterli oranda bulunmaması durumunu ortaya çıkarmıştır. İstenilen düzeyde sağlık hizmetinin verilebilmesi ve çalışan güvenliğinin sağlanması için yeterli sayıda personel istihdamı kurumun önceliği olmalı ve çalışan sağlığı takibi için kurum içinde kurulmuş olan çalışan güvenliği komitesi hakkında tüm çalışanlar bilgilendirilmelidir. Çalışan sağlığı ve güvenliğini algılama ve bilgi düzeyleri üzerine yapılan bir çalışmada iş güvenliğinin algılanmasının çalışanlarının sağlığının önemli belirleyicisi olduğu bulunmuştur (13,14). Yine yapılan bir çalışmada farklı alanlarda çalışan personelin iş güvenliği hakkında yeterli bilgiye sahip olup olmadıkları incelenmiş personelin %63’ü yeterli bilgiye sahip olduğunu bildirmişlerdir (14). Yaptığımız bu çalışmada çalışan güvenliği ve sağlığına yönelik algı düzeyine yönelik olumlu cevap yüzdesi %55,7’dir. Bu oran çalışan sağlığı ve güvenliği algısının orta düzeylerde olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. Personelin Çalışan Sağlığı Ve Güvenliği Konusundaki Görüşleri İle Memnuniyet Konusundaki Görüşlerin Karşılaştırılması Dağılımı

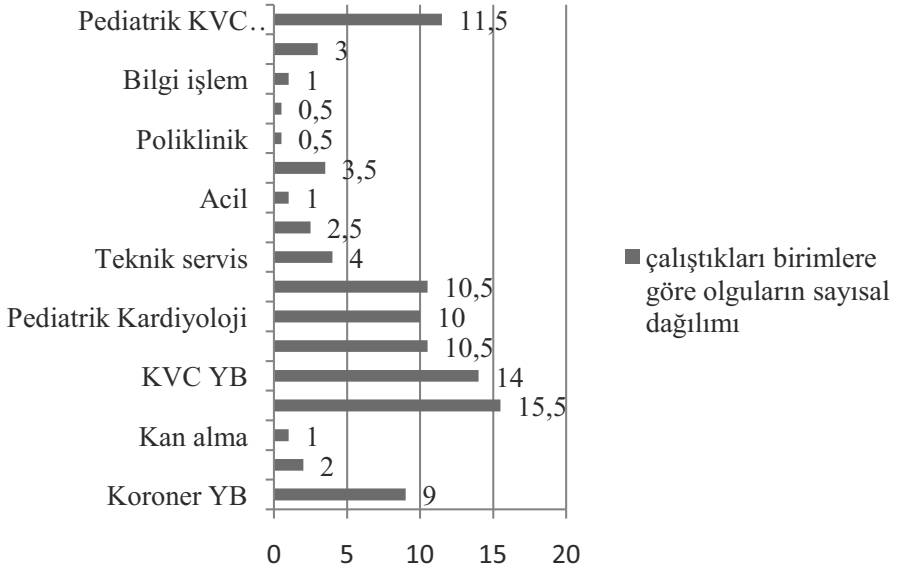
Çalışan memnuniyet konusundaki görüşler	Kesinlikle Katılıyorrum + Katılıyorrum		Kararsızım		Kesinlikle Katılmıyorum + Katılmıyorum		Toplam		Çalışan sağlığı ve güvenliği konusundaki görüşler	Kesinlikle Katılıyorrum + Katılıyorrum		Kararsızım		Kesinlikle Katılmıyorum + Katılmıyorum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%
Sizce çalıştığımız birim ile ilgili olmak üzere,son 6 ay içinde hasta ve çalışan güvenliği (hasta kayıtlı ve kimlik bilgilerinin kayıtlı altında olması,hastaya doğru tedavi uygulanması,hasta düşme ve yaralanması önleme,hastane enfeksiyonlarını önleme mahremiyet, vb.) eğitimi verildimi?	104	52	59	29,5	62	31	200	100	Çalışan güvenliğini tehlikeye atan durumlar hakkında yeterli eğitimler verilir.Kurallar açıklanır.	124	62	34	17	42	21	200	100
Hasta ve çalışan güvenliğini ihlal eden durumların raporlanması hakkında yeterli eğitim aldınız mı?	102	51	62	31	36	18	200	100	Çalışan güvenliğini ihlal eden durumların raporlanması hakkında yeterli eğitim verildi.	106	53	46	23	48	24	200	100
Çalıştığımız bölimde yaralanmaları / iş kazaları önlemeye yönelik teknik alt yapı var mı?	107	53,5	28	14	65	32,5	200	100	Çalışan güvenliğini etkileyen risk faktörleri hakkında bilgi verilir.(Kesici delici alet yaralanması, kişisel sağlık taramaları, radyasyon güvenliği kimyasal ajanlar)	127	63,5	39	19,5	34	17	200	100
Hastane yönetimi,hasta ve çalışan güvenliği konusunda yeterli olacak şekilde düzeltici ve önleyici faaliyetler yapıyor mu?	115	57,5	18	9	67	33,5	200	100	Hastane yöneticileri, çalışan güvenliği konusunda yeterli olacak şekilde düzeltici ve önleyici faaliyetler yapıyor.	101	50,5	31	15,5	68	34	200	100
Çalıştığımız birimde yeterli güvenlik önlemleri alınıyor mu?	102	51	35	17,5	63	31,5	200	100	Güvenliğimiz için kurumumuz/yöneticiniz önlemler alır.	104	52	33	16,5	63	31,5	200	100

Çalışmaya katılan tüm personele Sağlık Bakanlığı çalışan memnuniyetini değerlendirme anketi uygulanmış ve genel olarak memnuniyetin olumluluk oranı %53,5 olarak bulunmuş ve yine aynı ankette yer alan çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik sorular ile çalışan güvenliği algı düzeyi anketinin olumluluk oranları karşılaştırıldığında birbirine paralel olarak orta düzeylerde oldukları bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç her iki cevap yüzdesinin orta düzeyde birbirine paralel olduğunu, çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik koruyucu önlemlerin artırılması ve bu alandaki yetersizliklerin iyileştirilmesi, çalışan güvenliğine yönelik algı düzeyinin artmasında önemli bir etki olmaktadır. Çalışan güvenliğindeki iyileştirmelerin memnuniyet üzerinde artırıcı etkiye neden olmakta bunu sağlamak ise yapılan pek çok araştırmada yöneticilerdeki liderlik rolünün etkin olduğunu ortaya çıkarmıştır (10).

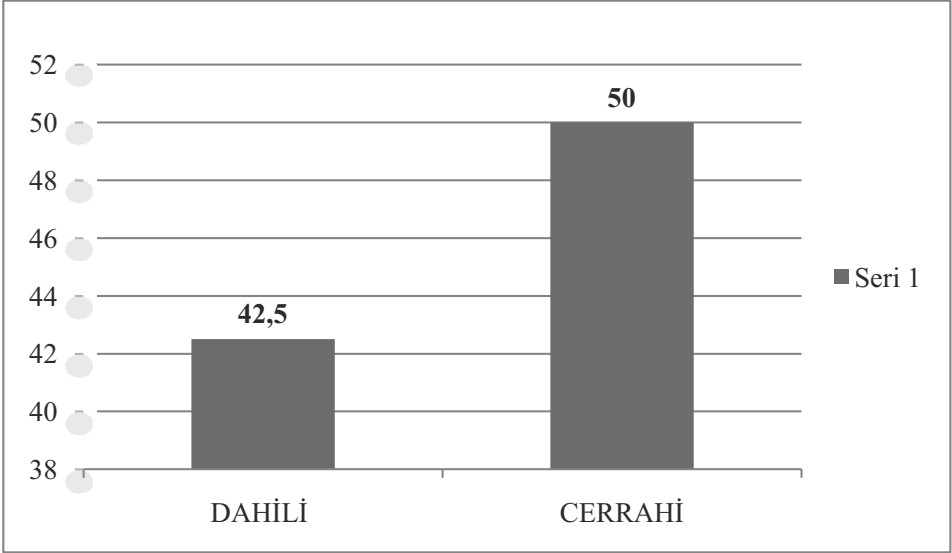
Çalıştıkları Birimlere Göre Olguların Sayısal Dağılımı



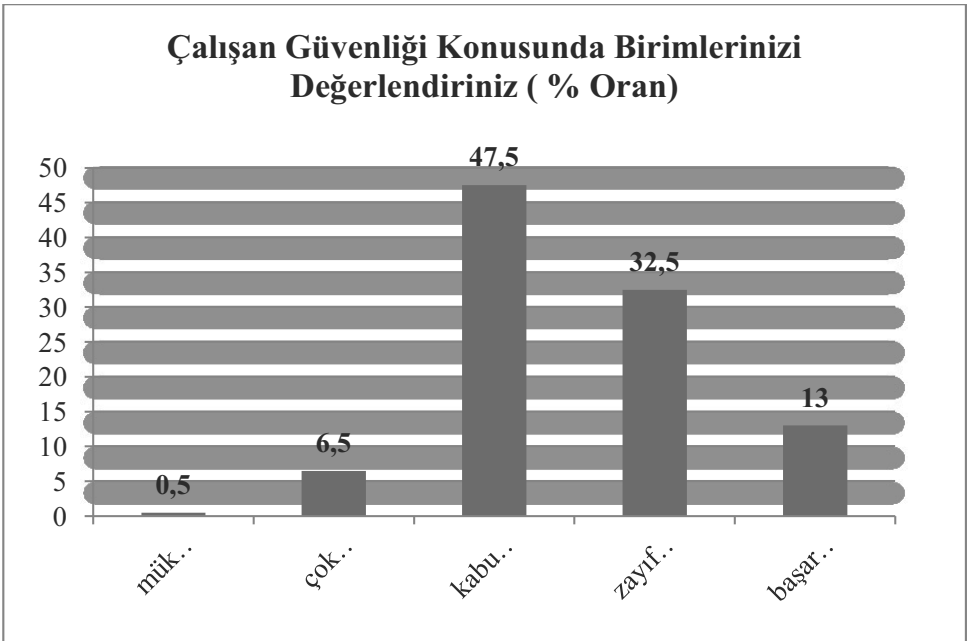
Çalıştıkları Birimlere Göre Olguların Yüzdesel Dağılımı



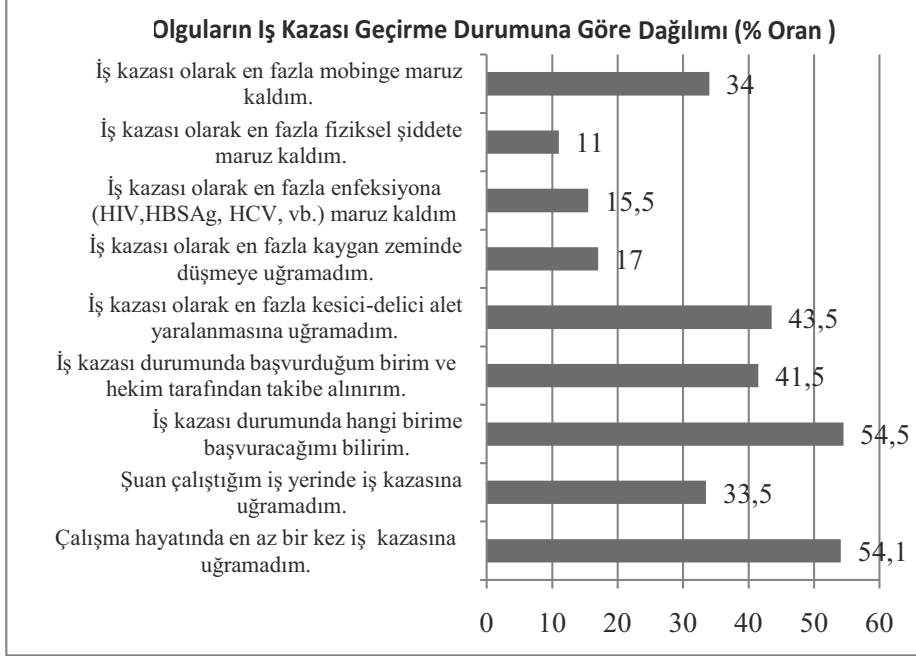
Olguların Dâhili ve Cerrahi Birimlerde Çalışma dağılımı



Olguların dahili ve cerrahi birimlerde çalışma dağılımı incelendiğinde cerrahi birim çalışanlarının daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür.($p=0,001$ ve $p=0,05$)



Çalışmaya katılanların çalıştıkları birimleri çalışan güvenliğine yönelik değerlendirme durumları incelendiğinde en yüksek oranın kabul edilebilir grubunda olduğu görülmüştür.(p=0,000 ve p=0,05)



Çalışmamıza katılanları iş kazası geçirme durumlarına göre incelediğimizde çalışma hayatında %54,1'nin iş kazasına uğradığını, şu an çalıştığı iş yerinde %33,5'nin iş kazasına uğradığını ve en fazla sırasıyla kesici-delici alet yaralanması (%43,5) ve mobinge maruz kalma (%34), enfeksiyona maruz kalma (%15,5), kaygan zeminde düşme (%17) ve fiziksel şiddete maruz kalma (%11) olduğu bulunmuştur. Elde edilen bu bulgularda kesici-delici alet yaralanmalarının çalışan güvenliği açısından diğer iş kazalarına göre daha yüksek olduğu ve önemli bir risk taşıdığı görülmektedir. Eskişehir'deki bir hastanede yapılan çalışmada kesici-delici alet yaralanması oranı %46,2 ve Afyon ilindeki farklı kuruluşlardaki oran %45,4'dür (17,18). Çalışmamız sonucunda elde edilen enfeksiyon ve fiziksel şiddete maruz kalma oranının yapılan başka bir çalışmaya göre (fiziksel şiddet %49,4, enfeksiyon %49,4) düşük olması sevindiricidir.(19)

Yaptığımız çalışmada yönetimin çalışan güvenliğine yönelik destekleyici davranışların olumlu cevap yüzdesi %55,4 olarak bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç oranının orta sınırlarda bir değer olarak kabul edilmiştir ve yapılan diğer çalışmalar ile uyumludur.

Çalışmaya katılan personelin % 55,7'sinin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitim aldığı hizmet içi eğitim alanlarının iş sağlığı ve güvenliğine yönelik olarak sırasıyla %92,2'sinin kesici-delici alet yaralanması, %68,2'sinin radyasyon güvenliği, %65,2'sinin kimyasal ajanlar, %69'unun salgın hastalıklardan koruyucu önlemler ve %87,2'sinin koruyucu ekipman kullanımı konularında eğitim aldığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada ev idaresi personelinin %50,6'sının iş sağlığı ve güvenliğine yönelik hizmet içi eğitim aldığı saptanmıştır.(11)

Çalışmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının iş kazalarının rapor edilmesi sorusuna verdikleri cevap yüzdesi %23,5'dir. Bunların %7 kadın %16'sı erkektir. İş kazasına yönelik yapılan bir araştırmada son 6 ay içerisinde istihdam edilenlerde %2,9 iş kazası geçirmiş, bu oran erkeklerde 3,6 iken kadınlarda % 1,3 olarak gerçekleşmiştir. Toplamda iş kazası geçirenlerin % 86,8 'ini erkekler oluşturmuştur. Ve yine iş kazası geçirenlerin % 27'si ilköğretim mezunu iken % 0,7'si yükseköğretim mezunudur(19). Yaptığımız bu çalışmada iş kazası geçirme durumu öğrenim düzeyine göre incelendiğinde personelin % 92,3 ilköğretim, %40,5 lise, % 24.2 yüksek öğretim olanların iş kazası geçirdiği belirlenmiştir. (P >0,05) Buna göre öğrenim düzeyi yükseldikçe kazalara karşı önlem alma ve daha dikkatli olma konusundaki algı artmakta ve iş kazası geçirme riski azalmaktadır.

4. SONUÇ

Güvenli hasta bakımı, sağlıklı çalışan ve güvenli hastane ortamı ile sağlanabilir. Kurumların güvenli bir çalışma ortamını sağlaması çalışan sağlığı ve çalışma güvenliğine yönelik iş kazalarının azaltılmasında önemli bir etkidir. Çalışan güvenliği kültürünün oluşturulması için kurumların güvenli bir çalışma ortamı sağlanmasına öncelik vermesi ve bunun tüm çalışanlarca benimsenmesi ve algılanması gerekir. Her sağlık kuruluşu, personel sağlığının korunması ve iş güvenliği amacıyla, ulusal/yasal çerçeve içinde kalmak kaydıyla, kendine özgü politikalar üretmeye ve uygulamalar geliştirmeye ihtiyaç duyabilir. Böyle

bir yapılanma ile sağlık çalışanları için meslek hastalıklarının tanımlanması, görev nedeniyle ortaya çıkan hastalık ve sakatlıkların tazmini, uygulanacak koruyucu önlemlerin mali kaynakları, işverenin - hastane yöneticilerinin ve resmi sosyal güvenlik kurumlarının sorumlulukları belirlenmiş olacaktır.

Bu amaçla İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışanların iş sağlığı ve güvenliği konusundaki görüşlerinin belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular şu şekilde özetlenebilir:

- Personelin yarısından biraz fazlası, iş sağlığı ve güvenliği konusunda düzenli olarak eğitim aldıklarını belirtmektedir.
- Personelin üçte biri, birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel olduğunu belirtmiştir.
- Personelin yarısından azı ilk işe başlayışta sağlık taramalarından geçirildiğini belirtmiştir.
- Personelin üçte biri, çalışan güvenliği ile ilgili bir birim olduğunu belirtmiştir.
- Personelin yarısı, çalışan güvenliğine yönelik koruyucu ekipmanın mevcut olduğunu belirtmiştir.
- Personelin yarısı, yöneticilerin çalışan güvenliği konusunda aksaklıkların giderilmesi için çalışanlarının önerilerinin ciddiye alarak çözüme yönelik yaklaşım sergilediğini belirtmiştir.
- Çalışan güvenliğini ihlal eden durumların raporlanması hakkında personelin yarısından fazlasına eğitim verilmiş ancak son 6 ayda gerçekleşen iş kazalarının ancak dörtte birinin raporlandığını ifade etmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik algı düzeyinin yükseltilmesi, iş kazasının azaltılabilmesi hastane yönetiminin desteği, yeterli personel sayısı, örgütsel öğrenme ve eğitim ile ilişkilidir.

- ✓ Personelin sağığı ve güvenliğinin korunması için kurum tarafından sağlanan çalışma ortamının uygun hale getirilmesi ve gerekli koruyucu önlemlerin alınması, personelin koruyucu ekipman kullanmasının alışkanlık haline getirilmesi ve personelin belirli aralıklarda kontrolünün yapılması, sağlık çalışanlarının yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanması, meslek hastalıkları, iş kazaları ve işe bağlı sağlık sorunlarının önlenmesi, yaralanan ve hastalanan sağlık çalışanlarının bakım, tedavi ve rehabilitasyonlarının (işe tekrar dönüş değerlendirmeleri) yapılması, bulaşıcı hastalıklara yönelik surveyansların yapılması, gıda işi ile uğraşan çalışanların portör muayenelerinin düzenli olarak yapılması,
- ✓ Kurumda alışan personelin, çalışan sağığını ve güvenliğini sağlamak amacıyla çalışan iş sağığı ve güvenliği ile ilgili bir birim kurulması (**personel sağığı merkezi**) ve belirlenen kurum hekimi tarafından personelin tamamının sağlık taramalarının düzenli yapılması.
- ✓ Personel sağığı merkezinin organizasyonu, sağlık kuruluşunun yapısı, hasta potansiyeli, ürettiği hizmetlerin çeşitliliği gibi çeşitli faktörlere bağlıdır. Bu faktörler kurulacak merkezin büyüklüğünü, yerini, çalışacak personeli belirleyecektir. Hastanemiz büyük hastane grubuna girdiği için tam gün çalışacak hekim, hemşire ve idari memurların görev alması ve bu merkezde, kimyasal riskler, radyasyon, infeksiyon riskleri, fiziki riskler, ergonomik sorunlar, psikolojik risklerin tanımlanmış program ve prosedürlere göre izlenmesi, tanı, tedavi ve korunma akışının yürütülmesi,
- ✓ Kurum personeli arasında etkili iletişim sağlanması çalışanların katılımının teşvik edilmesi ve güvenli raporlama sisteminin kurularak iş kazalarının takibe alınmasının sağlanması.
- ✓ Ayrıca personelin gerek kendisinin gerek çevresinin sağığını korumaya yönelik olarak olumlu davranış kazanmalarını sağlamak için eğitim programlarının düzenli aralıklarla verilmesine devam edilerek eğitimin kalıcılığının sağlanması için sağığı geliştirme programlarının yapılması, sağlık danışmanlığın verilmesi, çalışanların sağlık ve güvenlik standartlarına uyumunun izlenmesi, sağlık çalışanlarının sağığı ile ilgili tutulan kayıtların (meslek hastalıkları, iş kazaları vb.) sağlık çalışanlarının görebileceği yerlere asılması,
- ✓ çalışma ortamının ve her bir farklı meslek grubunun üretim sürecinin tanımlanması güncelleştirilmesi, çalışma ortamına ve üretim sürecine yönelik sağlık, güvenlik tehlike ve risklerin belirlenmesi ve düzenli olarak izlenmesi, çalışma ortamına ve üretim sürecine bağlı tehlikeli uygulamaların kontrol edilmesi ve denetlenmesi (örneğin, iğne kapaklarının tekrar kapatılmasının ve ağız pipetlerin kullanımının yasaklanması)
- ✓ Hastanenin bütün birimlerinin koordinasyonunun sağlanması
- ✓ Yasal ve etik durumlara uyulması (izlemler ve araştırmalar yapılmadan önce sağlık çalışanlarının yazılı ve sözel olarak bilgilendirilmesi ve onaylarının alınması)
- ✓ Acil durumlara hazırlık planlarının oluşturulması ve sağlık çalışanlarının belirli aralıklarla acil durumlara yönelik tatbikatlar yapması
- ✓ Hastane yönetimi ve ilgili sendikaların hastanemizde kurulmuş olan çalışan güvenliği komitesinin tüm hizmetlerini desteklemesinin sağlanması önerilir.

Sağlık alışanları için “meslek sağığı ve iş güvenliği” konusunda öncelikle ulusal politikalarının geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

Bilir N(1997) İş Sağlığı, Halk Sağlığı Temel bilgiler (Ed. Berton M,Güler Ç.) Güneş Kitap evi, Ankara

Fişek G,Piyal B(1988) İşçi Sağlığı Kılavuzu Türk Tabipleri Birliği Yayını Ankara

Sabancı A.(2001) İş sağlığı-İş Güvenliği ve Ekonomi. İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi, Adana 11-12 Mayıs

NIOSTT and Health Division of Standards Development and Techneday Tranfer(1998).

Zaim H, Koçak O.(Journal of Yaşar University 2010 (18(5)2985-2934) Bilgi çalışanının memnuniyeti.

Graham M.V.,P.E. Messener 1998 Principals and job satisfaction, İnternational journal of Edurational Management.

Kusku, F(2001) Dimensions of Employee Satisfaction:A state University Example Middle East Technical University Studies in Developmant s.399-430

Çapıur 2, Erkal S.,Şafak Ş.(2001) işçi sağlığı ve güvenliği açısından Ev idaresi personeli için eğitim programı geliştirme.Ev Ekonomisi Dergisi7(8):40-46

Topcuoğlu H.ve Özdemir Ş.(2003) İş Sağlığı ve Güvenliğinde Davranış Değişikliği Yaratma Süreci, İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi.

ABD Ulusal Kalite Formu (2003) Safe Practices For Better Health Core A.Consensus Report Washing Ton D.C.

Erkal S. ve Şafak Ş. (1998) Hastanelerde Çalışan Ev idaresi Personelinin Hijyen kurallarına ilişkin davranışlarının incelenmesi. Ev Ekonomisi Yüksek Okulu Yayınları No:1 Araştırma Serisi 1,Ankara

TÜİK Türkiye İstatistik Kurumu haber bülteni sayı:50,2008

Kuhnert K.W.and Palmer D.R.(1991) Job Security,Health and the Intrinsic and Extrinsic Characteristics of Work,Group& Organization Manegement,16(2):178-192.

Aranson G.(1999)Contingent Workers and Safety,Work,Employment&society.13,439.

Sepkowitz KA. Employee Healyh Service. In Infectious Diseases eds:Armstrong D, Cohen J. 1th ed, London: Harcourt Pub, 1999: 3.11.2

Centers for Disease Control and Prevention. National Institute for Occupational Safety and Health. Guidelines for protecting the safety and health of health care workers. www.cdc.gov/ niosh/ hcwold0.html

Alpat, Saygın (2008), Sağlık Çalışanlarında Mesleki Riskler, <http://www.ebto.org.tr/index.php?option=com/content&task=view&id=524&Itemid=2>(24. 12.2008)

Altındış,Selma ve Devedakan Nevzat(2008),“Çalışan Sektöründe Çalışan Güvenliği ve Enfeksiyonlara Maruziyet”II. Uluslar arası Katılımlı Sağlıkta Kalite ,Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi Sunum Özetleri20-23 Şubat 2008,Ankara.

Atasoy A,Aksoy S,(2009)”Hekim Dışı Sağlık Personelinde Meslekki Risklerin Belirlenmesi”Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı(s;111-123)

HASTA MEMNUNİYETİ: DENİZLİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ ÖRNEĞİ

Sinem SOMUNOĞLU¹ , Erhan ERDEM² , Ümmühan ERDEM³

Özet

Sağlık sektörü karmaşık bir sektör olarak kabul edilmekte ve günümüzde verilen hizmetin kalitesi giderek önem kazanmaktadır. Sağlık sektöründe kalite, bakımın iyiliği konusunda yargıya varma şeklinde tanımlanmaktadır. Kalite çalışmalarının temel amacı; sadece çalışanların değil aynı zamanda hastaların da beklentilerinin karşılanmasıdır. Hasta memnuniyeti kavramı; sağlık personelinin tutum ve davranışları, ulaşılabilirlik, iletişim, muayene süresi, otelcilik hizmetleri vb. birçok faktörden etkilenmektedir.

Bu araştırmada, Denizli’de yer alan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi’ne başvuran hastaların memnuniyet durumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada anket yöntemi kullanılmış ve hasta memnuniyetine yönelik sorulara yer verilmiştir. Bulguların analizinde SPSS istatistik programı kullanılmıştır.

Araştırmanın sonucunda hastaların memnuniyet düzeylerinin; sağlık personelinin tutumuna, iletişimin kalitesine, muayene süresine, bekleme süresine vb. faktörlere göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu sonuçların sağlık merkezinin yönetimi açısından önemli olduğu kabul edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kalite, hasta memnuniyeti, sağlık sektörü.

Abstract

Health sector is accepted as a complex sector and nowadays, services which are given by health organization become more important. In health sector quality can be defined as making decision about wellness of health care. The main target of the quality studies is not only to meet expectations of the health personel but also to increase satisfaction of the patients. Patient satisfaction concept is affected by varios factors such as, approaches and behaviors of health personnel, accessibility, communication level, examination time and hotelhood services.

In this study, it is targeted to measure of the satisfaction level of the patients who apply to the Mouth and Teeht Health Center in Denizli. Because of measuring of the satisfaction level, the questionnaire has been used. SPSS statistic program has been acried out to analyze findings.

At he end of the study, it is seen that the satisfaction level of the patients can be different according to the behaviors of health personnel, quality of the communication, examination time, waiting time and etc. It is accepted that these findings are important for the health center management.

Keywords: Quality, patient satisfaction, health sector.

¹ Yrd.Doç.Dr., Uludağ Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO, ssomunoglu@yahoo.com,

² Sağ.Kıd.Yzb.Uz.Denizli Asker Hastanesi Baştabipliği erhanefeerdem@mynet.com,

³ Uz., Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, erdemummuhan@mynet.com

1. GİRİŞ

Günümüzde toplumların bilinçlenme seviyelerinin yükselmesi, ekonomik, kültürel ve sosyal hayatta meydana gelen gelişmeler, globalleşme kavramının ortaya çıkması ve olası etkileri, sadece mal üretimi açısından değil, hizmet sektöründe de kalite kavramının önemini belirgin bir hale getirmiştir. Hizmet kalitesi kavramı açısından bakıldığında; özellikle müşteri ve memnuniyet kavramlarının giderek artan oranda kabul gördüğü görülmektedir (Atman,2010:565). Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik olarak duyulan ihtiyacın ve hastaların almış oldukları hizmetlere ilişkin algılamalarının belirlenmesinin de bu çalışmaların önemini artırdığına işaret edilmektedir (Kaya vd, 2003: 90). Bununla birlikte sağlık sektöründe akreditasyon çalışmalarına giderek daha fazla önem verilmeye başlanması da toplam kalite yönetimi ve müşteri memnuniyeti kavramlarını gündeme getiren önemli gelişmeler arasında yer almaktadır (Kaya,2003:62). Toplam kalite yönetimi yaklaşımının temelinde de; müşteri memnuniyetinin sağlanmasının önemli başarı ölçütleri arasında kabul edildiğine yönelik açıklamalar yer almaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım,2010:466).

Sektörler arası yapılan karşılaştırmalarda kalitenin belirleyicisinin müşteri olarak kabul edildiği görülmekte ve özellikle sağlıkta hizmeti alan bir müşterinin almış olduğu bu hizmeti kaliteli olarak algılamasında ve memnuniyet kavramının tanımlanmasında birtakım zorlukların yaşanabildiğine dikkat çekilmektedir (Şahin,1999).

Kalitenin kişisel değerlerden, inançlardan, tutum ve davranışlardan etkilenmesi, farklı kişilere göre farklı anlamları içermesini beraberinde getirdiği için kavramın tanımına ilişkin bu zorlukların ortaya çıkmasının doğal olduğuna işaret edilmektedir. Uluslar arası Standardizasyon Örgütü'ne göre kalite; bir ürün ya da hizmetin belirlenen ya da olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerinin toplamıdır. Memnuniyet kavramı da; yaşam tarzı, geçmiş deneyimler ve gelecekte beklenenler ile bireysel ve toplumsal değerleri içeren karmaşık bir faktör olarak ele alınmaktadır. Hasta memnuniyeti kavramı en genel ifadesi ile hastanın beklentileri ile aldığı bakımın uyumu şeklinde tanımlanmaktadır. Bireyin daha önce edinmiş olduğu deneyimlerin, yakınları yoluyla öğrendiği bilgilerin, sosyo-demografik özelliklerinin, sağlık durumunun, kendi sağlık durumunu algılayışının vb. birçok faktörün hasta memnuniyetini etkilediği ifade edilmektedir (Yılmaz,2001:70-72).

Bu açıklamalar çerçevesinde yapılan araştırmanın amacı; Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne sağlık hizmeti almak amacıyla başvuran hastaların; hasta memnuniyetini ve aldıkları hizmete ilişkin algılamalarını değerlendirmektir.

2. MATERYAL YÖNTEM

Denizli'de yer alan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne başvuran hastaların memnuniyet durumlarının ve almış oldukları hizmete ilişkin algılamalarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada anket yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini, 2011 Ocak – Mayıs döneminde merkeze başvuran tüm hastalar oluşturmuştur. Bu dönemde sağlık merkezine başvuran 273 hastayla araştırma yapılmış, 7 anket birtakım eksikliklerin olması nedeniyle değerlendirme dışı bırakılmıştır. Bu çalışmada Somunoğlu ve diğerleri tarafından (2008) yapılan literatür çalışması sonucunda oluşturulan memnuniyet anketi kullanılmış, ankette hastaların sosyo-demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyal güvence, ikamet ettiği yer vb.) ilişkin soruların yanında, hasta kabul,

muayene hizmetleri ve hekim ve hemşire davranışları, fiziki koşullar ve ulaşılabilirlik ile ilgili sorulara yer verilmiştir.

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizinde SPSS 13.0 istatistik paket programı kullanılmış, verilerin değerlendirilmesinde frekans ve yüzde gibi tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır.

3. BULGULAR

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=266)

DEĞİŞKENLER	f	%
Yaş		
18-25	47	17,7
26-35	81	30,5
36-50	85	32,0
51-65	42	15,8
66 yaş ve üstü	11	4,1
Cinsiyet		
Kadın	139	52,3
Erkek	127	47,7
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	2	0,8
Okuryazar	5	1,9
İlköğretim	121	45,5
Lise	77	28,9
Lisans	53	19,9
Yüksek lisans	8	3,0
Çalışma Durumu		
Evet	124	46,6
Hayır	142	53,4
Sosyal Güvence Durumu		
Olan	252	94,7
Olmayan	14	5,3
Gelir Durumu (TL)		
Asgari ücret	81	30,5
650-1000	101	38,0
1001-2000	64	24,1
≥2001	20	7,5
İkamet Edilen Yer		
İl	201	75,6
İlçe	35	13,2
Köy	30	11,3

Toplam	266	100,0

Tablo 1 incelendiğinde; hastaların %32,0'ının 36-50 yaş grubunda yer aldığı, %52,3'ünün kadınlardan oluştuğu, %45,5'inin ilköğretim düzeyinde öğrenime sahip olduğu, %53,4'ünün çalışmadığı, %94,7'sinin sosyal güvencesinin olduğu, %38,0'ının gelirin 650-1000 TL arasında olduğu ve %75,6'sının da ilde yaşadığı ortaya çıkmaktadır.

Tablo 2. Hastaların Sağlık Merkezinde Verilen Hizmete Yönelik Görüşlerinin Dağılımı

DEĞİŞKENLER	f	%
Merkeze Geliş Sayısı		
İlk geliş	47	17,7
2. geliş	43	16,2
3. geliş	44	16,5
4. geliş	33	12,4
5. ve üzeri geliş	99	37,2
Hasta Kabul İşlemlerinin Hızı		
Evet, hızlıydı	210	78,9
Hayır, hızlı değildi	56	21,1
Hasta Kabul İşlemlerini Yapan Görevlinin Nazik Davranış Gösterme Derecesi		
Mükemmel	75	28,2
İyi	168	63,2
Kararsızım	17	6,4
Kötü	4	1,5
Çok kötü	2	0,8
Sağlık Merkezinin Kuralları Konusunda Bilgi Verilme Durumu		
Evet	210	78,9
Hayır	56	21,1
Hizmetlere İlişkin Uzun Bekleme Durumu		
Sıra almak için	164	61,6
Muayene için	102	38,4
Sıra Almak İçin Bekleme Süresi		
Yarım saatten az	113	42,5
Yarım saat ile 1 saat arası	108	40,6
1 saatten fazla	45	16,9
Muayene Süresi		
1-10 dakika arası	85	32,0
11-20 dakika arası	119	44,7
21-30 dakika arası	42	15,8
31 dakika ve üstü	20	7,5
Muayene Süresinin Yeterlilik Durumu		
Evet	231	86,8
Hayır	35	13,2
Merkezdeki Diş Hekimi Sayısının Yeterlilik Durumu		
Evet	204	76,7

Hayır	62	23,3
Diş Hekiminin Hastalık ve Tedavi Hakkında Bilgi Verme Derecesi		
Mükemmel	103	38,7
İyi	131	49,2
Kararsızım	24	9,0
Kötü	4	1,5
Çok kötü	4	1,5
Sağlık hizmetinin Alınması Sırasında Mahremiyete Özen Gösterime Durumu		
Evet	235	88,3
Hayır	31	11,7

DEĞİŞKENLER	f	%
Diş Hekiminin Nazik Davranış Gösterme Derecesi		
Mükemmel	131	49,3
İyi	122	45,9
Kararsızım	11	4,1
Kötü	2	0,8
Tedavi Kararlarına Katılma Durumu		
Evet	238	89,5
Hayır	28	10,6
Sizi Tedavi Eden Diş Hekimine Güven Duyma Durumu		
Evet	253	95,1
Hayır	13	4,9
Diş Hekiminin Elinden Geleni Yaptığını Düşünme Durumu		
Evet	247	92,9
Hayır	19	7,1
Hemşirenin Nazik Davranış Gösterme Derecesi		
Mükemmel	108	40,6
İyi	148	55,6
Kararsızım	8	3,0
Kötü	2	0,8
Tedavi Sürecinde Görev Alan Hemşireye Güven Duyma Durumu		
Evet	252	94,7
Hayır	14	5,3
Diş Hekiminin ve Hemşirenin Ekip Çalışması Yapma Derecesi		
Mükemmel	106	39,8
İyi	147	55,3
Kararsızım	11	4,1
Kötü	2	0,8
Nasıl Bir Sağlık Hizmeti Alınacağına İlişkin Fikir Sahibi Olma Durumu		
Evet	108	40,6
Hayır	158	59,4
Verilen Sağlık Hizmetinden Duyulan Memnuniyet Durumu		
Evet	236	88,8
Hayır	11	4,1
Kararsız	19	7,1
Alınan Hizmeti Özel Sektörden Almayı Tercih Etme Durumu		
Evet	82	30,8
Hayır	143	53,8

Kararsız	41	15,4
Toplam	266	100,0

Tablo 2 incelendiğinde; hastaların %37,2'sinin sağlık merkezine 5.gelişleri olduğu, %78,9'unun hasta kabul işlemlerini hızlı bulduğu, %63,2'sinin tıbbi sekreterin, %45,9'unun hekimlerin, %55,6'sının da hemşirelerin hastalara ilişkin davranışlarını nazik olarak nitelendirdiği görülmektedir. Bunun dışında hastaların, %61,6'sının sıra almak için uzun süre beklediğini belirttiği, %88,8'inin aldığı hizmetten memnuniyet duyduğu, %53,8'inin hizmet için özel sektöre gitmeyi düşünmediği, %89,5'inin kararlara katılabildiğini ve %88,3'ünün de mahremiyetlerine dikkat edildiğini söylediği, %55,3'ününse sağlık personeli arasındaki ekip yaklaşımını iyi bulduğu ortaya çıkmaktadır.

Tablo 3. Hastaların Sağlık Merkezinin Fiziki Özelliklerine Yönelik Görüşlerinin Dağılımı

DEĞİŞKENLER	f	%
Sağlık Merkezinin Ulaşılabilirliği		
Rahat ulaşım	183	68,8
Rahat olmayan bir ulaşım	83	31,2
Sağlık Merkezine Ulaşmada Yaşanan Problemler		
Uzaklık	43	16,2
Yolların bozukluğu	31	11,7
Dolmuş saatlerinin düzensizliği	9	3,4
Sorun yok diyenler	183	68,8
Sağlık Merkezinin Genel Temizlik ve Düzenini Değerlendirme		
Mükemmel	81	30,5
İyi	164	61,7
Kararsızım	20	7,5
Kötü	-	-
Çok kötü	1	0,4
Sağlık Merkezinin Kuralları Konusunda Bilgi Verilme Durumu		
Evet	210	78,9
Hayır	56	21,1

Tablo 3 incelendiğinde; hastaların %31,2'si sağlık merkezine ulaşım açısından sıkıntı yaşadığını ifade etmekte, bu sıkıntıların da %16,2'sinin uzaklıktan, %11,7'sinin yolların bozukluğundan, %3,4'ünün de dolmuş saatlerinin düzensizliğinden kaynaklandığına işaret etmektedir. Hastaların %61,7'si sağlık Merkezinin genel temizlik ve düzenini de iyi olarak değerlendirmiştir.

Ayrıca sağlık hizmetinin daha iyi olmasına yönelik olarak hastaların önerilerinin neler olduğu şeklindeki bir soruya verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde; %6,8'i sağlık merkezindeki kuyruk ve bekleme sorununun çözülmesine, %4,8'i çalışan sayısının artırılmasının gerekliliğine, %1,1'i personelin daha nazik davranabilmesine, %4,0'ı da tedavilerine ilişkin bilgilendirilmelerinin gerekliliğine ilişkin görüş bildirmişlerdir.

4. SONUÇ ve ÖNERİLER

Günümüzde sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde, hastaların bakış açısının da önemli ölçütlerden biri olduğuna işaret edilmektedir. Özellikle hastaların bilinçlenmesinin, hasta hakları kavramının ön plana çıkmasının, sosyo-kültürel hayatta gelişmeler yaşanmasının, hastaların sunulan hizmete ilişkin beklentilerin yükselmesinde etkili olduğu düşünülmektedir. Hastaların aldıkları hizmete ilişkin memnuniyet durumlarının yüksek olması, kararlara katıldıklarını ifade etmeleri, mahremiyetlerine önem verildiği düşünceleri, ekip yaklaşımının varlığından bahsetmeleri önemli bulgular arasında yer almaktadır. Hastaların sağlık merkezine ulaşım açısından yaşadıkları sorunların çözülmesinin ve sağlık hizmetinin daha iyi olmasına ilişkin olarak yaptıkları öneriler çerçevesinde birtakım önlemler alınması durumunda, sağlık hizmetine yönelik memnuniyet düzeyinin daha da yükseleceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Atman, Ümit (2010) “Sağlık Kurumuna Başvuran Bireylerin Kalite Beklentisi: Bir Devlet Hastanesi Örneği”. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 28 Nisan-01 Mayıs, Antalya.

Kaya, Sıdika (2003) “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi:Çeşitli Ülkelerdeki Uygulamalara Genel Bir Bakış”. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt 6, No.2, sayfa57-70.

Kaya, Sıdika- Yiğit, Çetin-Peker, Suat-Cankul, Halil İ. (2003) “Bir Askeri Hastanenin Dahiliye Polikliniğini Kullanan Hastaların Kalite Algıları”. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt6, No.4,sayfa 89-113.

Somunoğlu, Sinem- Bozkurt, Turgay- Memiş, Hüseyin- İsmailoğlu, Ömer A.- Fatı, Durmuş.A.- Kaşık, Mustafa, Kılıç, Emre- Koçak, Ufuk- Kara, Fuat (2008) “Zonguldak Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Belirlenmesi Üzerine Bir Çalışma” Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 22-26 Ekim, Kemer/Antalya.

Somunoğlu, Sinem- Bozkurt, Turgay- Memiş, Hüseyin- İsmailoğlu, Ömer A.- Fatı, Durmuş.A.- Kaşık, Mustafa, Kılıç, Emre- Koçak, Ufuk- Kara, Fuat (2008) “Hasta Yakınlarının Penceresinden Memnuniyet Kavramı: Zonguldak Örneği” Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 22-26 Ekim, Kemer/Antalya.

Şahin Ü. (1999) “Hastane İşletmeciliğinde Toplam Kalite Yönetimi” (edt Ersoy ve Kavuncubaşı) II.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 15-16 Mayıs 1999, Ankara.

Yılmaz, Meryem (2001) Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2): 69-74.

Kavuncubaşı, Şahin ve Yıldırım, Selami. (2010) Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitapevi, Ankara.

HASTALARIN AKILCI İLAÇ KULLANIMI KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİ VE ROLLERİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

Zekeriya Gümüş¹ , Zeynep Sağlam²

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı; ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi düzeylerini ve rollerini belirlemektir.

Yöntem ve Gereç: Araştırma özel bir hastanede ayakta ve yatarak tedavi gören 225 hastada yapılmıştır. Bu çalışmada, yalnız veya birlikte yaşama durumu, kullanılan ilaç sayısı, alternatif tedavi seçenekleri ile ilaçların nasıl kullanılacağı ve yan etkileri hakkında bilgileri, reçeteli-reçetesiz ilaç kullanma, kullanılan ilaçların türleri, hekim veya başkalarının tavsiyesine göre mi? ilaç aldıkları gibi konularda hastaların bilgilerine başvurulmuştur.

Veriler SPSS 15.0 istatistik paket programında ki kare testi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Elde edilen sonuçlara göre okuryazar olmama durumu %15,6, yalnız başına yaşayanlar %5,3, günlük kullanılan ilaç sayısı (ortalama $\pm$ standart sapma) 2.25 ± 0.08 olarak bulundu. Hastaların %50,2'si alternatif tedavi seçenekleri hakkında bilgi sahibi değildi. %3,1'i ilacın kullanımını, %28,4'ü ise yan etkilerini bilmiyordu. Reçetesiz ilaç kullanımı %30 iken, en sık kullanılan ilaçlar ağrı kesicilerdi (%78,4). Kendi kendine antibiyotik kullanımı % 29,3, başkalarının tavsiye ettiği ilacı kullanma ise %10,7 olarak tespit edildi.

Sonuç: Gelişmekte olan ülkelerde ilaçların akılcı olmayan kullanımı hâlâ hasta güvenliğini tehdit eden önemli bir halk sağlığı problemidir. Hekimler ilaçların nasıl kullanılacağı konusunda hastalarını bilgilendirmeli ve iyi bir iletişim kurmalıdır. İlaç düzenleyici otorite tarafından akılcı ilaç kullanımı konusunda sağlık çalışanlarına, hastalara ve halka eğitim verilmeli, bu konuda hastaların rolü geliştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akılcı İlaç Kullanımı, Hastaların Roller, Hasta Bilgilendirme, Eğitim

Abstract

Purpose: The aim of the study is to determine the role of patients, knowledge level about the rational use of medicines in hospital inpatient and outpatient.

Methods and Materials: The survey was carried out to 225 patients that are in a private hospital inpatient and outpatient. In this study we asked patients about; literate, together and alone living, the number of used drugs, information about how using medicines and chance of alternative treatment, use of prescription and nonprescription medicines, the types of drugs that used, recommend physician or the other people while buying medicines. The obtained data were analyzed in SPSS 15.0 software and chi-square calculations.

¹ Uzman Doktor, Ordu Devlet Hastanesi, zekeriyaumus@yahoo.com

² Uzman Hemşire, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksek Okulu, zsaglam52@gmail.com

Results: According to the results of the study 15.6% of the patients were not literate, 5.3% was living alone. The number of average used drugs per day was found 2.25. The number of the patients weren't informed about alternative treatment is 50.2%. 3.1% of the patients didn't know how to use drugs and 28.4% of the patients didn't know about side effects. 30.0% use of nonprescription drugs and their 78.4% mostly use painkillers. 29.3% use antibiotics and 10.7% use the drugs that other people recommend.

Conclusions: The irrational use of drugs is currently an important public health problem in many developing countries and it also threatens patient safety. The physicians should inform the patients about how to use drugs and they should have a good communication. Health employees, patients and communities should be given education by the drug control authority about the rational use of drugs and on this subject the role of patients should be developed.

Keywords: Rational Drug Use, Roles of Patients, Patient Information, Education

1. GİRİŞ

Tüm dünyada yanlış, gereksiz, etkisiz ve yüksek maliyetli ilaç kullanımı çeşitli boyutlarda sorunlara neden olmaktadır. Bunlardan biri gereksiz ve yanlış tüketime bağlı sorunlardır ki, bunların içinde en önemlisi antibiyotiklere direnç gelişimidir. Bir diğer boyutu ekonomik sorunlardır; yüksek ilaç harcamaları sosyal güvenlik kurumlarına ağır bir yük getirmekte, geri ödemede ciddi sorunlara yol açmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007: 2).

1.1. Akılcı İlaç Kullanımının Tanımı

1985 yılında Nairobi’de yapılan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) toplantısında akılcı ilaç kullanımı çalışmaları için başlangıç sayılmaktadır. DSÖ’ nün tanımlamasına göre:

“akılcı ilaç kullanımı; kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, onlara ve içinde bulundukları topluluğa en az maliyetle ve kolayca sağlayabilmeleri” dir (WHO, 1987:78).

Akılcı ilaç kullanımı; bir hastalığın önlenmesi, kontrol altına alınması veya tedavi edilmesi için bir ilacın kullanılmadan önce MUTLAKA 5 YÖNDEN DOĞRU olduğundan emin olmaktır.

- Doğru ilaç
- Doğru kişi için
- Doğru miktarda.
- Doğru zamanda.
- Doğru şekilde (yutma, çiğneme gibi). (eczacinizadanisin.info, 2011)

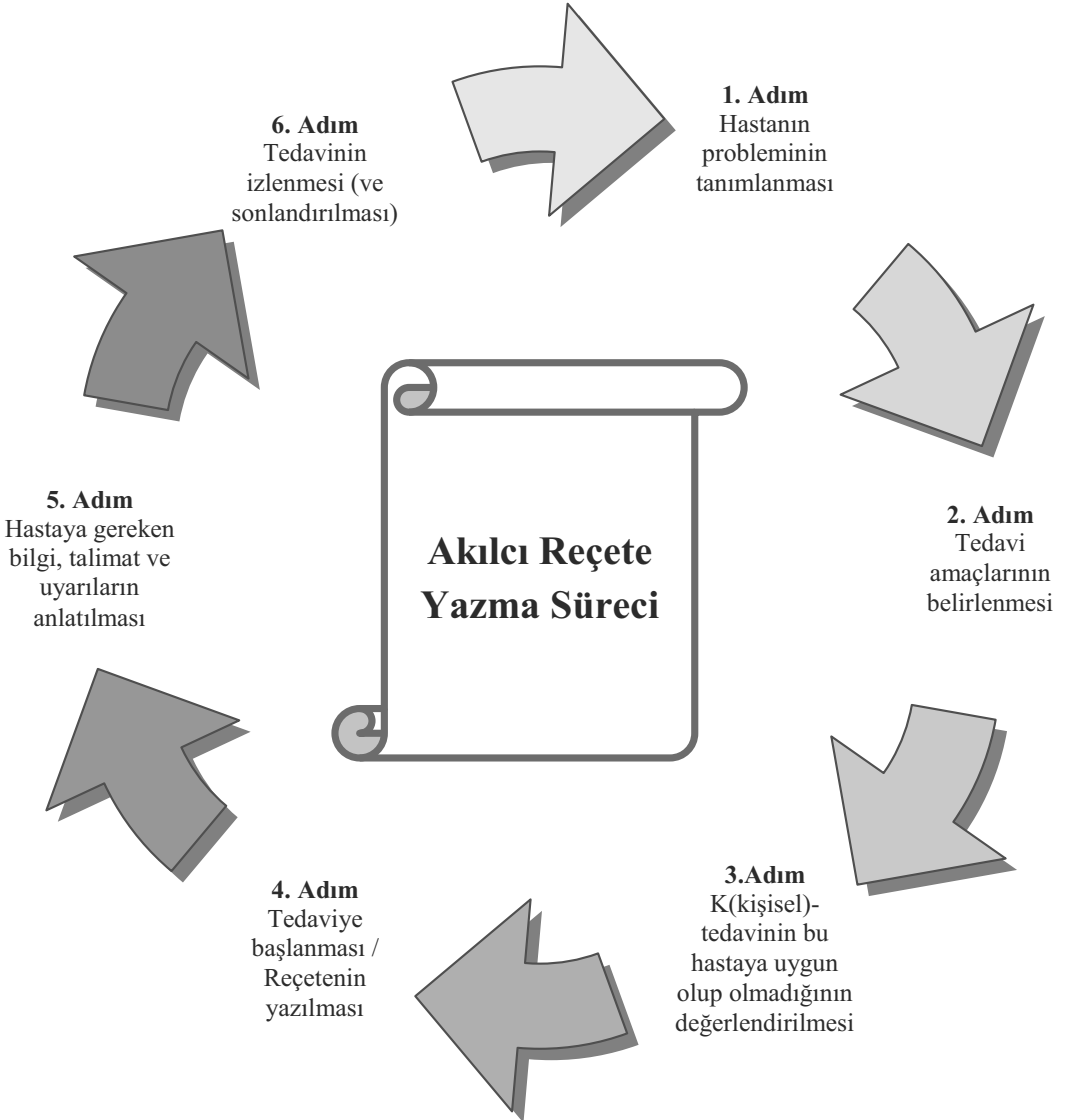
Akılcı ilaç kullanımı, ilaç tedavisinin etkili, güvenli ve ekonomik biçimde uygulanmasına olanak tanıyan planlama, yürütme ve izleme sürecidir. Bu süreç; devletin, ilaç endüstrisinin, başta hekimler ve eczacılar olmak üzere sağlık çalışanlarının ve toplumun akılcı davranmasını gerektirmektedir (Sağlık Bakanlığı, 1993:1)

Sağlık hizmetlerine ve ilaca erişimde hakkaniyete uygun, adil ve kaliteli hizmet sunumu akılcı ilaç kullanımı için önemlidir.

1.2. Akılcı İlaç Kullanım İlkeleri

- Doğru tanıya dayanmak
- Uygun ilacı seçmek; gereken dozunu, uygun yoldan ve tedavi sanatı ile sunmak ve yeterli süre kullanmak
- Tedavi başarısını değerlendirmek; yan etkileri ve hasta uyuncunu izlemek
- Birden çok ilaç kullanılacaksa etkileşimlerini değerlendirmek
- Tasarlanan tedavinin gerçekleştirilebilirliğini ve maliyetini dikkate almak (Eşkazan, 1999:2).

Hastanın tedavisi planlanırken akılcı reçete yazma sürecine uyulmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2003:9-10).



Hastasının durumunu etraflı bir şekilde inceleyip tanı koyduktan sonra mevcut ilaçlar arasından en uygununu seçecek ve buna göre reçete yazacak olan sorumlu kişi hekim olduğundan, hekimin yükümlülüğü ve davranışı rasyonel ilaç kullanımının birincil önemdeki ögesini oluşturur. Hekimin akılcı ilaç tedavisi kararı verirken göz önünde bulundurması gereken en temel noktalardan biri, tanının doğru konmasıdır (Oktay, 2006:15).

1.3. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Maliyeti

Akılcı olmayan ilaç kullanımının hem tıbbi hem de ekonomik sonuçları vardır. Tıbbi açıdan uygun olmayan tedavi gereksiz ıstıraba ve ölüme, iatrojenik hastalıklara, tekrar hastane girişlerine ve artan antimikrobiyal direnç yol açabilir. Akılcı olmayan kullanım halkın sağlık bakım sistemine olan güvenini, tedavi edici ve önleyici hizmetlere olan erişim oranını azaltmaktadır. Ekonomik olarak, akılcı olmayan kullanım kaynakların aşırı israfına ve ihtiyaç duyulan alanlarda temel ilaçların bulunmamasına sebep olmaktadır (DSÖ, 1988:63)

2008 yılı rakamlarına göre OECD ülkelerinde gayrisafi yurtiçi hasılanın (GSYH) toplam sağlık harcamasına ayrılan oranları Amerika Birleşik Devletleri'nde %16,0, Almanya'da %10,5, İspanya'da 9.0 iken Türkiye'de %6,1'dir. 2009 yılı rakamlarına göre; ülkemizde Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yaptığı toplam sağlık harcamasının çok önemli bir bölümünü (%45,6) ilaç oluşturmaktadır. Oysa İngiltere ve Amerika Birleşik Devletlerinde toplam sağlık harcamasının içindeki ilaç payı %11 dolayındadır. 2010 yılı itibari ile Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) gelir-gider dengesine bakıldığında %22,0 oranında cari açık vermektedir (TÜİK, 2010:167-168, OECD:2010). 2010 yılındaki Türkiye yıllık reçeteli ilaç pazarının büyüklüğü 13,9 Milyar TL olup 1,45 milyar kutu reçeteli ilaç satılmaktadır. 2003 ve 2010 yılı reçeteli ilaç satışı verilerine göre en fazla tüketilen ilaç grubu antibiyotiklerdir (Grafik-1) (ieis.org.tr, 2011).

DSÖ' ne göre ilaçların %50'den fazlası uygun olmayan bir şekilde reçete edilmekte, satılmakta veya dağıtılmakta ve hastaların yarısı da ilaçları yanlış kullanmaktadır. İlaçların çok fazla, eksik veya yanlış kullanımı insanlara zarar vermekte ve kaynaklar boşa harcanmaktadır (who.int, 2011).

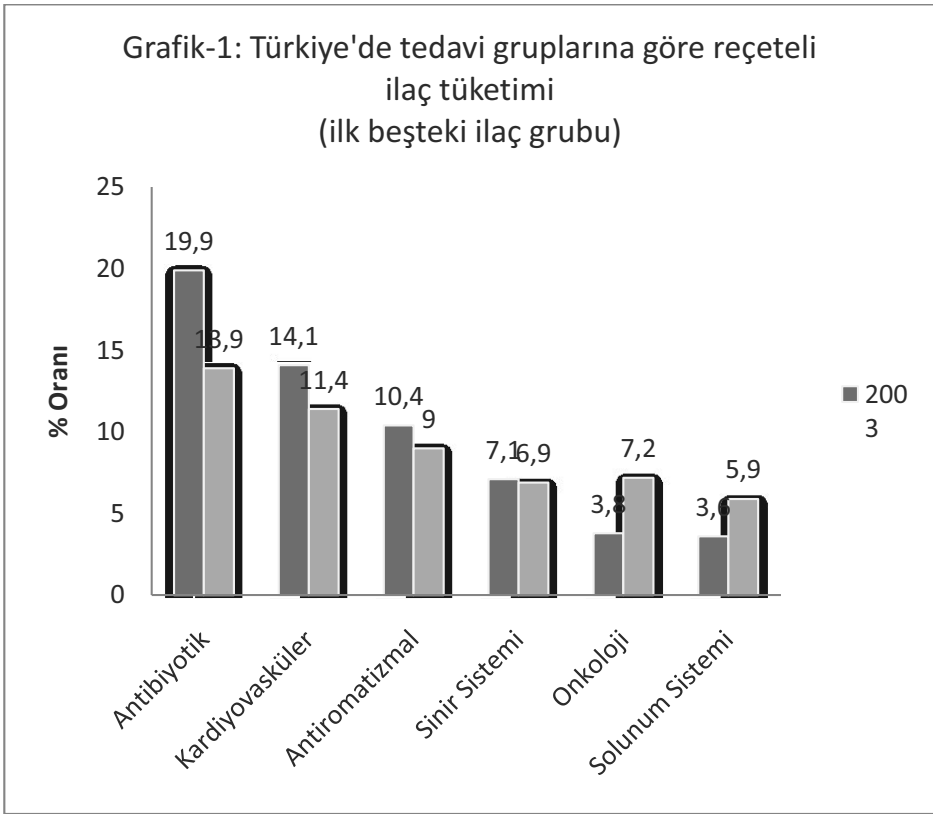
Türkiye sağlığa ayırdığı sınırlı kaynaklarının çok önemli bir bölümünü (%45,6) ilaca harcamaktadır. İlaça ayrılan kaynakların boşa gitmemesi akılcı ilaç uygulamalarının geliştirilmesine bağlı görünmektedir. T.C Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı tarafından yapılan ve 2011 yılında yayınlanan bir çalışmada hastaların %48,1'i kendi kendine ilaç kullanmakta, %26,2'si kendi kendine doktor tavsiyesi olmadan antibiyotik kullandığını belirtmişlerdir. Yine bu çalışmada hekimlerin %56,0'ı "Sağlık Bakanlığı Birinci Basmağa yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi"ni kullanmadıklarını belirtmişlerdir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu çalışma bir kez daha göstermiştir ki; Türkiye'de akılcı olmayan ilaç kullanımı yaygın bir sorundur.

1.4. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Nedenleri

- Polifarmasi (çok fazla sayıda ilaç kullanma)
- Antibiyotiklerin ve enjeksiyonların yanlış ve çok fazla kullanımı
- Klinik kılavuzlara uygun olmayan reçete yazma alışkanlıkları
- Hastaların kendine kendine ilaç kullanması
- İlaçla tedavide hastanın uyuncu sorunu
- Sağlık çalışanlarının eğitim yetersizliği

- Toplumun eğitilmemesi
 - Standart tanı ve tedavi rehberlerinin yokluğu
 - Ülkeye özgü ulusal temel ilaçlar listesinin yokluğu
 - Ulusal ve hastane ilaç formülerlerinin yokluğu
 - Yetersiz laboratuvar alt yapısı
 - Etik olmayan ilaç pazarlamaları ve ilaç dağıtımındaki sorunlar
 - Sağlık çalışanlarının iş yükü
 - Ulusal ilaç politikalarının koordinasyonsuzluğu
- (WHO, 2011:2, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007: 3)

Yukarıda sıralanan nedenler reçete yazma, ilacın dağıtımı ve hastanın uyuncu başlığı altında üç grupta toplanabilir. Ulusal ilaç politikasının geliştirilmesi ve akılcı ilaç kullanımını teşvik edici çalışmalar sağlık çalışanlarına, hastalara ve ilaç üreticileri ve dağıtıcılarına yönelik olmalıdır.



Kaynak: IMS, İEİS

1.5. Akılcı İlaç Kullanımını Geliştirmek İçin Yapılması Gereken Çalışmalar

İlaç kullanımını akılcı hale getirmek için eğitim, yönetsel faaliyetler, finans ve düzenlemeler olmak üzere 4 ana stratejiye yönelik planlama yapılmalıdır. Hekimlere ve tüketicilere yönelik eğitimler en sık kullanılanlardır (Grand, 1999:91-97, WHO, 2006:24,28).

Akılci İlaç Kullanımına Yönelik Stratejiler	
Hekimlere Yönelik	Hastalara/Tüketicilere Yönelik
Eğitsel Materyaller <i>Standart Tedavi/ Klinik Kılavuzlar</i> <i>Bültenler/Haber mektupları</i> <i>İş akışları, Tanı Kartları</i> <i>Basit basılı bilgi formları</i> Eğitim Yaklaşımları <i>Yüz Yüze Eğitim</i> <i>Seminerler, Çalıştaylar</i> <i>Hizmet içi Eğitim</i> <i>Klinik Gözetim/Konsültasyon</i> <i>Geribildirimler, Değerlendirmeler</i> <i>İlaç Bilgi Merkezleri</i> Yönetsel Stratejiler <i>Temel İlaç Listesi</i> <i>Kit Sistemli Dağıtım</i> <i>Basılı Sipariş Formları</i> <i>Stok Kontrol, Etkili Paket Etiketleme</i> Finansal Müdahaleler Düzenleyici Stratejiler <i>Pazarlama veya Uygulamaya Yönelik</i> <i>Kontroller</i>	Eğitim <i>Hasta Eğitimi</i> <i>Toplum Eğitimi</i> <i>Medya esaslı eğitimler: TV, Radyo, Poster</i> Yönetsel Stratejiler <i>Tedavi Paketleri Kursları</i> Finansal Müdahaleler <i>Topluma Geri dönen İlaç fonları</i> Düzenleyici Stratejiler

1.5. Çalışmanın Amacı

Tüketicilerin, yani hastaların akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi düzeyleri, davranışları ve tutumları akılcı olmayan ilaç tüketiminin azaltılmasında önemli bir role sahiptir. Özel bir hastanede ayaktan ve yatarak tedavi gören hastaların akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi düzeylerini ve rollerini belirlemek amacıyla bu araştırma yapılmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın evrenini Ordu il merkezindeki özel bir hastanede (Özel Ordu Umut Hastanesi) ayaktan ve yatarak tedavi gören, on sekiz yaşını geçmiş, anket sorularını yanıtlamayı araştırmayı kabul eden, bilinci açık sorulara kendi yanıt verebilecek düzeyde 225 hasta oluşturmuştur. Veriler 01/10/2010–31/10/2010 tarihleri arasında literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan anket formu ile yüz yüze görüşme yapılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 15.0 programında frekans, yüzde dağılımı ve ki kare hesaplamaları ile değerlendirilmiştir.

2.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın özel bir hastanede yapılması, ankete dayalı olması, buradan hizmet alan hasta profilinin toplumdaki genel hasta profilini yansıtmayabileceği araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

3. BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $51,05 \pm 16,33$, cinsiyet dağılımı %76,0'sı kadın ve %24,0'ü erkektir. Eğitim düzeyine bakıldığında okuryazar olmayanlar %15,6 iken üniversite mezunlarının oranı yalnızca %9,8'dir. Hastaların çoğu ev hanımı (%64,0) olup %27,6'sı çalışıyordu.

Tablo 1. Hastaların Sosyal Ve Demografik Özellikleri

		n	%
Yaş 51,05±16,33 (min:19 max:86)	19-32 yaş	37	16,4
	33-46 yaş	49	21,8
	47-60 yaş	74	32,9
	61-74 yaş	51	22,7
	75-86 yaş	14	6,2
Cinsiyet	Kadın	171	76,0
	Erkek	54	24,0
Medeni Durum	Evli	187	83,1
	Bekar	15	6,7
	Dul	23	10,2
Çocuk Sayısı 2,31±1,65	Yok	35	15,6
	1-3	149	66,2
	4-6	35	15,6
	7-9	6	2,7
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	35	15,6
	İlkokul	89	39,6
	Ortaokul	27	12,0
	Lise	52	23,1
	Üniversite	22	9,8
Meslek	Ev hanımı	144	64,0
	Memur	16	7,1
	Serbest	46	20,4
	Çiftçi	9	4,0
	Öğrenci	3	1,3
	Emekli	7	3,1
Sosyal Güvencesi Var Mı?	Hayır	14	6,2
	Evet	211	93,8
Gelir Düzeyi İfadesi	Kötü	1	0,4
	Orta	157	69,8
	İyi	67	29,8
Yaşanılan Yerleşim Birimi	İl	137	60,9
	İlçe	42	18,7
	Köy	46	20,4
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız	12	5,3
	Eşiyle	76	33,8
	Çocuklarıyla	12	5,3
	Eşi ve çocukları	111	49,3
	Ailesiyle	14	6,2

Sosyal Güvencesi bulunanların oranı %93,8 ve %69,8'i gelir durumunu orta düzey olarak tanımlamıştır. %60,9'u şehir merkezinde yaşarken %20,4'ü köyde yaşamaktadır. Hastaların çoğu eşi ve çocukları ile yaşarken %5,3'ü yalnız başına yaşamaktadır.

Ankete katılan hastaların hastaneye başvuruları sırasında kendilerine konulan hastalık teşhisleri dışında kronik hastalıklarının bulunup bulunmadığı, kendilerine yazılan reçete dışında uzun süreli başka ilaç kullanıp kullanmadığı da sorulmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların Kronik Hastalıkları Ve Kullandıkları İlaçların Dağılımı

		n	%
Hastanın hastanede hizmet aldığı yer	Poliklinik	171	76,0
	Klinik	54	24,0
Kronik hastalığı olma durumu (en az 6 ay süreli)	Hayır	85	37,8
	Evet	140	62,2
Kronik hastalık sayısı (n=140) 1,42±0,55	Bir	85	60,7
	İki	51	36,4
	Üç	4	2,9
Kronik hastalıklar	Diyabet (9,96±0,83 yıl)	62	27,6
	Hipertansiyon (10,82±0,78 yıl)	96	42,7
	Kardiyovasküler (10,92±2,66 yıl)	13	5,8
	Guatr (6,33±1,33 yıl)	15	6,7
	Diğer (astım vb) 8,76±1,69 yıl	13	5,8
	Paralizi	2	2,1
Hastaneye geliş nedeniniz kronik hastalığınız mı? (n=140)	Hayır	49	35,0
	Evet	91	65,0
Sürekli kullanılan ilaç grupları	Antidiyabetik	63	28,0
	Antihipertansif	95	42,2
	Tiroid	15	6,7
	Diğer (bronkodilatör, antiaritmik vb)	24	10,7
Günlük kullanılan ortalama ilaç sayısı: 2,25±0,08			

Katılımcıların çoğu polikliniklerden sağlık hizmeti alırken (%76), hastaneye geliş sebeplerinin %65,0'i kronik hastalıkları olduğunu ve %62,2'nin en az 6 ay süreli kronik hastalıkları bulunduklarını beyan etmişlerdir. Ortalama kronik hastalık sayısı 1,42±0,55 olup sırasıyla hipertansiyon (%42,7), diyabet (%27,6), guatr (%6,7), kardiyovasküler (%5,8) hastalıklar bulunmuştur.

Günlük kullanılan ortalama ilaç sayısı 2,25±0,08'dir. Sürekli kullanılan ilaçların başında antihipertansifler (%42,2), ve antidiyabetikler (%28,0) gelmektedir.

Katılımcılara hekimin muayene ve ilaç yazma sürecine, eczaneden ilaç alma sürecine ilişkin izlenimleri sorulmuştur (Tablo 3).

Hekimlerin %15,1'i muayene sırasında hastalarına sürekli olarak kullandıkları ilaçları sormamaktadır. Hastaların %50,2'si alternatif tedavi seçenekleri konusunda

bilgilendirilmemiştir. Hekimlerin çoğunluğu (%78,7) hastasına yazdığı reçetede ilaçların nasıl kullanılacağını anlatmaktadır. Hastaların %34,2'si hekim ve eczacıdan kullanım talimatı konusunda bilgi alırken bilgiyi tekrar ettirerek kalıcı kılmamaktadır. Hastaların %67,1'ne ilaçla birlikte yiyecek ve aktivite sırasında dikkat edilecek kurallar anlatılmamıştır.

Hastaların sürekli kullandığı ilaçların kullanım şekli ve dozunda ilgili hekimi değişiklik yapmıştır (%32). Değişiklik yapılmasının gerekçeleri %75 doz yetersizliği, %22,2 yan etkiler, %2,8 ilacın kullanımını azaltarak sonlandırmak içindir.

Hastaların %95'i kendilerine yazılan reçeteyi okumamaktadır. Reçetenin hastalar tarafından okunmamasının sebeplerinin başında reçetelerin okunaklı olmaması (%83,7) gelmektedir. Ayrıca hastaların %16,3'nün okuryazar olmaması nedeniyle reçeteyi okuyamadıklarını belirtmişlerdir.

Hastaların %80,4'ü eczaneden ilacını alırken eczacısından yeterli bilgi aldıklarını söylemişlerdir. Eczaneden ilaç temininde güçlük yaşayanların oranı %17,8'dir.

Tablo 3. Hastaların Hekimin Reçete Yazma Ve Eczaneden İlaç Alma Sürecine İlişkin Görüşleri

		n	%
Hekim muayenenizde sürekli/evde kullandığınız ilaçları sordu mu?	Hayır	34	15,1
	Evet	191	84,9
Alternatif tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirildiniz mi?	Hayır	113	50,2
	Evet	112	49,8
İlaç yazıldığında nasıl kullanacağınız anlatıldı mı?	Hayır	7	3,1
	Evet	218	96,9
Cevabınız evet ise kim tarafından anlatıldı? (n=218)	Doktor	177	78,7
	Hemşire	-----	-----
	Eczacı	214	95,1
Bilgiyi tekrar ederek kalıcı kıldınız mı?	Hayır	77	34,2
	Evet	148	65,8
İlaç yazıldığında yiyecek/aktivite de dikkat edilecek kurallar anlatıldı mı?	Hayır	151	67,1
	Evet	74	32,9
Cevabınız evet ise kim tarafından anlatıldı?	Doktor	72	32,0
	Hemşire	2	,9
	Eczacı	27	12,0
Sürekli kullandığınız ilaçların kullanım şekli ve dozunda değişim oldu mu?	Hayır	153	68,0
	Evet	72	32,0
Değişikliğin sebebi nedir? (n=72)	Dozun yetersizliği	54	75,0
	Yan etkisi	16	22,2
	İlacı kesmek için	2	2,8
Yazılan reçeteyi okuyor musunuz?	Evet	10	5
	Hayır	215	95
Reçeteyi okuyamıyorsanız sizce nedeni nedir? (n= 215)	Reçete yazısı okunmuyor	180	83,7
	Okuryazar değil	35	16,3
İlacınızı eczaneden alırken eczacınız yeterli bilgi verdi mi?	Hayır	44	19,6
	Evet	181	80,4

Eczaneden ilaç temininde zorluk yaşadınız mı?	Hayır	185	82,2
	Evet	40	17,8

Ankete katılan hastaların ilaç kullanımı konusundaki bilgi düzeyleri, tutum ve davranışlarına yönelik sorular sorulmuştur (Tablo 4).

Hastaların çoğunluğu ilaçların kullanım süresini (%91,6), ilaca bağlı bir yan etki görüldüğünde nereye başvuracağını (%96), ilaçların saklama koşullarını (%94,7) bildiklerini belirtmişlerdir. Hastaların %28,4'ü ilaçların yan etkileri konusunda bilgilerinin olmadıklarını, %55,1'i ilaca bağlı yan etki oluştuğunda doğrudan hekimine ulaşabilmek için telefon numarası bilgisine sahip olmadıklarını bildirmişlerdir. Hastalar kullanmadıkları ilaçların %19,1'i saklamakta, %60;9'u atmakta, %7,1'i bir başkasına vermekte, %12,9'u ise Sağlık Ocağına vermektedir. İlaçların son kullanım tarihini kontrol edenlerin oranı %77,3, kendini iyi hissettiğinde ilaç kullanmayı kesenlerin oranı da %48,9'dur.

Hastaların %10,7'si bir başkasının tavsiye ettiği ilacı kullanmakta, %30,7'si reçetesiz ilaç kullanmaktadır. Kendi kendilerin antibiyotik kullanım oranı ise %29,3'dür. Hekimin önerdiği ilacı en etkili ilaç olarak tanımlayanların oranı %20'dir.

Tablo 4. Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Hakkında Bilgi Düzeyleri, Tutum Ve Davranışları

		n	%
İlaçları ne kadar süre kullanacağınızı biliyor musunuz?	Hayır	19	8,4
	Evet	206	91,6
Kullandığınız ilaçların yan etkilerini biliyor musunuz?	Hayır	64	28,4
	Evet	161	71,6
İlaca bağlı beklenmeyen bir yan etki de nereye başvuracağını biliyor musunuz?	Hayır	9	4,0
	Evet	216	96,0
İlaçlarınızın saklama koşullarını biliyor musunuz?	Hayır	12	5,3
	Evet	213	94,7
Hekiminize kolay ulaşabileceğiniz telefon numarasını biliyor musunuz?	Hayır	124	55,1
	Evet	101	44,9
İlaç tam olarak bitmeden yenisini aldığınız oldu mu?	Hayır	196	87,1
	Evet	29	12,9
Kullanmadığınız ilaçları ne yaparsınız?	Saklarım	43	19,1
	Atarım	137	60,9
	Başkasına veririm	16	7,1
	S. Ocağına veririm	29	12,9
İlaçların son kullanım tarihini kontrol ediyor musunuz?	Hayır	51	22,7
	Evet	174	77,3
Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç kullanımına son verir misiniz?	Hayır	115	51,1
	Evet	110	48,9
Başkasının tavsiye ettiği ilacı kullanır mısınız?	Hayır	201	89,3
	Evet	24	10,7
Reçetesiz ilaç kullanıyor musunuz?	Hayır	156	69,3
	Evet	69	30,7

Kendi kendine antibiyotik kullanır mısınız?	Hayır	159	70,7
	Evet	66	29,3
En etkili ilaç sizce hangisidir?	Pahalı olan	33	14,7
	Ucuz olan	29	12,9
	Fikrim yok	55	24,4
	Faydalı olan	63	28,0
	Hekimin önerdiği	45	20,0

Yaş grupları, eğitim durumu, gelir algısı ve yerleşim yeri ile kronik hastalık sayısı, kullanılan ilaç sayısı, reçete okuma, ilaçların yan etkilerini bilme, tavsiye üzerine ilaç kullanma, reçetesiz ilaç kullanma, kendi kendine antibiyotik kullanma arasında analizler yapılmış ve şu sonuçlar elde edilmiştir. Yaş ilerledikçe kullanılan ilaç sayısında ($\chi^2=23,169$, $p<0,003$) ve reçete okumama durumu arasında ($\chi^2=15,789$, $p<0,003$), Eğitim durumu ile reçete okumama durumu ilk ve ortaokul mezunlarında ileri düzeyde ($\chi^2=27,613$, $p<0,000$), tavsiye üzerine ilaç kullanımında okuryazar olmayanlarda ileri düzeyde ($\chi^2=26,266$, $p<0,000$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Gelir algısı iyi düzeyde olanlar ile reçete okuma ($\chi^2=8,105$, $p<0,017$), orta gelir düzeyinde olanlar ile tavsiye üzerine ilaç kullanma ($\chi^2=8,651$, $p<0,13$), köyde yaşayanlar ile tavsiye üzerine ilaç kullanma ($\chi^2=14,887$, $p<0,001$) ve ilde yaşayanlar ile reçetesiz ilaç kullanma ($\chi^2=8,757$, $p<0,013$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

4. TARTIŞMA

Hastaların akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi düzeyleri, tutum ve davranışları içinde yaşadıkları toplumun sosyal ve kültürel yapısı, ekonomisi ve uygulanan sağlık politikalarından etkilenmektedir. 2010 yılında Adana ilindeki insanların ilaç kullanım alışkanlıkları hakkında yapılan bir araştırmada ankete katılanların %8,4'ü okuryazar değil, %48,6'sı ev hanımı ve %15,5'nin sosyal güvencesinin olmadığı görülmüştür (Pınar, 2010:43). Bizim çalışmamızda da benzer bir şekilde hastaların %15,6'sının okuryazar değil, çoğunluğu ev hanımı (%64,0), %6,2'si sosyal güvenceye sahip değil ve %69,8'i gelir seviyesini orta düzeyde tanımlamışlardır. İlaçların akılcı olmayan kullanımı gelişmiş ülkelerden daha çok eğitim seviyesi düşük toplumlarda; az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler de daha sık görülmektedir.

Hasta ile birlikte yaşayan kişilerin hastanın kullandığı ilaçları tanıması ve hastaya yardımcı olması da ilacın doğru bir şekilde uygulanması için önemlidir. Ankara'da yaşayan bir grup yaşının ilaç kullanım tutumlarına yönelik yapılan bir araştırmada ilaçlarını hatırlatan kişilerin %47,7 eşi, %15,9'u kızı, %13,6 oğlu ve %22,7 gelini olduğunu belirtmişlerdir (Arpacı, 2008:517). Çalışmamızda hastaların yalnızca %5,3'ü yalnız başına yaşarken çoğu eşi ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır. Bu nedenle hasta ile birlikte yaşayan kişilerin de ilaç kullanımı konusunda bilgili olması hatalı ilaç kullanımı azaltacaktır.

Dünya nüfusunun yaşlanması ve ortalama yaşam süresindeki artış kronik hastalıkların görülme sıklığını ve kullanılan ilaçların sayısında artışa neden olmaktadır. Çok sayıda ilaç kullanmak (polifarmasi) ilaçların yan etkilerinin görülme sıklığını artırmaktadır (Medeiros-Souza, 2007:1050). İlaçların yan etkileri ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalarda ölüm ve hastalık oranlarındaki artışın önemli sebeplerinden birisidir. Adverse ilaç reaksiyonlarının görülme sıklığı değişken olmakla birlikte morbidite, mortalite artışına ve kaynakların boşa harcanmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda

adverse ilaç reaksiyonları nedeniyle hastaneye başvuruların oranı %2,4-%6,7 arasında değişmektedir (Pillans, 2008:695), Lazarou, 1998:1200, Wester, 2007:573-574). DSÖ adverse ilaç reaksiyonları nedeniyle akut bakım için başvuran hasta sayısının %7-10 arasında olduğunu ve bunların %28-56'nın önlenebilir olduğunu belirtmektedir (who.int, 2007). Ülkemizde yapılan çalışmalarda 65 yaş üstü hastalarda ortalama konik hastalık sayısı %1-3 arasında değişmekte ve ortalama kullanılan ilaç sayısı 3,25'dir (Akıcı, 2006:24-25). Çalışmamızda da araştırmaya katılan hastalarda ortalama kronik hastalık sayısı (1,42±0,55) ve sürekli kullanılan ortalama ilaç sayısı (2,25±0,08) benzerlik göstermektedir. Araştırmaya katılan hastaların da ilaç güvenliği yönünden risk altında olduğu, istenmeyen ilaç etkilerine maruz kalabilecekleri söylenebilir.

Hekim muayene sırasında hastasının önceden kullandığı ilaçları sorgulamalı, akılcı reçete yazma sürecine uygun bir şekilde reçetesini yazmalı, ilaçların kullanım talimatlarını ve olası yan etkilerini anlatmalıdır. Hasta ilaçlarını eczaneden kolay bir şekilde temin edebilmeli ve eczacı tarafından ilaçların nasıl kullanılacağı ve nelere dikkat edileceği ayrıca anlatılmalıdır.

Yapılan araştırmalardan birisinde hekimlerin %52,5'nin mezuniyet öncesi, %68,7'nin mezuniyet sonrası akılcı ilaç/antibiyotik kullanımı ile ilgili eğitim aldıklarını, %60,0'ı akılcı ilaç/antibiyotik kullanımı ile ilgili eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir (Sağlık Bakanlığı, 2011:49-50).

Yapılan diğer bir çalışmada “hastayı muayene etmeden ilaç yazar mısınız?” sorusuna hekimlerin %49,8'i hiçbir zaman cevabını verirken, %46,3'ü bazen, cevabını vermişlerdir. “Hastaya ilacın kullanım biçimini anlatır mısınız?” sorusuna hekimlerin büyük çoğunluğu (%69,08), “her zaman” cevabını, “hastaya hastalığı hakkında bilgi verir misiniz?” sorusuna %69 oranında “bazen”; “yazdığınız ilacın yan etkileri hakkında bilgi verir misiniz?” sorusuna ise %47,34 oranında “hiçbir zaman” cevabını vermişlerdir. “İlacın yan etkilerini ve etkililiğini göz önünde bulundurur musunuz?” sorusuna verilen cevaplar ise ağırlıklı olarak “her zaman bulundururum” (%71,49) şeklinde olmuştur. “Hastanın isteğine göre ilaç yazar mısınız?” sorusuna hekimlerin %44,4'ü “bazen”, %22,7'si ise her zaman cevabını vermiştir. “Reçete yazarken okunaklı olmasına özen gösterir misiniz?” sorusuna hekimlerin %57,9'u “bazen”, %37,1'i ise “her zaman” cevabını vermiştir (Özata, v.d, 2008:536). Katılımcılar ise kendisini muayene eden hekimlerin kullandıkları ilaçları sorduklarını (%84,9) ve ilaçların nasıl kullanılacağını anlattığını (%96,9), eczacının yeterli bilgi verdiğini (%80,4), ancak alternatif tedavi seçeneklerini konusunda bilgilendirilmediklerini (%50,2), yiyecek/aktivitede dikkat edilecek kuralların anlatılmadığını (%67,1) belirtmişlerdir. Reçeteyi okumaya çalışan hastaların yazının okunaklı olmaması nedeniyle reçeteyi okuyamadıklarını (%83,7), bir kısmı da okuryazarlığının olmadığını (%16,3) belirtmişlerdir. Bu durum hekimlerin akılcı ilaç yazımı/kullanımı konusunda kendilerini geliştirmeleri ve hastalarını daha iyi bilgilendirmeleri gerektiğini göstermektedir.

Toplunun akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitilmiş olması, hastanın ilaçlarını doğru dozda, doğru yolla ve yeterli süre ile kullanması, kendi kendine ilaç kullanmaktan kaçınması hastaya düşen rollerden bazılarıdır. DSÖ' ne göre hastaların yarısından fazlası ilaçlarını doğru bir şekilde kullanamamaktadır. Bu nedenle toplumun akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitilmesi ve teşvik edilmesi önerilmektedir (WHO, 2006:21-26).

Yapılan birçok çalışmada ve bizim yaptığımız çalışmada hastaların akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi düzeyleri, tutum ve davranışları benzerlik göstermektedir. Özellikle reçetesiz ilaç kullanma, kendi kendine antibiyotik kullanma, başkasının tavsiye ettiği ilacı

kullanma, ilaçların yan etkilerini bilmeme, hastalık belirtilerinin geçmesi durumunda ilaç kullanmayı kesmek ve kullanılmayan ilaçları saklamak/atmamak en sık görülen sorunlardır. Akılcı ilaç kullanımı üzerinde bir pilot çalışmada hastaların %75,5'i hekime danışmadan ilaç kullanmakta, %13,2'si ilacı yanlış kullanmakta ve %24,5'i kendi kullandığı ilacı başkasına önermektedir (Özçelikay, 2001:9). Başka bir çalışmada ise Çalışmaya katılanların %28,6'sı doktorun önerdiği ilaçları kullanılması gereken süreden önce kestiğini, %34,9'u prospektüsleri okumadığını, %28,3'ü ilaçların son kullanma tarihlerine bakmadıklarını söylemişlerdir. Arkadaş/akraba/komşu tavsiyesiyle ilaç kullandığını belirtenler %25,6, başkalarına ilaç tavsiye ettiğini belirtenler %22,6'lık bölümü oluşturmaktadır. %44,8'i evlerinde şu an kullanmadıkları ilaç bulunduğunu belirtmişlerdir (Özkan, 2005:223).

Akılcı ilaç kullanımında karşılaşılan sorunların en önemlilerinden birisi gereksiz ve bilinçsiz bir şekilde antibiyotik kullanılmasıdır. Bireylerin ilaç tüketimi ile ilgili bir araştırmada evde biriktirilen ilaçlar arasında %83,1 analjezik ve steroid olmayan antienflamatuvar ilaçlardan sonra %40,3 antibiyotikler gelmektedir. İyileştğini düşünerek antibiyotikleri bitene kadar kullanmayanların oranı %67'dir (Bilgili, 2005:42). T.C Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı tarafından yapılan bir araştırmada incelenenlerin %51,3 sıklıkta soğuk algınlığı, %36,5 boğaz ağrısı, %18,5 öksürük, %13,7 idrar yolu şikâyetleri, %11,1 grip, %9,6 ateş, %7,4 baş ağrısı, %4,1 nezle, %1,4 ishal, %1,0 karın ağrısı, %35,1 de diğer nedenlerle kendi kendine antibiyotik kullandığını belirtmiştir. Bu araştırmaya katılanların %63,4'ü kullandığı antibiyotiğin adını hatırlamadığını, %36,6'sı ise hatırladığını belirtmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011:13-15). Çalışmamızda da katılımcıların %29,3'ü kendi kendilerine antibiyotik kullanmaktadırlar. Antibiyotiklere karşı direncin gelişmemesi, gereksiz antibiyotik tüketiminin engellenmesi için antibiyotiklerin satışı ve kullanımı ile ilgili yeni düzenlemeler yapılmalıdır.

5. SONUÇ

Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde akılcı olmayan ilaç kullanımı yaygın ve hasta güvenliğini tehdit eden önemli faktörlerden birisidir. Yaptığımız bu sınırlı çalışma göstermiştir ki hastalar akılcı ilaç kullanımı konusunda yeterli bilgiye sahip değildir. Kendilerine düşen sorumlulukları yerine getirmek ve rolleri geliştirmek üzere bilgi düzeylerini arttırmak, tutum ve davranışlarını değiştirmek için çok yönlü çalışmaların yapılması gereklidir.

Hastayı muayene eden hekim, ilacı veren eczacı, ilacı uygulayan hemşirenin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgili ve istekli olması gerekir. Hekimlerin yazdığı reçete akılcı ilaç yazım süreci ile uyumlu, okunaklı, kullanım talimatları hastaya ve yakınlarına ayrıntılı olarak anlatılmış olmalıdır. Hastanın ters ilaç etkilerinden korunması, yanlış ilaç kullanımının engellenmesi ve tedavide başarı sağlanması için düzenleyici otorite olarak devlet, tüm sağlık hizmeti sunucuları, sağlık çalışanları akılcı ilaç konusuna ilgi göstermeli, ulusal düzeyde politika ve stratejiler belirlemelidirler.

Yaptığımız çalışma ve bu konuda yayınlanmış literatür bilgileri doğrultusunda akılcı ilaç kullanımı ile ilgili alınacak önlemler ve öneriler aşağıdaki gibi özetlenebilir (Oktay ve Kayaalp, 2005:139-142, Laing vd., 2001:14-18).

Akılcı İlaç Kullanımı İçin Öneriler

- Ulusal sağlık ve ilaç politikası akılcı ilaç kullanımını desteklemelidir.

- Ülkemize özgü, güncel ulusal temel ilaç listesi ve ilaç formülleri yayınlanmalıdır.
- Hastanelerde ilaç ve tedavi komiteleri kurulmalı, hastanelere özgü ilaç formülleri hazırlanmalıdır.
- Standart tanı ve tedavi rehberleri oluşturulmalıdır.
- Tüm sağlık çalışanlarına mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası akılcı ilaç kullanımı eğitimleri verilmelidir.
- Topluma yönelik yazılı ve görsel basın olanaklarından da yararlanılarak akılcı ilaç kullanımına yönelik eğitimler yapılmalıdır.
- Bağımsız ilaç bültenleri yayınlanmalıdır.
- Reçetesiz ilaç ve antibiyotik satışı engellenmelidir.
- Hekim ve eczacıların ilaç sanayi ile ilişkilerinde düzenlemeler yapılmalı, etik kural ihlalleri önlenmelidir.
- Gelecekte yapılacak çalışmaları planlayabilmek için geniş kapsamlı araştırmalar yapılmalıdır.
- Alınan önlemler, ilaç kullanımına ilişkin göstergeler sürekli izlenmeli ve değerlendirilmeli buna göre yeni düzenlemeler yapılmalıdır.
- DSÖ, OECD ülkelerindeki çalışmalar yakından izlenmeli ve DSÖ’ nün yayınladığı rehberler sağlık çalışanlarına ulaştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (2007), Sonuç Raporu: Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştayı 22-23 Aralık 2006, Ankara

WHO (1987), “The rational use of drugs Report of the Conference of Experts Nairobi”, 25- 29 November 1985, Geneva

<http://www.eczacinizadanisin.info/indexyeni.php?modul=akilciw> (05.05.2011)

T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Rasyonel İlaç Kullanımı Bölümü (1993), “Akılcı İlaç Kullanımı’nın Alfabetesi”, Ankara

Eşkazan, Esat. (1999), Akılcı İlaç Kullanımı, Akılcı İlaç Kullanımı Sempozyumu, 14 Ocak 1999, İstanbul, s: 9-20

T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (2003), Reçete Yazma Rehberi Pratik El Kitabı, 2003, II. Basım, Ankara

Oktay, Ş. (2006), “Akılcı ilaç kullanımının genel ilkeleri”, Türk Geriatri Dergisi Özel Sayı, sayfa: 15-18

Dünya Sağlık Örgütü (1988), Ulusal bir ilaç politikası nasıl geliştirilir ve yürürlüğe koyulur? Ulusal İlaç Politikaları Geliştirme Rehberi, Çeviri, Sağlık Bakanlığı, 2. Basım, Ankara

TÜİK, Türkiye İstatistik Yıllığı (2010), Ankara

OECD Health Data 2010

http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html (06.05.2011)

T.C Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı (2011), “Toplumda Antibiyotik Kullanımı Sıklığı ve Hekimlerin Antibiyotik Reçetesi Yazma Durumları ile İlişkili Etmenlerin Belirlenmesi Araştırması”, 2011, Ankara

http://www.ieis.org.tr/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12 (05.05.2011)

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/en/index.html> (05.05.2011)

WHO (2011), The World Medicines Situation 2011 Rational Use of Medicines, Geneva

Grand L.G. (1999), “Intervention research in rational use of drugs: a review”, Health Policy and Planning; 14(2), pp. 89–102

WHO (2006), “The Role of Education in the Rational Use of Medicines”, New Delhi, India

Pınar, Neslihan (2010), “Adana İlindeki İnsanların İlaç Kullanım Alışkanlıkları”, T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana

Arpacı, Fatma (2008), “Ankara’da Yaşayan Bir Grup Yaşlının İlaç Kullanım Tutumları”, TAV Prev Med Bull 2008; 7 (6), sayfa: 517

Medeiros-Souza, Patrícia (2007), “Diagnosis and control of polypharmacy in elderly”, Rev. Saúde Pública vol.41 no.6 São Paulo Dec. 2007 Epub Nov 01, 2007, pp. 1049–1053

Pillans, Peter Ian (2008), “Clinical Perspectives in Drug Safety and Adverse Drug Reactions”, Expert Rev Clin Pharmacology, 2008; 1(5): pp 695-705

Lazarou, Jason (1998), “Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients A Meta-analysis of Prospective Studies”, JAMA, April 15, 1998—Vol 279, No. 15, pp 1200-1205

Wester, Karin (2007), “Incidence of fatal adverse drug reactions: a population based study”, British Journal of Clinical Pharmacology, 65:4, pp 573-579

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr52/en/index.html> (01.02.2011)

Akıcı, Ahmet (2006), “Akılcı İlaç Kullanımı İlkeleri Doğrultusunda Yaşlılarda Reçete Yazma ve Türkiye’de Yaşlılarda İlaç Kullanımının Boyutları”, Türk Geriatri Dergisi, Özel Sayı, 2006, sayfa:19-27

Özata, Musa (2008), “Rasyonel ilaç kullanımının hasta güvenliğine etkileri: Hekimlerin rasyonel ilaç kullanımına etki eden faktörlerin belirlenmesi”, 25-29 Mart 2008, II. International Patient Safety Congress, sözel bildiri, sayfa: 529-542

Özçelikay, Gülbin (2001), “Akılcı İlaç Kullanımı Üzerinde Bir Pilot Çalışma”, Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi, 2001, 30(2), sayfa:9-18

Özkan, Seçil (2005), “Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları”, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005: 4 (5), sayfa:223-237

Bilgili, Naile (2005), “Sait Yazıcı Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Bireylerin İlaç Tüketimi İle İlgili Bazı Uygulamalarının Belirlenmesi”, Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005, sayfa: 39–48

Oktay, Şule ve Kayaalp S.Oğuz (2005). “Reçete yazma kuralları ve rasyonel ilaç kullanımı”, içinde, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, Editör: S.O Kayaalp, 11. Baskı, Hacettepe-Taş Kitabevi, 2005, sayfa:130-142.

Leving, RO (2001), “Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries”. Health Policy and Planning, Oxford University Press 2001; 16(1), pp 13–20

BİR DEVLET HASTANESİNDE HEMŞİRELERİN TIBBİ HATAYA EĞİLİM DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Saadet Pekuslu¹ , Hülya Demirci² , Sabri Taşçıoğlu³ , Elif Tuna⁴

Özet

Her yıl milyonlarca insan tıbbi hatalardan olumsuz etkilenmektedir. Tıbbi hatalar konusu, tüm sağlık çalışanları için önemli bir konu olmakla birlikte, hemşireler açısından daha büyük bir önem taşımaktadır. Çünkü hemşireler hasta bakımında doğrudan görev alan sağlık profesyonelleridir. Tıbbi hataların önlenmesi için yapılması gereken en önemli uygulama, tıbbi hata türlerinin ve hataya yol açan faktörlerin belirlenmesidir. Bu nedenle kurumda görev yapan hemşirelerin hangi konularda tıbbi hata yapmaya meyilli oldukları belirlenmelidir.

Araştırma, Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeyleri ve hangi alanlarda daha çok tıbbi hata yapıldığını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini 01-31 Ağustos 2010 tarihleri arasında çalışmakta olan hemşireler (n=165) oluşturmuştur. Evrenin tamamı araştırmaya dâhil edildiğinden örneklem seçimine gidilmemiştir. Ancak çalışmanın yapıldığı süre içinde izinli, raporlu vs olan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler olduğu için 138 kişiyle çalışma tamamlanmıştır (katılım oranı %83.6). Araştırmanın yapıldığı kurumdaki yazılı, çalışanlardan sözlü onam alınmıştır.

Araştırma verilerinin toplanmasında iki ayrı araç kullanılmıştır. Birincisi; hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren anket formu, ikincisi ise hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeylerini belirleyen 'Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği'dir. Ölçek hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeylerini ölçen likert tipi bir skaladır. Öleekten alınması beklenen minimum puan 49–maksimum puan 245'dir. Yükselen puanlar hemşirelerin tıbbi hataya eğiliminin düşük olduğunu gösterir.

Elde edilen veriler SPSS 11.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde yüzdeler, ortalama, independent samples t test ve one way Anova testleri kullanılmıştır.

Araştırma katılan hemşirelerin yaş ortalaması 31.54±4.61 olup, %84.8'i kadındır. Hemşireler, tıbbi hataların fazla iş yükü ve personel eksikliğinden kaynaklandığını ifade etmiştir. Katılımcıların Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği'nden aldıkları toplam puanların ortalaması 223.31 ± 15.25 'dir (Cronbach Alpha: 0. 94). Bu sonuçlar, çalışanların tıbbi hataya eğilimlerinin yüksek olmadığını göstermektedir. Ölçek alt boyutları incelendiğinde, hemşirelerin düşmeler ve iletişim alt boyutlarında tıbbi hata eğilim düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Toplam ölçek puanı ile yaş, tıbbi bir hata ile karşılaşma durumu, meslek yaşantısı boyunca üzücü bir tıbbi hata ile karşılaşma durumu ve meslekte çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05).

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Tıbbi Hata, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

¹ Hemşire, Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi, saadetpekuslu@yahoo.com

² Yrd.Doç.Dr, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, cbu_ebelik@hotmail.com

³ Op.Dr, Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi

⁴ Dr, Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi

Abstract

Each year, millions of people adversely affected by malpractice. Malpractice that, although an important issue for all health care workers, nurses, in terms of a greater importance. Because nurses are directly involved in patient care. The most important application needs to be done to prevent malpractice, malpractice types and error to determine the factors leading to. Therefore, nurses of the institution to determine which issues are of great importance that they are prone to medical error.

Research, Turgutlu State Hospital is planned to determine the level of nurses working in the trend of malpractice and in which areas is made more malpractice.

It is a study defining research type. The whole of the research consists of 165 health staff working from 01th-31th August 2010. When the whole stage has been included to the research, selection of exemplification hasn't been preferred. However, while the research was carried on, due to the off duty staff, staff on sick leave etc... and the ones who didn't want to take part in the research the study was completed with 138 people (83.6% participation rate). Institution for research in written, oral consent was obtained from the health staff.

Two different instruments was used while collecting the dates. The first one; a survey form including the informative characteristics of the nurses. The second one; Malpractice Trend Scale in Nursing which appoints malpractice trend level of nurses. The survey is a likert scale which measures malpractice trend level of nurses. The minimum point expected from the surveyis 49 and the maximum one is 245. The increasing points show malpractice trend level of nurses is low.

The data were analyzed on SPSS 11.0 package program. In data analysis, percentage, average, independent samples t test, one way Anova were used.

The mean age of participant nurses was 31.54 ± 4.61 , 84.8 and 84.8% of participants were female. Nurses stated that malpractice was a lack of staff and overwork. 'Malpractice Trend Scale in Nursing' of the participants average total point is 223.31 ± 15.25 (Cronbach Alpha: 0.94). These results show that the malpractice trend level of nurses are not too high. Scale subscales were examined, in falls and communication subscales, the nurses was higher than trends in malpractice trend level.

Statistically, there is a difference between the total score and age, encounter with a malpractice, professional life during the encounter with a sad state of malpractice, working time in the profession ($p < 0.05$).

Keywords: *Nursing, Malpractice, Malpractice Trend Scale in Nursing*

1. GİRİŞ

Sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında, hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır (Güven, 2007: 411). Sağlık bakımı oldukça karmaşık bir konu olup, bakım sırasında kimi zaman tıbbi hatalar yaşanabilmekte ve bu hatalara bağlı olarak ölüm, yaralanma, sakatlık ya da tedavinin gecikmesi gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir. The Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) tıbbi hata kavramını; "sağlık hizmeti

sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamaktadır. Bir başka tanımda ise tıbbi hatanın, yalnızca bir girişimin, bir tedavinin ya da uygulamanın yanlış, eksik yapılması demek olmadığı, aynı zamanda yapılması gerektiği halde yapılmayan ya da yapılmaması gerektiği halde yapılan bir işlem anlamına da geldiği belirtilmektedir. Benzer şekilde bilgisizlik, deneyimsizlik, ilgisizlik veya kullanılan teknolojiye bağlı olarak ortaya çıkan ve hastanın daha uzun süre hastanede kalmasına yol açan, sağlığını bozan, hastaya zarar veren veya ölümüne yol açan uygulamalar tıbbi hata olarak değerlendirilmektedir (Özata ve Altunkan, 2010a: 100-101).

Tıbbi hatalar konusu, sağlık alanında her geçen gün büyüyen bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular konunun önemi büyük bir açıklıkla ortaya koymaktadır. Örneğin 1991 yılında Harvard Practice Study tarafından yapılan bir çalışma, New York Eyaleti’nde hastane başvurularının %3,7’sinde hastaya zarar veren bir hata yapıldığını ve bunların yarısından fazlasının önlenabilir olduğunu göstermiştir. 2000 yılında Institute of Medicine (IoM) yayınladığı bir rapor ise tıbbi hataların boyutunun ne kadar büyük olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu rapora göre, Amerika Birleşik Devletleri’nde her yıl 44.000-98.000 kişi tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybetmekte, tıbbi hataların büyük bir kısmı kişisel hatalardan çok sistemdeki hatalardan kaynaklanmaktadır. Ölüm nedenleri arasında 5. sırada yer alan tıbbi hatalar, trafik kazaları, meme kanseri veya AIDS gibi nedenlerden daha fazla ölüme yol açmaktadır. Aynı ülkede hekimler ve toplumun, sağlık hizmeti aldıkları sırada tıbbi hatalarla karşılaşp karşılaşmadıklarını araştıran bir çalışmada, tıbbi hata ile karşılaşma oranı hekimlerde %35, toplumda ise %42 olarak bulunmuştur. Yine benzer bir çalışmada, İngiltere’de her yıl 40.000, Kanada’da 5.000-10.000 arasında kişi tıbbi hatalar sonucunda yaşamını yitirmektedir. Almanya’da ise her yıl 100.000 tıbbi hata meydana gelmekte ve bu hatalar sonucunda 25.000 kişi ölmektedir (Özata ve Altunkan, 2010a: 101, Çırpı vd., 2009: 27, Güleç ve Gökmen, 2009: 173, Çakır, 2007: 116, Göktaş, 2007: 7, Akalın, 2005: 142, Akalın, 2004: 12, Çakmakçı, 2001: 248, Şardan, 2001: 250, Institute of Medicine, 2000: 1).

Ülkemizde de tıbbi hataların boyutları tam olarak bilinmemekle beraber, dünya ülkeleri ile paralellik gösterdiği düşünülmektedir. Tıbbi hatalarla ilgili şikâyetlerin ülkemizde değerlendirilme makamı Yüksek Sağlık Şurası olup, Şura’da 1931- 2004 yılları arasında yaklaşık 10 bin dosya görüşülmüş ve bunların yaklaşık yarısında sağlık personeli az veya çok kusurlu bulunmuştur (Özata ve Altunkan, 2010b: 4).

Malpraktis, tıpta hatalı uygulamalar olarak tanımlanmaktadır. Tıpta hatalı uygulamalar, sağlık çalışanının kasıt veya ihmali ile bakım ve tedavi yapmaması, bilgi ve beceri eksikliği, hatalı tedavi uygulaması veya hastaya zarar meydana getiren fiil veya durumlar olarak kabul edilmektedir (Karataş ve Yakıncı, 2010: 233, Kuşuoğlu vd., 2009: 87). Malpraktis, son 30 yılda özellikle bazı gelişmiş ülkelerde ve son yıllarda tüm dünyada tartışılan, etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetsel yönleriyle çok yönlü, çok boyutlu bir konudur (Gül vd., 2009: 3). Malpraktiste oluşan zarar; hastanın ölümü, organ/uzuv kaybı, şiddetli ağrı, psikolojik bozukluk ve maddi kayıp şeklinde sayısını daha da arttırabileceğimiz sonuçlar olabilir (Karataş ve Yakıncı, 2010: 234).

Tıbbi hatalar sağlık hizmetinin her evresinde ortaya çıkabilir. Tıbbi hataların önemlileri ve sınıflandırılmaları Tablo 1’de gösterilmiştir (Göktaş, 2007: 7, Akalın, 2005: 142).

Tablo 1. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması**Tanımda yapılan hatalar**

8. Yanlış tanı veya tanı koymakta gecikme
9. Uygun ve gerekli tetkiklerin yapılmaması
10. Güncel olmayan tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanılması
11. Tetkik sonuçlarına uygun davranışların yapılmaması

Tedavide yapılan hatalar

- Cerrahi bir girişim, işlem veya tetkikin uygulanmasında hata
- Tedavinin verililişinde hata
- İlaç doz veya verililiş şeklinde hata
- Tedavinin uygulanmasında gecikme
- Uygun olmayan tedavi

Önleme hataları

- Profilaktik tedavi uygulamada hata veya uygulamama
- Tedaviden sonra yetersiz takip

Diğer hatalar

- İletişimde yetersizlik
- Kullanılan aletlerde yetersizlik/eksiklik
- Diğer sistem yetersizlikleri

Hasta güvenliği konusundaki olumsuzlukların pek çok nedeni vardır. Çalışan yetersizliği, kalite geliştirme konusundaki etkin yolları uygulamak için gerekli olan bilgi eksikliği veya bu bilginin gelişmesine olanak tanıyacak sistemin olmayışı, hataların fark edilmesindeki eksiklik, hataları izlemeye ve hatalardan ders almaya yardımcı olacak sistemlerin eksikliği, değişim ve yeni teknolojilerin ortaya çıkışındaki hızlilik, kurum kültüründeki engeller en çok karşılaşılanlar arasındadır (Çakır, 2007: 132).

Hasta güvenliği ihlallerine neden olabilecek bu faktörler maddeler halinde şu şekilde sıralanabilir:

- **İnsan faktörü** (Yorgunluk, motivasyon eksikliği, fiziksel veya ruhsal sağlık, yetersiz eğitim, iletişim yetersizliği, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış karar, mantık hatası, tartışmacı kişilik)
- **Kurumsal faktörler** (İş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, geri dönüş, konularda yetersizlik, personelin yanlış dağıtımı, protokollerin olmaması, zaman baskısı) ve
- **Teknik faktörler** (Yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, eksik cihazlar, karar verme destek eksikliği, entegrasyon eksikliği) (Karataş ve Yakıncı, 2010: 234, Çakır, 2007: 132-133, Akalın, 2005: 143).

Hatalar, günümüzde sağlık sisteminin doğrudan bir kalite göstergesi olarak yer almaktadır. Araştırmalar, büyük bir hata meydana gelmeden önce yaklaşık 300 kez benzer bir hatanın dikkat çekmeden gerçekleştiğine işaret etmektedir (Göktaş, 2007: 6, Sezgin, 2007: 29). Çoğu zaman tıbbi hataların ana nedenleri çok açık değildir. Dikkatle incelendiğinde, tıbbi hataların kişisel hatalardan çok sistemdeki eksiklikler veya yetersizlikler sonucunda ortaya çıktığı görülür. Bu nedenle tıbbi hataların kişisel hatalar olarak kabul edilerek kişilerin cezalandırılması yerine, sistemin iyileştirilmesi daha doğru bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir (Akalın, 2005: 143).

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) hemşirelik uygulamalarını, hasta güvenliği ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun anahtarı olarak vurgulamaktadır. Bu nedenle hemşirelik hizmetleri, sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçası, hatta temel taşlarından biri olarak

kabul edilmektedir. (Özata ve Altunkan, 2010b: 4). ICN, hasta güvenliğinin artırılması için profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi ve meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamı da dahil olmak üzere çevre güvenliği ve risk yönetimi alanlarında geniş kapsamlı önlemler alınması, hasta güvenliği üzerinde odaklanmış bilimsel bilgi ile bunun gelişmesine destek sağlayacak altyapının ayrılmaz bir bütün halinde birleştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Çırpı vd., 2009: 27, Göktaş, 2007: 12, Sezgin, 2007: 26).

Tıbbi hatalar konusu tüm sağlık çalışanları için önemli bir konu olmakla birlikte, hemşireler açısından daha büyük bir önem taşımaktadır. Çünkü hemşireler hasta bakımında yirmi dört saat süreyle aralıksız ve doğrudan görev almakta, yaptıkları yanlış uygulamalar hastanın hayatını tehlikeye sokabilmektedir. Yapılan araştırmalar hemşirelik hizmetlerinin hasta güvenliği açısından ne kadar önemli olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Örneğin ABD’de yapılan bir çalışmada, hemşirelerin doktor ve eczacılardan kaynaklanan hataları, hastaya zarar vermeden önce %86 oranında engelleyebildikleri tespit edilmiştir. Aiken ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışmada ise hasta ölümleri ile hemşirelik uygulamaları arasında önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Özata ve Altunkan, 2010b: 5, Göktaş 2007: 5). Aynı zamanda, hastaların ve diğer ilgililerin risk ve riskin azaltılması konusunda bilgilendirilmesi, hasta güvenliğinin savunulması ve istenmeyen olayların rapor edilmesi hemşirenin görevleri arasında sayılabilir (Çırpı vd., 2009: 27).

Hemşirelerin çalışma şartlarının ağır olması, kritik hastalarla karşılaşılması, yaşanan yoğun stres, olumsuz çalışma şartları ve uyulması gereken prosedürlerin çokluğu her zaman hata yapma olasılığını artırmaktadır. Ayrıca sağlık kuruluşlarında hemşire sayısının yetersiz olması nedeniyle çoğu zaman hastalara yeterince zaman ayrılamamakta ve hasta bakımı için yeterli özen gösterilememektedir. Bu durum günlük rutin faaliyetlerinin tam olarak yapılamaması sonucunu getirmekte ve hemşirelerin yoğun iş baskısı yaşamalarına yol açmaktadır. Yaşanan baskı ise hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir. (Özata ve Altunkan, 2010b: 5, Göktaş, 2007: 13). Hasta güvenliği açısından hemşirelik hizmetlerinde en sık karşılaşılan hatalar şunlardır (Özata ve Altunkan, 2010b: 5, Sezgin, 2007: 30, Aştı ve Acaroğlu, 2000: 23-26);

- İlaç uygulama hataları,
- Hastane enfeksiyonları,
- Bakım uygulamalarında hasta düşmeleri ile sonuçlanan hatalar ve ihlaller,
- İlgili dökümanların ihmalî (atlanan önemli veriler),
- Hekim istemine veya mevcut protokollere uymama,
- Tedavi ve hemşirelik bakım uygulamalarının ihmalî,
- Yetersiz takip/yeterli kontrol etmeme,
- Hasta ve diğer ilgili kişilerle iletişimden kaynaklanan sorunlar,
- Yabancı cisim unutulması ilgili hatalar,
- Malzeme kullanımına bağlı hatalar.

Araştırmalarda, hemşirelerin verdikleri bakım ile bu olumsuz sonuçları büyük ölçüde azalttıkları ve önledikleri ortaya çıkmıştır. Hemşireler tarafından verilen bakımın saati ve sayısının artırılması sayesinde, hastanede kalma süresini azalttığı, idrar yolu enfeksiyonları, üst bağırsak kanamaları, pnömoni, şok ve kalp krizi vakalarında azalma olduğu görülmüştür (Göktaş, 2007: 4).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeyleri ve hangi alanlarda daha çok tıbbi hata yapıldığını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 01-31 Ağustos 2010 tarihleri arasında Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi'nde çalışmakta olan hemşireler (n=165) ile yapılmıştır.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 01-31 Ağustos 2010 tarihleri arasında çalışmakta olan hemşireler (n=165) oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş, evrenin tamamı araştırmaya dâhil edilmiştir. Ancak, çalışmanın yapıldığı süre içinde izinli, raporlu vs olan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler olduğu için 138 kişiyle çalışma tamamlanmıştır (katılım oranı %83.6). Araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı, çalışanlardan sözlü onam alınmıştır.

2.4. Veri Toplama Araçları ve Uygulanması

Araştırma verilerinin toplanmasında Tıbbi Hataya Eğilim Anket Formu ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği kullanılmıştır.

Tıbbi Hataya Eğilim Anket Formu: 11 sorudan oluşan anket formunda araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, meslekte çalışma süresi, mesleğini sevme durumu, tıbbi hata nedenleri, tıbbi hataları en aza indirmek için neler yapılması gerektiği ve meslek yaşantısında tıbbi bir hata ile karşılaşma durumlarını içeren sorular yer almıştır.

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği: Hemşire olarak görev yapan sağlık personelinin tıbbi hatalara eğilim düzeylerinin belirlenmek amacıyla Özata ve Altunkan (2010) tarafından geliştirilen likert tipi bir ölçektir. Beş boyutlu (ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler ve iletişim) ve 49 maddeden oluşan ölçekte, katılımcı maddeleri cevaplandırırken; “1- hiç, 2- çok nadir, 3- zaman zaman, 4- genellikle ve 5- her zaman” şıklarından birini işaretleyerek cevap vermektedir. Değerlendirme yapılırken her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Ölçekten alınması beklenen minimum puan 49, maksimum puan 245'dir. Alınan toplam puandaki yükselme hemşirenin tıbbi hata yapmaya eğiliminin düşük olduğunu, puandaki düşme ise hata yapmaya eğiliminin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Özata ve Altunkan, 2010b).

Geliştirilen ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısının 0.95'dür. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur.

2.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Elde edilen veriler SPSS 11.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde yüzdelik, ortalama, independent samples t test ve one way Anova testleri kullanılmıştır.

3. BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma katılan hemşirelerin %51.4'ü 32-48 yaşları arasında ve yaş ortalamasının 31.54 ± 4.61 olduğu, %84.8'i kadın, %55.8'inin önlisans mezunu, %28.3'ünün meslekte 1-5 yıl süreyle çalıştığı saptanmıştır ve %87'si mesleğini sevdiğini ifade etmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	n	%
Yaş		
21-31 yaş	67	48.6
32-48 yaş	71	51.4
Yaş ortalaması: 31.54 ± 4.61		
Cinsiyet		
Kadın	117	84.8
Erkek	21	15.2
Eğitim Durumu		
Sağlık meslek lisesi	33	23.9
Önlisans	77	55.8
Lisans ve yüksek lisans	28	20.3
Meslekte Çalışma Yılı		
1-5 yıl	39	28.3
6-10 yıl	34	24.6
11-15 yıl	35	25.4
15 yıldan fazla	30	21.7
Mesleğinizi Seviyor musunuz?		
Evet	120	87.0
Hayır	18	13.0
Toplam	138	100

Tablo 2’de görüldüğü gibi “Size veya bir yakınınıza uygulanan tedavide tıbbi bir hata yapıldı mı?” sorusuna, araştırma kapsamındaki sağlık personelinin %24.6’sı evet, %74.4’ü ise hayır cevabını; “Meslek yaşantınız boyunca sizi üzen bir tıbbi hata ile karşılaştınız mı?” sorusunu ise çalışanların %34.8’i evet, %65.2’si hayır cevabını vermiştir.

Özata ve Altunkan tarafından sağlık personellerinde yapılan benzer çalışmada “Çalışma hayatınız süresince ekip arkadaşlarınızın hasta güvenliğini tehlikeye sokacak her hangi bir hatasını gördünüz mü?” sorusuna çalışanların %10,4 evet, %89,6 hayır cevabını vermiştir (Özata ve Altunkan, 2010a: 103). Özata ve Aslan tarafından hemşirelik ve ebelik öğrencilerine yönelik olarak yapılan bir çalışmada ise “hastane çalışanlarının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak bir hatasını gördünüz mü?” sorusuna %65’i evet, %35’i ise hayır cevabını vermiştir (Özata ve Altunkan, 2010a: 106). Bizim çalışmamızda elde edilen bulgunun, sağlık personeline yapılan çalışma verilerinden yüksek, öğrencilerde yapılan çalışma verilerinden düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuç, ülkemizde sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürü olmadığı ve hata yapılması durumunda ceza sisteminin işletilmesi nedeniyle, çalışanların yaptıkları hataların kendisi ya da diğer ekip üyeleri tarafından bildirilme konusunda istekli davranılmaması ile açıklanabilir. Öğrencilerde bu oranın yüksek olması uygulama alanlarında primer sorumluluk almadan gözlem ve uygulama yapmaları ve sağlık kuruluşunda sürekli bulunmalarına bağlanabilir.

Tablo 3. Sağlık Personelinin Kendisi Veya Yakınına Uygulanan Tedavide Tıbbi Bir Hata Yapılma Ve Meslek Yaşantısında Üzücü Bir Tıbbi Hata İle Karşılaşma Durumları

SORU	n	%
Size veya bir yakınınıza uygulanan tedavide tıbbi bir hata yapıldı mı?		
Evet	34	24.6
Hayır	104	75.4
Meslek yaşantınız boyunca sizi üzen bir tıbbi hata ile karşılaştınız mı?		
Evet	48	34.8
Hayır	90	65.2
Toplam	138	100

Sağlık personelinin Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı Tablo 3’de verilmiştir. Total ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.94, alt boyutların ise 0.75 ile 0.89 arasında olduğu görülmüştür. Bu bulgular doğrultusunda ölçek sonuçlarının güvenilir olduğu söylenebilir. Sağlık personelinin Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği total puanı 223.31±15.25 olup hemşirenin tıbbi hata yapmaya eğiliminin düşük olduğunu söylenebilir.

Tablo 4. Ölçekte Yer Alan Alt Grupların Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları Ve Cronbach Alpha İç Tutarlılık Katsayıları (N=138)

ÖLÇEK ALT BOYUTLARI	X±SD	Potansiyel Range	Elde Edilen Range	Cronbach’s Alpha
İlaç ve transfüzyon uygulamaları (18 madde)	83.73±4.58	18-90	72-90	0.78
Hastane enfeksiyonları (12 madde)	55.23±3.93	12-60	47-60	0.83
Hasta izlemi ve malzeme güvenliği (9 madde)	40.23±4.35	9-45	32-45	0.89
Düşmeler (5 madde)	22.04±2.39	5-25	16-45	0.83
İletişim (5 madde)	22.07±2.68	5-25	15-45	0.75
Total Ölçek Puanı (49 madde)	223.31±15.25	49-245	195-245	0.94

Tablo 4’de araştırmaya katılan hemşirelerin tıbbi hata nedenlerine ilişkin görüşleri yer almaktadır. Hataya yol açan ilk 5 neden sırasıyla; iş yükünün fazla olması, personel eksikliği, iletişim yetersizliği, yorgunluk ve dikkatsizlik olarak belirtilmiştir.

Özata ve Altuntaş’ın (2010) yaptıkları benzer çalışmada sağlık personelinin tıbbi hata nedenlerine ilişkin görüşleri yer almaktadır. Puan ortalamasına göre hataya yol açan ilk 5 neden sırasıyla; iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması, hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi, stres ve yorgunluk olarak belirtilmiştir (Özata ve Altuntaş, 2010a: 104).

Her iki çalışmada da ilk beş neden içerisinde; iş yükünün fazla olması, personel eksikliği ve yorgunluk ortak nedenler olarak belirtilmiştir. Literatürde, sağlık kuruluşlarında görev yapan personelin iş yükünün hataların ortaya çıkmasında önemli bir etken olduğu vurgulanmıştır. 168 hastaneyi kapsayan bir araştırma sonuçlarına göre; hemşire başına

düşen 1 hastalık artış, hasta mortalitesinde %7 artışa, hemşirelerde %23 oranında tükenmeye neden olmaktadır (Çakır, 2007: 118). Elde edilen bulgular literatüre uyumludur.

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Hemşirelere Göre Tıbbi Hata Nedenlerinin Dağılımı

TIBBİ HATA NEDENLERİ	n*	%
1. Fazla iş yükü	122	88.4
2. Personel eksikliği	95	68.8
3. İletişim yetersizliği	81	58.7
4. Yorgunluk	73	52.9
5. Dikkatsizlik	54	39.1
6. Motivasyon eksikliği	53	38.4
7. Personelin yanlış dağıtımı	51	37.0
8. Eğitim yetersizliği	42	30.4
9. Tıbbi malzemelerin yetersiz olması	37	26.8
10. Mantık hatası	6	4.3

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 5’de hemşirelerin yaş, cinsiyet, meslekte çalışma yılı ve tıbbi hatayla karşılaşma durumları ile ölçek alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Hemşirelerin yaş grupları ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında hasta izlemi ve malzeme güvenliği ve iletişim alt boyutlarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yaş ortalaması yükseldikçe hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düştüğü görülmüştür. Buna paralel olarak, meslekte çalışma süresi arttıkça tıbbi hata yapmaya eğilim düşmektedir. Yani, meslekte çalışma yılı (iş tecrübesinin) yükseldikçe, tıbbi hataya eğilimin düştüğü söylenebilir (Tablo 5).

Sağlık personelinin cinsiyeti ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında, her iki cinsiyet arasında ilaç uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği ve düşmeler alt boyutlarında istatistiksel olarak bir fark saptanmamış ($p>0.05$), ancak iletişim alt boyutunda farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Özellikle iletişim alt boyutunda erkeklerin hata riskinin daha yüksek olması, toplumda çoğunlukla kadın mesleği olarak görülen hemşirelik mesleğinde erkeklerin hastalarla iletişim kurmada daha çok sorun yaşamalarına bağlanabilir (Tablo 5).

Hemşirelere sorulan “Size veya bir yakınınıza uygulanan tedavide tıbbi bir hata yapıldı mı?” sorusuna evet cevabını verenlerde ($n=34$) hasta izlemi ve malzeme güvenliği ve iletişim alt boyutlarında ortalama ölçek puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Hemşirelere sorulan “Meslek yaşantınız boyunca sizi üzen bir tıbbi hata ile karşılaştınız mı?” sorusuna evet cevabını verenlerde ($n=48$) ilaç uygulamaları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği ve iletişim alt boyutlarında ortalama ölçek puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Tablo 6. Hemşirelerin Yaş, Cinsiyet, Meslekte Çalışma Yılı Ve Tıbbi Hatayla Karşılaşma Durumları İle Ölçek Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	İlaç Uygulamalar 1	Hastane Enfeksiyonlar 1	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Düşmeler	İletişim
Yaş Grubu 21-31 yaş 32-48 yaş	83.25±4.79 84.18±4.35	54.58±3.90 55.85±3.88	39.39±4.3 6 41.03±4.2 3	21.79±2.1 8 22.28±2.4 6	21.45±2.7 8 22.66±2.4 5
	P=0.236	P=0.059	P=0.027	P=0.228	P=0.008
Cinsiyet Kadın Erkek	83.90±4.71 82.81±3.67	55.36±3.92 54.52±3.97	40.21±4.3 9 40.33±4.2 5	22.01±2.3 9 22.24±2.4 3	22.29±2.6 6 20.85±2.4 8
	P=0.241	P=0.372	P=0.907	P=0.692	P=0.022
Meslekte çalışma yılı 1-5 yıl 6-10 yıl 11-15 yıl 15 yıl ve üzeri	83.36±4.37 82.00±4.72 83.69±4.61 86.23±3.65	54.33±4.13 54.00±3.68 55.06±3.24 58.00±3.46	38.80±4.1 2 40.74±4.4 7 39.29±4.2 1 42.63±3.7 0	21.62±1.9 5 21.91±2.9 9 21.43±2.2 4 23.47±1.7 8	21.08±2.7 0 22.47±2.5 6 21.40±2.4 8 23.70±2.2 0
	F=5.123 p=0.002	F=7.781 p=0.000	F=5.687 p=0.001	F=5.201 p=0.002	F=7.392 p=0.000
Kendisi veya bir yakınına uygulanan tedavide tıbbi bir hata yapılma durumu Evet Hayır	82.85±4.45 84.02±4.60	54.65±3.98 55.42±3.91	38.65±4.5 2 40.75±4.1 9	21.76±2.2 0 22.13±2.4 5	20.82±2.5 0 22.48±2.6 1
	P=0.198	P=0.326	P=0.020	P=0.436	P=0.002
Meslek yaşantısında üzücü bir tıbbi hata ile karşılaşma	82.44±4.26 84.22±4.61	54.56±3.93 55.59±3.91	38.88±4.6 9 40.96±4.0	21.65±2.5 0 22.26±2.3	20.96±3.0 1 22.67±2.2

durumu Evet Hayır			1	2	8
	P=0.013	P=0.146	P=0.007	P=0.155	P=0.000

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada elde edilen bulgulara göre; hemşirelerin “Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği”ne göre tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin düşük olduğu görülmüştür. Hemşirelerin meslekte çalışma yılı yükseldikçe tıbbi hataya eğilimin düştüğü, erkek hemşirelerin iletişim alt boyutunda ölçek puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin üçte biri meslek yaşantıları süresince üzücü bir tıbbi hata ile karşılaştıklarını ifade etmiştir. Hemşirelerin tıbbi hata nedenlerine ilişkin görüşleri incelendiğinde; tıbbi hataya yol açan ilk 5 nedenin sırasıyla iş yükünün fazla olması, personel eksikliği, iletişim yetersizliği, yorgunluk ve dikkatsizlik olduğu belirlenmiştir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Sağlık kuruluşlarında hemşirelerin karşılaşabilecekleri tıbbi hataların bilinmesi, hatalı uygulamalara neden olan faktörlerin incelenmesi, hatalı uygulamaların tanımlanması ve önlenmesine ilişkin stratejilerin geliştirilmesi,
- Düzenli olarak yapılacak hizmet içi eğitim programları ile hemşirelerin bu konularda bilgilendirilmesi,
- Sağlık kuruluşlarında görev yapan hemşirelerin hangi konularda tıbbi hata yapmaya meyilli olduklarının belirlenmesi ve hizmet içi eğitim programlarında özellikle bu alanlara öncelik verilmesi,
- Hastanelerde hasta güvenliği kültürünün yaratılması ve kalıcı olabilmesi için kurum çalışanlarının tamamının bu konuyu sahiplenmesinin sağlanması,
- Tıbbi hataların çekinmeden bildirilmesi ve cezalandırmanın olmadığı bir ortamın sağlanması ve etkin bir hata bildirim sisteminin kurulması,
- Hemşirelik hizmetlerinin istenilen kalitede yerine getirilebilmesi için gerekli sayıda personelin temin edilerek çalışanların iş yükünün azaltılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Akalın, H.Erdal (2004), “Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?”, ANKEM Dergisi, Cilt 18, Ek 2, sayfa 12-13.

Akalın H. Erdal (2005), “Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği”, Yoğun Bakım Dergisi, Cilt 5, No.3, sayfa 141-146.

Aştı, Türkinaz ve Acaroğlu, Rengin (2000), “Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar”, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt 4, No.2, sayfa 22-27.

Çakır, Ali (2007), “Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Çakmakçı, Metin (2001), “Tıbbi Hatalar: Tanımlar ve Konunun Önemi”, ANKEM Dergisi, Cilt 15, No.3, sayfa 247-249.

Çırpı, Fatma-Merih, Yeliz Doğan- Kocabey, Meryem Yaşar (2009), “Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi”, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt 2, No.3, sayfa 26-34.

Ertem, Gül-Oksel, Esra-Akbıyık, Ayşe (2009), “Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme”, Dirim Tıp Gazetesi, Cilt 84, No.1, sayfa 1-10.

Göktaş, Selma (2007), “Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi”, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Güleç, Sibel ve Gökmen, Habil (2009). “Bir İşletme Olarak Hastanelerde Risk Yönetimi ve Hasta Güvenliği”, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt II, 19-21 Mart, Turunç Matbaacılık, Ankara, sayfa 166-177.

Güven, Rabia (2007), “Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı”, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 4-8 Nisan, Antalya, sayfa 411-422.

Institute of Medicine (2000), To Err Is Human: Building a Safer Health System (Free Executive Summary), <http://books.nap.edu/catalog/9728.htm>, (15.05.2011).

Karataş, Mehmet ve Yakıncı, Cengiz (2010), “Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları”, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt 17. No.3, sayfa 233-236.

Kuğuoğlu, Sema-Çöven, Çağrı-Tanır, Meltem Kürtüncü-Aktaş, Eda (2009), “İlaç Uygulamalarında Hemşirenin Mesleki ve Yasal Sorumluluğu”, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt 2, No.2, sayfa 86-93.

Özata, Musa ve Altuncan, Handan (2010a), “Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata

Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği”, Tıp Araştırmaları Dergisi, Cilt 8, No.2, sayfa 100 -111.

Özata, Musa ve Altuncan, Handan (2010b), “Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata

Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği”, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bilimsel Araştırma&En İyi Uygulama Ödülleri Kitabı, 28 Nisan-1 Mayıs, Baydan Ofset, Ankara, sayfa 3-20. .

Sezgin, Burcu (2007), “Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi”, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Şardan, Yeşim Çetinkaya (2001), “Hastane Enfeksiyonları: Önlenebilir Tıbbi Hatalar”, ANKEM Dergisi, Cilt 15, No.3, sayfa 250-252.

GİRESUN PROF. DR. A. İLHAN ÖZDEMİR DEVLET HASTANESİ'NDE HEMŞİRELİK BAKIM SÜRECİNDE HASTA EĞİTİMİ ALGISI VE UYGULAMALARI

Ahmet BAL¹, Şadiye GÖK¹, Meral ŞAHİN DEMİR¹

Özet

Hasta ve ailesinin eğitimi, hemşireliğin önemli rollerinden ve uygulamalarından biridir. Bu süreçte hemşire, bireyi komplikasyonlardan ve sağlık sorunlarından koruyarak sağlığına kısa sürede ulaşmasını amaçlar.

Bu çalışma, Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin, hemşirelik bakım sürecinde hasta eğitimi algısı ve uygulamalarını değerlendirmek ve veriler doğrultusunda öneriler geliştirmek amacıyla tanımlayıcı araştırma yöntemine göre gerçekleştirilmiştir.

Çalışma kapsamına 108 hemşire alınmış, veri toplamak amacıyla anket uygulamasından faydalanılmıştır. Anketin Cronbach Alfa Katsayısı=,8982 yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Araştırma bulguları yüzdelik dağılımı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu 31-35 yaş aralığında, ön lisans mezunu, cerrahi branşlarda çalışanlardan oluşmaktadır. %96,3'ü hasta eğitimi yaptığını, %37,4'ü günlük çalışma sürecinde hasta eğitimini beşinci sırada yer alan bir uygulama olarak göstermişlerdir.

%96,3'ü hasta eğitiminin hemşirenin önemli bir sorumluluğu, %92,6'sı eğitim alan hastanın tedavi/bakımında etkin olduğu ancak %79,7'si hastaların hekimlerden eğitim almayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

%59,3'ü gereksinim olduğunda eğitim yaptıklarını, en çok taburculuk ve evde bakım(%88) konularında hasta eğitimini gerçekleştirdiklerini bildirmişleridir. İş yükünün fazla olması (%77,8) hasta eğitimin yeteri kadar gerçekleşmeme nedeni olarak gösterilmiştir.

Çalışmanın sonucunda hemşirelerin hasta eğitimine inandıkları ancak informal olarak ele aldıkları, hasta eğitimine ve ilgili sorumluluklarına duyarlı oldukları görülmüştür.

Anahtar Kelime: Hasta Eğitimi, Hemşirelik Bakımı

Abstract

Patient and family's training is one of the major roles and practices of nursing. In this process, nurse aims individuals to protect from health problems and complications and to reach to his/her health.

This study aims to develop nurses who works in the Professor. Dr. A. İlhan Özdemir State Hospital perception of patient training in the process of nursing care and evaluating applications and in order to datas, also it aims to develop proposals according to the method of descriptive research.

¹ Giresun Prof.Dr.A.İlhan Özdemir Devlet Hastanesi

108 nurses were included in this study. In this case, questionnaire was administered to collect data. Questionnaire's Cronbach Alpha Coefficient = 0.892 were found highly reliable. The findings were evaluated using the percentage distribution.

The majority of nurses who participated in the study are between 31 and 35 ages, graduated from college, working surgical disciplines. 96.3% of them said to make patient education, 37.4% of them showed patient education as fifth application in the daily work process.

96.3% of them states that training of patient is an important responsibility of nurses, 92.6% of them states that patient who trained was been effective in the process of treatment but 79.7% of patients preferred doctors to train.

59.3% of them said to make training when they needed and they reported that they did mostly discharge and home care (88%). As a cause of failure of patient training, they (77.8%) displayed that the burden of work.

As a result of the study, it is shown that nurses believes patient training but evaluates informally. And they sensitive to patient training and their related responsibilities.

Keywords: Patient Education ,Nursing Care

1. GİRİŞ

1.1. Hasta Eğitimi

Hasta eğitimi, hasta bireyi yan etkilerden, hastalığa etki edebilecek diğer sağlık sorunlarından korumayı, hastanın potansiyeli doğrultusunda mümkün olan en kısa zamanda fiziksel, psikolojik ve sosyal hayatında kendine yetebilecek duruma gelmesi, var olan ya da olası sorunlarını giderecek, sağlığı geliştirip sürdürmesini sağlayacak davranış değişikliklerinin kazanılmasına yardımcı olmayı amaçlayan, sağlık profesyonelleri tarafından yapılan bir eğitimidir (Aygül, 2009:11).

Son yıllarda hasta eğitimi; uyum ve memnuniyetin artırılması, masrafların düşürülmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hastalara yetki verilmesi ya da hastaların otonomilerinin artırılması için bir anahtar olarak görülmektedir. Bu gerçekler ışığında, hastane kliniklerinde hasta eğitimine yönelik etkinliklerin, belirlenmiş standartlar ve eğitim biliminin gereklerini yansıtan öğretme-öğrenme süreci doğrultusunda uygulanmasının zorunlu olduğu görülmektedir (Avşar, 2006:2)

Hasta eğitimleri yalnızca hastaya verilen eğitimler değildir. Hastanın yakın çevresinde kim varsa, onun bakımını üstlenen ya da ailesinden olan kişilere de hastanın hastalığı hakkında, dikkat edilmesi gerekenler ve daha birçok konu hakkında eğitim yapılmalıdır. Hasta ve ailesi bir bütün olarak düşünülmelidir (Aygül, 2009:2).

1.2. Hasta Eğitimi Standartları

Günümüzde bireyin tanı, prognoz, tedavi ve riskleri bilme hakkına sahip olması, kurumun etkinliklerinin giderek önem kazanmasını ve gelişmesini sağlamıştır. Bu durum özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık ekibinin hasta eğitimi ile ilgili sorumluluk üstlenmelerine ve ilgili standartların geliştirilmesine neden olmuştur. Standartların temel amacı; eğitim

yoluyla sağlık hizmeti alanların sağlıklarını güvence altına almak ve hasta eğitimini sistematik ve kaliteli bir şekilde yerine getirebilmelerini sağlamaktır (Avşar, 2006:10).

Joint Commission on Accreditation of Health care Organization (JCAHO) tarafından 1990 yılından bu yana sağlık kuruluşlarının hasta eğitiminde dikkate almaları gereken standartlar geliştirilmiştir. JCAHO’nun belirttiği hasta eğitiminin amacı, hastanın kendi bakım kararlarına katılması ve sağlık davranışlarını yükseltmesi, işine geri dönmesi, ihtiyaçı olan beceri ve bilgileri kazanması için hastayı etkilemektir. Davranış değişikliği hasta eğitiminin hedeflenen ve beklenen sonucudur (Aygül, 2009:14).

Hasta eğitimi aynı zamanda yasayla da desteklenmiş bir haktır. Sağlık Bakanlığı tarafından “**Hasta Hakları Yönetmeliği**” hazırlanarak Ağustos 1998’de Resmi Gazete’de yayınlanıp yürürlüğe girmiştir. (Aygül, 2009:16). Ayrıca Sağlık Bakanlığının Hizmet Kalite Standart Rehberinde de Hasta Eğitimi ile ilgili standartlar Kurumsal Hizmet Yönetimi dikey boyutunda da tanımlanmıştır.

1.3. Hemşirenin Hasta Eğitimindeki Rolü

Hemşirelik tüm sağlık disiplinleri ve tüm meslekler gibi insan gereksinimlerinden dolayı var olmuştur. Hemşireliğin temel amacı; sağlığın korunmasında ve hastalıkların tedavisinde sağlıklı/hasta bireye, aileye ve topluma bilgi vermek ve onların bakımını sağlamaktır.

Hemşireler, sağlık hizmeti veren kuruluşlarda bireyi tüm boyutları (biyolojik, psikolojik, sosyal) ve çevresi ile birlikte ele alan, sağlıklı/hasta bireyle sürekli etkileşim için de olan tek profesyonel gruptur. Bu nedenle, sağlık eğitimiyle ilgili etkinliklerde en önemli role sahiptir. Hemşirenin bir eğitimci olarak etkinliği, yalnızca öğretme yeteneğine değil kendini bu rolde donanımlı hissetmesine de bağlıdır. Hemşire, bakımdaki temel uygulamalar kadar eğitimle ilgili gereken bilgi, beceri, tutum ve davranışı da kazanmış olmalıdır (Akçin, 2000:10, Babacan, 2008:3-4, zkan, 2001:275-280).

Hasta eğitimi, profesyonel hemşireliğin önemli bir bölümüdür. Hasta eğitiminde hemşire, bireyi komplikasyonlardan ve diğer sağlık sorunlarından koruyarak bireyin sağlığına kısa sürede ulaşmasını amaçlar. Yapılan eğitimlerde, spesifik hastalık ve sağlık sorunlarına yönelik kısa/orta/uzun dönemli ve evde bakımı içeren eğitim etkinlikleri yer almalıdır. Bu eğitim etkinlikleri hasta bireyi, ailesini ve yakınlarını kapsamalıdır (Avşar,2006:4, Babacan, 2008:4, Kayış, 2001:245-248).

Hasta eğitimi süreklilik gerektirir, rast gele yapılmaz. Zaman ayrılması, planlaması, hedefler ve hedeflere ulaşılıp ulaşılmadığına ilişkin değerlendirmenin olması gerekir. Bu nedenle hemşirelik uygulamalarında bilimsel tutum, sistematik düşünce ve sorun czme ile başlayan hemşirelik süreci hasta eğitimi süreciyle sistematik olarak ortaktır. Hemşire, hastanın bakım gereksinimlerini planlarken eğitim gereksinimlerini bireye özgü olarak planlamalıdır.(Aygül, 2009: 12)

Hasta bakımına katkısı bulunan koşulların geliştirilmesi, hemşirelere eğitici rolüyle ilgili destek verilmesi ve temel kaynakların sağlanması, hasta eğitiminin gelişmesi için önemlidir (Babacan, 2008:4).

2. ÇALIŞMANIN AMACI, ÖNEMİ, YÖNTEM VE BULGULAR

2.1. Çalışmanın Amacı

Çalışma, hemşirelerin, hasta bakım sürecinde hasta eğitimi algısı/uygulamalarını belirlemek, hasta eğitimi yaparken karşılaştıkları güçlükleri saptamak ve bu doğrultuda öneriler geliştirmek amacıyla yapılmıştır.

2.2. Çalışmanın Önemi

Sağlık kuruluşlarında yatarak tedavi gören hastaların eğitimi, tedavi ve bakımın başarılı sürdürülebilmesi ve yan etkilerin önlenmesi açısından oldukça önemli bir konudur ve hastanın tedaviye diyet programına uyumunu, hastalığı ile ilgili yeni ve doğru davranışlar kazanmasını sağlar. Hasta ile en fazla iletişimde olan hemşire olduğu için diğer sağlık profesyonellerine göre hasta ve yakınlarının eğitiminde hemşire daha aktif rol oynar. Hasta eğitiminin hedeflerine ulaşmasında hemşirenin hasta eğitimi konusundaki deneyimi, becerisi, isteği, bilgi birikimi ve eğitimci rolünü benimsemiş olması etkilidir(Aygül, 2009:18).

2.3. Yöntem

Çalışma Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesinde 2009 yılı Ekim-Aralık ayları arasında tanımlayıcı araştırma yöntemine göre gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini araştırma kapsamındaki devlet hastanesinin hemşireleri oluşturmuş olup herhangi bir örneklem yöntemi kullanılmamıştır. Veri toplamak amacıyla anket uygulamasından faydalanılmıştır. Anketin Cronbach Alfa Katsayısı= ,8982 yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. 240 hemşireye anket formu dağıtılmış, 108 kişiden geri dönüş olmuştur. Geri dönüş oranı %45' tir.

Anketin birinci bölümünde hemşirelerin demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin sorular, ikinci bölümünde hasta eğitimine yönelik tutumlarını belirlemeye yönelik sorular; üçüncü bölümünde hasta eğitimine yönelik davranışlarını belirlemeye yönelik sorular; dördüncü bölümünde ise hasta eğitimine yönelik sorun ve çözüm önerilerini belirlemeye yönelik sorular yer almıştır. Araştırma bulguları yüzdelerle dağılımı kullanılarak değerlendirilmiştir.

2.4. Bulgular

Çalışmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde (Tablo 1), 31–35 yaş grubunda, açık öğretim ön lisans mezunu kişilerden oluşmaktadır.

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

		n	%
Yaş	26-30	23	21,3
	31-35	66	32,4
	36-45	32	29,6
	46 yaş ve üzeri	18	16,7

Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi mezunu	23	21,3
	AÖF Ön lisans mezunu	66	61,1
	Örgün Ön Lisans	15	13,9
	Lisans mezunu/Yüksek	4	3,7

Çalışmaya katılan hemşirelerin mesleki özellikleri incelendiğinde (Tablo 2), 21 yıl üzeri çalışma yılı olan, servis/ünite hemşiresi, cerrahi branşlarda çalışan, nöbet tutan, hemşire olarak çalışmaktan kısmen memnun kişilerden oluşmaktadır.

Tablo 2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımları

Çalışma Yılı		
0-5 yıl	3	2,3
6-10 yıl	25	23,1
11-15 yıl	26	24,1
16-20 yıl	24	22,5
21 yıl üzeri	30	27,8
Görevi		
Servis/Ünite Hemşiresi	91	84,3
Sorumlu Hemşire	11	10,2
Diğer	6	5,6
Çalışılan Bölüm	n	%
Cerrahi Branşlar	46	42,6
Dahili Branşlar	25	23,1
Yoğun Bakım Üniteleri	22	20,4
Diğer Bölüm/Ünite	15	13,9
Nöbet Tutma		
Evet	85	78,7
Hayır	23	21,3
Hemşire Olarak Çalışmaktan Memnun Olma		
Evet	38	35,2
Hayır	20	18,5
Kısmen	50	46,3
TOPLAM	108	100

Hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun hastalarına eğitim yaptıkları ve hasta eğitimi konusunda eğitim aldıkları tespit edilmiştir (Tablo 3). Bu eğitimin kurumda yapılan hizmet içi eğitim (n 86 %79,6), okulda verilen eğitim (n 55 %50,9) ve kurs/kongre vb. alanlarda (n19 %17,6) aldıkları bildirilmiştir. Ancak hasta eğitimi yapma, bir günlük çalışma saatinde yapılan faaliyetlere ayrılan zaman bakımından incelendiğinde (n 40 %37,4) beşinci sırada yer almıştır. Birinci sırada hemşirelik kayıtları gösterilmiştir (n 43 %41).

Tablo 3. Hastaya Eğitim Yapma Ve Hasta Eğitimi Hakkında Eğitim Alma Durumu Dağılımı

Hasta Eğitimi Yapma Durumu	n	%
Evet	104	96,3
Hayır	4	3,7
Hasta Eğitimi Konusunda Eğitim Alma		
Evet	94	87,0
Hayır	14	13,0
TOPLAM	108	100

Hasta eğitimine yönelik hemşirelerin tutumları Tablo 4’ de değerlendirilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi hastanın bilgi alma hakkı ve eğitim alan hastanın tedavi/bakımında daha etkin olduğu yönünde hemşirelerin olumlu görüşü vardır. Bu düşünce doğrultusunda görülen “hasta eğitiminin hemşirenin önemli bir sorumluluğu olduğu, bağımsız rollerinden biri ve diğer mesleki uygulamalar kadar önemli olduğu yönde olumlu görüş” anlamlıdır. Ancak hemşirelerin, hastaların bu eğitimi hekimlerden almayı istedikleri yönünde eğilimleri olduğu düşüncesi görülmüştür.

Hasta eğitim ekibinin, “eğitim uygulamalarının tamamını gerçekleştirmesi” görüşü çalışmaya katılanların yarısı tarafından iletilmişse de büyük çoğunluğu “hasta eğitim birimi hasta eğitimlerini organize ve rehberlik etmelidir” demişlerdir. Buna benzer olarak “her birim hasta eğitim uygulamalarını kendi iş çalışma düzeni içinde planlamalı ve uygulamalıdır” yönündeki tespit ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Bununla birlikte hasta eğitiminin önemine işaret eden görüşe rağmen yarıya yakın bir kısmı diğer işler kadar zaman ayıramadığını iletmışlerdir ki bu da günlük uygulamalarda hasta eğitimin beşinci sırada gösterilmesiyle de uyumludur. Başka bir soruda sorulan soruda verilen yanıtta ise “iş yükünün fazla olması” hasta eğitimi yapamamada birinci sırada sorun olarak gösterilmiştir. (n 84 %77,8). Bu sonuca göre “hasta eğitimine” inanıldığı ancak diğer işlerin daha öncelikli olarak görüldüğü anlaşılabılır.

Tablo 4. Hasta Eğitimine Yönelik Tutum Durumu Dağılımı

	KK *	K **	T ***	KM ****	KKM *****
Hasta eğitimi hemşirenin önemli bir sorumluluğudur	n 56	48	2	1	1
	% 51,9	44,4	1,9	0,9	0,9
Hasta eğitimi hemşirenin bağımsız rollerinden biridir	n 42	50	13	3	0
	% 38,5	46,3	12	2,8	0
Hasta eğitimi diğer mesleki uygulamalar kadar önemlidir	n 46	50	11	1	0
	% 42,6	46,3	10,2	,9	0
Hastanın eğitim gereksinimi en iyi hemşiresi tarafından tanımlanabilir ve uygulanabilir	n 59	40	6	3	0
	% 54,6	37,0	5,6	2,8	0
Hastanın bilgi alma hakkı vardır	n 85	23	0	0	0
	% 78,7	21,3	0	0	0
Hastalar doktorlardan eğitim almayı tercih ederler	n 53	33	14	8	0
	% 49,1	30,6	13,0	7,4	0
Eğitim alan hasta, tedavi veya önlem	n 46	54	8	0	0

almada daha etkindir	%	42,6	50	7,4	0	0
Hasta eğitimine diğer işlere ayırdığım kadar zaman ayırırım	n	19	34	28	24	3
	%	17,6	31,5	25,9	22,2	2,8
Hasta eğitimi uygulamalarının tamamı hasta eğitim birimi tarafından yapılmalıdır.	n	38	23	20	21	6
	%	35,2	21,3	18,5	19,4	5,4
Hasta eğitim birimi hasta eğitimlerini organize ve rehberlik etmelidir.	n	55	44	7	2	0
	%	50,9	40,7	6,5	1,9	0
Her birim hasta eğitim uygulamalarını kendi iş çalışma düzeni içinde planlamalı ve uygulamalıdır.	n	60	40	5	3	0
	%	55,6	37	4,6	2,8	0

KK*	K**	T***	KM****	KKM*****
Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Tarafsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

Hasta eğitime yönelik hemşirelerin davranış/uygulamaları Tablo 5’de değerlendirilmiştir. Hasta eğitimi davranış/uygulamalarının, “hasta eğitimi tutumu” ile karşılaştırıldığında negatif yönde bir eğilim olduğu görülmüştür. Hasta eğitim faaliyet hazırlığının genellikle önceden planlanmadığı ve gereksinim olduğunda yapıldığı bildirilmiştir. Hasta eğitimi planlamasının içeren sorulara verilen cevaplardan “planlamanın ve aynı şekilde eğitim geri bildirim ve değerlendirmelerin” etkin yapılmadığı yorumu yapılmıştır. Hasta eğitiminde yazılı materyal kullanımının istendik düzeyde olmadığı, ancak yapılan eğitimlerin büyük oranda kayıt altına alındığı görülmüştür. Hasta eğitim uygulamalarında en çok “taburculuk ve evde bakım” konularına yer verildiği tespit edilmiştir.

Tablo 5. Hasta Eğitime Yönelik Davranış/Uygulama Durumu Dağılımı

		HU *	SU **	KU ***	NU ****	HCU *****
Hasta eğitim faaliyetlerinin hazırlığını önceden yaparım	n	11	26	33	35	3
	%	10,2	24,1	30,6	32,4	2,8
Hasta eğitimini yalnızca gereksinim olduğu anda yaparım.	n	29	35	22	13	9
	%	26,9	32,4	20,4	12	8,3
Eğitimi planlarken hedeflerimi belirlerim.	n	20	39	27	17	5
	%	18,5	36,1	25	15,7	4,6
Hasta eğitimine uygun içeriği/bilgiyi seçerim.	n	25	43	21	15	4
	%	23,1	39,8	19,4	13,9	3,7
Eğitim için uygun araç-gereç ve yöntemi seçerim.	n	28	28	21	18	13
	%	25,9	25,9	19,4	16,7	12
Hasta eğitimi için uygun zaman ve süreyi belirlerim	n	33	34	33	6	2
	%	30,6	31,5	30,6	5,6	1,9
Hasta eğitiminde taburculuk/ evde bakım konularına yer veririm.	n	65	30	9	1	3
	%	60,2	27,8	8,3	0,9	2,8
Hasta eğitiminde yazılı materyaller kullanırım.	n	23	21	32	17	15
	%	21,3	19,4	29,6	15,7	13,9

Hasta eğitim değerlendirmesini belirli ölçütler doğrultusunda yaparım.	n	20	22	23	25	18
	%	18,5	20,4	21,3	23,1	16,7
Eğitimi geliştirmek amacıyla değerlendirme sonuçlarından yararlanırım	n	13	16	37	20	22
	%	12	14,8	34,3	18,5	20,4
Yaptığım eğitimlerin hastanın tedavi ve iyileşmesine etkisini izlerim.	n	28	33	33	12	2
	%	25,9	30,6	30,6	11,1	1,9
Uyguladığım eğitimleri kayıt ederim.	n	63	26	9	5	5
	%	58,3	24,1	8,3	4,6	4,6

HU*	SU**	KU***	NU ****	HCU*****
Her zaman uygularım	Sıklıkla uygularım	Kısmen Uygularım	Nadiren uygularım	Hiç Uygulamam

3. SONUÇ

Çalışma, hemşirelerin, hasta bakım sürecinde hasta eğitimi algısı/uygulamalarını belirlemek, hasta eğitimi yaparken karşılaştıkları güçlükleri saptamak ve bu doğrultuda öneriler geliştirmek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmanın sonucunda; “hastanın bilgi alma hakkı olduğu, hasta eğitiminin ise hemşirenin bağımsız rollerinden biri ve diğer mesleki uygulamalar kadar önemli olduğu yönünde görüş tespit edilmiştir. Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu hasta eğitimi yaptıklarını belirtmişlerdir. Bu eğitim daha çok “taburculuk ve evde bakım” konularını kapsamaktadır. Bununla birlikte günlük uygulamalarda hasta eğitiminin orta sıralarda yer alan bir uygulama olduğu görülmüştür. Bunun nedeni olarak “iş yükünün fazla olması” gösterilmiştir. Bu sonuca göre “hasta eğitimine” inanıldığı ancak diğer işlerin daha öncelikli olarak görüldüğü tespit edilmiştir.

Hasta eğitimi davranış/uygulamalarının, “hasta eğitimi tutumu” ile karşılaştırıldığında negatif yönde bir eğilim olduğu görülmüştür. Eğitim planlamasının ve değerlendirilmesinin genellikle önceden yapılmadığı, gereksinim olduğunda ve planlama yapılmaksızın eğitimin gerçekleştirildiği tespit edilmiştir.

Sonuç olarak hemşirelerin hasta eğitim etkinliklerini uygulama bakım/rolü içinde informal eğitim olarak ele aldıkları, hasta eğitimine ve ilgili sorumluluklarına duyarlı oldukları görülmüştür.

Bu sonuçlar doğrultusunda Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi olarak kalite yönetim sistemi, hizmet kalite standartları ve hasta hakları uygulamalarıyla birlikte hasta ve çalışan eğitimlerini kapsayan planlama her yıl düzenli olarak yapılmakta, uygulanmakta ve değerlendirilmektedir.

KAYNAKLAR

Akçin, E. (2000). “Yataklı Tedavi Kurumlarında Hasta Eğitime Yönelik Hemşirelik Etkinlikleri”. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul

Aygül, N.S. (2009). “Hastaların Hemşirenin Hasta Eğitimindeki Rolüne Yönelik Görüşleri” Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul

Avşar,G.(2006). Klinik Hemşirelerinin Uyguladıkları Hasta Eğitiminin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Babacan, E. (2008). “Hemşirelerin Hasta Eğitimi Rol ve Faaliyetlerine İlişkin Düşünceleri” Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul

Kayış, A. (2001). Hemşirelerin Hasta Eğitime Verdikleri Önem ve Eğitim Verirken Karşılaştıkları Güçlükler. I. Uluslararası Ve V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongre El Kitabı. Kapadokya, 245-248

Özkan, S. (2001). Hasta Eğitiminde Hemşirenin Rolü. I. Uluslararası Ve V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongre El Kitabı. Kapadokya, 275-280

ÖZEL BİR HASTANEDE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

Sibel Afacan¹, Nefise Bahçecik²

Özet

Ülkelerin sosyo-ekonomik açıdan kalkınmışlık düzeylerinin en önemli göstergelerinden birisi de sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini, müşterinin istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır.

Hizmet sektöründe kalite ölçümü mal üretimindeki kalite ölçümü kadar kolay olmamaktadır. Hizmetin özelliklerinde barındırdığı soyutluk, dayanıksızlık, heterojenlik, bölünmezlik gibi özellikler hizmet kalitesinin ölçümünde farklı uygulamaları gerekli kılmaktadır.

Araştırma, İstanbul ilinde özel bir hastanede algılanan hizmet kalitesinin belirlenmesi amacı ile planlanmış ve hastaneden gerekli izinler alındıktan sonra 27 Temmuz 27 Ekim 2009 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. SERVQUAL ölçeğinden elde edilen puan ortalamaları Fiziki Görünüm (SQ_1) $0,10 \pm 0,70$, Güvenilirlik (SQ_2) $-0,22 \pm 0,56$, Heveslilik (SQ_3) $-0,13 \pm 0,90$, Güvençe (SQ_4) $-0,20 \pm 0,50$, Empati (SQ_5) $0,18 \pm 0,88$, Eşit ağırlıklı SERVQUAL skoru (SQ_E) $-0,06 \pm 0,55$, Ağırlıklandırılmış (Önem Ağırlıklı) SERVQUAL skoru (SQ_A) $-0,10 \pm 0,54$ olarak bulunmuştur.

Araştırma yapılan hastanenin boyutlar bazında fiziksel görünüm ve empati boyutlarında ortalama skorları pozitif, diğer boyutlarda ise negatif olarak tespit edilmiştir. Eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorları negatiftir. Buna göre hastanenin fiziksel görünüm ve empati boyutlarında hasta beklentilerini karşıladığı, diğer boyutlarda karşılayamadığı ve genel değerlendirmede de hastaların beklentilerini karşılamadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Algılanan Hizmet Kalitesi, SERVQUAL Ölçeği, Özel Hastane

Abstract

As one of the most important indicator of the countries' socio-economic development is health services. The main goal of health care offer needs of the community health services, quality consumer wants, at any time and be able to offer the lowest cost.

Measuring of quality is not easy such as measuring of quality of goods production in service sector. Services included in the characteristics of intangibility, instability, heterogeneity, indivisibility in the measurement of quality of service features are required different applications.

Research was planned in a private hospital in İstanbul to determine perceived service quality and after having with permission from the hospital was took place as definitive at July 27 between October 27.

¹ Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Yoğun Bakımlar Sorumlu Hemşiresi safacan@yeditepe.edu.tr

² Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Başkanı nbahcecik@marmara.edu.tr

The mean scores obtained from the SERVQUAL scale, Physical Apperance (SQ1) 0.10 ± 0.70 , Reliability (SQ2) -0.22 ± 0.56 , Enthusiasticness (SQ3) -0.13 ± 0.90 , Assurance (SQ4) -0.20 ± 0.50 , Empathy (SQ5) 0.18 ± 0.88 , Equal-weighted SERVQUAL score (SQE) -0.06 ± 0.55 , Weighted (importance weighted) SERVQUAL score (SQA) -0.10 ± 0.54 .

Research done on the basis of the size of the hospital in the physical apperance and empathy dimensions mean scores were positive , in other dimensions was negative have been identified. Equal-weighted and weighted SERVQUAL scores are negative. According to this,

physical apperance and empathy dimensions of hospital meet the expectation of patients, however in other sizes and overall evaluation can't meet the expectation of the patient have been analysed.

Keywords: *Perceived Service Quality, Servqual Scale, Private Hospital*

1.GİRİŞ

Günümüzde ürünlerin çeşitliliğindeki artışın yanında, hizmetlerde de büyük bir çeşitlenme görülmektedir (Bozdağ, Altan ve Atan 2003, Yılmaz, Çelik ve Depren 2007). Son otuz yıllık süreç içerisinde tüm dünya ulusal ekonomileri içinde hizmetler sektörünün önemi hızla artmıştır (Devebakan ve Aksaraylı 2003). Yoğun rekabet ortamında çalışan işletmeler, tüketiciler tarafından tercih edilebilmek için tüketici odaklı olarak çalışmak ve onlara kaliteli hizmet sunmaya özen göstermek durumundadır (Açıkel 2006, Elener ve Kılıç 2007, Altan, Ediz ve Atan 2003, Gürbüz, Büyükkelik, Avcılar ve Toksarı 2008, Çiçek ve Doğan 2009).

Kalite bugün yaşantımızın bütün alanlarında ön plana çıkmış olup her zaman, her yerde ve her konuda önü alınamaz bir talep haline gelmiştir. Kalite, kişisel değerlerden, inançlardan, tutum ve davranışlardan dolayı farklı kişilere göre farklı anlamlar taşıyabilen subjektif bir kavram olup tanımlanması zordur. Uluslararası Standardizasyon Örgütü'nün tanımına göre kalite, “bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamıdır”. Amerika Sağlık Örgütleri Akreditasyon Komitesi ise kaliteyi; “verilen bakımın istenen sonuçlarının alınmasını artırma ve olası istenmeyen sonuçlarını azaltma derecesi” olarak tanımlamıştır. Birçok ülkede tüketiciliğin gelişmesi ve bireylerin artan beklentileri sonucu büyük önem kazanmış olan kaliteden artık sağlık alanında da söz edilmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin çok geliştiği ülkelerde bile sağlık bakımında kaliteyi sağlamanın karmaşık ve zor bir iş olduğu kabul edilmektedir (Yılmaz 2001).

Hizmetin soyut, dayanıksız ve değişken olmasından dolayı kalitesinin ölçülmesi ürün kalitesini ölçmeye nazaran daha zordur. Ancak zor ve karmaşık olmasına karşın hizmetlerin de kalitesinin ölçülmesi gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır (Parasuraman et al 1988, Bozdağ ve ark. 2003, Gümüşoğlu ve ark 2007 s.317, Yılmaz, Çelik ve Depren 2007).

Bu konu ile ilgili bilimsel yazın incelendiğinde, hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik olarak araştırmacılar tarafından çok sayıda yöntemin önerilmiş, hizmet kalitesinin müşterilerin görüş açısından tanımlanması gerektiği konusunda fikir birliğine varılmıştır. Buna bağlı olarak, bilimsel çalışmaların büyük bir bölümü, kalitenin müşteri tarafından nasıl algılandığı ve algılanan kalitenin nasıl ölçülebileceği sorusu üzerinde odaklanmaktadır.

Algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesinde nitelik temelli ölçme yaklaşımı kapsamında değerlendiren çok sayıda ölçüm yöntemi bulunmaktadır. Bu yöntemlerden birisi olan SERVQUAL, en fazla ilgi çeken yöntem olmuştur. Hizmet kalitesinin ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan SERVQUAL Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985) tarafından geliştirilmiştir. Geliştirilmesi uzun bir süreç ve yoğun çalışmalar sonucunda gerçekleşen SERVQUAL ölçeği hizmet kalitesinin beş boyutunu oluşturan; *fiziksel görünüm*, *güvenilirlik*, *heveslilik (isteklilik)*, *güvence (teminkarlık)* ve *empati* boyutlarını içerisinde toplamış 22 çift önerme yardımıyla müşterilerin hizmetlerle ilgili beklentilerini ve algılarını belirlemekte ve algılama ile beklenti arasındaki fark hizmet kalitesinin ölçüsünü vermektedir (Parasuraman et al 1988, Gümüsoğlu ve ark 2007).

2. KAVRAMSAL OLARAK HİZMET KALİTESİ

2.1. Hizmet Kavramı ve Özellikleri

Hizmet, tüketici ihtiyaçlarının tatmin edilmesi amacıyla meydana getirilen maddi niteliği olmayan bir üründür. Hizmete yönelik yeni birkaç tanım verecek olursak;

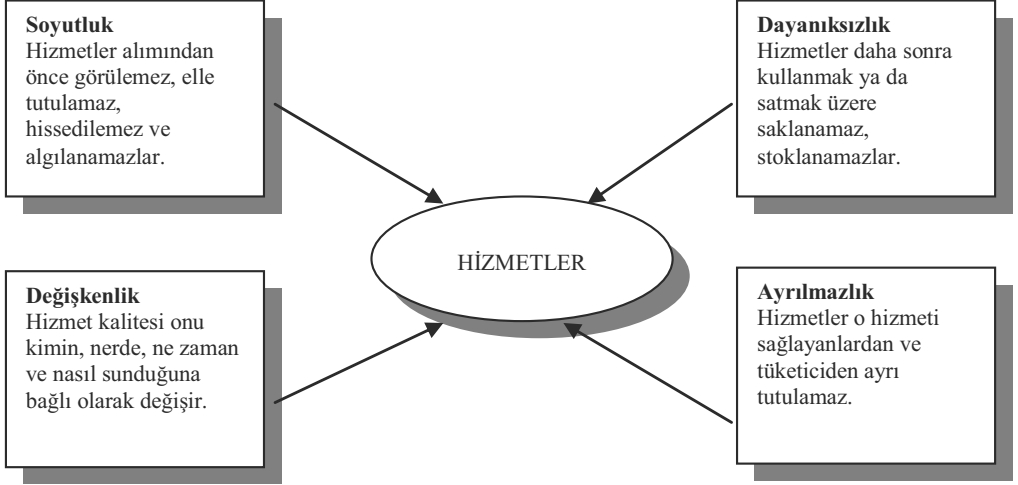
- İktisat Terimleri Sözlüğü'nde (2004), "Gereksinimleri karşılama ve üretildiği anda tüketilme özelliklerine sahip her türlü etkinlik" olarak tanımlanırken, Ana Britannica'da (1986) "Ekonomide, elle tutulur maddi ürünler dışında her türlü yararlı çalışma ve etkinliğin üretildiği sektör" olarak tanımlanmaktadır. .
- Goetsch ve Davis 'e (1998) göre "başka birisi için iş icra etmektir", Tek'e (1999) göre hizmet; "satışa sunulan faaliyetler, fayda veya tatminlerdir", Kotler ise "bir tarafın diğerine sunduğu mülkiyeti gerekli kılmayan soyut bir faaliyet veya hareket" olarak tanımlamaktadır (Çakırer, Bozdağ ve ark 2003).

Hizmet; Devedbakan'a göre fiziksel ve psikolojik olarak kişiye, sosyal açıdan ise topluma zaman, mekan ve yer faydası sağlama olgusudur (Devedbakan 2006, Zerenler 2007).

Bu bilgiler ışığında hizmet; üretildiği yerde tüketilen bir iş veya eylem, bir performans, sosyal olay veya çaba olarak tanımlanabilmektedir. Hizmet, fiziksel olarak sahip olunamayan bir iş, hareket veya çabayı içeren soyut mamullerdir. Herhangi bir şekilde envanteri tutulmamakta, saklanmamakta, standartlaştırılmamakta, üreticiden tüketiciye direkt geçmekte, görsellik nesnellik ve mülkiyet ilişkisi bulunmamaktadır (Devedbakan ve Aksaraylı 2003, Mohammad 2007, Çakırer, Yılmaz, Çelik ve Depren 2007, Bülbül ve Demirel 2008, Canoğlu 2008, Kürekçi 2009).

Hizmetin dört genel özelliği Şekil 1 de gösterilmiştir:

Şekil 1. Hizmetin Dört Genel Özelliği



Kaynak: Canoğlu M. Otel Müşterilerinin İmaj ve Hizmet Kalitesi Algıları İle Tekrar Satın Alma Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, 2008, s 25.

Sağlık hizmetleri de tıpkı diğer hizmetler gibi soyut olma, hetorejen olmama, değişkenlik ve depolanamama gibi özelliklere sahiptir. Sağlık hizmetlerinde de üretici tüketiciye bağlıdır (Perili 2004, Canoğlu 2008).

2.1. Hizmet Kalitesi Kavramı

Hizmet; tüketici ihtiyaçlarının tatmin edilmesi amacı ile meydana getirilen maddi niteliği olmayan ürün; zaman, yer, biçim ve psikolojik yararlar sağlayan ekonomik faaliyet; tüketicinin mülkiyetle ilişkisi olmaksızın satın aldıkları faydalar olarak tanımlanabilir. Başka bir tanımda ise hizmet “başkası için iş icra etmek” olarak tanımlanmaktadır (Yurt 1999, Devecan, Koçdor, Musal ve Güner 2003).

Hizmetlerin temel özellikleri olan soyutluluk, değişkenlik (heterojenlik), dayanıksızlık, hizmet üretim ve tüketiminin aynı anda gerçekleşmesi faktörleri; hizmet üretimini, satışını, müşterilerin kalite algısını ve müşteri tatminini önemli ölçüde etkilemektedir. (Devecan ve Aksaraylı 2003, Eleren, Bektaş, Görmüş 2007).

Hizmet kalitesi konusunda literatürde birçok tanım bulunmakla birlikte genel olarak algılanan hizmet kalitesi kavramının, hizmet kalitesi gerçeğine daha yakın olduğu görülmektedir.

2.2. Beklenen Hizmet Kalitesi

Özer (1999), beklentileri; müşterinin kullanacağı ürün performansına yönelik tahmin ve inançlarıdır diye tanımlamaktadır. Beklenen kalite; müşterinin mal ya da hizmette özellikle olması gerektiğine inandığı kaliteyi ifade eder. Müşteri bu tür özelliklerin ürün veya hizmetin yapısında var olduğu kanaatini muhafaza ettiği için, bu özellikleri talep etmeyi gerekli görmez. Bu özelliklerin olmaması ise müşteride ciddi memnuniyetsizliğe sebep olur (Perili 2004, Cığırım 2005, Selvi 2008) .

2.3. Algılanan Hizmet Kalitesi

Müşterinin hizmeti almadan önceki beklentileri (beklenen hizmet) ile yararlandığı gerçek hizmet deneyimini (algılanan hizmeti ya da algılanan performansı) kıyaslamasının bir sonucu olup, müşterinin beklentileri ile algılanan performans arasındaki farklılığın yönü ve derecesidir.

Müşteriler tarafından algılanan kalitenin ideal kalite olarak kabul edilmesi için ise; beklenen hizmetin algılanan hizmetten küçük olması gerekmektedir. Ghobadian ve arkadaşları, Parasuraman ve Zeithaml'a ek olarak algılanan hizmet kalitesini, müşterilerin hizmetin kalitesine yönelik sezgileri olduğunu ve müşterilerin tatmin derecesini büyük ölçüde belirlediğini ortaya koymuştur (Varinli, İlkay ve Erdem 2001, Perili 2004, Akbayrak 2005, Çiğirim 2005, Gümüşoğlu ve ark 2007, Demir 2008, Demirel, Yoldaş ve Divanoğlu 2009).

3. PARASURAMAN'IN HİZMET KALİTESİ BOŞLUK MODELİ-SERVQUAL ANALİZ YÖNTEMİ

Modelin temeli; müşterinin “beklediği hizmet” ile organizasyon yöneticileri tarafından bu beklentilerin algılanıp hizmetin ortaya konulması sonucunda hizmetin müşteri tarafından algılanması ile oluşan “algılanan hizmet kalitesi” ifadesi kullanılmaktadır. “Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen bu modelde hizmet kalitesi yerine “algılanan hizmet kalitesi” ifadesi kullanılmaktadır (Devebakan 2006, Mohammad 2007, Çiçek ve Doğan 2009).

SERVQUAL de genel olarak kullanılan 5 faktör veya boyut :

- **Somut görünenler (Tangibles):** Fiziksel olanaklar, donanımlar ve personel görünümü
- **Güvenirlilik (Reliability):** Hizmetler için verdiği sözü zamanında ve doğru olarak yerine getirebilmek.
- **İlgi ve Yardım (Responsiveness):** Müşterilere yardımda istekli olmak ve tam olarak hizmeti yerine getirmek.
- **Güvence (Assurance):** Çalışanların kibar olmaları ve bilgili olmaları, müşterileri kendilerini güvende olmalarını hissettirebilme ve güven verme becerileri
- **Yakınlık (Empathy):** Şirketin kendisini müşterinin yerine koyması, müşterilere kişisel ilgi gösterilmesidir. (Aksoy 2005, Devebakan 2006, Günel 2007, Mohammad 2007, Demir 2008).

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Amacı ve Tanımı

Araştırma; hastaların sağlık hizmetinden beklentilerini ve sunulan sağlık hizmetinden algılamalarını belirleyerek, beklentileri ve algılamaları arasındaki farkların karşılaştırılıp hizmet kalitesinin ölçülmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın diğer amaçları ise aşağıda sıralanmıştır:

- Hizmet alınan hastanede hasta bakış açısı ile hizmet kalitesi boyutlarının önem derecelerini belirlemek.

- Hastaların demografik ve sosyo-ekonomik durumları açısından SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini belirlemek.
- Hastaların sahip olduğu sosyal güvence açısından SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini belirlemek.
- Hastaların hizmet aldıkları hastanenin hizmet kalitesine yönelik yaptıkları genel değerlendirme açısından SERVQUAL skorlarının değişip değişmediğini saptamak.
- Hizmet aldıkları hastaneyi başkalarına tavsiye eden ve etmeyen hastaları SERVQUAL skorları açısından karşılaştırmaktır.

4.2. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 27 Temmuz–27 Ekim 2009 tarihleri arasında özel bir üniversite hastanesinde, yatan hasta servislerinde yatarak hizmet alan 2999 hastadan, 24 saati aşan yatışı olan 822 kişi oluşturmuştur. Çalışma basit tesadüfi örneklem yöntemi kullanılarak tüm servislere yatan, araştırma konusunda bilgilendirilen ve araştırmaya katılmaya gönüllülük ilkesine özen göstererek yazılı ve sözlü onamı alınana 200 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

4.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, çalışma ve literatür bilgisine dayalı olarak hazırlana iki ayrı form ile toplanmıştır. Genel bilgi formu ve SERVQUAL Hizmet Kalitesi ölçeği kullanılmıştır.

4.4. Genel Bilgi Formu

Genel bilgi formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde sosyodemografik değişkenler, ikinci bölümünde hastanın daha önce hastaneden aldığı sağlık hizmeti ile ilgili bilgiler, üçüncü bölümde ise hastaneden aldığı hizmetin genel değerlendirmesi ile ilgili bilgiler yer almıştır.

4.5. SERVQUAL Hizmet Kalitesi Ölçeği

Orjinal SERVQUAL Ölçeği Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından yapılandırılmış, Babakus ve Mangold tarafından hastanelere uyarlanmıştır. Ölçeğin toplam güvenilirliği için 0,92' lik yüksek bir Alpha katsayısı elde etmişlerdir Çalışmamızda da Cronbach's Alpha Değeri 0,92 olarak bulunmuştur.

SERVQUAL Ölçeği üç kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda, müşterilerin hizmetlerle ilgili beklentilerini ölçmeye yarayan beş hizmet kalitesi boyutu ve söz konusu boyutları oluşturan 22 madde yer almaktadır. İkinci kısımda aynı boyutlar ve boyutlara ilişkin 22 madde ile müşterilerden hizmet sunan firmanın hizmetleriyle ilgili algıları sorulmaktadır. Üçüncü kısımda ise beş hizmet kalitesi boyutu ile ilgili ifadeler, boyutların ismi belirtilmeden yer verilmekte ve müşterilerden boyutlara verdikleri önem derecelerine göre 100 puanın bu boyutlar arasında paylaştırılması istenmektedir.

4.6. Verilerin Analizi

Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 16.0 (Statistical Program for Social Science) paket programı, %95 güvenilirlik düzeyinde kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenilirliğini test etmek için güvenilirlik analizi, ortalamalar arası farklılıkların anlamlılığı için t-testi ve gruplu olan değişkenlerin analizi için tek yönlü varyans analizi (ANOVA-Oneway) testleri kullanılmış, olguların sosyodemografik özelliklerinin dağılımında yüzdelik, beklenen ve algılanan hizmet kalitesi ölçümünde ise ortalama puanlar kullanılmıştır.

5. BULGULAR

Bulgular; olguların sosyodemografik özellikleri, hastaların beklentileri ile ilgili bölümü, ölçeğin hasta algıları ile ilgili bölümü, hizmet boyutları ile ilgili bölüm olmak üzere dört başlık altında toplandı

5.1 Olguların Sosyo Demografik Özellikleri İle İlgili Bulguları

Araştırmaya 19 yaş ile 84 yaş arasında toplam 200 hasta alınmıştır. Katılımcıların % 60,5 'i (n= 12) kadın, % 39,5'i (n=79) erkek, %23'ü (n=46) 19–30 yaş grubunda, %21,5'i (n=43), 31–40 yaş grubunda, %16'sı (n=32) 41–50 yaş grubunda, %13,5'i (n=27) 51–60 yaş aralığında ve %26'sı (n=52) 61 yaş üzerindedir. Bu verilere göre 61 yaş üstü hasta dağılımının %26 (n=52) ile en yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo1).

Tablo 1. Hastaların Yaş Gruplarına, Medeni Durumlarına, Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler		Kadın		Erkek		Toplam	
		N=121	%	N=79	%	N=200	%
Yaş grubu	19-30 yaş	32	%16	14	%7	46	%23
	31-40 yaş	37	%18,5	6	%3	43	%21,5
	41-50 yaş	15	%7,5	17	%8,5	32	%16
	51-60 yaş	10	%5	17	%8,5	27	%13,5
	61 yaş üzeri	27	%13,5	25	%12,5	52	%26
Medeni durum	Evli	92	%46	68	%34	160	%80
	Bekar	29	%14,5	11	%5,5	40	%20
Eğitim durumu	Okur – yazar						
	İlköğretim	2	%1	4	%2	66	%3
	Lise	14	%7	12	%6	26	%13
	Üniversite	36	%13	17	%8,5	53	%26,5
	Yüksek	60	%30	43	%21,5	103	%51,5
	Lisans	6	%3	2	%1	8	%4
	Doktora ve üstü	3	%1,5	1	%0,5	4	%2

Çalışmaya katılan hastaların % 46,5'inin çalıştığı, %53,5'inin çalışmadığı, %59,5 gibi yüksek bir oranla sağlık güvencesinin Sosyal Güvenlik Kurumu olduğu, yeşil kartlıların %1'lik bir oranla en az grubu oluşturduğu, bunun dışında özel sağlık sigortası kullananların %37, hiçbir sağlık güvencesi olmayanların da %2,5 olduğu, gelirin giderini karşılama durumuna bakıldığında zaman %56'sının gelirim giderimi karşılıyor, %36,5'inin gelirim giderimi bazen karşılıyor ve %7,5'inin gelirim giderimi karşılamıyor yanıtını verdiği görülmüştür. Hastaların yaşantılarını en fazla geçirdikleri yer dağılımına göre

%75,5 gibi bir oranının Büyükşehir’ de yaşandıkları, %20,5 kişinin İl de yaşadığı ve sadece %5 kişinin ilçede yaşadığı sonucu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların Çalışma Durumları, Sağlık Güvenceleri, Gelir Durumları ve Yaşantısını Geçirdiği Yere Göre Dağılım (N=200)

Sosyal Durum		N	%
Çalışma durumu	Evet	93	46,5
	Hayır	107	53,5
Sağlık güvencesi	SGK	119	59,5
	Yeşil kart	2	1,0
	Özel sağlık	74	37,0
	Sigortası	5	2,5
	Yok (ücretli)		
Gelirin giderini karşılama durumu	Evet her zaman	112	56,0
	Evet bazen	73	36,5
	Hayır	15	7,5
Yaşantının en fazla geçirildiği yer	İlçe	10	5,0
	İl	41	20,5
	Büyükşehir	149	74,5

Tablo 3. Hastaların Hastane Yatış Süresi, Daha Önce Yatış Sayısı ve Daha Önce Kurumda Yatış Süresine Göre Dağılımları (N= 200)

Yatışla İlgili Bilgiler		N	%
Hastanede yatış süresi	2 gün	101	50,5
	2–5 gün	69	34,5
	5–10 gün	18	9,0
	10 günden fazla	12	6,0
Daha önce kuruma yatış sayısı	1 kez	99	49,5
	2–4 kez	73	36,5
	5 kez	4	2,0
	5 ten fazla	24	12,0
Daha önce kurumda yatış süresi	0–5 gün	121	60,5
	6–9 gün	43	21,5
	10 günden fazla	36	18,0

Çalışmaya katılan hastaların içinde %50,5’inin hastanede en az 2 gün yatış süresi olduğu, % 36.5’ inin daha önce hastanede 2-4 kez yatığı ve %60.5 inin daha önceki yatışlarında hastanede 0-5 gün arasında kaldığı tespit edilmiştir (Tablo3).

Tablo 4. Hastaların Yatıştan Memnuniyetlerine, Aldıkları Tedaviden Genel Memnuniyet Düzeylerine ve Kurumdan Genel Memnuniyet Düzeylerine Göre Dağılımı (N=200)

Memnuniyet Durumu		N	%
Yatıştan memnun kalma	Evet	110	55,0
	Hayır	2	1,0
	Zaman zaman	88	44,0
Kurumdan alınan tedavi ve bakımın değerlendirilmesi	Mükemmel	69	34,5
	Çok iyi	103	51,5
	İyi	26	13,0
	Orta	2	1,0
Kurumdan memnun kalma	Evet	191	95,5
	Hayır	1	0,5
	Bazı bölümlerinden	8	4,0

Çalışmaya katılan hastaların yatıştan memnuniyet dağılımına bakıldığında; %55'inin memnun olduğu, %44'ünün ise zaman zaman memnun olduğu belirlenmiştir. Yine hastaların % 34,5'i tedaviyi mükemmel olarak değerlendirirken %1'inin orta olarak değerlendirdiği, %95,5 ininde kurumdan memnun kaldığı tespit edilmiştir(Tablo 4).

Hastaların hastaneyi seçme nedenlerine bakıldığında ise, %39'unun başkaları tarafından önerildiği için seçtiği, %97,5'inin tekrar kurumu seçme isteklerinin olduğu ve yine %97,5'inin(n=195) hastaneyi başkalarına önermeyi düşündükleri görülmüştür (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların Hastaneyi Seçme Nedeni, Tedavi İçin Tekrar Kurumu Seçme ve Kurumu Önerme Durumlarına Göre Dağılımı (N=200)

Seçme ve Önerme Durumu		N	%
Hastaneyi seçme nedeni	Sağlık güvencesi	16	8,0
	Sağlık ekibinin tanındık olması	37	18,5
	Daha önce hizmet aldığı ve memnun olduğu için	51	25,5
	Ulaşılabilirliği	8	4,0
	Acil sağlık nedeniyle	10	5,0
	Önerildiği için	78	39,0
Tedavi için tekrar kurumu seçme	Evet	195	97,5
	Hayır	5	2,5
Kurumu önerme	Evet	195	97,5
	Hayır	5	2,5

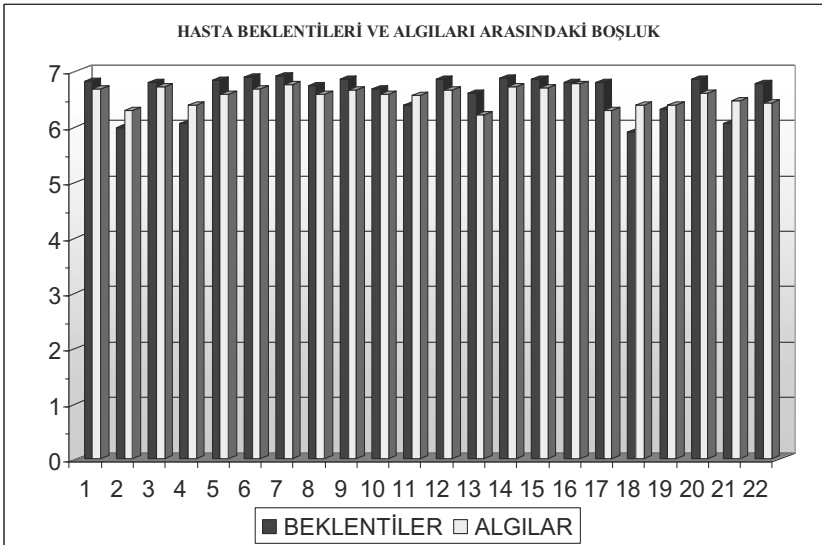
5.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Hizmet Kalitesinden Beklentileri ve Algıları İle İlgili Bulgular

Araştırmada kullanılan hastane hizmetlerine adapte edilmiş SERVQUAL ölçeğinin hasta beklentileri ile ilgili olan kısmında, beş hizmet kalitesi boyutuna (fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati) ilişkin toplam 22 soru önermesi yer almış ve bu soru önermeleri katılımcılar tarafından 7 noktalı Likert tipi bir ölçek üzerinden yanıtlanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların, hastane hizmetlerine yönelik en yüksek beklenti düzeyinin “güvenilirlik” boyutu altında yer alan 7. soru önermesi (*Hastaneler güvenilir olmalıdır*), en düşük beklenti düzeyi ise “empati” boyutu altında yer alan 18. soru önermesi (*Hastane çalışanları hastalara kişisel ilgi göstermelidir*) olarak belirlenmiştir.

Araştırmada kullanılan SERVQUAL ölçeğinin üçüncü kısmında beklenti soru önermelerinin aynısı, bu kez hizmet sağlayan hastanenin ismi belirtilerek katılımcılara sorulmuş ve söz konusu hastanelerin hizmetlerine yönelik hasta algıları ölçülmeye çalışılmış ve hastanenin sağlamış olduğu hizmete yönelik en yüksek hasta algısı düzeyinin “güvence” kalite boyutuna ait 16.soru önermesi olduğu (*Hizmet aldığımız hastanenin çalışanları kibardır*), en düşük hasta algısı düzeyinin ise “heveslilik, isteklilik ” boyutuna ait 13. soru önermesi (*Hizmet aldığımız hastanede randevulu hizmetleri tam zamanında randevusuz hizmetler ise fazla bekletilmeden sunulur*) olduğu görülmüştür.

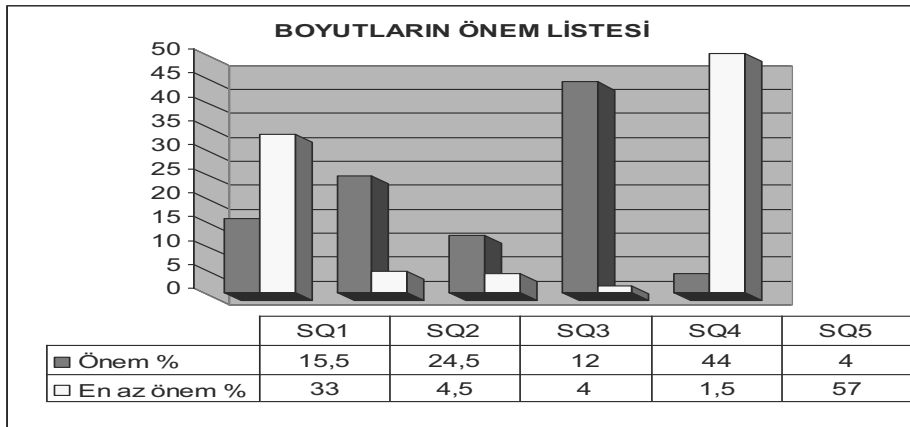
Hastaların beklentileri ve çalışma yapılan hastaneden algıladıkları hizmet kalitesi arasındaki farklılıklar Şekil 2’de grafiksel olarak gösterilmiştir.

Şekil 2. Hastaların Beklentileri ve Algıları Arasındaki Boşluk



Hastaların en önemli buldukları ve en az önemli buldukları kalite boyutlarına verdikleri puanlar karşılaştırıldığında katılımcıların büyük oranının “Güvence(SQ4)” boyutunu en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirenken, “Empati (SQ5)” boyutunu da en az önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirdiği saptanmıştır (Şekil 3). Katılımcıların “Fiziki Görünüm(SQ₁)” boyutuna $0,10 \pm 0,70$, “Güvenilirlik(SQ₂)” boyutuna $-0,22 \pm 0,56$, “Heveslilik(SQ₃)” boyutuna $-0,13 \pm 0,90$, “Güvence(SQ₄)” boyutuna $-0,20 \pm 0,50$, “Empati(SQ₅)” boyutuna $0,18 \pm 0,88$ puan verdikleri görülmüştür.

Şekil 3. Hizmet Kalitesi Boyutlarının Önem Değerlerine Göre Yüzdesi



Hastanenin kalite boyutları bazında SERVQUAL skorları incelendiğinde hastanenin Eşit Ağırlıklı SERVQUAL(SQ_E) skorunun $-0,06 \pm 0,55$ olduğu, Önem Ağırlıklı SERVQUAL(SQ_A) skorunun ise $-0,10 \pm 0,54$ olduğu görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 6. Hastanenin Kalite Boyutları Bazında SERVQUAL Skorları

		Minimum	Maksimum	Ortalama $\pm$ SS
SQ _E	Eşit ağırlıklı SERVQUAL skoru	-1,92	2,05	-0,06 $\pm$ 0,55
SQ _A	Ağırlıklandırılmış (Önem Ağırlıklı) SERVQUAL skoru	-2,43	2,05	-0,10 $\pm$ 0,54

6. TARTIŞMA

Hizmet sektörlerinde kullanılan ve müşterinin beklenti ve algıları arasındaki farkı ölçerek hizmet kalitesini belirlemeyi amaçlayan SERVQUAL Ölçeği ile özel bir hastanede algılanan hizmet kalitesinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırma, çalışma bulgularının paralelinde değerlendirilmiştir.

Çalışmada elde edilen SERVQUAL skorları incelendiğinde, en yüksek beklenti düzeyinin “Güvenilirlik (SQ₂)” alt boyutunda yer alan “Hastaneler güvenilir olmalıdır” sorusu için,6,92 ve yine aynı alt boyutta yer alan “Hastane çalışanları hastaların bir problemi

olduğunda problemi çözmek için anlayışlı ve güven verici olmalıdır” sorusu için 6,86 olduğu tespit edilmiştir. Buradan hareketle hastane hizmetlerinden yararlanan bireylerin bu sorularda yer alan ifadeye tamamen katıldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Göörüldüğü gibi sağlık işletmelerinde sunulan hizmetin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve hizmetin doğru ve güvenilir bir şekilde verilmesi gerekliliği “güvenilirlik” boyutunun hastalar tarafından en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmesine neden olmaktadır.

Bu sonuçlar Yurt’un (1999), Bakır’ın (2006) ve Hastaoğlu’nun (2007) yaptığı çalışmalarla paralellik göstermektedir.

En düşük beklenti düzeyi ise “Empati (SQ₅)” boyutu altında yer alan “Hastane çalışanları hastalara kişisel ilgi göstermelidir” sorusunun ortalama puanı 5,90 ve “Fiziksel görünüm (SQ₁)” boyutunda yer alan “Hastanelerin fiziksel imkanları görsel açıdan çekici olmalıdır” sorusu için ise 5,98 olarak bulunmuştur.

Buna göre çalışanların kendisini hasta yerine koyması ve hastalara kişisel ilgi göstermesi anlamına gelen “empati” boyutu ve hastanenin hizmet sunmadaki fiziksel olanakları, kullanılan araç, gereç ve personelin görünüşü anlamına gelen “fiziksel özellikler” boyutu hastalar tarafından en az öneme sahip hizmet kalitesi boyutları olarak değerlendirildiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar yine Yurt’un (1999), Devebakan’ın (2003, 2006), Bakır’ın (2006) ve Hastaoğlu’nun (2007) yapmış olduğu çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Çalışmadan elde edilen algılanan hizmet kalitesi puanlarına bakıldığında ise; en yüksek algılanan hizmet kalitesi düzeyleri “Güvence(SQ₄)” boyutunda yer alan “Hizmet aldığınız hastanenin çalışanları kibardır” için 6,77, “Hizmet aldığınız hastane güvenilir” sorusu için 6,76 ve “Güvenilirlik (SQ₂)” boyutunda yer alan “Hizmet aldığınız hastane çalışanları bilgilidir” sorusu için 6,73 puan olarak tespit edilmiştir.

Özellikle “Güvenilirlik” alt boyutundaki “Hizmet aldığınız hastane çalışanları bilgilidir” sorunun hizmet alanların beklentileri ve algıları arasında en yüksek puan ortalamasına sahip olması ve ortalama puanların çok yakın olması araştırma yapılan kurumun hizmet alanlar tarafından bu boyutta beklentilerini karşılamaya yaklaştığını göstermiştir.

Algılanan hizmet kalitesi puanlarında en düşük ortalamalara bakıldığında ise; “Heveslilik, isteklilik (SQ₃)” alt boyutunda “Hizmet aldığınız hastanede randevulu hizmetler tam zamanında, randevusuz hizmetler ise fazla bekletilmeden sunulur” için 6,22, “Güvence (SQ₄)” boyutunda “Hizmet aldığınız hastanenin çalışanları işlerini daha iyi yapabilmek için işverenlerinden yeterli desteği alır” için 6,29 ve “Fiziksel görünüm (SQ₁)” boyutunda “Hizmet aldığınız hastanenin fiziksel imkanları görsel açıdan çekicidir” için 6,30 puan olarak tespit edilmiştir.

Daha önce yapılan çalışmalarda hastaların algı düzeylerinin tartışma konusuna alınmadığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda bu sonuçlar hastanenin poliklinik hizmetlerinde randevu zamanına uyum çalışmalarının yapılması, fiziksel olanakları açısından dikey bir hastane olması, özel üniversite hastanesi olması nedeni ile iş veren ile çalışan arasında organizasyonel yapıların bulunması açılarından bakıldığında uyumluluk göstermektedir.

Çalışmamızda elde ettiğimiz SERQUAL skorlarını alt boyut gruplarında incelediğinde, çalışmaya katılanların en yüksek ortalama puanı “Empati (SQ₅)” boyutu ile 0,18 puan, “Fiziksel görünüm (SQ₁)” boyutuna 0,10 puan verdikleri görülmüştür. Bu boyutlarda hizmet kalitesinin yüksek çıkama nedenlerine bakıldığında; çalışmaya katılan hastaların “Fiziksel görünüm” ve “Empati” alt boyutlarına yüzdelik olarak en az önemi verdikleri tespit edilmiştir. En önemli hizmet kalitesi sıralamasında “Empati” boyutu %4, “Fiziksel görünüm” boyutu ise %15,5 değer almıştır. En az önemli hizmet kalitesi sıralamasında ise

“Empati” boyutu %57 ile en az önemli olurken “Fiziki görünüm” boyutu %33 oranla en az önemli 2’inci boyut olmuştur. Bu veriler daha öncedeki çalışmalarla uyumluluk göstermektedir (Yurt 1999, Deveci 2003, 2006, Bakır 2006, Hastaoğlu 2007).

Bu bulgular ışığında hizmet alıcıların hastane hizmetlerinden beklentilerinde fiziki görünüm ve empati boyutunda hizmet kalitesini yüksek beklemedikleri ve hizmet aldıkları hastanemizde bu boyutların karşılanması üzerine ortalama puanların daha yüksek çıktığı sonucuna varılmıştır.

Alt boyutlar bazında en düşük puanların ise “Güvenilirlik (SQ₂)” boyutunda -0,22 , “Güvence (SQ₄) boyutunda -0,20 ve “Heveslilik (SQ₃)” boyutunda -0,13 olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada hizmet alınan hastanenin Eşit Ağırlıklı SERVQUAL(SQ_E) skorları -0,06 ve Önem Ağırlıklı SERQUAL (SQ_A) skorları -0,10 olarak bulundu. Yurt’un(1999), Braysland and Curry’nin (2001), Uzun’un (2001), Deveci’nin (2006), Bakır’nin (2006), Mohammad’ın (2007) ve Hastaoğlu’nun (2007) yaptığı çalışmalarda da Eşit Ağırlıklı SERVQUAL(SQ_E) ve Önem Ağırlıklı SERQUAL (SQ_A) skorlarının negatif çıktığı görülmüştür.

Araştırmada yaş grupları değişkenine göre SERVQUAL skorları toplam puan ortalamalarında 19–30 yaş grubu ile 51–60 yaş grubu ve 61 yaş ve üstü grup arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur. “Güvenilirlik (SQ₂)” alt boyutunda 19–30 yaş grubunu oluşturan bireylerin 51–60 yaş grubunu oluşturan bireylere göre kalite algısının daha düşük olduğu saptanmıştır. 19–30 yaş grubu için ortalama puan -0,38 iken 51–60 yaş grubu için ortalama puan 0,01 olarak bulundu. Başka bir değiş ile 51–60 yaş grubunun hizmet aldıkları hastanenin hizmet kalitesini daha güvenilir bulduğu tespit edilmiştir.

“Güvence (SQ₄)” alt boyutunda 19–30 yaş grubunu oluşturan bireylerin 51–60 yaş grubunu oluşturan bireylere göre kalite algısının düşük olduğu saptanmıştır. 19–30 yaş grubu için ortalama puan -0,38 iken 51–60 yaş grubu için ortalama puan 0,00 olarak bulunmuştur. 61 yaş ve üstü grubu oluşturan bireylerin ise güvence boyutunda ortalama puanı -0,57 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak 19-31 yaş grubunun 51-60 yaş grubuna göre hizmet kalitesini daha az güvenceli fakat 61 yaş ve üstü gruba göre daha güvenceli olarak algıladıkları tespit edilmiştir.

Bunun sebebinin 51-60 yaş grubunun çalışmada daha az kişiyi (N=27) temsil etmesi ve hastaneden daha önce çok sayıda hizmet almış olmaları olduğu düşünülmüştür.

Daha önce yapılan çalışmalarda da yaş ile kalite algısı arasında farklı sonuçlar bulunmuştur. Argan ve Argan (2002) ve Aksaraylı’nın (2003) çalışmasında yaşlı hastaların hizmet kalitesini daha yüksek algıladığı bulunurken, Hastaoğlu’nun (2007) ve Mohammad’ın (2007) çalışmalarda yaş ile kalite algısı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışmamızda eğitim durumu değişkenine göre SERVQUAL skorları toplam puan ortalamaları arasında “Fiziksel Görünüm (SQ₁)” boyutunda okuryazar olanlarla doktora ve üstü mezunu olanlar arasında p<0,05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuş, diğer boyutlarda anlamlılık tespit edilmemiştir.

“Fiziksel Görünüm (SQ₁)” alt boyutunda okuryazar grubu için ortalama puan 0,75, doktora ve üstü grubu için -0,68 olarak bulunmuş, fiziksel görünüm boyutunda okuryazar grubunun hizmet kalitesini doktora ve üstü gruba göre yüksek algıladığı tespit edilmiştir.

Bu sonuç literatürde ki diğer çalışmalarla tutarlılık göstermektedir. Argan ve Argan(2002), Devebakan'ın (2003,2006) ve Mohammad'ın (2007) çalışmalarında da aynı sonuçlara ulaşılmıştır.

Çalışmada kurumdan aldıkları tedavi ve bakımdan memnuniyet düzeyine göre hizmet kalitesi algı skorlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar belirlenmiştir. Beş alt boyutta da tedavi ve bakımı mükemmel olarak tanımlayan hastalar ile iyi olarak tanımlayan hastalar arasında anlamlı farklılık mevcuttur. Hastaneden aldığı hizmeti mükemmel olarak tanımlayan hastaların beş alt boyutta, Eşit Ağırlıklı SERVQUAL(SQ_E) ve Önem Ağırlıklı SERVQUAL (SQ_A) skorlarında hastanenin hizmet kalitesini daha yüksek buldukları tespit edilmiştir. Bu bulgular Devebakan'ın (2003,2006) ve Mohammad'ın (2007) çalışmaları ile tutarlılık göstermektedir. Tedavi ve bakımdan memnuniyetin hizmet kalitesini algılamada büyük etkisinin olması kaçınılmazdır.

Çalışmamızda hastaların hastaneyi tercih etme nedenlerine göre SERVQUAL skorları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma diğer hizmet sektörlerinde de kullanılan ve müşterinin beklenti ve algıları arasındaki farkı ölçerek hizmet kalitesini belirlemeyi amaçlayan SERVQUAL Ölçeği'nin özel bir hastanede uygulanarak algılanan hizmet kalitesinin saptamak amacı ile metodolojik ve tanımlayıcı olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçları söz konusu hastanenin algılanan hizmet kalitesi düzeyini ölçmede SERVQUAL ölçeğinin güvenilir olduğuna işaret etmektedir. Çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,92 olarak bulunmuştur.

Araştırmada ayrıca sağlık işletmelerinde hasta bakış açısı ile en önemli ve en az öne sahip hizmet kalitesi boyutları tespit edilmiştir. Diğer taraftan araştırmada elde edilen önemli bulgulardan birisi de algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin bağımsız değişkenler açısından nasıl değiştiğinin belirlenmesidir.

Bilindiği gibi nicel analizlerden elde edilen sonuçlar, nitel sonuçlara destek sağlamaktadır. Hizmet sunan kuruluşların hizmet kalitesini sağlayabilmeleri için önce müşterilerinin beklentilerini ve ihtiyaçlarını bilmeleri gereklidir. Müşterilerinin ihtiyacı olan hizmetin hangi özellikleri taşıması gerektiği, bu hizmeti alırken müşterinin nasıl bir sunum istediği ve hizmetin kendisi dışında hizmeti sunanlardan neler beklediği bilinmelidir.

Sonuç olarak; bu çalışmada araştırma yapılan hastanenin boyutlar bazında fiziksel görünüm ve empati boyutlarında ortalama skorları pozitif, diğer boyutlarda ise negatif olarak tespit edilmiştir. Eşit ağırlıklı ve ağırlıklı SERVQUAL skorları negatiftir. Buna göre çalışma yapılan hastanenin fiziksel görünüm ve empati boyutlarında hasta beklentilerini karşıladığı, diğer boyutlarda karşılayamadığı ve genel değerlendirmede de hastaların beklentilerini karşılayamadığını söylemek mümkündür. Başka bir ifade ile çalışma yapılan hastanede sunulan hizmetlere yönelik hastaların kalite algısının düşük olduğu söylenebilir.

Öneriler;

- Bu çalışmanın hastanelerde periyodik olarak yapılmasının yöneticilere, müşterilerin o anki hizmet algısını öğrenmelerine ve kaynaklarını düşük seviyede algılanan boyutlara yönlendirerek gereksiz yatırımların engellenmesine katkıda bulunacaktır.
- Belirli periyotlarla yapılacak hizmet kalitesi ölçümleri, zaman içerisinde hastanenin hizmet kalitesinde meydana gelen değişiklikleri ve söz konusu değişikliklerin nedenlerinin izlenmesi konusunda yönetime kolaylık sağlayacaktır.
- Çalışmanın hastane içerisinde klinikler bazında yapılması farklı hizmet gruplarından kişilerin beklentilerinin algılanması ve gerekli düzenlemelerin yapılması açısından etkili olacaktır.
- İşletmelerin rakip işletmelerin SERVQUAL skorlarına göre rekabet politikasına yön vermeleri işletmelerin hizmet kalitesini arttırmada etkili olacaktır.
- Ölçek uygulanırken öncelikle mükemmel hastane tanımının yapılması ve değerlendirilmesi istemi, hastaların beklide farkında olmadıkları bazı aksaklıkları yada hizmet kalitesini fark etmelerine ve bu neden ile beklenti yada algılama değerlerinde artışa neden olmuş olabilir. Bu sebeple sonraki çalışmalarda böyle bir etkinin olup olmadığını anlayabilmek açısından ölçeğin algılanan bölümünün beklenti bölümünden önce yapılması faydalı olabilir.
- Hizmet içi eğitim konularında hizmet kalitesinin, algılanan ve beklenen kalite arasındaki farklılıkların ve hasta yaklaşımlarının anlatılması bu konuda çalışanlar açısından bilinçlenmeyi artırarak kalitenin artırılmasında etkili olabilir.

KAYNAKLAR

Açıkel O.(2006) Sağlık Sektöründe Hasta Tatmini Açısından Farklı Statüdeki Hastanelerin Hizmet Kalitelerinin Karşılaştırılmalı Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. İ. Aksulu).

Akbayrak EH.(2005) Orta Doğu Teknik Üniversitesi Kütüphanesi'nde Hizmet Kalitesi Ölçümü. H.Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü Bilgi ve Belge Yönetimi Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. G. Baydur)

Aksoy R. (2005). Zonguldak'ta ayakta tedavi tüketicilerinin sağlık hizmeti kalite değerlemesi. ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi Cilt 1, Sayı 1,

Altan Ş, Ediz A, Atan M. (2003). SERVQUAL Analizi ile Toplam Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Yüksek Eğitimde Bir Uygulama. 12. Ulusal Kalite Kongresi KalDer-Türkiye Kalite Derneği Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı, İstanbul

Bakır Y. (2006). Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama Faaliyetleri, Müşteri Memnuniyeti, Mustafa Kemal Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Hatay, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A. Yavuz).

Bozdağ N, Altan Ş, Atan M.(2003). Hizmet Sektöründe Toplam Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Analizi İle Ölçümü Ve Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama, VI. Ulusal Ekonometri ve İstatistik Sempozyumu Gazi Üniversitesi, Ekonometri Bölümü, Ankara

Bryland A, Curry A. (2001). Service improvement in public service using Servqual. Managing Service Quality, MCB University Press, Volume:11 Number:6 s.389-401.

Bülbül H, Demirer Ö.(2008). Hizmet kalitesi ölçüm modelleri SERVQUAL ve SERPERF'in karşılaştırmalı analizi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Sayı: 20 s.181-198

Canoğlu M.(2008). Otel Müşterilerinin İmaj ve Hizmet Kalitesi Algıları İle Tekrar Satın Alma Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Danışman: Prof. Dr. S.Çabuk).

Ciğirim E. (2005).Hizmet Kalitesinin İyileştirilmesi: Hizmet Sağlayıcıların Performansını Etkileyen Faktörler ve Görece Etkilerini Ortaya Çıkarmaya Yönelik Bir Uygulama. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gebze, (Danışman: Doç. Dr. C. Yılmaz).

Çiçek R, Duman İC. (2009). Müşteri memnuniyetinin artırılmasında Hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik bir Araştırma: Niğde ili örneği, Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi.

Demir S. (2008). Hastane Hizmet Kalitesi Algılarında Farklılaşmaya Yol Açan Sebeplerin İncelenmesi. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gebze, (Danışman: Doç. Dr. B.Sezen).

Demirel Y, Yoldaş MA, Divanoğlu Uslu S.(2009). Algılanan hizmet kalitesinin tatmin, tavsiye davranışı ve tercih üzerine etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. Akademik Bakış Dergisi, Sayı 16, s.129-143.

Devebakan N. (2006). Sağlık işletmelerinde teknik ve algılanan kalite. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 8, Sayı:1.

Devebakan N, Aksaraylı M. (2003a).Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde SERVQUAL skorlarının kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi uygulaması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5(1).

Devebakan N, Koçdor H, Musal B, Güner G. (2003b).Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde lisansüstü eğitim kalitesinin araştırılması kapsamında öğrencilerin eğitime ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 5, Sayı:2.

Eleren A. Bektaş Ç, Görmüş AŞ. (2007). Hizmet sektöründe hizmet kalitesinin SERVQUAL yöntemi ile ölçülmesi ve hazır yemek işletmesinde bir uygulama, Finans Politik & Ekonomik Yorumlar Dergisi, 44, s.514.

Gümüšoğlu Ş, Pınar İ, Akan P, Akbaba A.(Eds), (2007). Hizmet Kalitesi Kavramlar, Yaklaşımlar ve Uygulamalar, Detay Yayıncılık, Ankara.

Gürbüz E, Büyükkelik A, Avcılar YM, Toksarı M. (2008). Algılanan hizmet kalitesinin tatmin ve davranışsal niyet üzerine etkisi: Niğde ilindeki Süpermarketler üzerine ampirik bir çalışma. Ege Akademik Bakış Dergisi 8 (2), s.785-812.

Hastaoğlu S. (2007). Dahili Bilimler Bölümünde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Doyumu ve Memnuniyeti. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. N. Sabuncu)

Kılıç Ö.(2000). Hizmet sektöründe tüketicinin tatmini ve şikayet davranışı:"Sigortalının tatmini ve şikayet davranışını etkileyen faktörlerin belirlenmesine ilişkin araştırma" Yönetim Dergisi, Yıl:11 Sayı 37, s.29–45.

Kürekçi T.(2009). Sahra Hastanelerinin Sağlık Sektöründeki Önemi ve Ankara Kızılay Sahra Hastanesi Uygulaması, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Projesi, Konya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M. Yıldız)

Mohammad Taşkıran G. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, SERVQUAL Analiz ile Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç.Dr. M. Saat).

Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. (1988). “SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perception of service quality. Journal of Retailing, 64(1), s.12–40

Perili S. (2004). Hizmet Pazarlamasında, Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti “Bankacılık Sektöründe Örnek Bir Uygulama ”. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yard. Doç. A.Koçak).

Selvi Ö. (2008). Sağlık Kurumlarında Halkla İlişkiler Ve Hasta Memnuniyetine Etkisi Üzerine Teorik ve Uygulamalı Bir Çalışma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Ana Bilim Dalı Halkla İlişkiler Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ö. Bakan)

Varinli İ, İlkay MS, Erdem O. (2001). Erciyes Üniversitesi Hastanesi’nde Yatan Hastaların Tatmin Düzeylerinin ölçümü. Kayseri, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın No:66, s.108.

Yılmaz M.(2001). Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001, 5 (2)

Yılmaz V, Çelik EH, Depren B. (2007a). Devlet ve özel sektör bankalarındaki hizmet kalitesinin karşılaştırılması: Eskişehir örneği, Doğu Üniversitesi Dergisi, 8(2), s.234-248.

Yurt AS (1999). Hemşirelik Hizmetlerinin Hasta Doyumu Üzerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. N Olgun).

Zerenler M, Ögüt A. (2007). Sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesi ve hastane tercih nedenleri araştırması: Konya Örneği; Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 18, s.501-520.

BİRİNCİ BASAMAKTA Kİ SAĞLIK PERSONELİNİN PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ TRABZON İLİNE AİT BİR ÇALIŞMA

¹ Aslı KÖSE

Özet

Personel açısından ücret hem ekonomik hem de sosyal yönü bulunan bir kavramdır. Ücret personelin temel gelir kaynağı olup onun ve ailesinin yaşam standartını, statü ve saygınlığını önemli ölçüde etkilemektedir.(Aykanat,2002:51)Performansa göre ücretlendirme sistemi, çalışanları daha iyi çalışma, kabiliyet ve yeterliliklerini geliştirme yönünde motive eder. Performans ve yeterliliğin önemli olduğu hakkında mesaj verir. Bireyleri performanslarına ve yeterliliklerine göre ödüllendirmenin adil olduğu görüşünü benimsetir. Bu özelliklerinden ve insan kaynaklarına verdiği önemden dolayı diğer tüm ücretlendirme sistemlerinden ayrı bir konumda bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerini toplumun bütün bireylerinin taleplerine karşılık verebilecek bir niceliğe ulaştırmak ve bu hizmetlerin kaliteli olarak sunulabilmesini sağlamak için performans değerlendirmesi ve performansa göre ödeme sistemleri önerilmektedir.(Gazi,2006:73). Performansa dayalı ek ödeme sistemi sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, personele döner sermaye gelirinden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarının belirlendiği bir sistemdir(Gazi,2006:53).

Bu çalışma birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sistemi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma örneklemini Trabzon ili merkezinde 2009 Aralık ayı itibariyle birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan 160 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarını pratisyen hekim (26 kişi) ve sağlık personeli (hemşire, ebe, sağlık memuru, sağlık teknikeri 134 kişi) oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket sosyo-demografik özellikleri içeren 5 soru ve 18 maddeden oluşan 5'li Likert tipindeki ölçekten oluşmaktadır. Araştırmada 1990 yılında Vergi Dairesi'nde David Marsden ve Ray Richardson tarafından yapılan çalışmada kullanılan ölçek bu çalışmaya uyarlanmıştır. Araştırmaya 160 kişi katılmıştır. Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmadan elde edilen veriler elektronik ortama aktarılarak SPSS 11,5 istatistik paket programı aracılığıyla değerlendirilmiş ve gerekli analizler yapılmıştır. Araştırmaya katılanların %73,1'i kadın, %26,9'u erkek oluşturmaktadır. 30 yaş ve altı sağlık çalışanı sayısı %33,8, 31-40 yaş arası katılımcılar %33,1, 41-50 yaş arası katılımcı sayısı %33,1'dir. Araştırmaya katılanların %23,8'i lise, %26,3'ü önlisans, %48,8'i lisans, %1,3'ü yüksek lisans- doktora eğitimine sahiptir. Katılımcıların %18,3'ü pratisyen hekim , %83,8'i sağlık personelidir. Katılımcıların % 33,1'i 0-5 yıl, %33,8'i 6-10 yıl, %33,1'i 11-15 yıl sürelerde mesleklerinde çalışmışlardır. Katılımcıların ölçekte yer alan pdö hakkındaki düşüncelerine belirlemeye yönelik ifadelerin tümünde kararsız kaldıkları görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Çalışanı, Performansa Dayalı Ödeme, Ücret

¹ Gümüşhane Üniversitesi, aslikose17@gmail.com

Abstract

Personnel cost in terms of both economic and social aspects of the concept. Wage employees are its main source of income and family living standards, status and dignity of a significant effect. (Aykanat,2002:51) According to a performance fee structure, employees work better, to develop skills and competencies is motivated. That gives an important message about the performance and competence. Rewarding individuals according to their performance and capabilities of the view that benimsetir fair. Because of the importance of these properties and all other human resources are in a position different pricing systems. All members of society can meet the demands of health services to reach a quantity and quality of these services as a performance evaluation and performance-based pay systems(Gazi,2006:73). Performance addition to the payment system based on the improvement of health care institutions, health services, promoting quality and efficient service delivery to ensure staff revolving fund income to additional payment rate, determined by the procedures and principles of a system(Gazi,2006:53).

This study of primary care health professionals' views of performance-based payment system was carried out to determine. The study sample as of December 2009 in Trabzon province 160 health workers are working in primary health care. General practitioner health workers (26 people) and health care providers (nurses, midwives, health officers, medical technicians 134 people) are. The study used a questionnaire to collect data. 5 questions with socio-demographic characteristics of the survey and 18 items and consists of 5 Likert-type scale. In 1990, David Marsden and Ray Richardson, the study made by the Taxation Office in this study adapted the scale used in the study. 160 people participated in the study. This descriptive study the data obtained from electronic media transmitted through the SPSS 11.5 statistical package program was reviewed and the necessary analysis. 73.1% of participants were female, 26.9% 'u are the man. Number of employees 30 years and six health 33.8%, 33.1% respondents between 31-40 years, 41-50 years 33.1% from the number of participants is. 23.8% of the participants 'high school, 26.3% third of associate degree, 48.8%' s license, 1.3% have graduate-doctoral training. Participants 18.3% general practitioners, 83.8% of health staff. Respondents, 33.1% 0-5 years, 33.8% 6-10 years I, 33.1% I have worked 11-15 years in their profession periods. Expressions to determine the participants in all of the ideas about the scale of the unstable pdö is staying.

Keywords: *Health Worker, Performance-Based Payment, Fee.*

1.GİRİŞ

Performansın Türk Dil Kurumu sözlüğündeki anlamı; başarı, takat sınırı, bir şeyi ya da işi yapma veya uygulama hareketi olarak verilmektedir. Oxford İngilizce sözlükte ise performans, verilen bir işi başarıyla sonuçlandırmak, uygulamak olarak tanımlanmaktadır. Sağlık kuruluşları ve çalışan sağlık personeli açısından ise performans; Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği stratejik amaçları gerçekleştirmek üzere yaptıkları iş ve işlemlerinin nicel ve nitel olarak belirlenerek ölçülmesi böylece sağlık kuruluşu ile personelinin genel olarak başarısının tespit edilmesi ve geliştirilmesinin teşvik edilmesi olarak tanımlanabilir. Performansın belirlenebilmesi için, faaliyetlerin sonucunun değerlendirilmesi gerekmektedir. Performans ölçüldükten sonra kabul edilen değerler, performans göstergelerini oluşturmaktadırlar (Öztürk,2009:4). Çalışanların motivasyonu ve performansını artırmak amacıyla bireysel performans ile ücret arasında ilişki kurulması olarak tanımlanan bireysel performansa dayalı ücret, günümüzde modern insan kaynakları

yönetiminin en güncel konularından birini oluşturmaktadır. Genel olarak performansa göre ücret sisteminde iki temel amacın gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır. Bunlardan birincisi, sistemin yönetsel değişim çabalarında sembol olarak algılanmasıdır. Geleneksel olarak merkezde toplanan güç daha alt yönetsel birimlere aktarılır ve yöneticiler kendi astlarının ücretlerini belirlemede daha fazla yetkiyle donatılmaktadır. Diğer yandan ise performansa göre ücret, iyi performansın ve personelin daha iyi motive edilmesinin bir aracı olarak algılanmaktadır. Çünkü yönetim, personel ile daha yakın ilişkiye girmekte ve bunun için amaçlarını daha açık olarak ortaya koyabilmektedir (Öztürk, 2000:74).En genel tanımıyla performansa dayalı ücret sistemleri, ücret ile performans arasında ilişki kurarak oluşturulan ücret sistemleridir (Uyargil, 1994:125).

İngiltere’de IPD tarafından yapılan araştırma sonuçlarına göre şirketler performans yönetimi ve ücret yönetimi arasında ilişki kurmaktan kaçınmakla birlikte, performansa dayalı ücret sistemi uygulaması %43-46 oranlarında görülmektedir. Türkiye’de 83 şirketin katılımı ile yapılan araştırmada ise performans yönetimi ve ücret arasındaki ilişkilendirmeye yönelik, performansa dayalı ücret performans yönetiminin temelidir yorumuna katılmayanların oranı %85 olmakla birlikte performans yönetimi ücret sisteminden ayrı tutulmalıdır yorumuna katılanların oranı ise %35 olarak görülmektedir. Performans yönetimini ücret yönetiminin önemli bir aracı gibi görmek ne kadar yanlışsa, ücret yönetimini performanstan tamamen ayırmak eksik bir uygulama olacaktır. Performansı göz ardı ederek yapılacak bir ücret yönetimi iş yaşamını ve verimliliği olumsuz etkileyecektir. Performansa bağlı ücret sisteminin avantajları ve dezavantajlarına aşağıda yer verilmiştir;

Avantajları

- Teşvik eder.
- Doğru mesaj verir.
- Ödüllendirme, performansa göre yapılır.
- Başarının değerlendirilmesi ve ödüllendirilmesinde somut bir uygulamadır.

Dezavantajları

- Teşvik garantisi yoktur.
- Benzer uygulamalar içinde derecelendirme mantığı oluşur.
- Performans standart ve ölçüleri her zaman gerçekçi ve adil olmayabilir.
- Bireysel performansın üzerinde yoğunlaşma takım çalışmasını olumsuz etkiler.
- Ücret artışının sistemde öne çıkması performansın diğer unsurlarının göz ardı edilmesine neden olur.
- Performansa bağlı ücret programının yönetiminde güçlükler, performans yönetimi süreçlerini olumsuz etkiler.
- Bireysellik ortamı oluşur, takım çalışmasını olumsuz etkiler.
- İnsanların sayısal hedeflere odaklanmaları performans kalitesini düşürebilir.
- İnsanların kısa vadeli sonuçları kovalamaları, uzun vadeli stratejik hedeflerden kopmalarına neden olabilir.

Çalışanların performansının ölçülmesi, performans ölçümünün bir parçasıdır. Kişisel performansın ölçülmesi ile kişiler bir bütün olarak kurum performansına katkılarını görebilirler. Kişilerin yaptıkları işi algılaması, kurum içinde kendilerinden beklenenleri anlayarak kendi kendilerine ilerleme kaydetmelerini sağlar. Performans kültürü geliştiğinde çalışanlar kendi gündelik işleri yanında kurum performansının sürekli olarak

arttırılmasına da katkıda bulunacaklardır (Yenice, 2006: 59).Ancak uygulama aşamasına gelindiğinde performansın ölçülmesi, değerlendirilmesi ve performansa göre ücret belirlenmesinin önünde çeşitli engellerin olduğu görülmektedir. Uygulamaya konulması düşünülen personel reformları kapsamında kamu çalışanlarının performansının ölçülmesi ve değerlendirilmesi hususu göz ardı edilemeyeceğinden, yapılacak düzenlemelerde iyi uygulama örneklerinin incelenmesinde fayda bulunmaktadır.

1.1. Sağlıkta Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

Sağlık hizmetleri maliyetleri sürekli artış göstermektedir. Sağlık sistemleri çok değişkenli karmaşık yapılardır. İnsanların alışkanlıkları, inançları başta olmak üzere ekonomik, sosyal olgular, iklim ve coğrafya gibi birçok iç ve dış etkenler sağlık sisteminin performansını etkileyebilmektedir. Performans göstergelerini olumlu yöne doğru geliştirecek olan sistemi oluşturan organizasyonlar, kurumlar, kişiler ve bunların ortaya koydukları uygulamalardır. Dolayısıyla uygulama boyutunda yer alan detaylar sistemin performansına önemli derecede etki edecektir. İyi bir sistem performansı elde etmek için uygulamada verimlilik, sağlık hizmetlerine erişim ve kaliteli hizmet sunumu önemli araçlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunlar 2003 yılından beri uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçlarını oluşturan unsurlardır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları "sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasının temin edilmesi" olarak ifade edilmiştir. Sağlık hizmetlerine erişim, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda "hakkaniyet" olarak tanımlanmıştır. Bu çerçevede gerek farklı sosyal gruplar, gerek kır/kent, gerekse doğu-batı arasındaki sağlık göstergeleri ve sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili farklılıkların azaltılması amaçlanmıştır. (Akdağ, Aydın, Demir 2006:5). Herkesin erişebildiği, verimli olarak sunulması beklenen hizmet, sonuçta çağın koşullarına ve bilimsel gerçeklere uygun kaliteli bir sağlık hizmetidir. Birinci basamak sağlık personeli sağlık hizmetlerinin sunumunda kritik bir noktadadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplum sağlığı açısından önemi 1978 yılında Alma Ata'da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'nda belirtilmiştir. Türkiye'de ise bu konferanstan önce 1961 yılında kabul edilen "224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile bu hizmetlerin önemi benimsenmiştir. (Öztek,2001:3-7).

Performans sistemi, iki ayrı yönerge ve bu yönergelerdeki 3 farklı model çerçevesinde uygulanmaktadır. Birinci yönergede, birinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik uygulama esas ve usulleri bulunmaktadır. Bu yönerge, birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelliğine ve yapılmasına bağlı olarak tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri ile kırsal alanda hizmet sunma hususları dikkate alınarak hazırlanmıştır. Birinci basamağa ait yönergede tedavi edici sağlık hizmetlerine ait ölçütlerin yanında koruyucu sağlık hizmetleri puanları ve kırsal alana doğru artan bölge idari puanları tanımlanmıştır (Akdağ, Aydın, Demir, 2006:22). İkinci yönergede ise devlet hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerine ait 2 model tanımlanmıştır. Her iki modelin benzer yönleri olduğu gibi farklı uygulama esasları bulunmaktadır. Eğitim ve Araştırma hastanelerindeki uygulama klinikler bazında olup, eğitim ve bilimsel çalışma hususları da dikkate alınarak modellenmiştir. Sistem ana unsurlarından birisi sağlık kurumlarında yapılmakta olan 5300 tıbbi işlemin bağlı değerlerinin belirlenerek puanlandırılmasıdır. Bu işlemlerden hekimler tarafından başından sonuna kadar bire bir yapılan zihinsel ve bedensel mesleki katkı ile bizzat sonuçlandırılanlar puanlandırılmıştır. (Örnek: muayene, ameliyat, girişimsel işlemler vb.) Hekim sorumluluğunda olsa da cihaz ve yardımcı sağlık personeli tarafından yapılan işlemlerde puanlandırılmıştır. (Örnek: enjeksiyon, laboratuvar işlemleri, vb.) (Akdağ, Aydın, Demir, 2006:22)

Sağlık Bakanlığı'nın tüm sağlık tesislerinde uygulanmakta olan, performansa dayalı ek ödeme sistemi, Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, çalışan personelin; unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, yapılan muayeneler, ameliyat, anestezi girişimsel işlemler ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarının belirlendiği bir sistemdir. Sistem sadece parasal bir ödeme modeli olmayıp, belirlenen "başarı ölçütlerine" göre personeli ödüllendirerek bireysel verimliliği artırmasının yanında "kurumsal performans kriterleri" ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlayan bir uygulamadır. 2004 yılının başından itibaren tüm Sağlık Bakanlığı tesislerinde uygulanmaya başlanmıştır. Sağlık işletmelerinin performansından bahsederken iki farklı bakış açısı ile yaklaşılması yerinde olacaktır. Kamu kesimindeki hizmet anlayışı, özel sektördeki anlayıştan farklılık göstermektedir. Kamu kesimindeki sağlık kuruluşlarında kar maksimizasyonuna odaklanma yerine çok az bir gelir potansiyeli gözetilerek hizmetin sunulması anlayışı mevcuttur. Ayrıca kamuda verilen sağlık hizmetinin performansına ilişkin veri ya da sonuç bulmak da mümkün değildir. Çünkü bu anlayışla performans değerlerine ilişkin veri depolanması yapılmamaktadır. Bugün hala sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğunun kamu sağlık kuruluşları tarafından karşılanması nedeni ile pek çok ülkede performans yönetimi ya da performans ölçümü gibi kavramlar kamu kesiminde çalışan insanlara çok yeni gelmektedir. Ancak özel sağlık işletmelerinin ülke içinde gelişmesi, sayılarının artması ve rekabet ortamının yaratılması nedeniyle önce maliyet sonra performans ölçümü gibi kavramların önemi anlaşılmıştır. Bu önemi kavramış ülkelerde gerek kamu gerek özel sağlık kuruluşları performans yönetimine ilişkin çalışmalara başlamıştır.(Sağlık Bakanlığı,65)

Verimli sunulan, kaliteli bir sağlık hizmeti hakkaniyet çerçevesinde erişilebilirliği ölçüsünde toplumun sağlık göstergelerine yansımaktadır. Sağlık güvence şemsiyesinin kapsamı, kalitesi ve kapsayıcılığı bu sonucu elde etmede önemli ekonomik dürtüyü oluşturmaktadır. Yaygın sağlık güvencesi altında temel sağlık göstergeleri yüksek olan bir toplumda, hastaların algılaması da dikkate alınarak memnuniyetleri sağlanabilirse, iyi bir sağlık sistemi performansından söz edebiliriz. Ancak bunlar daha çok teorik yaklaşımlardır. Uygulama alanına girdikçe tartışılır detayların olduğu ve her zaman mutlak doğrulara ulaşamadığı görülecektir (Akdağ, Aydın, Demir, 2006:6).

Sağlık hizmeti sunucularının daha verimli işler yapmasını sağlamak ve kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmek için ölçülebilir hizmet tanımlamaları yapılmak zorundadır. Bu amacı gerçekleştirmek için farklı performans ölçütleri üzerinde durulmaktadır. Bu ölçütlerin başlıcaları şunlardır:

- Hizmet sunulan insanların mutluluğunu sağlamak,
- Daha iyi bir sağlık düzeyi (çıktı) elde etmek,
- İyi tanımlanmış kaliteli bir sağlık hizmet sunum sürecine uymak,
- Bu hizmeti sunmak için kullanılan alt yapı, insan ve malzeme kaynaklarında (girdi) tanımlanmış normları yerine getirmektir.

Performans ölçütü olarak bunların hangisi kullanılırsa kullanılsın eleştirel yaklaşımlardan kurtulabilmek mümkün değildir. Her birinin avantaj ve dezavantajları vardır. Bu yüzden hakkaniyetli bir performans ölçümünü gerçekleştirmek istenince genellikle bu ölçütlerin

bir arada değerlendirildiği karmaşık yapılar oluşturulmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki bu performans ölçütleri açısından mevcut uygulamalar değerlendirildiğinde sınırlı düzeyde de olsa yukarıdaki kriterlerin kullanıldığı söylenebilir. Sistemde hasta memnuniyetinin ölçümü ile alt yapının ölçümü konusunda daha fazla somut uygulamalar yer almaktadır. Ancak, süreç ölçümü son derece sınırlı kalmakta, çıktı ölçümü ise henüz yapılamamaktadır. Klinik uygulama süreçleri ve klinik çıktıların ölçümü için daha fazla çalışma yapılması ve uygulamaların bu yönde geliştirilmesi önerilebilir. Ancak çıktıya dayalı performans ölçümünün kuramı konusunda fikir birliği olsa da, işlerliği tartışmalıdır. Yine süreç analizinde, belirli bir iyi klinik uygulamanın arka planını oluşturan verinin gücünü tayin etmenin ne denli karmaşık bir yapı arz ettiği bilinmektedir. Uygulamaya konduğu 2003 yılından beri geri bildirimler ve elde edilen sonuçlar analiz edilerek sürekli geliştirilen bireysel performans göstergeleri, öncelikle sağlık hizmetlerinde takım liderliği görevi üstlenen hekimler tarafından gerçekleştirilen ve doğrudan emeğe bağlı hizmetlerin ölçümüne dayanmaktadır. Bunun yanında, hastane enfeksiyon kontrolü, klinik içi eğitim ve bilimsel çalışmalar ayrıca performans göstergeleri olarak kabul edilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında performans uygulamasında bazı koruyucu sağlık ölçütlerine özellikle ağırlık verilmiştir. Nicelik olarak ölçülebilen bireysel performans ölçütleri değerlendirilirken, kurumların kendi aralarında derecelendirilmesi veya çalışanlara ücret olarak yansımada, çalıştıkları kurumun amaçlarını gerçekleştirme başarısı önemli bir yer tutmaktadır. Bu yüzden öncelikle kurumun hizmetlerini kayıt altına alarak belgelemesi, ödül kaynaklarını üretmesi, satın almada ve kullanımında yeterli verimlilik ve tasarrufu gözetmesi, yani akılcı bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Aksi takdirde bütün çalışanlar olumsuz etkilenecektir. Kısacası çalışanların performansının yüksek olması için, hastalara hekim seçme hakkının sağlanmış olması, hastane ortamının, alt yapı ve fizik şartlarının belli kriterleri karşılayacak düzeye çıkarılması, sağlık hizmet sürecinde belli uluslararası kalite kriterlerinin yerine getirilmesi, hasta memnuniyetinin sağlanmış olması ve Bakanlığın güncellediği hedeflerin yerine getirilmiş olması gerekmektedir (performans.saglik.gov.tr,2011).

Sistem sadece parasal bir ödeme modeli olmayıp belirlenen “başarı ölçütlerine” göre personeli ödüllendirerek bireysel verimliliği artırmasının yanında “kurumsal performans kriterleri” ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlamayı hedefleyen bir uygulamadır. Bu sistemde ödüllendirme, zannedilenin aksine çok hasta görene değil, zamanın, mekânın, kaynağın verimli kullanılmasına ve verilen hizmetlerin kayıt altına alınmasına göre yapılmaktadır. Yani kişinin kendi çalışma ve gayretinin yanında çalıştığı bölümün ve kurumunun bir bütün olarak değerlendirilmesi esastır. Performans değerlendirilmesi ve performansa göre döner sermaye katkı payı ödenmesi uygulamaları, çalışanların adeta ortakları olduğu sağlık kuruluşlarını idari ve mali özerk kurumlar olarak yarına hazırlama sürecinde önemli bir araçtır. Bu sistem, kurumun hedefleri ile çalışanların bireysel hedeflerini bütünleştirerek bireylerin oluşturdukları değeri bu ortak amaçlar ve hedefler doğrultusunda yönlendirmektedir. Görüldüğü gibi, uygulanmaya çalışılan yöntem sadece sonuçları ölçmeye ve bunları ödüllendirmeye değil, organizasyona belirlenen amaçlar doğrultusunda yön vermeye yöneliktir. Bakanlığın performans yönetimi çerçevesinde uygulamaya koyduğu model temelde yukarıdaki prensipleri gözetirken, uygulama alanının özelliklerine göre farklı ölçütleri öne çıkarmaktadır. Örneğin sağlık ocaklarında belirleyici faktör, kırsalda çalışma ve koruyucu sağlık hizmetlerindeki başarıdır. Toplum sağlığı merkezlerinde performans kriterleri, bu merkezlerin denetim görevi ve topluma yönelik koruyucu hizmetlerine odaklanmıştır (performans.saglik.gov.tr,2011).

2. BULGULAR ve TARTIŞMA

Araştırmaya Trabzon ilinde faaliyet gösteren birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan 160 sağlık çalışanı katılmıştır. Pratisyen hekim (26 kişi), sağlık personeli (Hemşire,Ebe,Sağlık Memuru,Sağlık Teknikeri 134 kişi) oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket sosyo–demografik özellikleri içeren 5 soru ve 18 maddeden oluşan 5’li Likert tipindeki ölçekten oluşmaktadır. 1990 yılında Vergi Dairesi’nde David Marsden ve Ray Richardson tarafından yapılan Performansa Dayalı Ödeme ve Motivasyon adlı çalışmada kullanılan ölçek çalışmaya uyarlanmıştır. Araştırmaya toplam 160 kişi katılmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11,5 for Windows adlı istatistik paket programından yararlanılarak; frekans, ki-kare analizleri ile yapılmıştır.

Araştırmaya katılanların %73,1’i kadın, %26,9’u erkek oluşturmaktadır. 30 yaş ve altı sağlık çalışanı sayısı %33,8, 31-40 yaş arası katılımcılar %33,1, 41-50 yaş arası katılımcı

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		n	%
CİNSİYET	Kadın	117	73.1
	Erkek	43	26.9
YAŞ	30 ve altı	54	33.8
	31-40	53	33.1
	41-50	53	33.1
UNVAN	Pratisyen Hekim	26	18.3
	Sağlık Personeli	134	83.8
SÜRE	5 ve 5’den küçük	53	33.1
	6-10	54	33.8
	11-15	53	33.1
EĞİTİM	Lise	38	23.8
	Ön lisans	42	26.3
	Lisans	78	48.8
	Yüksek Lisans-Doktora	2	1.3
	TOPLAM	160	100

sayısı %33,1’dir. Araştırmaya katılanların %23,8’i lise, %26,3’ü önlisans, %48,8’i lisans, %1,3’ü yüksek lisans- doktora eğitime sahiptir. Katılımcıların %18,3’ü pratisyen hekim , %83,8’i sağlık personelidir. Katılımcıların % 33.1’i 0-5 yıl, %33,8’i 6-10 yıl, %33,1’i 11-15 yıl sürelerde mesleklerinde çalışmışlardır. (Tablo 1)

Tablo 2’de katılımcıların PDÖ işimin gereklerinin ötesinde çalışmak için beni teşvik eder ($\bar{X}$:2.91), PDÖ yönetimle işbirliği içinde çalışma isteğimi azaltır ($\bar{X}$:2.78), PDÖ işimde daha çok inisiyatif göstermemi sağladı ($\bar{X}$:2.58), PDÖ işimde yüksek performansa göstermemde beni teşvik etti ($\bar{X}$:3.03), PDÖ terfiyi daha güçlü hale getirdi ($\bar{X}$:2.58), PDÖ işimin gereklerini ilk sıralara almama yardım etti ($\bar{X}$:2.56), PDÖ ile birlikte çalıştığım kişilerin öneminin farkına vardım ($\bar{X}$:2.82), PDÖ işimin kalitesi üzerine hiç etkisi olmadı ($\bar{X}$:3.25), PDÖ kendimi daha açık ifade etmem için beni teşvik etti ($\bar{X}$:2.86), PDÖ ile yönetimi eleştirmede daha istekli oldum ($\bar{X}$:2.48), PDÖ hastalar ile ilişkilerimde daha özenli olmama yardım etti ($\bar{X}$:2.36), PDÖ ile daha sıkı çalıştım ($\bar{X}$:2.93), PDÖ işimi değiştirme isteğimi azalttı ($\bar{X}$:2.95), PDÖ motivasyonumu arttırdı ($\bar{X}$:2.72), PDÖ işimin kalitesini arttırmama teşvik etti ($\bar{X}$:2.85), PDÖ işimin miktarını arttırmama teşvik etti ($\bar{X}$:2.95), PDÖ kişisel performanstan çok grup performansını temel alır ($\bar{X}$:2.88), PDÖ kalifiye elemanların işten ayrılmasını önler ($\bar{X}$:2.75) ifadelerine katılım ortalamaları görülmektedir. Katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sistemi hakkındaki düşüncelerini belirlemeye yönelik ifadelerin tümünde kararsız kaldıkları görülmektedir.

Tablo 2. Katılımcıların PDÖ Hakkındaki Düşünceleri

İfadeler	1		2		3		4		5			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Ort	SS
PDÖ işimin gereklerinin ötesinde çalışmak için beni teşvik eder	37	23,1	36	22,5			78	48,8	9	5,6	2,91	1,36
PDÖ yönetimle işbirliği içinde çalışma isteğimi azaltır			88	55	19	11,9	52	32,5	1	0,6	2,78	0,92
PDÖ işimde daha çok inisiyatif göstermemi sağladı	17	10,5	92	57,5			26,3	5,6			2,58	1,15
PDÖ işimde yüksek performans göstermemde beni teşvik etti	17	10,6	56	35			78	48,8	9	5,6	3,03	1,22
PDÖ terfiyi daha güçlü hale getirdi	37	23,1	53	33,1	19	11,9	42	26,3	9	5,6	2,58	1,25
PDÖ işimin gereklerini ilk sıralara almama yardım etti	37	23,1	55	34,4	17	10,6	42	26,3	9	5,6	2,56	1,25
PDÖ ile birlikte	17	10,6	73	45,6			61	38,1	9	5,6	2,82	1,21

çalıştığım kişilerin öneminin farkına vardım												
PDÖ işimin kalitesi üzerine hiç etkisi olmadı.			70	43.8			69	43.1	21	13.1	3,25	1,15
PDÖ kendimi daha açık ifade etmem için beni teşvik etti	16	10	72	45			62	38.8	10	6.3	2,86	1,21
PDÖ ile yönetimi eleştirmede daha istekli oldum	36	22.5	72	45			42	26.3	10	6.3	2,48	1,26
PDÖ hastalar ile ilişkilerimde daha özenli olmama yardım etti.	55	34.4	53	33.1			52	32.9			2,36	1,35
PDÖ ile daha sıkı çalıştım	36	22.5	36	22.5			78	48.8	10	6.3	2,93	1,36
PDÖ işimi değiştirme isteğimi azalttı	16	10	56	35	17	10.6	61	38.1	10	6.3	2,95	1,17
PDÖ motivasyonumu arttırdı	36	22.5	53	33.1			71	44.4			2,72	1,34
PDÖ işimin kalitesini arttırmama teşvik etti	16	10	73	45.6			61	38.1	10	6.3	2,85	1,21
PDÖ işimin miktarını arttırmama teşvik etti	16	10	56	35	17	10.6	71	44.4			2,95	1,17
PDÖ kişisel performanstan çok grup performansını temel alır	19	11.9	42	26.3	38	23.8	61	38.1			2,88	1,05
PDÖ kalifiye elemanların işten ayrılmasını önler	33	20.6	36	22.5	39	22.4	42	26.3	10	6.3	2,75	1,22

Performansa dayalı ücret sistemi motivasyonu artırma yönünde etkili bir araçtır. Para her ortamda güçlü bir motivasyon aracı olabilmektedir. Ayrıca, performansa dayalı ücret sistemi ile başarılı kişiler ödüllendirilmektedir. Özellikle başarılı bir kişi çalışmasının karşılığını görmek ister. Performansa dayalı ücret sistemi kişideki eşitsizlik duygusunu kaldırarak tatmin ve adalet sağlamış olmaktadır. Katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sisteminin motivasyonu arttırdığı ifadesinde kararsız kaldıkları görülmektedir. Gazi tarafından 2006 yılında yapılan çalışmada da performansa dayalı ek ödeme

sisteminin çalışanı motive ettiği konusunda katılımcılar kararsız kalmışlardır. ($\bar{X}$:3.10) Sağlık çalışanlarına verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti verme sorumluluğunu aşılacak ön şart olmakla birlikte bu tek başına yeterli değildir. Sağlık Bakanlığı son birkaç yılda sağlık sisteminde hızlı değişikliklere imza atmıştır. Bu değişikliklerde hizmet verenlerde motivasyonu yüksek tutmanın yollarını içinde barındıran, verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti ortamını sağlayacak araçları kullanma yeteneğine sahip bir sistem oluşturma amacı göze çapmaktadır (Akdağ, Aydın, Demir, 2006:17). Katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sisteminin işin kalitesi üzerinde olumlu ve olumsuz etkisiyle olan

ifadelerde kararsız kalmalarının nedeni sayısal (nicelik) olarak değil aynı zamanda niteliksel değerlendirmeler için uygulanan ölçütlerin olmayışı olabilir. Gazi tarafından 2006 yılında yapılan çalışmada da performansa dayalı ek ödeme sisteminin hizmetin

kalitesini ve verimliliğini arttırdığı ifadesine katılmadıkları bulunmuştur ($\bar{X}$:2.30).

Sağlıkta performansa dayalı ek ödeme sistemi, verilen bir sağlık hizmetinin sonucunda elde edilen çıktının, nicel ve/veya nitel olarak ölçülmesi ve bu yolla hizmet başına ödeme yapılması yöntemidir. Türk tabipler birliği tarafından 2007-2008 yılları arasında yapılan hekimlerin değerlendirmesi ile performansa dayalı çalışmada arkadaşlar ile ilişkisinin, çalışanlar arasında işbirliğinin, yönetim ile ilişkilerin, hasta ile ilişkilerin performans uygulaması öncesine göre azaldığı belirlenmiştir. Yine bu azalmadan en çok birinci sırada birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlerin etkilendikleri belirlenmiştir. Çalışmamızda birinci basamakta görevli sağlık personelinin yönetimle işbirliği içinde çalışma isteği, birlikte çalıştığı kişilerle iletişimi, hastalar ile iletişimde özenli olma konularında kararsız kaldıkları görülmektedir. Bugünkü performans ölçütleri hasta sağlık personeli ilişkisini belirlemektedir. Performansa dayalı ek ödeme sistemi sağlık personeline yapılan ödemelerde önemli bir artış sağladığı bunun yanında hastalara olan ilginin artması sonucunda da hasta memnuniyetinde bir artış meydana getirmiştir(ttb.org.tr,2011)

Performansa dayalı ek ödeme sistemi hastaların gereksiz yere çeşitli tıbbi işlemlere tabi tutulduğu konusunda eleştirilmektedir. Tengilimoğlu ve Pay tarafından Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir hastanede yapılan araştırmanın sonucunda performansa dayalı ek ödeme sistemine geçildikten hasta başına ve gün başına gelirden artış, hekim başına muayene, hekim başına yatış sayısında ve kapasite kullanım oranında artışlar belirlenmiştir. Bunlarla birlikte ek ödeme sisteminin gereksiz kullanıma neden olduğu(ortalama yatış süresinde uzama, hasta başına gereksiz tetkik, işlem sayısı ve tedavi giderlerinde artış) tespit edilmiştir. Çalışmamızda performansa dayalı ek ödeme sisteminin sağlık personelinin işlerinin miktarlarındaki artış konusunda kararsız kaldıkları belirlenmiştir(elifgazetesi.com/Cubuk-Haberleri/104,2011).

3. SONUÇ VE ÖNERİLER

Personel yönetiminin tartışmalı ve büyük öneme sahip konularından biri de personelin performansının değerlendirilmesidir. Personelin başarı veya başarısızlığını etkileyen fiziksel, örgütsel, yönetsel ve eğitsel iş tanımlarına ilişkin çok yönlü sistematik bir analiz olarak performans değerlendirmesi, yönetim biliminde yeni yaklaşımlar yaratmıştır. Çalışmamız sonucunda ulaşılan sonuç ve öneriler aşağıda yer almaktadır.

- Katılımcıların PDÖ işinin gereklerinin ötesinde çalışmak için beni teşvik eder, yönetimle işbirliği içinde çalışma isteğimi azaltır, işimde daha çok inisiyatif göstermemi sağladı, işimde yüksek performansa göstermemde beni teşvik etti, terfiyi daha güçlü hale getirdi, işimin gereklerini ilk sıralara almama yardım etti, birlikte çalıştığım kişilerin öneminin farkına vardım, işimin kalitesi üzerine hiç etkisi olmadı, kendimi daha açık ifade etmem için beni teşvik etti, yönetimi eleştirmede daha istekli oldum, hastalar ile ilişkilerimde daha özenli olmama yardım etti, daha sıkı çalıştım, işimi değiştirme isteğimi azalttı, motivasyonumu arttırdı, işimin kalitesini arttırmama teşvik etti, işimin miktarını arttırmama teşvik etti, kişisel performanstan çok grup performansını temel alır, kalifiye elemanların işten ayrılmasını önler ifadelerinin tümünde kararsız kaldıkları görülmektedir.
- Sağlık çalışanları arasında kurumsal kültürü ve işlerine olan bağlılığı artırıcı

motivasyon sağlayıcı politikalar merkezi yönetim tarafından geliştirilmeli ve bu süreçte taşra yönetimin de yer alması sağlanmalıdır.

- Sağlık hizmeti alan hasta/sağlıklı bireylerin motivasyonu yüksek olan personelden alacakları hizmetin kalitesinin daha yüksek olacağı unutulmamalıdır.
- Sağlık politikaları yapıcıları ve uygulayıcıları sistemi sürekli denetleyici mekanizmalar oluşturmali ve sonuçları göz önüne alarak düzenleyici politikalar geliştirmelidirler.
- Performans sistemi çıktıları içerisinde yer alan niteliksel verileri değerlendirmede kullanılacak ölçütler geliştirilmelidir.

KAYNAKLAR

Akdağ, Recep.- Aydın Sabahattin.-Demir Mehmet, (2006) , Sağlıkta Performans Yönetimi, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Aykanat, Sevil (2002), Sağlık İşletmelerinde Motivasyonu Personel Verimliliği Üzerine Etkilerine İlişkin Bir Araştırma, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Gazi, Ali (2006), Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Etkisi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Memiş, Gafur (2010) ,Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Sağlık Hizmetlerine Etkisi ve Niğde Devlet Hastanesinde Görevli Sağlık Personeli Üzerine Bir Araştırma, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Niğde.

Öztürk, Ali (2001), ‘Kamu kesiminde Personel ve Ücret Rejimi Arayışları’, Sayıştay Dergisi, Sayı:42, sayfa:4.

Öztekin, Zafer (2001), Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin Sağlık Ocağı İşlevi ve Yönetimi. 8.baskı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Ankara.

Öztürk, Ümit (2009), Performans Yönetimi, Alfa Yayınları, İstanbul.

Sağlık Bakanlığı (2007), Sağlıkta Performans Yönetimi, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Uyargil, Cavide (1994), İşletmelerde Performans Yönetim Sistemi, İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yayınları, İstanbul.

Yenice, Ebru (2006), Kamu Kesiminde Performans Ölçümü ve Bütçe İlişkisi, Sayıştay Dergisi, Sayı:61, sayfa:59

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/performans_nereye_kadar.pdf, (15.05.2011)

<http://www.Elifgazetesi.Com/Cubuk-Haberleri/104-Performansa-Dayalı-Ek-Odeme-Sistemi-Hastaları-Gereksiz-Yere-Yatısa-Ve-Tetkik-İşlemlerine-Tabii-Tutuyor.Html>, (10.05.2011)

www.ttb.org.tr/kutuphane/performansadayaliiodeme.pdf, (11.05.2011)

FİZİKSEL VE PSİKOLOJİK ŞİDDETİN MESLEK GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI ARAŞTIRMASI

Behiye TEKEŞ¹, Necdet A.TURHAN², Sıddık KESKİN³,
Özlem SUR⁴, Fatma KIZILTAŞ⁵

Özet

Günümüzde, şiddet küresel ölçekte yaygın bir sorun olarak kabul edilmektedir. İş yeri şiddeti deyince genellikle tanımlanabildiği ve gözlenebildiği için fiziksel güç kullanımını içeren fiziksel şiddet akla gelmektedir. Fiziksel şiddet, bir kişiye ya da bir gruba karşı yapılan; fiziksel, cinsel veya psikolojik zararlar sonucunda fiziksel güç kullanımıdır. Ancak son yıllarda iş yeri şiddetinin, fiziksel şiddet kadar psikolojik şiddeti de içerdiği görülmüştür.

Bu çalışmanın amacı fiziksel ve psikolojik şiddetin meslek gruplarına göre dağılımını araştırmaktır. Bunun sonucu olarak diğer meslek gruplarına oranla sağlık sektöründe bulunan meslek gruplarının psikolojik ve fiziksel şiddet maruziyetini ve etkilerini analiz etmektedir.

Fiziksel ve psikolojik şiddetin meslek gruplarına göre dağılımı araştırmasının önemi, Yapılan araştırmalar, psikolojik şiddetin fiziksel şiddetten daha tehlikeli boyutlara ulaştığını ve çalışanlar bakımından iş yerinde önemli bir mesleki sağlık ve Güvenlik sorunu haline geldiğini göstermektedir. Bu anlamda sağlık çalışanlarının fiziksel ve psikolojik şiddet ile karşılaşması ve bunun vermiş olduğu hizmetlere yansımaları evrensel çerçevede önem arz etmektedir. Van ilinde 30 Hemşire, 30 Doktor, 30 Büro Çalışanı-Memur, 30 Eczacı, 30 Öğretmen, 30 Güvenlik Hizmetleri Görevlisi, 30 Temizlik Görevlisi, 30 Akademisyen, 30 Bankacı üzerinden toplam 270 kişi üzerinde yapılan Mobbing ve fiziksel şiddet ölçümlerini yapmak üzere anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın sınırlılıkları; anket uygulamasında en az 10 (On) meslek grubu alınmak istenmiş fakat çalışma Van ili ile sınırlı olduğundan 9 (Dokuz) meslek gruplarından istenen sayıda anket uygulanabilmiştir. 300 anket uygulaması öngörülmüş fakat 270 anket uygulanabilmiştir.

Bu araştırmaya göre meslek grupları arasında sağlık çalışanlarının daha fazla fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kaldığı, bu maruziyetlerini daha çok kötü yönetim ve iletişim eksikliği ve yöneticilerin psikolojik sorunlarına ve komplekslerine, bağladıkları görülmektedir. Psikolojik şiddetin oranlarına bakıldığında Karşılama Yönlendirme hizmeti veren hastane çalışanları ve Hemşirelerin maruziyetinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırma sonucunda demografik özelliklerle ilgili olarak tacizlerde cinsiyet, yaş ve kilo ile ilgili önemli bulgular elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Meslek Grupları, Psikolojik Şiddet, Fiziksel Şiddet, Duygusal Şiddet

¹ İl Sağlık Müdürlüğü/VAN, van.kalite@gmail.com

² İl Sağlık Müdürlüğü /VAN, naturhan@mynet.com

³ Y.Y.Ü.T.F. /VAN, keskin@yy.edu.tr

⁴ İl Sağlık Müdürlüğü/VAN, van.kalite@gmail.com

⁵ İl Sağlık Müdürlüğü/VAN, van.kalite@gmail.com

Abstract

At the present day it has been accepted that the violence is a globally common problem. Because the violence in workplace (job - site) is generally observable and identified as the usage of physical force which applied in the area. Physical violence, which is defined as the usage of physical force that applied to a person or a group, and so it is caused physical, sexual, or psychological problems. However, in recent years it has been seen that violence in work-place is consisted of physical violence as much as psychological violence.

*The **aim** the study is to search the range of physical violence and psychological violence in occupational groups. As a consequence it is provided to analyze the exposure and effects of physical violence and psychological violence in healthcare with comparing other occupational groups. The **importance** of the survey regarding the range of physical violence and psychological violence in occupational groups, depending on done surveys it is provided that psychological violence has reached a critical level than physical violence and it has caused more problems of health care and safety in terms of employees in work-place. For this reason, the exposure of health employees for physical violence and psychological violence, and the reflection of the effects in services is globally so important.*

In Van city with 30 nurses, 30 doctors, 30 officers-civil servants, 30 chemists-pharmacists, 30 teachers, 30 safety personnel, 30 cleaning personnel, 30 academics, 30 bank employees, totally 270 people were applied mobbing and physical violence measurement inquires.

According to this search's results, personnels of healthcare sector are exposed physical and psychological violence more than the other sectors' employees. Mismanagement, lack of communication, psychological problems and inferiority complex of administrators are main reasons that detected by the healthcare personnels. At the same time, reception and forwarding service personnels and nurses are exposed physical and psychological violence more than the other healthcare personnels. In addition to these results, some significant findings about harassment are detected which are related to demographics, age and weight.

Keywords: Occupation Groups, Psychologic Violence, Physical Violence, Mobbing

1. GİRİŞ

İş yerinde gerçekleşen, bir veya daha fazla kişi tarafından, bir veya daha fazla kişiye, sistemli bir şekilde, düşmanca ve ahlakdışı bir yaklaşımla yapılan, süreklilik gösteren bir sıklıkla ve çok çeşitli sebepler ile kişiyi sindirme, kişinin özgüvenine psikolojik ve hatta fiziksel saldırgan davranışlar ile baskı uygulama Mobbing (Psikolojik Şiddet). (Öztürk, 2010) olarak ifade edilmektedir.

Bir diğer şiddet türü de "Fiziksel Şiddet"tir. Aslında fiziksel şiddet de psikolojik şiddete neden olan bir olgudur. Fakat fiziksel şiddet bedensel ve telafisi mümkün olmayan sonuçlar da doğurabileceğinden psikolojik şiddetten ayrılır. Fakat fiziksel şiddette telafisi mümkün olmayan zararlar söz konusu olabilir (Fiziksel engellerin oluşması ve ölüm v.b.).

Ülkemizde sağıkta dönüşüm çerçevesinde Psikolojik Şiddete (Mobbing) olan hassasiyet artmıştır. Bu çerçevede Başbakanlık 19 Mart 2011 tarihinde **“İşyerlerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) Önlenmesi”** konulu genelgeyi yayınlamıştır. Bu genelge ile ALO 170 üzerinden psikologlar vasıtasıyla çalışanlara yardım ve destek sağlanması, "Psikolojik Tacizle Mücadele Kurulu" oluşturulması hedeflenerek İşyerinde psikolojik tacizle mücadele etme konusunda somut adımlar atılmaya başlanmıştır.

Bu çalışmada meslek gruplarına göre Psikolojik Şiddetin (Mobbing) belirlenmesi için 25 soru ile değerlendirme yapılmıştır. Psikolojik Şiddetin (Mobbing) meslek gruplarına göre dağılımına bakılarak sağık çalışanlarının diğer meslek gruplarına oranla mobbing seviyesinin ne durumda olduğu sayısal veriler ile ifade edilmeye çalışılmıştır.

Araştırma sonucuna göre psikolojik şiddet mağdurları çoğunlukla, eğitim seviyesi yüksek insanlardır diyebiliriz. Hastane çalışanları üzerine yapılan bir araştırmada(1- Chappell, D.- Di Martino, V. (2006), Violence at Work, International Labour Organization, Third Edition, Geneva, 17-22.) mesleki dağılıma göre Mobbing mağdurlarının %6,5 i (6) Doktor, %30 u (28) Hemşire şeklindedir. Bu çalışmada ise Hizmet Kalite Standartları gereği sağık sektöründe yeni oluşum gösteren mesleklerden biri olan Karşılama Yönlendirme Hizmetinde görev yapan kişiler Mobbing maruziyeti açısından ilk sırayı alırken, bu meslek grubunu sırasıyla Hemşireler, Büro Çalışanları ve Doktorlar izlemektedir.

Meslekte tükenmişlik konusunda Doktorlar, Öğretmenler, Akademisyenler, Sosyal Hizmetler, Eğitim, Adalet, Polis, Müşteri Hizmetleri, Çocuk Bakımı (Hogan ve McKnight, 2007, 118) ve işletme yöneticileri (Serinkan ve Barutçu, 2006, 222-254) gibi bir çok meslek grubuna tükenmişlik konusunda araştırmalar yapılmıştır. Tükenmişlik sendromunun nedenleri incelendiğinde Mobbing nedenleri ile ortak paydalarının çok fazla olduğu görülebilir. Tükenmişlik sendromu gibi mesleki rahatsızlıklarına da ışık tutması açısından meslek gruplarına göre Psikolojik ve Fiziksel Şiddete maruziyet durumu önemlidir.

2. MATERYAL METOD

Bu araştırmanın örneklemini Van ilinde 9 (dokuz) meslek grubunda (Hemşire, Doktor, Büro Çalışanı-Memur, Öğretmen, Güvenlik Hizmetleri Görevlisi, Temizlik Görevlisi, Akademisyen, Bankacı, Karşılama Yönlendirme Hizmetleri) görev yapanlar oluşturmaktadır. Örnekleme her bir meslek grubu için 30, toplamda 270 anket değerlendirmeye alınmıştır. Anketler eğitim verilen anketörler tarafından birebir uygulanmıştır. Anket formu dört grup sorudan oluşmuştur. Birinci grup sorular, ankete katılan bireylerin demografik özelliklerini belirlemek amacıyla, İkinci grup sorular Mobbing maruziyetini ölçmek maksadı ile genel sorulardan, üçüncü grup sorular Psikolojik Şiddet değerlendirmesi yapmak üzere ve dördüncü grup sorular fiziksel şiddet değerlendirilmek üzere likert ölçeği kullanılarak hazırlanmıştır. Elde edilen veriler, Statistical Package for the Social Science (SPSS) 11.0 programında kodlanarak analizler yapılmış ve gerekli sonuçlar değerlendirilmiştir. Fiziksel şiddeti ölçmek amacıyla ayrıca Çoklu Uyum Analizi (Multiple cores pandence analytics) uygulanmıştır.

3. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE DEĞERLENDİRME SONUÇLARI

3.1-Demografik Özellikler

Bu çalışmaya katılanların yaş oranı 20 ve altı 2 kişi, 21-25 yaş 41 kişi, 26-30 yaş 104 kişi, 31-35 yaş 81 kişi, 36-40 yaş 34 kişi, 41 ve üzeri ise 8 kişiden oluşmaktadır. Katılanların 169 kişisi erkek, 101 kişisi bayandır. 170 kişisi evli ve 99 kişisi bekar ve 1 kişisi diğer(Dul vb.) grubundadır. Kilo oranında en çok 56-70 KYH ağırlığında olanlar 127 kişi olarak bulunmaktadır. Meslek grubu olarak hastanelerde görev yapan Doktorlar, Hemşireler, Büro Çalışanları, Karşılama Yönlendirme Hizmeti veren Hostingerler bulunmaktadır. Diğer kurumlardan ise Akademisyenler, Öğretmenler, Bankacılar, Güvenlik ve Temizlik Hizmetlerinde görev yapanlar bulunmaktadır. Öğrenim durumları; İlkokul mezunu 26 kişi, Lise mezunu 52 kişi, Ön lisans mezunu 45 kişi, Lisans mezunu 82 kişi, Lisanüstü 40 kişi ve Doktora 25 kişi şeklindedir. Çalışmaya toplamda 270 kişi katılmıştır.

Şekil 1. Genel Bilgiler

Çalışma Yılı	Kişi Sayısı	Unvan Pozisyonlar	Kişi Sayısı	Çalışma Saatleri	Kişi Sayısı	Kurum Değ.Say.	Kişi Sayısı
0-5	116	Yönetici	56	40 saat ve altı	98	1 kurum	106
6-10	100	Orta kademe yönetici	13	41-60 saat	142	2 kurum	92
11-15	38			61-80 saat	27	3 kurum	40
16-20	10	Uzman	46	81 saat ve üstü	3	4 kurum	19
21-25	6	Memur	118	Toplam: Kişi	270	5 kurum	8
25 üzeri	0	Diğer	37			6-7 kurum	5
Toplam: Kişi	270	Toplam: Kişi	270			Toplam: Kişi	270

3.2 Değerlendirme Sonuçları

Çalışma yılı ve kilo ilişkisi: Genelde çalışma yılı azaldıkça ankete katılan meslek gruplarında kilo düşüşü gözlemlenmiştir. **Çalışma yılı ve eğitim ilişkisi:** Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunu 21-25 yıl arasında çalışan ön lisans mezunları oluşturmaktadır.**Mesleklerde çalışma yılı :** Araştırmaya katılanların çoğunluğunu, 21-25 yıl arasında çalışan Doktor, Hemşire ve Akademisyenler oluşturmaktadır. **Yaşa göre pozisyonlar:** Araştırmaya katılanların çoğunluğunu 26-30 yaş arasındaki memur pozisyonunda çalışanlar oluşturmaktadır, bunu 31-35 yaş arasındaki uzmanlar takip etmektedir. **Cinsiyete göre unvan ve pozisyonlar:** Yönetici olarak Baylar %91.1 iken, Bayanlar %8.9 oranındadır. Orta kademe yöneticilerin %53.8 bay iken bayanlar % 46.2,Mesleğinde uzmanlık yapanların %78.3 bay iken bayanlar %21.7, Memur statüsünde olanlar ise 45.8 bay iken bayanların oranı % 54.2 dir. **Kiloya göre pozisyonlar:** Yöneticiler ve Memurlar ortalama 48,3 ile 56–70 KYH ağırlığında iken, % 34,8 ile 56-70 KYH ve 71-85 KYH aralığındaki uzmanlardan oluşmaktadır. **Medeni duruma göre pozisyonlar:** Evliler %63.0, Bekarlar %37.0 dır. Belirlenen mesleklerdeki kişiler daha çok evlidirler, Yöneticilerin; %71.4 ü evli, %28.6 sı bekindir. Orta kademe yöneticilerin % 76.9 u evli, %23.1 bekindir. Mesleğinde uzmanlık yapanların %67.4 ü evli ve %32.6 sı bekindir. Memur statüsünde olanlar ise %61.0 ı evli ve %39.0 ı bekindir. Araştırmaya katılanların çoğunluğunu evliler oluşturmaktadır.**Öğrenim durumuna göre pozisyonlar:** Yöneticilerin %41.1 i lise mezunu, %32.1 i ilkokul mezunu, %8.9 lisans ve yüksek lisans

mezunu, %7.1 ön lisans mezunu, %1.8 i Doktora yapmıştır. Orta kademe yöneticiler daha çok ön lisans ve lisan mezunudur. **Yaş grubuna göre çalışma saatleri:** Araştırmaya katılanlar daha çok % 36,6'sı 31- 35 yaş gurubunda olup, 41-60 saat çalışmaktadır. % 46,9 u 26-30 yaş gurubu olup, 40 saat ve altında çalışanlar oluşturmaktadır. **Çalışma saati cinsiyet oranında** ise ankete katılanların totalde %37,4 oranıyla bayanlar daha az mesai yaparken, %62.6 sı erkek olup daha fazla mesai yapmaktadır. Toplamda % 63,0 evli grup %37,0 ile bekar grup olup, Evli olan çalışanlar daha fazla mesai yapmaktadır. Lisans mezunlarının % 40,8'i 40 saat altında çalışmaktadır. % 23,2 ile de lise mezunları 41-60 saat arasında çalışmaktadır. **Kurum değiştirenler:** 26-30 yaş arasında erkek , bekar , lisans mezunu, KYH mesleğinde olanlardır.

Meslek gruplarına göre: Temizlik Görevlileri, Akademisyenler, Bankacılar 41-60 saat arası mesai ile en çok mesai yapan meslek grubunu temsil etmektedirler. Cinsiyet açısından ise, tüm mobing sorularına verilen cevaplara göre kadınların erkeklerden daha fazla mobinge maruz kaldıkları söylenebilir. Öğrenim durumu açısından ise; tüm mobing sorularına verilen cevaplara göre başta önlisans mezunları ve ardından lisans mezunlarının maruz kaldıkları söylenebilir.

4. PSİKOLOJİK ŞİDDETİN MESLEK GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI

4.1. Meslek Gruplarına Göre İş Tercih Etme Nedenleri

Araştırma Sonucu: Çalıştığı işi işsiz kaldığı için tercih edenler % 50 oranında, 26-30 yaş grubundakilerdir. Çalıştığı işi sevdiği için tercih edenler % 25 oranında, 31-35 yaş grubundakilerdir. Sevdiği işi yapanlar ve aile teşviki nedeniyle tercihlerde 26-30 yaş arasındaki grup oluşturmaktadır. Erkeklerin % 67,7 si işsiz kaldığı için meslek tercihi yaparken bayanların % 52 si aile-çevre teşvik veya baskısından kaynaklı meslek tercihi yaptığı gözlemlenmektedir. İlkokul mezunları sigorta ve gelir için, lise mezunları hem sigorta ve gelirleri için işsiz kaldıkları için tercih ederken, lisans ve ön lisans mezunları, Doktora eğitimi alanlar sevdiği işi yapmak, şeklinde seçim yapmışlardır. Eğitim düzeyinin arttıkça çalıştığı işi isteyerek yapma oranının da arttığı gözlemlenmektedir.

Meslek gruplarına göre: % 66.1 ile işsiz kaldığı ve sigorta ve gelir ihtiyacı nedeniyle işini tercih edenler Güvenlik, Temizlik, KYH hizmeti verenlerdir. Hemşirelerin çoğunluğu iş tercihlerine tesadüf demiş, saygınlık ve statü için mesleğini seçtim diyen hiçbir. Temizlik, Güvenlik, KYH ve Hemşire olmamıştır. Doktorlar, Öğretmenler, Akademisyenler, Büro Çalışanı Memurlar ve Bankacılar sevdikleri için meslek seçimi yaparken; Aynı zamanda Temizlik, Güvenlik, KYH'ler ve Hemşireler grubu işsizlik sebebiyle mesleklerini seçtikleri gözlenmektedir.

4.2. Meslek Gruplarına Göre Sosyal Aktivite Sıklığı

Akademisyenler, Bankacılar, KYH ve Büro Çalışanları iken Yılda birkaç kez diyenler, Hemşireler, Güvenlik ve Temizlik Hizmetleridir. Yukarıda da Sonuçta mesleğini severek yapanlar ile sosyal aktivite sıklığı haftada birkaç kez olanlar ile anlamlı sonuç içerirken meslek gruplarının hiç birinde sık sık sosyal aktivite yapan yoktur.

4.3. Çalışılan Kurumda Son 6 Ay veya Öncesinden Bugüne Kendini Gösterme Olanaklarının Diğer Çalışanlar Tarafından Bilinçli Olarak Engellenmesi İle Mobbing

Araştırma Sonucu: Sık sık cevabı verenlerin %38.1 i erkek iken, %61.9 u kadındır. **Medeni hal ve cevaplar:** Evlilerin % 68.4 hiç cevabı verirken, bekarlar % 49.3 oranında bazen cevabı vermiştir. Bekar olanların evli olanlara oranla diğer çalışanlar tarafından

bilinçli olarak daha çok engellendiği gözlemlenmektedir. **Öğrenim durumu ve cevaplar:** Ortaöğretim mezunu hiç, Lise hiç, Ön Lisans bazen, Lisans hiç, Yüksek lisans hiç, Doktora hiç cevabı şeklindedir. **Yaş grubuna göre inceleme:** 26-30 yaş grubundakiler % 40,3 oranında bazen cevabı verirken, 31-35 yaş arasındakiler % 35,1 ile “hiç” cevabını vermişlerdir.

Meslek gruplarına göre analizler: KYH çalışanları bazen seçeneğinde yoğunlaşırken, diğer tüm meslek grupları “nadiren ve hiç” seçeneğinde yoğunlaşmaktadır.

4.4. Diğer Çalışanların Yanında Kasıtlı Olarak Rencide Edici Tavrıların Sergilenmesi ile Mobbing

Araştırma Sonucu: 26-30 yaş grubundakiler sık sık cevabını verirken 31-35 yaş grubundakiler %36,8 oranında hiç cevabında yoğunlaşmışlardır. Bayanların erkek çalışanlara oranla bu davranışa daha çok maruz kaldığı söylenebilir. **Kiloya göre verilen cevaplar:** 56-70 KYH arası kişiler % 52,2 oranında sık sık cevabını vererek kasıtlı olarak kendilerine rencide edici tavırlar sergilenen grubu oluşturdukları gözlemlenmektedir. Medeni duruma göre cevaplarda, Evliler %57,9 oranında bazen seçeneği ile bu davranışa bekarlara göre daha fazla maruz kaldığı söylenebilir. Öğrenim durumuna göre sık sık cevabı verenler % 60,4 oranında ön lisans mezunları iken lisans ve lisansüstü grubun bu davranışa daha az maruz kaldığı gözlemlenmektedir.

Mesleklerle göre sonuçlar: Hemşireler ve KYH meslek grubunda çalışanlar bu davranışa sık sık cevabına yoğunlaşırken, Akademisyen, Güvenlikçi ve Temizlik görevlilerinin nadiren ve hiç cevabında yoğunlaşmışlardır.

4.5. Diğer Çalışanlardan Bir ya da Birkaçının İletişime Bilinçli Olarak Kapalı Olma Durumuna Göre Mobbing

YAŞLAR	20 yaş altı	21-25	26-30	31-35	36-40	40 ve üzeri	Total
Çok sık	% 0	% 0	% 33,3	% 44,4	% 0	% 0	% 100
Sık Sık	% 0	% 16,7	% 44,4	% 27,8	% 5,6	% 5,6	% 100
Bazen	% 0	% 20,9	% 44,8	% 19,4	% 11,9	% 3	% 100
Nadiren	%1,1	% 14	% 36,6	% 35,5	% 11,8	% 1,1	% 100
Hiç	%1,1	% 12,4	% 44,4	% 31,5	% 15,7	% 4,5	% 100

Meslek Grubuna Göre; Öğretmenlerin ve KYH ların bazen seçeneğinde yoğunlaştıkları, Hemşirelerin, Güvenlik ve Temizlik Görevlilerinin hiç cevabında yoğunlaştıkları gözlemlenmiştir.

4.6-Varlığın Görmezden Gelinmesi ya da Fikirlerin Beyan Edilmesinin Engellenmesi ile Mobbing

Yaş Grubuna Göre; 26-30 yaş grubunun bu davranışa maruz kalma oranı %38,1 iken, 31-35 yaş grubunun %38,3 ile hiç cevabında yoğunlaştığı görülmektedir. **Kiloya göre;** 56-70 kilo aralığındakiler %52,4 oranında bazen seçeneğinden yoğunlaşırken 71-85 kilo aralığındakiler %43 oranında hiç cevabında yoğunlaşmaktadır. **Medeni hale Göre;** Evli olanlar bekarlara oranla bu duruma daha fazla maruz kalmaktadır. **Meslek Grubuna Göre;** %25,4 oranı ile bazen seçeneğinde KYH grubunun bu davranışa maruz kaldığı gözlemlenirken Temizlik görevlilerinin %20,4 ile hiç seçeneğini tercih etmişlerdir.

4.7-İşin Tam, Doğru ve Zamanında Yapılmasına Rağmen Kasıtlı Olarak Olumsuz Eleştirilmesi İle Mobbing

Yaş gruplarına göre; %34,8 ile 26-30 yaş arasındaki grup hiç seçeneğinde yoğunlaşarak bu duruma maruz kalmamış iken, tüm yaş guruplarından sık sık seçeneğini toplamda 20 kişi cevalamış; 31-35 yaş grubundan 9 kişi sık sık seçeneğini seçerek bu duruma kendi grubunda en çok maruz kalan yaş aralığı olmuştur. **Medeni hale göre;** anlamlı bir sonuç görülmemektedir. **Meslek grubuna göre;** Hemşire ve KYH meslek gruplarının bu duruma maruz kalırken Temizlik görevlileri, Bankacıların ve Güvenlik görevlilerinin bu duruma pek fazla maruz kalmadığı söylenebilir.

4.8-Çalışma Alanın (Ofis, Masa, İşle İlgili Gereçler veya Görev Yeri Anlamında) Aynı Düzeydeki Çalışanlara Göre Daha Kısıtlı veya Dezavantajlı Olarak Sunulması İle Mobbing

Yaş gruplarına göre; Çok sık seçeneğini seçenlerin toplamı 13, sık sık seçeneğini seçenlerin toplamı 23, bazen seçeneğini seçenlerin toplamı ise 49 olup, bu duruma en çok maruz kalanların belirtilen her üç seçenekten de 31-35 yaş grubundakilerde yoğunlaşmıştır. **Kiloya göre;** Çok sık, sık sık, bazen seçeneğini seçenlerin çoğunluğunun 56-70Kg. aralığındaki çalışanlar olduğu gözlemlenebilmekte olup, 71-85 Kg aralığındakilerin ise bu duruma daha az maruz kaldıkları gözlemlenebilmektedir. **Meslek grubuna göre ;**Sık sık seçeneğini tercih edenlerin toplamı 23 olup, 10 unu Hemşireler oluşturmaktadır. Bazen seçeneğini seçenlerin toplamı 49 olup, 17 sini KYH meslek grubu oluşturmaktadır. Bu duruma maruz kalanların Hemşireler ve KYH çalışanlarının olduğu söylenebilir. Bankacılar, Doktorlar, Temizlik Görevlisi ve Akademisyenlerin ise en az maruz kalan gruptur. Hiç seçeneğini seçenlerin toplamı 121 olup, 28 ini Bankacı, 17 sini Temizlik Görevlisi, 15 ini Akademisyenler ve 15 ini Doktorlar oluşturmaktadır

4.9-Asılsız Dedikodu veya İftiralar ile Mobbing

Medeni hale göre; Bu duruma bekarların evlilere oranla daha fazla maruz kaldığı söylenebilir. **Meslek gruplarına göre;** Bu duruma en fazla maruz kalanların Hemşire, Öğretmen, KYH çalışanlarının; En az maruz kalanların Bankacı, Temizlik görevlileri ve Doktorlar olduğu söylenebilir.(hiç cevabını toplamda 112 iken, 31 ini Bankacılar, 19 unu Temizlik Görevlileri, 12 sini Doktorlar vermiştir.)

4.10-Sözlü yada Yazılı Tehditler İle Mobbing

Yaş gruplarına göre;bazen seçeneğine verilen cevap sayısı toplamda 40 olup, 20 kişi bu duruma en çok 26-30 yaşındaki kişiler maruz kalmıştır. **Meslek gruplarına göre;** Hemşireler %10 oranında sık sık cevabı vermiştir. Daha sonra en çok KYH çalışanları maruz kalmıştır.

4.11-Başkalarının Hatalarından Sorumlu Tutulma İle Mobbing

Medeni hale göre; Evli olanların bekarlara göre daha fazla maruz kaldığı söylenebilir. **Meslek gruplarına göre;** Bu duruma en çok bazen cevabını veren 13 kişi ile (%21) KYH çalışanları ve 9 kişinin bazen cevabı vermesi ile % 15 oranında Akademisyenlerin maruz kaldığı söylenebilir. Bu duruma en az maruz kalanlar Bankacılar, Temizlik Görevlileri ve Doktorlardır.

4.12-Kapasitenin ya da Görev Tanımının Dışında(Vasıfların ya da Pozisyonla İlgisi Olmayan, Bunların Çok Üstünde ya da Altında) İşler Verilerek Yapılan Mobbing

Meslek gruplarına göre;bu duruma en çok maruz kalanların %42.3 oranıyla sık sık cevabı veren Hemşirelerdir, En az maruz kalanlar Temizlik Görevlileri ve Güvenlik Görevlileridir.

4.13-İşyerinizde Hissedilen Psikolojik Baskı Nedeniyle İşe Gitme İsteğinin Azalması Meslek gruplarına göre; Bu duruma en çok maruz kalanların KYH çalışanları, Hemşireler, Öğretmenler ve Büro Çalışanlarının olduğu söylenebilir. Bu duruma en az maruz kalanların ise Bankacılar, Temizlik Görevlileri ve Güvenlik Görevlilerinin olduğu söylenebilir.

4.14-İş Yerinizde Maruz Kalınan Olumsuz Tutum ve Davranışların Sağlık yada Uyku Düzenine Etkisi

Meslek gruplarına göre; sık sık cevabını veren %25.3 oranında Hemşirelerdir. % 50 oranında bazen cevabı c-veren KYH çalışanları daha çok sağlık ve uyku problemi yaşamaktadır. Bu duruma en az maruz kalanların Temizlik görevlileri ve Güvenlik görevlilerinin olduğu söylenebilir.

4.15- Verilen Görevler İçin Gerçekçi Olmayan Bitirme Sürelerinin İstenmesi İle Mobbing:

Meslek gruplarına göre; Bu duruma en çok maruz kalanların sık sık cevabı veren %30 oranıyla Bankacılar, daha sonra sırasıyla Akademisyenler, Hemşireler maruz kalmaktadır. Bu duruma en az maruz kalanların Temizlik Görevlileri ve Güvenlik Görevlilerinin olduğu söylenebilir.

4.16-Başarıların Küçümsenerek Sözlerin Kasıtlı Olarak Kesilmesi İle Mobbing

Medeni hale göre; Bu duruma evli olanların bekarlara göre daha fazla maruz kaldığı söylenebilir.nadiren ve hiç seçeneklerinde yine evli olanların sayısının fazla olmasının nedeni bu çalışmaya katılanların evli olanların daha fazla olmasındandır. Çok sık seçeneğine cevap verenlerin 4 ü evli, hiç bekar yoktur. Sık sık seçeneğine cevap verenlerin 9 u evli, 6 sı bekadır.

Meslek gruplarına göre; Bu duruma en çok maruz kalanlar sık sık cevabını %46. 7 ile Hemşireler, bazen cevabını % 20 oranında veren KYH çalışanlarıdır. Mağduriyet sıralaması, Akademisyenler ve Büro Çalışanları şeklinde devam etmektedir. Bu duruma en az maruz kalanlar Bankacılar, Doktorlar, Temizlik Görevlileri ve Güvenlik görevlileridir.

4.17-Üst Yönetime Karşı Hak Etmediği Halde Üstler ya da Diğer Çalışanlar Tarafından Olumsuz Lanse Edilme İle Mobbing

Medeni hale göre; Bu duruma evli olanların bekarlara göre daha fazla maruz kaldığı söylenebilir.

Meslek gruplarına göre;bu duruma en çok maruz kalanlar sık sık cevabını % 29.2 oranında veren Hemşireler, bazen cevabını % 25.0 oranında veren KYH çalışanları ve %21.9 oranında bazen cevabı ile öğretmenlerdir. Bu duruma en az maruz kalanların Temizlik Görevlileri ve Güvenlik Görevlilerinin olduğu söylenebilir.

4.18-İş Yerinde Sözlü ya da Fiili Cinsel Taciz İle Mobbing

Medeni hale göre; Bu duruma evli olanların bekarlara göre daha fazla maruz kaldığı söylenebilir. **Yaşa göre;** Bu duruma 31-35 yaş aralığındaki çalışanlar daha fazla maruz kalırken; 41 yaş ve üzeri yaş grubunun hiç maruz kalmadığı gözlenmektedir. Bayanlar bu duruma erkeklerden daha fazla maruz kalmaktadır. **Meslek gruplarına göre;** Bu duruma en çok maruz kalanlar çok sık olarak cevap veren 3 kişinin 3 ü de hemşire olmakla beraber, sık sık cevabı veren 7 kişiden 4 ü Güvenlik Görevlileridir. %30 oranında Bazen cevabını verenler KYH çalışanlarıdır. Bu duruma en az maruz kalanların Temizlik Görevlileri, Akademisyenlerin, Bankacıların ve Büro Çalışanlarının olduğu söylenebilir.

4.19- Organize Edilen Aktivitelerden Mahrum Bırakılarak Mobbing

Bayanların bu duruma erkeklerden daha fazla maruz kaldığı ve KYH çalışanlarının ve daha fazla maruz kaldığı anlaşılmıştır.

4.20-İş yerinde problemlerin sebebibinin kişinin kendisiymiş gibi davranılarak gerçekleşen ile Mobbing

Meslek gruplarına göre; Bu duruma en çok maruz kalanlar çok sık cevabı veren 6 kişiden 4 ü hemşirelerdir. Sık sık cevabı %37.5 oranında Doktorlardır. Bazen cevabı verenlerin %32.5 KYH çalışanlarıdır. En az maruz kalan meslekler Bankacılar ve Öğretmenlerdir.

4.21- Halen Çalışılan İş Yerinde Son 6 Ay İçerisinde Bundan Önceki Konularla Bahsi Geçen Davranışlardan Bir yada Bir Kaçının Bilinçli ve Sürekli Olarak Kişinin Kendisine veya Diğer Çalışanlara Uygulanma Durumu

Meslek gruplarına göre; Bu duruma en çok maruz kalanların %21.7 oranında evet cevabı ile KYH çalışanları, %13.9 ile Büro Çalışanları ve %13.0 ile Öğretmenlerdir. Bu duruma en az maruz kalanların Temizlik Görevlileri, Akademisyenlerin, Bankacıların, Güvenlik Görevlilerinin ve Doktorların olduğu söylenebilir.

4.22- Halen Çalışılan Kurumdaki Tüm İmkanları Sunan Başka Bir İş Fırsatı İçin İşten Ayrılma Durumu: Bu soruya daha çok ön lisans mezunları evet derken, lisans mezunlarının hayır dediği gözlemlenmektedir. Hemşire, KYH çalışanları ve Doktorlar bu duruma evet derken, Temizlik görevlileri, Öğretmenlerin, Akademisyenlerin, Bankacıların, Güvenlik Görevlilerinin ve hayır demiş, Büro Çalışanları eşit düzeyde evet veya hayır cevabı vermiştir.

4.23- Psikolojik Şiddete Uğrandığında ya da Diğer Çalışanların Uğradığında Bunun En Çok Kim Tarafından Yapıldığı Araştırması

Genellikle tüm parametrelerde cevaplar üstler ve aynı düzeydeki çalışanlarda yoğunlaşırken KYH lar ve Büro Çalışanları bu duruma aynı düzeydeki çalışanlar tarafından maruz kalır iken, Hemşireler, Doktorlar, Akademisyenler, ve Güvenlik Görevlileri ve Bankacılar en çok üstleri tarafından maruz kalmıştır.

4.24- İş Yerinde Psikolojik Saldırıya Uğradığında Verilen Tepki

Bu soruda 31-35 yaş grubundakilerin yapan kişi ile konuştuğu, 26-30 yaş grubundakilerin üstlere şikayette bulunduğu, başka pozisyona veya görev yerine tayin istediği gözlemlenirken ;hukuki yollara başvurulmadığı gözlemlenmiştir. **Cinsiyete göre;** bu durumda erkekler, saldırıyı yapanlarla konuşurken, kadınlar üstlere şikayet ve başka pozisyona veya görev yerine tayin istedikleri gözlemlenmiştir. Lisans mezunları bu durumu görmezden gelirken, ön lisans mezunlarının üstlere şikayette bulunduğu, orta öğretim ve lise mezunlarının konuşmayı tercih ettikleri gözlemlenmiştir.

Meslek gruplarına göre; Saldırıyı yapanlarla konuşurum diyenler çoğunlukla 16 kişi ile bankacılar, 8 kişi ile daha çok Hemşireler, 7 kişi ile Doktorlardır. Öğretmenlerin 10 kişisi ve Akademisyenlerin 7 kişisi bu durumu görmezden gelmeyi seçmiştir. KYH çalışanları 14 kişisi daha çok üstlere şikayet etmeyi seçmiştir. Temizlik ve Güvenlik görevlileride daha çok saldırıyı yapan ile konuşmayı seçmiştir.

4.25- İş Yerinizde Karşılaşılan Mobbingin Temelinde Ne Olduğu İle İlgili Düşünceler

Erkeklerin bu durumdaki düşüncesi; çalışanlar arasındaki iletişim eksikliği iken, kadınların düşüncesi; idarecilerin bilinçsizliği ve kötü yönetimidir. Evli ve bekarların ortak kanaati; çalışanlar arasındaki iletişim eksikliğidir. Ön lisans ve lisans mezunlarına

göre ;idarecilerin bilinçsizliği ve kötü yönetimi iken ortaöğretim ve lise mezunlarının düşüncesi idarecilerin bilinçsizliğidir.

Meslek gruplarına göre; En yaygın kanaatlerden, yönetim ve çalışanlar arasındaki iletişim eksikliği diyen meslek grupları Doktorlar, KYH çalışanları,Temizlik Görevlileridir. Yönetim ve çalışanlar arasındaki güven eksikliği diyen meslek grupları Hemşirelerdir. İdarecilerin bilinçsizliği ve kötü yönetimi diyen meslekler Büro çalışanları, Bankacılar, Öğretmenler ve bu durumu idarecilerin kişilik problemleri veya kompleksleri Akademisyenler ve tekrar Bankacılarıdır. Totalde en yaygın cevaplar: İdarecilerin bilinçsizliği ve kötü yönetimi ve ve çalışanlar arasındaki iletişim eksikliği sonrasında ise idarecilerin kişilik problemleri veya kompleksleridir.

5. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DİĞER MESLEK GRUPLARINA GÖRE PSİKOLOJİK ŞİDDET AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SONUÇLARI

Doktor, Hemşire, Büro Çalışanı (Hastanelerde Hizmet Kalite Standartları gereği Otomasyon Hizmeti verenleri kapsar), Karşılama Yönlendirme Hizmetleri KYH (Hastanelerde Hizmet Kalite Standartları gereği Hosting Hizmetlerini kapsar.) meslek gruplarına ait anketler hastanelerde uygulanmış ve Sağlık çalışanları olarak tanımlanmıştır. Diğer meslek gruplarının içinde Akademisyen, Öğretmen, Bankacı, Temizlik ve Güvenlik Hizmetleri gibi meslek grupları yer almıştır. Psikolojik şiddet bazı analizlerde Mobbing terimi ile ifade edilmiştir. Bu meslek gruplarına uygulanan anketler ilgili kurumlarında gerçekleştirilmiştir. Toplamda iki grup için verilen oran totalde % 100 dür.

5.1- Mesleklerin Tercih Edilme Nedenleri

İşsiz kaldığım için diyen sağlık çalışanlarının oranı % 25.0 iken, diğer meslek gruplarına ait oran %21.3 şeklindedir. Tesadüf diyenlerin %57.1 sağlık çalışanı, %49.2 si diğer meslek grubunda yer almaktadır. İyi bir gelir nedeniyle işi tercih edenlerin %50.0 si sağlık çalışanı, %50.0 diğer meslek grubudur. Aile çevre teşvik veya baskı nedeniyle işini seçenlerin % 40.0 ı sağlık çalışanı ve %60.0 diğer meslek grubudur. Sigorta ve diğer gelirler nedeniyle iş tercihi yapanların % 33.3 ü sağlık çalışanı, % 66.7 si diğer meslek grubudur. Saygınlık ve statü için meslek seçenlerin %16.7 si sağlıkçı iken, %83.3 ü diğer meslek gruplarıdır.işlerini severek yapanlardan % 51.3 ü sağlıkçı iken %48.8 i diğer meslek grubudur. Sağlık çalışanları yapmış oldukları meslekleri saygınlık ve statü için tercih etmemiş olmasına rağmen işlerini diğer meslek gruplarına göre daha çok severek yapmaktadırlar.

5.2- Mesleklere Göre Sosyal Aktivite Oranları

Her gün diyen sağlık çalışanlarının oranı % 25.0 iken, diğer meslek gruplarına ait oran %75,0 şeklindedir. Haftada birkaç kez diyenlerin %32,6 sağlık çalışanı, %67.4 si diğer meslek grubunda yer almaktadır. Ayda birkaç kez diyenlerin %53,3 ü sağlık çalışanı, %46,7 diğer meslek grubudur.Yılda birkaç diyenlerin % 38.1 i sağlık çalışanı ve %61,9 u diğer meslek grubudur. Tüm meslek gruplarında sosyal aktivite %52.2oranında ayda birkaç kez yapılmaktadır.

5.3- Kendini Gösterme Olanaklarının Diğer Çalışanlar Tarafından Engellenme Durumu

Sağlık çalışanları %52.2 oranında daha çok bazen cevabı verirken, **diğer meslek grupları** %51.6 oranında nadiren cevabını vermişlerdir.

5.4- Diğer Çalışanların Yanında Kasıtlı Olarak Rencide Edilme Açısından Karşılaştırma

Sağlık çalışanlarının rencide edilme oranları aşağıdaki gibidir.

Çok sık %66.7, Sık Sık %78.3, Bazen %59.6, Nadiren %42.5, Hiç cevabı verenler %30.7

Diğer mesleklerin rencide edilme oranları aşağıdaki gibidir.

Çok Sık %33,3, Sık Sık %21.7, Bazen %40.4, Nadiren %57,5, Hiç cevabı verenler %69,3 şeklindedir.

Rencide edilmeyenler çoğunlukta olmasına rağmen sağlık çalışanları ve diğer meslek gruplarına göre daha fazla rencide edici davranışlara maruz kalmıştır.

5.5- Diğer Çalışanlar Tarafından İletişime Bilinçli Olarak Kapalı Olma Durumuna Göre Karşılaştırma

Sağlık çalışanlarının iletişim oranları Çok sık %33.3, Sık Sık %66.7, Bazen %58.2, Nadiren %41.9, Hiç cevabı verenler %34.8 iken **Diğer mesleklerin** ise, Çok Sık %66.7, Sık Sık %44,4, Bazen %41,8, Nadiren %58,1, Hiç cevabı verenler %65,2 şeklindedir. Sağlık çalışanlarının iletişime diğer meslek gruplarından daha kapalı olduğu sonucuna varılabilir.

5.6- Kasıtlı Olarak Haksız Eleştirilere Maruz Kalma Durumuna Göre Karşılaştırma
Sağlık çalışanlarının haksız eleştiriye maruz kalma oranları Çok sık %80.0, Sık Sık %60.0, Bazen %53.2, Nadiren %43.5, Hiç cevabı verenler %34.8 iken **Diğer mesleklerde** Çok Sık %20.0, Sık Sık %40.0, Bazen %46.8, Nadiren %56.5, Hiç cevabı verenler %63,2 şeklindedir. Sağlık çalışanları eleştirilere diğer mesleklere göre daha fazla maruz kalmaktadır denebilir.

5.7- Çalışma Alanının (Ofis, Masa, İşle İlgili Gereçler Veya Görev Yeri Anlamında) Aynı Düzeydeki Çalışanlara Göre Daha Kısıtlı Veya Dezavantajlı Olma Durumuna Göre Karşılaştırma

Sağlık çalışanlarının çalışma alanı ile ilgili oranları Çok sık %69.2, Sık Sık %56.5, Bazen %61.2, Nadiren %50.0, Hiç cevabı verenler %29,8 **Diğer mesleklerde** Çok Sık %30.8, Sık Sık %43.5, Bazen %38.8, Nadiren %50.0, Hiç cevabı verenler %70.2 şeklindedir. Sağlık çalışanları eleştirilere diğer mesleklere göre daha fazla çalışma alanları bakımından dezavantajlıdır.

5.8- Mesleğe Göre Dedikodu Ve İftiralar İle Psikolojik Şiddet Karşılaştırması

Sağlık çalışanlarının dedikodu ve iftira ile psikolojik şiddet oranı Çok sık %90.0, Sık Sık %56.3, Bazen %43.8, Nadiren %51.5, Hiç cevabı verenler %29.5 **Diğer mesleklerde** Çok Sık %10.0, Sık Sık %43.8, Bazen %43.8, Nadiren %51.5, Hiç cevabı verenler %70.5 şeklindedir. Sağlık çalışanlarında dedikodu ve iftiralar ile psikolojik şiddet diğer meslek gruplarına göre daha fazladır.

5.9-Mesleğe Göre Sözlü veya Yazılı Olarak Tehdit İle Psikolojik Şiddet Karşılaştırması

Sağlık çalışanları sözlü ve yazılı olarak tehdit unsurlarına daha fazla maruz kalmaktadır.

5.10- Meslek Gruplarına Göre Başkalarının Hatalarından Hareketle Sorumlu Tutulma İle Psikolojik Şiddet Karşılaştırması

Sağlık çalışanlarının oranı Çok sık %60.0, Sık Sık %66.7, Bazen %51.7, Nadiren %52.5, Hiç cevabı verenler %30.9 **Diğer mesleklerde** Çok Sık %40.0, Sık Sık %33.3, Bazen %48.3, Nadiren %47.5, Hiç cevabı verenler %69.1 şeklindedir. Sağlık çalışanları diğer meslek gruplarına göre başkalarının hatalarından daha fazla sorumlu tutulmaktadır.

5.11- Kapasitenin Altında Ve Görev Tanımının Dışında (Vasıflar Ya Da Pozisyonla İlgisi Olmayan, Bunların Çok Üstünde Ya Da Altında) İşlerin Verilmesi İle Mobbing Sağlık çalışanlarının oranı Çok sık %57.1, Sık Sık %57.7, Bazen %48.3, Nadiren %49.5, Hiç cevabı verenler %30.5 **Diğer mesleklerde** Çok Sık %42.9, Sık Sık %42.3, Bazen %51.7, Nadiren %50.5, Hiç cevabı verenler %69.5 şeklindedir. Sağlık çalışanları diğer meslek gruplarına göre daha fazla görevi dışında potansiyelinin üstünde veya altında görevler verilerek Mobbinge maruz kalmaktadır.

5.12- İş Yerinizde Hissettiğiniz Psikolojik Baskı Nedeniyle İşe Gitme İsteğinin Azalması Yönündeki Meslek Grupları Karşılaştırması

Sağlık çalışanlarının oranı Çok sık %69.2, Sık Sık %70.8, Bazen %58.3, Nadiren %42.9, Hiç cevabı verenler %24.4 **Diğer mesleklerin** ise, Çok Sık %30.8, Sık Sık %29.2, Bazen %41.7, Nadiren %57.1 Hiç cevabı verenler %75.6 şeklindedir. Sağlık çalışanları diğer meslek gruplarına göre çok ciddi oranlarla işe gitme konusunda isteksizlik yaşamaktadır.

5.13- İş Yerinizde Maruz Kalınan Olumsuz Tutum Ve Davranışların Sağlık Yada Uyku Düzenine Etkileri Açısından Karşılaştırma

Sağlık çalışanlarının oranı Çok sık %66.7, Sık Sık %61.3, Bazen %54.4, Nadiren %40.7, Hiç cevabı verenler %22.0 iken **Diğer mesleklerde** Çok Sık %33.3, Sık Sık %38.7, Bazen %45.6, Nadiren %59.3, Hiç cevabı verenler %70.8 şeklindedir. Sağlık çalışanları diğer meslek gruplarına göre karşılaştıkları olumsuz tutum ve davranışlar sonucunda daha fazla sağlık ve uyku problemi yaşamaktadır.

5.14- Meslek Gruplarına Göre Verilen Görevlerin Gerçekçi Olmaması Veya Gerçekçi Olmayan Bitirme Süreleri İstenerek Yapılan Psikolojik Şiddete Göre Karşılaştırma

Sağlık çalışanlarının oranı Çok sık %50.0, Sık Sık %30.8, Bazen %60.7, Nadiren %43.0, Hiç cevabı verenler %39.0 iken **Diğer mesleklerde** Çok Sık %50.0, Sık Sık %69.2, Bazen %39.3, Nadiren %57.0, Hiç cevabı verenler %61.0 şeklindedir. Diğer meslek grupları sık sık cevabı ile: Sağlık çalışanlarından daha fazla mağdurdur.

5.15- Meslek Gruplarına Göre Başarıların Küçümsenmesi Sözü'nü Kasıtlı Olarak Kesilmesi İle Psikolojik Baskı

Sağlık çalışanlarının oranı Çok sık %75.0, Sık Sık %80.0, Bazen %55.6, Nadiren %44.3, Hiç cevabı verenler %35.4 iken **Diğer mesleklerde** Çok Sık %25.0, Sık Sık %20.0, Bazen %44.4, Nadiren %55.7, Hiç cevabı verenler %64.6 şeklindedir. Diğer meslek gruplarına göre Sağlık çalışanlarının başarıları daha çok küçümsenmiş ve kasıtlı olarak sözleri daha çok kesilmiştir.

5.16- Mesleklerle Göre Üst Yönetimin Hak Etmediği Halde Üstlere Ya Da Diğer Çalışanlara Olumsuz Lanse Edilmesi İle Psikolojik Şiddet

Sağlık çalışanlarının oranı: Çok sık %66.7, Sık Sık %58.3, Bazen %51.6, Nadiren %50.7, Hiç cevabı verenler %30.7 **Diğer mesleklerin oranı:** Çok Sık %33.3, Sık Sık %41.7, Bazen %48.4, Nadiren %49.3, Hiç cevabı verenler %69.3 şeklindedir. Diğer meslek gruplarına göre Sağlık çalışanları üst yönetim veya diğer çalışanlar tarafından hak etmediği halde daha fazla olumsuz lanse edilmiştir.

5.17- Mesleklerle Göre İş Yerinde Sözlü Ya Da Fiili Cinsel Taciz İle Mobbing

Diğer meslek gruplarına göre Sağlık çalışanları daha çok sözlü ve fiili cinsel tacize maruz kalmaktadır.

5.18- Mesleklere Göre Aktivitelerden Mahrum Bırakılma Şeklindeki Mobbing Karşılaştırması

Diğer meslek gruplarına göre Sağlık çalışanları daha çok organize edilen aktivitelerden mahrum bırakılmıştır.

5.19- Meslek Gruplarına Göre İş Yerinde Karşılaşılan Problemlerin Kişilere Mal Edilmesi İle Yapılan Psikolojik Baskı

Diğer meslek gruplarına göre Sağlık çalışanları daha çok iş yerlerinde yaşanan problemin sebebi olarak gösterilme şeklinde Mobbinge maruz kalmıştır.

5.20- Meslek Gruplarının İş Yerinde Son 6 Ay İçerisinde Bundan Önceki Sorularda Bahsi Geçen Davranışlardan Bir ya da Birkaçının Bilinçli ve Sürekli Olarak Çalışanlara Uygulanması İle Mobbing

Sağlık çalışanlarının oranı: Evet %60, Hayır %32.9, **Diğer mesleklerin oranı:** Evet %40, Hayır %67.1 şeklindedir.

5.21- Meslek Gruplarına Göre Çalışılan Kurumdaki Tüm İmkanları Sunan Başka Bir İş Fırsatını Değerlendirme Oranı İle Mobbing Ölçümü

Sağlık çalışanlarının oranı: Evet %60, Hayır %31.0. **Diğer mesleklerin oranı:** Evet %40, Hayır %69.0 şeklindedir. Diğer meslek gruplarına göre Sağlık çalışanları yeni bir iş imkanını değerlendirme konusunda daha isteklidirler. Bu Mobbingin diğer sorularda da olduğu gibi sağlık çalışanlarının diğer meslek gruplarına göre daha fazla yaşanması ile ilgili olabilir.

5.22- Mesleklere Göre Psikolojik Şiddetin En Çok Hangi Çalışanlarca Yapıldığı Araştırması

Sağlık çalışanlarının oranı:

Astlar %75.0, Aynı Düzeydeki çalışanlar %68.9, Üstler %43.2, Hiç Kimse %44.4, **Diğer mesleklerin oranı:** Astlar %25.0, Aynı Düzeydeki çalışanlar %31.1, Üstler %56.8, Hiç Kimse %55.6 şeklindedir. Diğer meslek gruplarında hiç kimse cevabı daha fazla iken sağlıkçılar daha çok astları tarafından Mobbinge maruz kalmışlar.

5.23- Mesleklere Göre Psikolojik Saldırıya Uğrandığında Verilen Tepkilerin Ölçümü

Sağlık çalışanlarının cevabı Kişi Sayısı

Bu tür baskılara maruz kalmıyoruz **16 kişi**

Görmezden gelme **17 kişi**

Yapan kişiyle konuşma **22 kişi**

Üstlere şikayet **31 kişi**

Hukuki yollara başvurma **4 kişi**

Hiçbir şey **13 kişi**

Başka pozisyona veya görev yerine tayin **17 kişi**

Diğer mesleklerin cevabı Kişi Sayısı

Bu tür baskılara maruz kalmıyoruz **30 kişi**

Görmezden gelme **30 kişi**

Yapan kişiyle konuşma **39 kişi**

Üstlere şikayet **12 kişi**

Hukuki yollara başvurma **1 kişi**

Hiçbir şey **25 kişi**

Başka pozisyona veya görev yerine tayin **30 kişi**

5.24- Mesleklere Göre Mobbing Nedenlerinin Karşılaştırılması

Sağlık Çalışanlarının cevabı: Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarından, 20 Kişisi idarecilerin kişilik problemleri veya komplekslerine, 31 Kişisi idarecilerin bilinçsizliği ve kötü yönetimine, 30 Kişisi çalışanlar arasındaki iletişim eksikliğine, 0 Kişisi yapılan işlerin zorluğuna bağlamıştır. Ve 11 kişisi iş yerinde bu tür davranışlar olmuyor cevabını vermiştir. **Diğer meslek grupları ise;** 23 Kişisi idarecilerin kişilik problemleri veya komplekslerine, 31 Kişisi idarecilerin bilinçsizliği ve kötü yönetimine, 40 Kişisi çalışanlar arasındaki iletişim eksikliğine ve 30 kişisi iş yerinde bu tür davranışlar olmuyor cevabını vermiştir.

6. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DİĞER MESLEK GRUPLARINA GÖRE FİZİKSEL ŞİDDET AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SONUÇLARI

6.1- Meslek Gruplarına Göre İş Yerinizde Fiziksel Saldırıya Uğranıldığında Verilen Tepkinin Karşılaştırılması

<u>Sağlık çalışanlarının cevabı</u>	<u>Kişi Sayısı</u>	<u>Diğer mesleklerin cevabı</u>	<u>Kişi Sayısı</u>
Bu tür baskılara maruz kalmıyoruz	71 kişi	Bu tür baskılara maruz kalmıyoruz	87 kişi

Her iki grupta da bu tür baskılara maruz kalmıyoruz seçeneği daha fazla seçilmiş iken, bunun dışında Sağlık çalışanları daha çok üstlere şikayet etmeyi seçerken, diğer meslek grupları daha çok yapan kişi ile konuşmayı tercih etmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma Sonuçlarına Göre; Sağlık çalışanlarının diğer meslek gruplarına göre psikolojik ve fiziksel şiddet oranları ilgili sonuçlar verilerin hemen altında yorumlanmış olup, meslek gruplarının psikolojik ve fiziksel şiddet oranlarına bakılarak elde edilen anlamlı sonuçlar aşağıda maddelenmiştir.

Demografik sonuçlara göre; psikolojik şiddet madurları daha çok KYH çalışanları ve Hemşirelerdir. Psikolojik şiddete en az maruz kalanlar ise Temizlik görevlileri, Bankacılar ve Güvenlik görevlileridir. Psikolojik şiddete daha fazla maruz kalan eğitim grubu önlisans mezunlarıdır. En az sosyal aktivitede bulunan Meslek grubu ise Hemşireler, Güvenlik ve Temizlik Hizmeti çalışanlarıdır. Kilo grubu 100 ve üzerindeki grupta En az sosyal aktivitede bulunmaktadır. Görev Tanımlarının Dışında(Vasıflarınız ya da Pozisyonla İlgisi Olmayan, Bunların Çok Üstünde ya da Altında) İşler Verilerek Yapılan Mobbinge maruz kalan meslek gurubu Hemşireler olup, bu duruma en çok maruz kalan eğitim gurubu ise lisans ve lisans üstü eğitim alanlardır. Eğitim seviyesi yüksek hemşirelik mensuplarının bu durumları da ilginç bir tespittir. Yöneticilerin çoğunluğunu eğitim düzeyi düşük olan lise ve ortaöğretim mezunları oluşturmaktadır. (Yöneticilerin %41.1 i lise , %32.1 i ilkökul , %8.9 lisans ve yüksek lisans , %7.1 ön lisans , %1.8 i doktora yapmıştır.)

Demografik özelliklerin dışındaki sorulara göre; Asılsız Dedikodu veya İftiralar ile yapılan mobbinge en çok maruz kalan meslek grubu Hemşirelerdir. Sözlü yada Yazılı Tehditler ile yapılan mobbinge en çok maruz kalan meslek grubu KYH dir. Verilen Görevler İçin Gerçekçi Olmayan Bitirme Sürelerinin İstenmesi İle Mobbinge maruz

kalanlar; Bankacılarıdır. Cinsiyete göre erkeklere oranla kadınlar daha fazla mobbinge maruz kalmaktadırlar. Katılanların %37,4 oranında bayanlar daha az mesai yaparken, %62,6 si ve erkek olanlar daha fazla mesai yapmaktadır. Erkekler bayanlara göre daha çok yönetici pozisyonundadır, Bayanların erkeklere göre psikolojik ve fiziksel şiddete daha çok maruz kalmalarında bu durum belirleyici bir gösterge olabilir. Erkekler mobbing sorunun çözümü için ilgili kişiyle görüşmeyi tercih ederken, kadınlar üstlere şikayet etmeyi, başka pozisyona geçmeyi veya tayin istemektedirler. Bekarlar evli olanlara oranla, diğer çalışanlar tarafından bilinçli olarak daha çok mobbinge maruz kalmaktadırlar

Fiziksel şiddet sonuçlarına göre; Güvenlik görevlileri mesleklerinin gereği olarak fiziksel şiddete maruz görünselerde meslek gruplarında Psikolojik şiddet Fiziksel şiddete oranla daha sıklıkla yaşanan bir olgudur. Fiziksel saldırıyı İdarecilerin kişilik problemleri ya da şahsi komplekslerine bağlayanlar lisansüstü ve Doktora eğitimi almış Doktorlar ve Akademisyenlerdir.

Araştırma sonuçlarına göre;

Hizmet Kalite Standartları gereği hastanelerimizde sayıları giderek artan Karşılama ve Yönlendirme Hizmeti çalışanlarının mobbing oranının yüksek olduğu görülmüştür. Bunun nedeninin diğer meslek gruplarına göre her türden insan ile (eğitimli, eğitimsiz, yaşlı, çocuk) daha fazla dialog içine giriyor olması veya KYH çalışanlarının görevlendirilmelerinde belirlenmiş eğitim seviyesi gibi kriterlerin olmayışı olabilir. Araştırmamıza göre yöneticilerin eğitim seviyesinin düşük olması nedeni ile; Yöneticilerin atanmasında kıstasın eğitim olmadığı sonucunu doğmaktadır. Yönetici atamalarında eğitim ve yönetim alanında uzmanlık gibi kriterler konulmaması ve yine cinsiyete göre ünvan ve pozisyonlarda yönetici olanların daha çok erkek olması mobbinge ciddi bir neden olabilir.

Araştırmaya katılanlar arasında işsizlikten dolayı meslek seçimi yapanların çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu gözlemlenmiştir. Ülkemizde artan işsizlik nedeniyle kişilerin sevdikleri meslek grubunu seçememeleri duygusal ve fiziksel şiddeti artırmada etkili olabilir.

Ayrıca çalışmamızdaki sonuçlar değerlendirildiğinde sağlık çalışanlarının diğer meslek gruplarına göre bariz farklar ile daha fazla şiddete maruz kalmakta olduğu anlaşılmakta olup, direk insan hayatı ile ilgilenen bir meslek grubunun kendini iyi hissetmeden yaptığı işinde verimi düşük olabilecektir. Önemle belirtmek gerekir ki sağlık hizmetinin verimsiz olması hayati bir önem taşımaktadır.

Araştırma sonuçlarına göre , mobbing mağdurların tespiti ve tedavisi yönünde gerekli adımlar atılmalıdır Psikolojik ve Fiziksel şiddetin sağlık ve güvenlik bakımından tehlikeli bir süreçtir. Bu nedenle çalışanların Psikolojik Şiddete maruz kaldıkları durumlarda ne yapmaları gerektiği konusunda bilgilendirme yapılmalıdır . Mobbinge maruz kalanların haklarını aramaları yönünde hukuki yollar açılmalı, bu konuda çalışanlara ilgili birimler ile destekte bulunulmalıdır. Ve unutulmamalıdır ki: Sağlıklı gelecek psikolojik ve fiziksel açıdan sağlıklı çalışanlar ile sağlanabilir.

KAYNAKLAR

Chappell, D.-Di Martino, V. (2006), Violence at Work, International Labour Organization, Third Edition, Geneva.

Kingma, M., (2001), Workplace Violence in the Health Sector: A Problem of Epidemic Proportion, International Nursing Review.

EUROFOUND (2007) Quality Report of the 4th European Working Conditions Survey, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin.

Salin, D. (2003), Ways of explaining workplace bullying: A review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment, Human Relations.

Harting, K.-Frosch, J. (2006), Workplace Mobbing Syndrome: The Silent and Unseen Occupational Hazard, National Conference on Women and Industrial Relations, Griffith University, Brisbane.

(2008), “İş Yerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma”, **Çalışma ve Toplum Dergisi**, Cilt 19, No. 4, Sayfa 107-135.

http://www.tavsiyeediyorum.com/makale_5858.htm.html (09.11.2010)

<http://sayeddergisi.org/.html> (12.12.2010)

Edi, Atıf (2010), **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri**, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir

Cortina, L.M.- Magley, V.J.- Williams, J.H. & Langhoutt, R.D. (2001), “Incivility in the workplace: Incidence and impact”, Journal of Occupational Health Psychology.

Di Martino V. (2003), **Relationship Between Work Stress and Workplace Violence in the Health Sector**, ILO/ICN/WHO/PSI, Geneva.

EASHW (2002), **Bullying at Work, Fact sheet 23, European Agency for Safety and Health at Work**, Bilbao.

Einarsen, S.-Raknes, B. I. (1997), “**Harrasment at Work and the Victimization of Men**” Violence and Victims, Vol. 12, s. 247–263.

Einarsen, S.-Skogstad, A.(1996). “Bullying at Work: Epidemiological Findings in Public and Private Organizations” European Work and Organizational Psychology, Vol. 2, s. 185-201.

<http://www.leymann.se/English/13100E.HTM>.html (29.5.2007).

Özen, S. (2007), “İşyerinde Psikolojik Şiddet ve Nedenleri”, **İş-Güç “Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, Cilt 9, No. 3, Sayfa 98-112.

HASTANE ÇALIŞANLARININ SİGARA İÇME DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ, SİGARAYI BIRAKMALARI İÇİN TEŞVİK EDİLMESİ VE DUMANSIZ HAVA SAHALI HASTANE SAĞLANMASI

¹ Gürbüz Akçay, ² Güner Daloğlu, ³ Hatice Erbeyin, ⁴ F. Mehmet Serin, ⁵ İsmail Dönertas

Özet

Hastanelerde sigara kontrolü, bakım kalitesinin mükemmel bir göstergesi olması bakımından sağlık çalışanlarının bu konuda örnek olması ve tavırları hastaların sigarayı bırakmasına yönelik mesajlarının inanırlılığı önemli olduğu için sağlık çalışanlarını sigarayı bırakmaları yönünde teşvik etmek ve hava kalitesine ilişkin olarak temiz bir çevre sağlamak sağlık kuruluşları için önem arz etmektedir. Bu çalışma, Servergazi Devlet Hastanesi'nde çalışan personelin sigara içme alışkanlığı ile ilgili tutum ve davranışlarının değiştirilmesi, sigaranın sağlığa zararları ve sigara içmenin önlenmesiyle ilgili bilgi düzeylerinin artırılması, hastane çalışanları sigara içme düzeylerinin belirlenmesi, sigarayı bırakmaları için teşvik edilmesi ve “Dumansız Hava Sahalı Hastane” sağlanması amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre çoğu Avrupa ülkesinde, hastane çalışanları arasındaki sigara kullanma oranı %25'dir. Hastanemizde yapmış olduğumuz ön anket sonucunda çalışanların sigara içme düzeyi % 32, 8 olarak ölçülmüştür. Bu verilere dayanarak çalışma hedefi, “hastane çalışanlarının sigara kullanma oranını %32,8' den % 25 ve altına indirmek” olarak belirlenmiştir.

Çalışmaları yapmak üzere bir ekip oluşturulmuştur. Proje başında güçlü yönleri, zayıf yönleri, fırsatlar ve karşılaşılabilecek tehditleri belirlemek için Swot Analizi yapılmıştır. Altı şapka düşünme yöntemi kullanılarak teşvik için nelerin yapılabileceği kararlaştırılarak uygulamaya konulmuştur. Dumansız Hava Sahalı Hastane Politikası ve Sigara Bırakma Klavuzu oluşturularak çalışanlara, hasta ve /veya yakınlarına duyurulmuştur. Çalışma esnasında çalışanların sigara içme düzeylerinin belirlenmesi ve Dumansız Hava Sahalı Hastaneler Değerlendirme Anketi 3 ayda bir (Mayıs ve Eylül 2010) olmak üzere çalışma ortasında ve sonunda yapılmıştır.

Mayıs ayında yapılan ankette çalışanların sigara içme düzeyleri hedefimize yaklaşmış olup Eylül ayında yapılan ankette ortalama olarak çalışanların sigara içme düzeyi %22 olarak ölçülmüş ve hedefimize ulaşılmıştır. Atmosfer Ekibi çalışmaları ile 6-7 ay gibi bir süre içinde Dumansız Hava Sahalı Hastane Politikası uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Tüm hemşirelere sigara bırakma teknikleri konusunda eğitim verilerek hasta, hasta yakınlarına etkin ve doğru bilgi verilmesi ve sigara bırakmaları konusunda teşvik etmeleri sağlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sigara İçme Düzeyi, Dumansız Hava Sahalı Hastane

¹ Servergazi Devlet Hastanesi Baştabibi, gurbuzakcay@hotmail.com

² Servergazi Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Uzmanı, gunerbdalolu@mynet.com

³ Servergazi Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü, erbeyin20@mynet.com

⁴ Servergazi Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, fatihmehmetserin@yahoo.com

⁵ Servergazi Devlet Hastanesi Müdür Yardımcısı, ismaildonertas@hotmail.com

Abstract

Since control of cigarette smoking in hospitals is an important indicator of quality, to encourage health employees to give up smoking will be both convincing and prompting for patients who are fostered to give up smoking by these employees. It is also important to provide clean environment and air for the health organizations. This study is planned for to detect the cigarette smoking health employees in Servergazi Government Hospital in order to change their manners of cigarette smoking, to increase their knowledge about the harms of cigarette and to encourage them to give up smoking.

According to world health organization data, cigarette smoking among health employees in European countries is 25%. We detected by a survey that this ratio is 32,8% in our hospital. In our study we aimed to decrease 32,8% smoking ratio to 25% or less concordant to European countries.

A team named Atmosphere is provided in order to perform the study. Swot analysis is made at the beginning to detect the strong and weak points and find out the opportunities and threats which would be faced during the study. Six hats thinking method is used to find out what could be done to courage the employees. Smokeless airspace hospital policy and giving up smoking guide are performed and announced to health employees and patients. During the study the survey for finding out the ratio of cigarette smoking health employees and smokeless airspace hospitals survey are fulfilled at the beginning, every three months (May and September 2010) during the study and at the end of the study.

According to the survey results, on May we were close to our aim and on September we have provided the 22% ratio and reached our aim. The atmosphere team has fulfilled the smokeless airspace hospital policy in less than 7 months. We still give education to all of our nurses on giving up smoking techniques in order to inform the patients correctly and effectively and encourage them to give up smoking.

Keywords: Cigarette Smoking Ratio, Smokeless Airspace Hospital

1. GİRİŞ

1.1. Çalışma Konusunun Tanımı ve Boyutu

Sigara içme alışkanlığı uzun yıllardan beri zevk verici bir alışkanlık olarak toplumda kabul görmüş, ancak yan etkileri fark edildikçe bırakılması zor bir alışkanlık olduğu tespit edilmiştir. Sigara içme pek çok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede olduğu gibi ülkemiz için de önemli bir sağlık sorunudur. Kullanan kişiye verdiği zararların yanı sıra pasif içiciler üzerindeki etkileri de bu alışkanlığın diğer bir önemli boyutunu oluşturmaktadır. Sigara kullanımı önlenebilir erken ölüm ve sakatlık nedenlerinin başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sigarayı “dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını” olarak tanımlamaktadır. DSÖ verilerine göre, her 10 erişkinden birisi tütün ürünleri kullanımının sonuçlarına bağlı nedenlerden dolayı hayatını kaybetmekte, her yıl 5 milyon ölüm meydana gelmektedir. Tüm dünyada 1.2 milyar kişinin sigara içtiği, bunların büyük kısmının gelişmekte olan ülkelere yaşadığı bilinmektedir. Değişik çalışmalardan elde edilen verilere göre; gelişmiş ülkelerde erkeklerin % 35-42’sinin, kadınların % 22-24’ünün, gelişmekte olan ülkelere erkeklerin % 48-50’sinin, kadınların % 7-9’unun sigara içtiği saptanmıştır. Sanayileşmiş ülkelere sigara içme oranları erkeklerde giderek azalma gösterirken kadınlarda artış göstermekte, erkeklerle yaklaşımaktadır. Gelişmemiş ve

gelişmekte olan ülkelerde genel olarak artış eğilimi vardır, ancak kadınlardaki oran erkeklere göre daha düşüktür.

Yapılan araştırmalara göre ülkemizde toplumun %43.6'sı sigara içmektedir. Bu oran erkeklerde %62.8, bayanlarda %24.3'tür. Türkiye'de insanların %10.6'sı sigarayla ilişkili nedenlerle ölmektedir. Terörden yılda 2-3 bin, trafik kazalarından 6-7 bin, sigaraya bağlı hastalıklardan ise yılda 35 bin (günde 100) kişi hayatını kaybetmektedir. (Yedikule Göğüs Cerrahisi Dergisi)

Avrupa Dumansız Hastane Ağına katılan hastanelerin çalışanları arasındaki yaygınlık oranı ile genel nüfus kıyaslanmıştır. Çoğu Avrupa ülkesinde, hastane çalışanları arasındaki sigara kullanma oranı % 25'in üzerinde olup, bu oran genel nüfus oranının hemen altında yer almaktadır.

Tüm bu verilere rağmen sağlık çalışanları kapsamında konu ele alındığında; ülkemiz sağlık kuruluşları çalışanları için de sigara gerçekten önemli derecede sorun teşkil etmektedir. Bu nedenle toplum sağlığı için çalışan kurumların, sigarayla verdikleri savaşta, çalışanlarının sigara içme profilini belirlemesi ve bu doğrultuda önlemler alması oldukça önem arz etmektedir. (PATH Dumansız Hastane İndikatörü Kılavuzu)

1.2. Çalışmanın Amacı

Hastaneler sigaraya bağlı hastalıkların tedavi edildiği yerler olup, sigaranın bırakılması bu tür hastalıkların kısa ve uzun vadeli prognozlarını belirlemektedir; sigaranın bırakılması ile ilgili konsültasyonlar tedaviye önemli tamamlayıcı katkılar sağlamaktadır. Hastanede sigara kontrolü, bakım kalitesinin mükemmel bir göstergesi olması bakımından sağlık çalışanlarının bu konuda örnek olması ve tavırları hastaların sigarayı bırakmasına yönelik mesajlarının inanılabilirliği önemli olduğu için sağlık çalışanlarını sigarayı bırakmaları yönünde teşvik etmek ve hava kalitesine ilişkin olarak temiz bir çevre sağlamak sağlık kuruluşları için önem arz etmektedir.

Bu çalışma, Servergazi Devlet Hastanesi'nde çalışan personelin sigara içme alışkanlığı ile ilgili tutum ve davranışlarının değiştirilmesi, sigaranın sağlığa zararları ve sigara içmenin önlenmesiyle ilgili bilgi düzeylerinin artırılması, hastane çalışanları sigara içme düzeylerinin belirlenmesi, sigarayı bırakmaları için teşvik edilmesi ve "Dumansız Hava Sahalı Hastane" sağlanması amacıyla gerçekleştirilmiştir.

1.3. Çalışmanın Gerekçesi

1.3.1. 4207 Sayılı "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun"un gerekliliklerini kurumumuzda yerine getirmek.

1.3.2. PATH (Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals; HASTANELERDE KALİTE GELİŞTİRME İÇİN PERFORMANS DEĞERLENDİRME ARAÇLARI) Projesi Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından 2003 yılından bu yana yürütülmektedir. 2009 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı da projeye katılmıştır. Ülke genelinde projede yer almak isteyen gönüllü hastaneler (özel, kamu, üniversite) arasında yapılan değerlendirme sonucu ülkemizi projede temsil edecek 14 hastane belirlendi. Denizli Servergazi Devlet Hastanesi de projeye seçilen hastaneler içinde yer alarak Sağlık Bakanlığı tarafından PATH hastanesi olarak seçildi. Hastanemiz, belirlenen PATH indikatörlerinde verilerimizi Ulusal ve Uluslararası kuruluşlarla kıyaslama yapmak için

projeye katılmıştır. **Çalışma konusu PATH projesi 6 indikatöründen birisi olup bu indikatör konusunda iyileştirme çalışması yapmak ve sürekliliğini sağlamaktır.**

1.3.3. Avrupa Dumansız Hastane Ağı, sigara kontrolünün hastaneler için neden bir öncelik haline gelmesi gerektiğine dair 7 sebebi vurgulamaktadır:

1.3.3.1. Sigaraya karşı savaş çoğu AB ülkesinde ulusal bir önceliktir ve sağlık tesislerinde sigara kullanımını yasaklayan kurallar uygulanmaktadır.

1.3.3.2. Sağlık tesisleri içinde sigara içilmeyen alanlarda uygulamaya yönelik uygun yasal kurallar hala yeteri kadar uygulanamamaktadır.

1.3.3.3. Sağlık profesyonellerinin bu konuda örnek olması ve tavırları hastaların sigarayı bırakmasına yönelik mesajlarının inanılabilirliği bakımından büyük önem taşımaktadır.

1.3.3.4. Hastaneler sigaraya bağlı hastalıkların tedavi edildiği yerler olup, sigaranın bırakılması bu tür hastalıkların kısa ve uzun vadeli prognozlarını belirlemektedir; sigaranın bırakılması ile ilgili konsültasyonlar tedaviye önemli tamamlayıcı katkılar sağlamaktadır.

1.3.3.5. Özellikle de hava kalitesine ilişkin olarak temiz bir çevre sağlamak hastanelerin görevidir.

1.3.3.6. Hastanede sigara içmek yangın ve emniyet açısından önemli güvenlik riskleri doğurabilmektedir. Hastanelerde çıkan yangınlar sigaranın dikkatsizce kullanılması ile ilişkilendirilmektedir.

1.3.3.7. Hastanede sigara kontrolü bakım kalitesinin mükemmel bir göstergesi olması bakımından artarak dikkat çekmektedir. Örneğin, Fransız akreditasyon kılavuzunun “hasta bakımı” başlığı altına, bazı sigara içme kriterleri dâhil edilmiştir.

1.3.4. Araştırmalar sigara içenlerin % 90'ının sigarayı bırakmak istediklerini fakat bunu başaramadıklarını göstermektedir. Bu proje ile sigarayı bırakmak isteyenlere yol göstererek bırakmalarını sağlamak

1.3.5. Hastanemiz TS 18001:2008 İş Sağlığı ve Güvenliği (OHSAS) Belgelidir. İş Sağlığı ve Güvenliği Politikası konusunda kurumumuza katkı sağlamak

1.3.6. EFQM Mükemmellik Modeli'nin Kurumsal Sosyal Sorumluluk temel kavramı baz alınarak hastanemizin çalışanlarına karşı sosyal sorumluluğunu yerine getirmek

1.3.7. Türkiye, Sigara ile Mücadelede Dünya Sağlık Örgütü'nün ülkelere hedef koyduğu 6 temel stratejiyi tamamlayan ilk devlet olma yolunda. Bu proje ile sosyal sorumluluğumuzu yerine getirerek Ülkemize katkı sağlamak ve diğer kurum ve kuruluşlara örnek teşkil etmek

Hastanemiz 2009 yılı Haziran ayında PATH projesine dahil olmuştur. Bu projenin indikatörlerinden birisi hastanelerde sigara içme düzeyinin belirlenmesi ve hastanelerin “Avrupa Dumansız Hava Sahalı Hastane Kriterleri” ne göre değerlendirmesini yapmaktır. 6 indikatörden bu indikatörün seçilmesinin nedeni ekip çalışması gerektirmesidir. Hastanemizde Aralık 2009'da yapılan Fagestrom testi yapılarak anket çalışması yapılmış ve sigara içme düzeyi % 32,8 olarak belirlenmiştir. PATH projesi koordinatörü tarafından üst yönetime bu konuda iyileştirme çalışması yapmak üzere ekip kurulması için öneri götürülerek konu önceliklendirilmiştir.

2. YÖNTEM

2.1. Çalışmanın Kapsamı

Çalışma, Denizli Servergazi Devlet Hastanesi tüm birimleri ve çalışanlarını kapsamaktadır.

2.2. Çalışmanın Hedefi

Avrupa Dumansız Hastane Ağına katılan hastanelerin çalışanları arasındaki yaygınlık oranı ile genel nüfus kıyaslanmıştır. Çoğu Avrupa ülkesinde, hastane çalışanları arasındaki sigara kullanma oranı % 25'in üzerinde olup, bu oran genel nüfus oranının hemen altında yer almaktadır. (PATH Dumansız Hastane İndikatörü Klavuzu)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre çoğu Avrupa ülkesinde, hastane çalışanları arasındaki sigara kullanma oranı %25'dir. Hastanemizde çalışma öncesi yapmış olduğumuz anket sonucunda çalışanların sigara içme düzeyi % 32, 8 olarak ölçülmüştür. Bu verilere dayanarak çalışma hedefimizi, **“hastane çalışanlarının sigara kullanma oranını %32,8' den % 25 ve altına indirmek”** olarak belirledik.

Dumansız Hava sahali Hastane Politikası oluşturmak ve bu politikaları gerçekleştirmek

Tüm hemşirelere sigara bırakma teknikleri konusunda eğitim vermek (hasta ve yakınlarına eğitim vermeleri için)

2.3. Tahmini Çalışma Süresi

09 Şubat 2010 “Sigarayı Bırakma Günü”nde Çalışanların Sigara İçme Düzeylerinin Belirlenmesi, Sigarayı Bırakmaları İçin Teşvik Edilmesi Ve Dumansız Hava Sahali Hastane Sağlanması amacı ile ekip oluşturuldu.

Ekip tarafından çalışma için tahmini süre 6-7 ay olarak belirlendi.

2.4. Ekibin Oluşturulması

PATH Projesi kapsamında hastanemizde sigara içme düzeyini belirlemek için ön anket yapılmış, çalışan gruplarında içme oranları farklı olmakla birlikte çalışanların ortalama sigara içme düzeyi % 32, 8 olarak ölçülmüştür. DSÖ verilerine göre çoğu Avrupa ülkesinde, hastane çalışanları arasındaki sigara kullanma oranı % 25'dir. Hastanemiz PATH Hastane Koordinatörü (Performans ve Kalite Temsilcisi) tarafından bu konuda iyileştirme çalışması yapmak üzere ekip kurulması için hastane Baştabibine öneri götürülmüştür. Çalışma konusu intranette duyurularak ekibe katılmak isteyenlere çağrıda bulunulmuştur. Ekipte bulunması gereken bazı üyelere ise PATH Koordinatörü tarafından teklif götürülmüş ve teklif kabul ederek ekibe katılmışlardır.

Ekip Üyeleri:

- Uzm. Dr. Güner DALOĞLU – Göğüs Hastalıkları Uzmanı (**Ekip Lideri**)
- Uzm. Dr. Erinç SEVİNÇ – Psikiyatri Uzmanı
- Op. Dr. F. Mehmet SERİN – Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı
- İsmail DÖNERTAŞ – Müdür Yardımcısı

- Celal EREN - Müdür Yardımcısı
- Hülya ÇIRAK – Başhemşire Yardımcısı
- Gönül DÖŞEME – Hemşire (Göğüs Hastalıkları Servisi)
- Leyla GÜNEY – Yeni Doğan hemşiresi (**Rehber**)
- Nesrin ÇİL – Hemşire (Acil Servis)
- Fatma YEŞİLTEPE – Hemşire (Ameliyathane)
- Gözde ÖRNEK – Psikolog
- Ömer BALANDIZ – Laboratuvar Teknisyeni
- Tolga KEPEL – Teknisyen
- İlkey KOCATÜRK – Performans ve Kalite Birimi Veri Sorumlusu (**Raportör**)
- S.Funda KIRGIL – Tıbbi Sekreter Sorumlusu
- Şaban FİLİZ – Güvenlik Amiri
- Songül IŞIK – Temizlik Şirketi Sorumlusu

02.06.2010 tarihinde ekip üyesi Psikiyatri Uzmanı Dr. Erinç Sevinç doğum izinine ayrılması nedeniyle ekipten ayrılmıştır. Ekipte psikoloğumuz olduğu için çalışmalarda aksama olmamıştır.

2.5. Kullanılan Yöntemler ve Teknikler

2.5.1. Çalışma gerçekleştirilirken ve zaman boyutu belirlenirken PUKO (Planla-Uygula-Kontrol Et- Önlem Al) döngüsü göz önüne alınmıştır.

2.5.2. Proje başında güçlü yönleri, zayıf yönleri, fırsatlar ve karşılaşılabilecek tehditleri belirlemek için Swot Analizi yaptık.

Tablo 1. SWOT Analizi

Güçlü Yönler:

- * Sigaranın tüm dünya ve Türkiye'de sağlığa olumsuz etkilerinin basın yolu ile sürekli olarak gündeme getirilmesi
- * Sigara bırakma ile ilgili yasa ve yönetmelikler
- * Sağlık çalışanı olarak sosyal sorumluluğumuzun olması
- * Sağlık Bakanlığı'nın sigara bırakma ile ilgili poliklinik zorunluluğu vb.
- * Hastanemizin iyileştirme ekip çalışmaları konusunda deneyimli ve başarılı olması
- * Ekibin hastanenin her birimini temsil eden kişilerden oluşması
- * Karşılıklı güven
- * Üst yönetim desteği

Zayıf Yönler:

- * Sağlık çalışanlarının direnci
- * Yasakların cazip gelmesi
- * Sağlık çalışanlarının yoğun ve stresli çalışması
- * Sigara içme mekanlarının kısıtlanmasına bağlı tepki

Fırsatlar:

- * PATH projesi indikatörü olması
- *Yönetim ve çalışanların ekip çalışmalarında başarıma hazzını tatması
- *Hastanenin ve Sağlık Bakanlığı'nın Dumansız Hava Sahalı Hastane konusunda duyarlılık göstermesi ve çalışmaları

Tehditler:

- * Sigara içme
- bahanesiyle işten kaçma
- * İş gücü kaybı
- * Çalışanlarla soğuk savaş

2.5.3. Altı Şapkalı Düşünme Tekniği

Yaşadığımız teknoloji çağında bilgiye erişmek artık zor değil. Önemli olan elimizdeki bilgileri nasıl topladığımız ve üstün bir değer yaratabilmek adına bu bilgileri nasıl kullandığımızdır. Bugünün dünyasında en temel varlıklardan bir tanesi yaratıcılıktır. Fark yaratabilmenin kazanan bireyler, ekipler ve kurumlar olabilmenin yolu bilgiyi nasıl kullanacağımızdan geçmektedir.

Bu konuda dünyanın en yaratıcı düşünürü olarak kabul edilen ve “Altı Şapkalı Düşünme Tekniği” ile tanınan Edward de Bono; Bilginin tek başına bir düşünme süreciyle desteklenmediği zaman herhangi bir değeri olmayacağını belirtmiş, zeka katsayısı yüksek insanların aynı zamanda iyi bir düşünür oldukları yönündeki savın geçerli olmadığına dikkat çekmiştir. Günümüzde insanların çeşitli yetkinliklere sahip olduğunu, bilgiye rahatlıkla erişebildiğini, teknolojinin tüm nimetlerinden faydalanabildiğini ve Altı Şapkalı Düşünme Tekniği sayesinde bu varlıkları fark yaratabilmek için kullanabileceğini ifade etmiştir.

Altı Şapkalı Düşünme Tekniğinin Avantajları:

- Daldan dala atlanarak belirtilen görüşler bir sisteme konulmuş olur.
- Zaman kaybı önlenir.
- Bir karara varma ve sonuçların ortaya çıkması kolaylaşır.
- Takım düşünmesini daha olumlu bir şekilde oluşturulmasını ve yönlendirilmesini sağlar.

Altı Şapkalı Düşünme Tekniğinin Amaçları:

- Her seferinde sadece bir şeyle uğraşılmasını sağlayarak düşünme faaliyetini sadeleştirmek ve sisteme koymak
- Gerekli düşünme biçimlerine istenildiği anda geçiş yapmayı sağlamaktır.

Çalışmamızda kullanacağımız teknikleri ve yöntemleri belirlemeden önce Ekip rehberi tarafından ekip üyelerine Problem Çözme Teknikleri Eğitimi verilmiştir. Altı Şapkalı Düşünme Tekniğinin avantajları, amaçları ve çalışmamızda bu tekniği kullanmanın uygun olacağı ekip rehberi tarafından tavsiye edilmiş ekip üyeleri de bu kararı olumlu karşılamışlardır.

Beyaz Şapka:

Bu şapka objektif olgular ve rakamlarla ilgilidir. Erişebildiğimiz bilgileri değerlendirmeyi, gereksinim duyduğumuz bilgileri ortaya koymayı ve konuyla ilgili sorularımızı yöneltmeyi bu bakış açısı sayesinde gerçekleştirdik.

- Elimizde ne gibi bilgiler var?
- Daha hangi bilgiler gerekiyor?
- Gerekli bilgileri nasıl elde ederiz?

Beyaz Şapka, dikkatimizi elde olan bilgiler ve eksik bilgiler üzerinde topladı.

Elimizde Bulunan Veriler:

- Ön anket sonuçları
- PATH Dumansız Hastane İndikatörü Klavuzu
- Anket Formları
- Kanun ve Yönetmelikler
- Dünya Sağlık Örgütü verileri
- Sigaranın zararları ile ilgili literatürler
- Bu konuda danışmanlık hizmeti verebilecek uzman kişiler
- Çalışanların sigara bırakması için teşvik çalışması için güçlü gerekçeler

Ortaya çıkan veriler konu seçimimizin önceliğini doğrulamıştır.

Gereksinim Duyduğumuz Bilgiler:

- Konuyla ilgili literatür taraması yapılması
- “Sigara Bırakma Kılavuzu” oluşturulması
- Dumansız Hava Sahalı Hastane Politikası oluşturulması ve hastanemizde uygulanması

Kırmızı Şapka:



Kırmızı Şapka, düşünür “konu hakkında duygularım bunlardır” deme olanağı sağlar. Duyguları düşünmenin önemli bir parçası olarak meşrulaştırır. Duyguları görünür kılar.

- Her on beş günde bir yapılan ekip toplantılarında ekip üyeleri proje ile ilgili yaratıcı olan ya da olmayan bireysel duygularını ifade etmiştir. Bu da projeye katkı olarak sigara ile ilgili sloganların üretilmesi ve belirlenmesinde, afişlerin oluşturulmasında, intranetteki “bunları biliyor musunuz” köşesinin içeriklerinin belirlenmesinde yol gösterici olmuştur.

Siyah Şapka:



Bir şeyin niçin yapılmayacağını öngörür. Tehlikelere dikkat çeker. Bu şapka, zararlı şeyler yapmamıza engel olur. Riskleri ve bir şeyin neden işe yaramayabileceğini gösterir. Olumsuz durumların ortaya çıkmaması için yapılan objektif bir girişimdir. Yöntemdeki hataları işaret eder.

Bu şapka aynı zamanda çalışma sisteminin gözden geçirilmesi amaçlı da kullanılmıştır.

- Karbonmonoksit ölçüm cihazı araştırması sonucunda cihazın sadece son 48 saatlik nikotin düzeyini göstermesinden dolayı proje kapsamında yararlı olmayacağına karar verildi.
- Ödüllendirmenin negatif ve pozitif yönleri ortaya konulmuş ve sigarayı bırakanların

ödüllendirilmeleri yönünde karar alınmıştır.

- Ekipteki sigara içenlerden sigara içenlerin nelerden teşvik olacakları, nelerden olmayacakları yönündeki düşünceleri ele alınmıştır. Bu da slogan, afiş oluşturma ve teşvik çalışması için nelerin yapıp yapılmayacağı konusunda yol göstermiştir.

Sarı Şapka:



Yapılan bir önerinin değerini ve yararını saptamak için kullanılır. Yapıcı ve üreticidir.

Getirilen önerinin ne gibi yararı var?

Bundan kimler yararlanacak?

Bu yararlar nasıl ortaya çıkabilir?

Çalışmamızda yukarıdaki sorular sorularak her bir önerinin değeri ve yararı ortaya konmuştur. Önerilerin sağlam temellere dayandırılarak gerçekleştirilmesi sağlanmıştır.

- 8 Nisan Sağlıklı Yaşam Yürüyüşü'ne sağlıkçılar olarak topluma örnek olmak için pankart, bez afiş hazırlanarak katılım sağlanması
- Ödüllendirmenin negatif ve pozitif yönleri ortaya konulmuş ve sigarayı bırakanların ödüllendirilmeleri yönünde karar alınmıştır.
- Afişlerin hastanenin herkes tarafından görülebilecek yerlere asılması
- Dumansız Hava Sahalı Hastane Politikasının belirlenmesi için yarışma düzenlenmesi ve birincinin ödüllendirilmesi
- Hasta ve Yakınları Eğitim Formu (FRM-35)'na sigara bölümü konularak revize edilmesi
- Hemşirelere eğitim verilerek bu konuda bilgi düzeylerini artırmak
- “31 Mayıs Dünya Sigara Bırakma Günü”nde günün anlam ve öneminde dolayı sigarayı bırakanlara kitap ödülü verilmesi yönünde ekip üyeleri tarafından karar verildi.

Yeşil Şapka:



Yaratıcılık ve yeni fikirlerle ilgilidir. Çalışmanın bulunduğu noktada alternatif fikirlerin olup olmayacağını araştırır. Kışkırtma, Yeşil Şapka düşünmesinin önemli bir unsurudur.

- Projeye destek amacıyla halı saha maçı düzenlenmesi
- “Son Sigara Paketini At Kutusu” yaptırılması ve herkesin görebileceği yere konulması
- Sigaranın tehlikelerini dikkat çekmek için bunları biliyor musunuz köşesi oluşturulması
- Sloganların üretilmesi ve oluşturulması, intranette yayınlanması
- Ekip üyelerinin yakın çalışma arkadaşlarını sözel olarak teşvik etmeleri ve sigarayı bıraktırmayı özendirmeleri
- Yataklı servis hemşirelerinin yatan hasta ve yakınlarına sigara bırakma konusunda eğitim ve sigara bırakma klavuzu vermeleri ve teşvik etmeleri

Mavi Şapka:



Bundan sonra ne yapmalıyız?

Şu ana değin neler başardık?

Sorularını sorarak yapacağımız işleri sırayı koymak, yaptıklarımızı ve elde ettiklerimizi gözden geçirmek için mavi şapka düşünme tekniğinden yararlandık.

12. Tüm eğitimler ve bilgilendirmelerden sonra çalışmanın verimliliğinin değerlendirilmesi amacıyla anket yapılması ve anket sonuçlarının değerlendirilmesi

2.5.4. Anket Yöntemi: Çalışma öncesinde FAGERSTORM testi kullanılarak çalışanların sigara içme düzeyleri belirlenmiştir.

Tablo 2. Çalışanların Sigara İçme Düzeyleri (Ön Test- Aralık 2009)

Sigara içiyor musunuz?		
	n	%
Evet	58	32,8
Hayır	119	67,2
Toplam	177	100

Çalışma esnasında çalışanların sigara içme düzeylerinin belirlenmesi ve Dumansız Hava Sahalı Hastaneler Değerlendirme Anketi 3 ayda bir (Mayıs ve Eylül aylarında) olmak üzere çalışma ortasında ve sonunda yapılmıştır.

Çalışma esnasında çalışanların sigara içme düzeylerinin belirlenmesi için kullanılan Anket Formu Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiştir ve Dumansız Hava Sahalı Hastaneler Değerlendirme Anketi Formu ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenmiş olup Avrupa Dumansız Hastane Ağı Anketidir.

Anket popülasyonunun belirlenmesi: Sağlık Bakanlığının talebi üzerine çalışan sayılarımız Bakanlığa gönderilmiş ve anket uygulanacak çalışan sayıları Bakanlık tarafından belirlenmiştir.

Anket yapılması esnasında anket yapılacak kişiler anketörler tarafından rassal (tesadüfi) seçim ile belirlenmiştir.

Tablo 3. Anket Popülasyonu

Hastane Adı	Çalışan grubu	Toplam sayı	Anket uygulanacak kişi sayısı
SERVERGAZİ DEVLET HASTANESİ	Yönetim (Başhekim ve yardımcıları, Müdür ve yardımcıları, Başhemşire ve yardımcıları)	20	5
	Hekim	87	30
	Dış Hekimi	X	0
	Yardımcı sağlık personeli	211	30
	Genel İdare Hizmetleri	7	2
	Sağlık Lisansiyeri (Eczacı, Tıbbi Tek., Diyetisyen, Biyolog, Psikolog vb)	21	5
	Sağlık teknisyeni (Anestezi tek., Lab. Tek., Top. Sağ. Tek. vb.)	95	30
	Destek hizmetleri personeli (kayıt/kabul, temizlik, güvenlik, veri hazırlama, yemekhane hizmetleri)	325	50
	TOPLAM	766	152

2.4.5. Ödül Yöntemi: Hastane çalışanlarına sigarayı bırakmalarında teşvik ve özendirme amacı güdüldüğünden dolayı sigarayı bıraktığını sözel olarak ifade eden ve içmediği belirlenen kişilere ödül verilmiştir.

2.4.6. Eğitimlerin ve Danışmanlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Tüm hemşireler, hasta ve yakınlarına bu konuda eğitim vereceği göz önünde bulundurularak eğitime alınmıştır. Eğitimin etkinliği ön ve son test ile ölçülmüştür. Eğitim sonuçları değerlendirilerek son test sonuçları 80 ve üzerinde olduğu için yeterliliklerine karar verilmiştir.

Sigara içenlere verilen eğitim, bilgilendirme ve farkındalık oluşturma amaçlı olduğu için ön-son test yapılmamıştır.

Sigara Bırakma Polikliniği ve Psikolog'tan danışmanlık hizmeti alan çalışanlarımızın kayıtları ve verileri mahremiyet ilkesine dayanılarak ilgili polikliniklerde saklanmaktadır.

2.5. İş Planı: Çalışma konusunun tanımlanması, ekip oluşturulmasını takiben hedef ve hedef tarihinin belirlenmesinden sonra İş Planı (Tablo-4) hazırlanmıştır.

ATMOSFER EKİBİ İŞ PLANI

	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	SORUMLULAR
Hedef ve hedef tarihinin belirlenmesi									Ekip üyeleri
Çalışmanın bir toplantı ile çalışanlara duyurulması									Yönetim Ekip üyeleri
Ekip üyelerine Ekte Mükemmellik Modeli, Problem Çözme Teknikleri eğitimi verilmesi									Ekip rehberi
Çalışmada hangi tekniklerin/yöntemlerin kullanılacağını belirlenmesi									Ekip üyeleri
Elimizde bulunan veriler ve gereksinim duyduğumuz bilgilerin tespit edilmesi									Ekip üyeleri
Literatür taraması									Uzm. Dr. Güner DALOĞLU
Tesvik programı için ekip üyelerinin görüş ve önerilerinin alınması									Ekip üyeleri
Görev dağılımı yapılması									Ekip lideri
Kaynakların belirlenmesi									Ekip üyeleri
Intranette Atmosfer ve Bunları Biliyor Musunuz? Köşesi oluşturulması									Performans ve Kalite Birimi
Afişlerin oluşturulması ve asılması									Ekip üyeleri
Şişa bırakma polikliniği ve psikologdan danışmanlık hizmetleri									Uzm. Dr. Güner DALOĞLU Psikolog
Şişa Bırakma Kılavuzu oluşturulması									Uzm. Dr. Güner DALOĞLU
Dumansız Hava Sahalı Hastane Politikası oluşturulması									PATH Koordinatörü Ekip üyeleri
Şişa için çalışanlara eğitim verilmesi									Uzm. Dr. Güner DALOĞLU, Op. Dr. Fatih Mehmet SERİN, Gönül DÖŞEME
Yataklı servis hemşirelerine eğitim verilmesi									Uzm. Dr. Güner DALOĞLU
Hasta ve yakınları eğitim formunun revize edilmesi									Performans ve Kalite Birimi
Hasta, hasta yakınlarına eğitim verilmesi									Yataklı servis hemşireleri
Ödül verilmesi									Yönetim
Şişa bırakmayı teşvik edici sosyal faaliyetler									Ekip Lideri, Ekip Üyeleri
Ekip iç ve dış performansının ölçülmesi									Performans ve Kalite Temsilcisi Ekip Lideri Ekip Üyeleri
Hedefe uyumun ve çalışma sisteminin gözden geçirilmesi									Ekip üyeleri
Kıtap yazma									Ekip üyeleri

Tablo 4. İş Planı

2.6. Dumansız Hava Sahalı Hastane Politikası Oluşturulması

DUMANSIZ HAVA SAHALI HASTANE POLİTİKASI

1. 4207 Sayılı "Tütün ürünlerinin zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun" ile kurumlara yükümlülükler getirilmiş olup, uygulamayı takibe yönelik Hastane Baştabip Yardımcısı, Müdür Yardımcısı ve Güvenlik Amin'nden oluşan bir komisyon (Tütün Kontrol Görevlileri) kurmak
2. Sigara içen hasta ve yakınlarına müdahale olarak: hekim ve/veya hemşire tarafından sigaranın tedavi ve bakımı kötü yönde etkileyici olduğu yönünde bilgilendirme yapmak; hastane kapalı alanında sigara içmenin 4207 Sayılı Kanun'a göre yasak olduğu ve idari para cezası uygulandığını; açık alanda ise hastane yönetimi tarafından sigara içilmesi için ayrılmış yerler haricinde içilemeyeceğini sözel olarak ve/veya görsel afişlerle bilgilendirmek
3. Hastane kantininde sigara satışını yasaklamak, Komisyonca yer alan Tütün Kontrol Görevlilerince tüm hastane kapalı alanlarının periyodik aralıklarla kontrolünün yapılmasını sağlamak
4. Sigara Polikliniğinde haftada bir gün (çarşamba) hasta, hasta yakınları ve çalışanlara hizmet vermek
5. **Atmosfer Ekibi'nin** çalışanların sigarayı bırakmaları için oluşturmuş oldukları teşvik programının sürekliliğini sağlamak
6. Sigaranın zararları ve bırakma yönünde teşvik sloganlarını görsel olarak hasta, hasta yakınları ve çalışanların hizmetine sunmak
7. Hastane çalışanlarına "Dumansız Hava Sahalı Hastane Politikası" konusunda eğitim vermek, benimsemelerini sağlamak, Politika ve eğitim içeriğini intranette herkesin görebileceği bir yerde yayınlamak
8. Yeni işe başlayanların hastanenin dumansız hava sahası politikasından haberdar olmaları için oryantasyon eğitiminde bu konuya değinmek ve bilgilendirildiklerine dair imza almak
9. Çalışanları sigarayı bırakma teknikleri konusunda eğitmek, motive etmek ve gerekli yerlere (sigara polikliniği, psikiyatrist vb.) yönlendirme yapmak
10. Hastane çalışanlarının hasta ve yakınlarına sigarayı bırakma mesajlarının inanılır olması için örnek davranışlar sergilemelerini ve içenlere (hasta, hasta yakınları ve çalışanlara) içmemeleri için teşvik etmelerini sağlamak
11. Hastanemizde topluma hizmet veren "Sağlıklı Yaşam Okulu" nda katılımcılara sigarayı bırakmaları konusunda bilgilendirilmelerini ve teşvik edilmelerini sağlamak
12. Tüm hasta ve refakatçilerin tütün kullanmaları ve pasif içicilerin durumunu hastanın anamnezi alınırken belirlemek ve **Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formu (FRM-246)** nda kayıt altına almak
13. Hastanın hekimi ve/veya hemşiresi tarafından Hasta ve yakınlarına sigarayı bırakma konusunda eğitim vermek, bırakmaları için teşvik etmek, gerekli yerlere (sigara polikliniği, psikiyatrist vb.) yönlendirme yapmak ve **Hasta ve Yakını Eğitim Formu (FRM-35)** (sigara bölümü)' nda kayıt altına almak
14. Hastanemiz Dumansız Hava Sahası Politikası için yapılan faaliyetleri (hastane çalışanlarının sigara içenlerle içmeyenler arasında futbol maçı, doğa yürüyüşleri düzenlemesi gibi) basın ve hastanenin web sitesi aracılığı ile topluma duyurmak ve sağlık çalışanları olarak örnek teşkil etmek
15. Sigarayı bırakan çalışanları ödüllendirmek

3. SONUÇ

- Ön anket sigara içme oranı: %32.8
- Mayıs ayı anketi: %25,5
- Eylül ayı anketi: %22

Tablo 4. Dumansız Hava Sahalı Hastaneler Değerlendirme Anketi Puan Ortalaması (Mayıs - Eylül 2010)

Birimler	Mayıs-2010 (%)	Eylül-2010 (%)
İdari Hizmetler	0	0
Sağlık Lisansiyeri	40	20
Yönetim	20	17
Hekim	20	20
Yardımcı Sağlık Personeli	20	20
Sağlık Teknisyeni	37	37
Destek Hizmetler	42	34
Genel		
ORTALAMA	25,5	22

- Bu çalışma ile hastanemizde “Dumansız Hava Sahalı Hastane Politikası” oluşturulmuş ve intranette yayınlanarak çalışanlara duyurulmuştur.
- Dumansız Hava Sahalı Hastane Politikasında yer alan politikalarımız uygulamaya konulmuş ve standardize edilmiştir.
- Dumansız Hava Sahalı Hastane Politikası Hastane Oryantasyon Rehberi kapsamına alınarak oryantasyon eğitimlerinde yeni çalışmaya başlayanlar bilgilendirilmektedir.
- Yönetim ve sorumluların görev tanımlarına Dumansız Hava Sahalı Hastane Politikasına uygun çalışmaları ve çalıştırmaları maddesi eklenmiştir.
- Hastanemizin Eğitim Presedürü (PRO-08)' ne göre tüm hasta ve/veya hasta yakınlarına Hasta ve Hasta Yakını Eğitimi (FRM-35) verilmektedir. Hasta ve Yakını Eğitim Formu (FRM-35)' na sigara ile ilgili bölüm eklenerek hastaların hemşireleri tarafından hasta ve yakınları bu konuda bilgilendirilmekte ve sigarayı bırakmaları için teşvik edilmektedir.
- Hasta, hasta yakınları ve çalışanlara Sigara Bırakma Kılavuzu verilmektedir.
- İtranette “Atmosfer ve “Bunları Biliyor musunuz” bölümleri oluşturulmuş, slogan ve sigaranın zararları ile ilgili bilgilerin bu bölümlerde yayınlanması standardize edilmiştir.
- Çalışma sonrası dönemlerde de Personelin tütün kullanma prevelansının altı ayda bir ölçülmesi kararlaştırılmıştır.
- Hastanemiz çalışanlarında tütün karşıtı tutum oluşturmaları sağlanmıştır.

Yapılan çalışmalar basın yolu ile duyurularak toplumda farkındalık oluşturuldu.

HEKİM VE HEMŞİRE GRUBUNUN HASTA GÜVENLİĞİNE YÖNELİK TUTUMLARININ BELİRLENMESİ: BİR DEVLET HASTANESİ UYGULAMA ÖRNEĞİ

Türkan KARACA¹, Semra MANGAN², Pınar AKKUZU³

Özet

Çalışmamız, 2010 yılı içerisinde bir devlet hastanesinde hasta güvenliği ile ilgili uygulamaların etkinliği ve çalışan hekim ve hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yürütülmüştür. Araştırma verileri oluşturulan anket formunun hemşireler ve hekimler tarafından doldurulması ile toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 15.0 programı ile yüzdelik olarak değerlendirilmiştir.

Hasta Güvenliği; süreçlerdeki basit hataların hasta ve sağlık çalışanlarına zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek tasarımlar yapmak, hataların hasta ve sağlık çalışanlarına ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemler almaktır.

Araştırma sonucunda, hekim ve hemşire grubunun çoğunluğu, birimlerinde oluşabilecek görüş farklılıklarının hasta açısından faydalı olacak şekilde çözümlenmesi ve hasta güvenliği ile ilgili raporlama sistemi hakkında birbirlerini teşvik ettiklerini belirtmişlerdir. Tıbbi hataları gerektiğinde nasıl rapor edeceklerini bildikleri ve güvenli bir raporlama sisteminin hasta güvenliğini geliştirmede faydalı olduğu görüşüne katıldıkları sonucuna varılmıştır.

Hemşire grubunun % 84,7'nin, hekim grubunun da %62'si hasta güvenliği konusunu öncelikli olarak benimsediklerini ve birimde çalışan personelin büyük bir kısmının hasta güvenliği ile ilgili sorumluluk aldıklarını belirtmişlerdir.

Sonuç olarak; hekim ve hemşire grubunun çalıştıkları ortamın yeterli olduğunu ve performanslarını olumlu yönde etkilediği, yönetimin konu ile ilgili yeterli desteği sağladığı, ekip çalışmasının benimsendiği ve hasta güvenliğini önemseyip, uygulamalarında bunu yansıttıkları gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Hekim, Hemşire

Abstract

Our study on hospital patient safety practices was conducted to determine the efficacy and attitudes towards patient safety. This results in a state hospital in 2010 to determine attitudes towards patient safety was conducted as a descriptive. The data generated were collected by questionnaire completed by nurses and physicians. The data obtained with the SPSS 15.0 program was evaluated as a percentage.

Patient safety is to make designs in order to prevent the emergence of simple detriment processes errors for the patients and healthcare professionals, to determine of errors

¹ Eyüp Devlet Hastanesi, turkan_karaca@hotmail.com

² Eyüp Devlet Hastanesi, semraguroglu@hotmail.com

³ Eyüp Devlet Hastanesi, pinarakkuzu@gmail.com

before they reach the patient and health care workers and to take measures to ensure the reporting and correction.

As a result, the majority group of physicians and nurses described that they are resolving the differences of opinion as to beneficial for the patients and they encourage each other about patient safety reporting system. And as a result; we concluded that they know How do they will need to report medical errors, participate in the opinion that a safety reporting system is very important for the development of patient safety.

84.7% of Nurse group and 62% of the physician group, reported that they adopted patient safety as a priority issue and they took the responsibility for patient safety as a large portion of the unit staff.

As a result we observed that working environment of physicians and nurses is adequate and they positively affected for their performance, administration provides adequate support, physicians and nurses adopted teamwork, they pay attention to patient safety and reflect this for the applications.

Keywords: Patient Safety, Physician, Nurse

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri geliştikçe ve hastalar haklarını öğrendikçe sağlık hizmeti sunumunda çeşitlilik ve kalite unsuru giderek öne çıkmaktadır. Bu öne çıkan konulardan en önemlilerinden birisi de hasta güvenliğidir.

Sağlık hizmetlerinin giderek karmaşık bir yapıya dönüşmesi, değişen ve gelişen sağlık ihtiyaçları ve sağlık teknolojisindeki hızlı gelişmeler, hizmet sunan ve hizmet alanlar açısından risk faktörlerini de beraberinde getirmekte ve böylece günümüzde hasta ve çalışan güvenliği konusu tüm ülkelerin sağlık gündeminde önemli bir yer işgal etmektedir (Sezgin, 2007: 13).

Hasta Güvenliği; süreçlerdeki basit hataların hasta ve sağlık çalışanlarına zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek tasarımlar yapmak, hataların hasta ve sağlık çalışanlarına ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemler almaktır. Hasta, sağlık çalışanları ve hasta yakınlarını fiziki ve psikolojik olarak etkileyecek olumlu bir ortam oluşturarak güvenliği sağlamaktır (Aydın, 2008: 84.) Bir başka tanımla hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının eliminasyonu veya azaltılmasıdır.(Akalin, 2005: 142)

Bu kavram sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamını kapsamaktadır.(Çırpı vd., 2009: 27)

Sağlık hizmetlerinin sunum sürecinde bulunan tüm personel, bir şekilde hatalarla karşı karşıya gelebilmektedir. Bu nedenle hasta güvenliği kurumsal kültürün en önemli parçalarından biri olmalıdır. Bunu sağlayabilmek için, sağlık kuruluşları yüksek riskli aktiviteleri belirlemeli, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortam yaratmalı ve hasta güvenliği için yeterli kaynak ayırmalıdır. Bu kaynaklar arasında nitelikli sağlık personelinin varlığı önemli bir yere sahiptir. Nitelikli sağlık personeli içerisinde doktorundan hemşiresine tüm sağlık ekip üyeleri yer almaktadır (Erdemir ve Elçioğlu 2000: 28)

Hasta bakımında hekim ve hemşire grubu beraber rol aldığı için hasta ve diğer ilgililere risk ve risklerin azaltılması konusunda bilgi verilmesi, hasta güvenliğinin sağlanması ve raporlama sisteminin etkinliğinin sağlanması noktasında aynı oranda sorumludurlar. ABD’de “Institute of Medicine” 21. Yüzyıl için sağlık sisteminde iyileştirilmesi amaçlanan konuları şöyle sıralamıştır:

- **Güvenli bir sağlık hizmeti (hasta güvenliği):** Hastalara yardım ederken zarar vermekten kaçınma.
- **Etkili bir sağlık hizmeti:** Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımının önlenmesi.
- **Hasta-odaklı sağlık hizmeti:** Hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilerek sunulan bir sağlık hizmeti.
- **Zamanında verilen sağlık hizmeti:** Beklemelerin sağlığa zarar vermesinin önlendiği bir sistem (sağlığa ulaşılabilirlik).
- **Verimli sunulan sağlık hizmeti:** İsrafin önlendiği, maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunumu.
- **Eşit dağılım:** Sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşit olmasıdır.

“Institute of Medicine”ın yayınladığı raporda sağlık hizmetlerinin çok önemli iki sorununun “Tıbbi hatalar veya hasta güvenliği” ve “Sağlık hizmetlerinde kalite” sorunu olduğunu gözler önüne sermiştir. Sağlık hizmetinde kalite açısından öncelikli seçilen 20 alandan üçü medikasyon (ilaç) yönetimi, hastane enfeksiyonları ve yaşlı sağlığı başlıkları ile hasta güvenliği konusu ile ilgilidir. Aynı zamanda tıbbi hataların büyük bir kısmının kişisel hatalardan çok, sistemdeki hatalardan kaynaklandığı ortaya konulmuştur.

Aynı ülkede hekimler ve toplumun sağlık hizmeti aldıkları sırada tıbbi hatalarla karşılaşp karşılaşmadıklarını araştıran bir başka çalışmada, tıbbi hata ile karşılaşma oranı hekimlerde % 35, toplumda ise % 42 olarak bulunmuştur (Akalin, 2004: 12).

Hasta güvenliğinin sağlık hizmetlerinde iyileştirilmesi gereken konuların başında geldiğini gösteren bu rapora göre:

- Hastaneye yatan hastalarda yapılan iki çalışmada, yan etki veya tıbbi bakım sırasında bir hata görülme sıklığı %2.9 ve %3.7 bulunmuştur. Bunların sırasıyla, %58 ve %53’ü önlenebilir tıbbi hatalar olarak tanımlanmıştır. Bu veriler kullanılarak, 1997 yılı içinde ABD’de hastaneye yatan 33.6 milyon hasta esas alınarak yapılan varsayımlarda, tıbbi hatalar nedeni ile her yıl en az 44.000-98.000 hastanın öldüğü öngörülmektedir. En düşük varsayım bile kabul edilse dahi tıbbi hatalardan ölen hasta sayısı 8.ölüm nedeni olarak, trafik kazası, meme kanseri ve AIDS hastalığı gibi ölüm nedenlerinin üstünde yer almaktadır.

- Tıbbi hataların maliyetinin 37,6 milyar ile 50 milyar dolar arasında olabileceği tahmin edilmektedir. Önenebilir hataların maliyeti ise 17-29 milyar dolar arasındadır.

Klinik araştırmalarla ilgili hasta güvenliği kavramı ilk kez Belmont (1970) raporu ile gündeme gelmiştir. Bu raporda çok açık olarak şu ifadeler yer almaktadır: “İnsana saygı göster; zarardan korumak için yararı maksimize et, riski en aza indir ve adaletli ol”(Akalin, 2007: 34).

Günümüzde dünya genelinde yaşanan hemşire açığı nedeniyle hasta güvenliği ve sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin ciddi bir tehlike ile karşı karşıya kaldığı düşünülmektedir

(Baumann vd., 2003: 26). Uluslararası Hemşireler Birliği, (ICN) hasta güvenliği konusunda hemşirelerin sorumluluklarını şu şekilde belirtmiştir:

- Hastaların ve ailelerinin olası riskler konusunda bilgilendirilmeleri,
- İstenmeyen olayların derhal ilgili makamlara rapor edilmesi,
- Bakım hizmeti güvenliği ve kalitesinin değerlendirilmesinde aktif rol alınması,
- Hastalar ve diğer profesyonel sağlık bakım personeli ile iletişimin güçlendirilmesi,
- Yeterli istihdam düzeyleri sağlanması konusunda lobi faaliyetleri yürütülmesi,
- Hasta güvenliğini arttırıcı önlemlerin desteklenmesi,
- Sıkı ve kapsamlı enfeksiyonla mücadele programlarının teşvik edilmesi,
- Hataları en aza indirecek tedavi politikaları ve protokollerinin standart hale getirilmesine yönelik lobi faaliyetleri yürütülmesi (ICN 2006).

Hemşireler sağlık çalışanları içerisinde doğrudan hasta bakımı veren en büyük grup olduğundan tıbbi hataların önlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Yapılan bir araştırmada hekimlerin % 82'si, hemşirelerin % 95'i hasta güvenliğinin çok önemli bir konu olduğunu belirtmişlerdir (VanGeest vd., 2003: 17)

AMAÇ

Çalışmamız, Eyüp devlet hastanesinde 2010 yılı içerisinde hasta güvenliği ile ilgili uygulamaların etkinliği ve hekim-hemşire grubunun hasta güvenliğine yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Zamanı, Evren ve Örneklem: Çalışma İstanbul ilindeki bir devlet hastanesinde, Ağustos-Ekim 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı türde yürütülen çalışmanın evrenini, çalışma süresi içerisinde ilgili hastanede çalışan 78 hemşire ve 100 hekim oluşturmuştur. Anket uygulamasının yapıldığı tarihlerde izinli/raporlu olan ve çalışmaya katılmak istemeyen hemşirelerin ve hekimlerin olması nedeniyle 52 hemşire ve 50 hekim çalışmanın örneklemi oluşturmuştur.

Veri toplama aracı: Çalışmada, ilk aşamada katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek amacıyla 7 sorudan oluşan veri toplama formu kullanılmıştır. İkinci aşamada ise literatür bilgisi ışığında araştırmacılar tarafından geliştirilen 46 madde ve 6 alt boyuttan (İş doyumu = 11 madde, ekip çalışması = 12 madde, güvenlik iklimi = 5 madde, yönetim anlayışı = 7 madde, stresi tanımlama = 5 madde ve çalışma koşulları = 6 madde) oluşan Hasta Güvenlik Tutum Ölçeği veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. 5'li Likert tipinde olan ölçek 5-“Tamamen Katılıyorum”, 4-“Katılıyorum”, 3-“Kısmen Katılıyorum”, 2-“Katılmıyorum”, 1-“Kesinlikle Katılmıyorum” şeklinde puanlanmakta olup ölçeğin 10 maddesi negatif olarak puanlanmaktadır.(Baykal vd. 2010: 42-43)

Araştırma öncesinde ilgili kurumdaki çalışmanın yapılması için etik kurul izni alınmış, daha sonrasında anketler araştırmacılar tarafından hekim ve hemşirelere dağıtılmıştır. Örneklem grubundaki tüm hekim ve hemşirelerin anketleri doldurabilmesi için gerekli süre (7 gün) sonrasında doldurulmuş anketler toplanmıştır.

Araştırmanın sınırlılıkları: Çalışmamız bir kurumda çalışan hekim ve hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmada hekim ve hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik tutumlarının belirlenip karşılaştırılarak elde edilen sonuçlar hasta güvenliği tutumunun geliştirilmesinde ve güvenlik kültürünün oluşturulmasında etkin rol alacaktır.

Verilerin Analizi: Elde edilen veriler 16.0 SPSS programı dâhilinde yüzdeler hesaplaması kullanılmıştır. Toplam tüm soruların Cronbach Alpha katsayısı 0,950 bulunmuş olup, anketin çok iyi düzeyde güvenilirlik katsayısına sahip olduğu görülmektedir.

2. BULGULAR VE TARTIŞMA

2.1. Hekim-Hemşire Grubu Demografik Özelliklere Göre Dağılım

Tablo 1. Katılımcıların Yaş Dağılımı

Yaş	Hekim (n=50)		Hemşire (n=52)	
	Sayı	%	Sayı	%
18-25	1	2,0	7	13,5
26-33	3	6,0	20	38,5
34-41	10	20,0	9	17,3
42-49	21	42,0	12	23,1
50 ve üzeri	15	30,0	4	7,7
Total	50	100,0	52	100,0

Araştırma kapsamına alınan hekimlerin %42'sinin 42-49 yaş grubu, hemşirelerin %38,5'inin 26-33 yaş grubu arasında olduğu saptanmıştır..

Tablo 2. Katılımcıların Eğitim Durumun Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Hekim (n=50)		Hemşire (n=52)	
	Sayı	%	Sayı	%
Lise	0	0,0	6	11,5
Önlisans	0	0,0	34	65,4
Lisans	7	14,0	10	19,2
Lisansüstü	38	76,0	2	3,8
Diğer	5	10,0	5	10,0
Total	50	100,0	52	100,0

Araştırma kapsamına alınan hekimlerin %76'sının Lisansüstü, hemşirelerin de %65,4'ünün Önlisans eğitim grubuna dahil olduğu saptanmıştır.

Tablo 3. Katılımcıların Cinsiyetine Göre Dağılımı

	Hekim (n=50)	Hemşire (n=52)

Cinsiyet	Sayı	%		
Kadın	9	18,0	52	100,0
Erkek	41	82,0	0	0,0
Total	50	100,0	52	100,0

Araştırma kapsamına alınan hekimlerin %82'sinin erkek, hemşirelerin ise %100'ünün bayan olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. Katılımcıların Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

Çalışma Süresi	Hekim (n=50)		Hemşire (n=52)	
	Sayı	%	Sayı	%
1 yıldan az	4	8,0	12	23,1
1-5 yıl arası	8	16,0	14	26,9
6-10 yıl arası	9	18,0	7	13,5
11-15 yıl arası	14	28,0	2	3,8
16-20 yıl arası	8	16,0	9	17,3
21 yıl ve daha fazla	7	14,0	8	15,4
Total	50	100,0	52	100,0

Araştırma kapsamına alınan hekimlerin %28'inin 11-15 yıl arası, hemşirelerin ise %26,9'unun 1-5 yıl arası çalışma süresine sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 5. Katılımcıların Çalışma Birimlerine Göre Dağılımı

Çalışma Birimi	Hekim (n=50)		Hemşire (n=52)	
	Sayı	%	Sayı	%
Dahili klinikler	10	20,0	7	13,5
Cerrahi klinikler	25	50,0	12	23,1
Poliklinik	3	6,0	7	13,5
İdari birimler	2	4,0	0	0,0
Acil servis	5	10,0	16	30,8
Diğer	5	10,0	10	19,2
Total	50	100,0	52	100,0

Araştırma kapsamına alınan hekimlerin %50'sinin cerrahi kliniklerde, hemşirelerin ise %30,8'inin acil serviste çalıştığı saptanmıştır.

Tablo 6. Katılımcıların Hasta Güvenliği ile İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Dağılımı

Hasta Güvenliği Eğitimi	Hekim (n=50)		Hemşire (n=52)	
	Sayı	%	Sayı	%
Evet	27	54,0	36	69,2
Hayır	23	46,0	16	30,8
Total	50	100,0	52	100,0

Araştırma kapsamına alınan hekimlerin %54'inin, hemşirelerin de %69,2'sinin hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldıkları saptanmıştır.

2.2. Katılımcıların Hasta Güvenliği Uygulamalarına Yönelik Görüşleri
Tablo 7. Hekim Grubunun Hasta Güvenliği Uygulamalarına Yönelik Görüşleri

	Hasta Güvenliği Anket Soruları	Tamamen Katılıyorrum		Katılıyorrum		Kısmen Katılıyorrum		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
İŞ DÖYÜMÜ	-Performansım hakkında geribildirim alırım (bilgilendirilirim).	4	8,0	23	46,0	17	34,0	4	8,0	2	4,0
	-Hastane yönetiminin işini iyi yapar.	5	10,0	21	42,0	17	34,0	6	12,0	1	2,0
	-Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir.	4	8,0	15	30,0	22	44,0	7	14,0	2	4,0
	-Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.	6	12,0	12	24,0	2	4,0	7	14,0	3	6,0
	-Bu hastanede problemleri doktor ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenilir.	3	6,0	15	30,0	18	36,0	10	20,0	4	8,0
	-Bu hastanede hemşirelerin fikirlerine değer verilir.	3	6,0	16	32,0	21	42,0	8	16,0	2	4,0
	-Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum.	4	8,0	16	32,0	20	40,0	8	16,0	2	4,0
	-Bu birimdeki tıbbi ekipman-donanımı yeterlidir.	2	4,0	18	36,0	22	44,0	6	12,0	2	4,0
	-Bu birimdeki personelin düzeyi hasta sayısını karşılamak için yeterlidir.	1	2,0	19	38,0	14	28,0	11	22,0	5	10,0
	-Bu birimde karar verilirken ilgili personelden elde edilen verilerden yararlanılır.	0	0	16	32,0	25	50,0	6	12,0	3	6,0
	-Hastanede işimi ekileyebilecek durumlara ilişkin uygun ve zamanında bilgi akışı sağlanır.	2	4,0	21	42,0	16	32,0	9	18,0	2	4,0
	-Hastalara bakım verirken ihtiyacım olduğunda diğer çalışanlar bana yardımcı eder.	3	6,0	24	48,0	19	38,0	3	6,0	1	2,0
EKİP ÇALIŞMASI	-Bu birimde çalışanlar alamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla sorabilirler.	5	10,0	24	48,0	14	28,0	5	10,0	2	4,0
	-Bu birimde ahlaki (etik) değerler yüksektir.	4	8,0	30	60,0	8	16,0	5	10,0	3	6,0
	-Acil durumlarda ne yapacağımı bilirim.	7	14,0	25	50,0	12	24,0	5	10,0	1	2,0
	-Bu birimde görüş farklılıkları hasta vararı (kimi haklı olduğundan çok hastalar için neyin iyi olduğu gibi) dikkate alınarak çözülür.	3	6,0	20	40,0	21	42,0	5	10,0	1	2,0
	-Gereketken profesyonel olan çalışanlar kişisel problemlerini işine yansıtmaz.	11	22,0	19	38,0	14	28,0	6	12,0	0	0
	-Bu hastanede çalışanlar arasında ekip çalışması ve işbirliği desteklenir.	5	10,0	22	44,0	15	30,0	6	12,0	2	4,0
	-Hasta güvenliği ile ilgili bir sorum olduğunda bunu rapor etmem konusunda meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.	2	4,0	25	50,0	15	30,0	7	14,0	1	2,0
	-Bu birimde diğerlerinin hatalarından öğrenmeyi kolaylaştıran bir kültür vardır.	1	2,0	12	24,0	23	46,0	12	24,0	2	4,0

	-Diğer personelin hastaya zarar verebilecek hatalar yaptığını gördüm.	1	2,0	3	6,0	12	24,0	28	56,0	6	12,0
	-Bu birimde hasta güvenliğiyle ilgili soruları sormak için uygun yolları (kanalları) bilirim.	2	4,0	19	38,0	21	42,0	7	14,0	1	2,0
	-Bu birimde doktor ve hemşireler uyumlu bir ekip olarak çalışır.	5	10,0	23	46,0	15	30,0	7	14,0	0	0
	-Bu birimde olay raporlarıyla ilgili bilgiler hasta bakımının güvenliğini sağlamada kullanılır.	3	6,0	21	42,0	21	42,0	5	10,0	0	0
	-Bu birimde güvenli raporlama sistemlerinden hasta güvenliğini geliştirmede yararlanılır.	4	8,0	23	46,0	16	32,0	6	12,0	1	2,0
	-Bu birimde hasta güvenliğiyle ilgili klinik rehberlere kanıtla dayalı kriterlere uyulur.	2	4,0	22	44,0	19	38,0	6	12,0	1	2,0
	-Bu birimde gerektiğinde tıbbi hataların nasıl rapor edileceğini bilirim.	4	8,0	16	32,0	24	48,0	4	8,0	2	4,0
	-Hasta güvenliği bu birimin önceliği olarak sürekli önensendir.	3	6,0	28	56,0	12	24,0	7	14,0	0	0
	-Bu birimde hasta olarak bulunmam durumunda kendimi güvende hissedirim.	1	2,0	20	40,0	19	38,0	10	20,0	0	0
	-Bu birimde tıbbi hatalar uygun şekilde ele alınır.	2	4,0	19	38,0	22	44,0	5	10,0	2	4,0
	-Bu hastanede yeni personelin işe oryantasyonu ve hizmet içi eğitimi iyi yapılır.	3	6,0	18	36,0	20	40,0	8	16,0	1	2,0
	-Bu birimdeki tüm personel hasta güvenliğiyle ilgili sorumluluk alır.	3	6,0	23	46,0	15	30,0	8	16,0	1	2,0
	-Hastane yönetimini hasta güvenliğiyle ilgili konularda tavsiye vermez.	7	14,0	19	38,0	16	32,0	7	14,0	1	2,0
	-Hastane yönetimini hasta güvenliğine yönelik çalışmalarını eksiksiz yürütmemi destekler.	8	16,0	17	34,0	18	36,0	6	12,0	1	2,0
	-Tani ve tedavi kararlarına ilişkin tüm bilgiler rutin olarak bana verilir.	6	12,0	22	44,0	13	26,0	8	16,0	1	2,0
	-Acil durumlardaki yorgunluğum performansımı olumsuz etkiler.	13	26,0	16	32,0	13	26,0	8	16,0	0	0
	-Rutin bakım uygulamaları sırasındaki yorgunluğum performansımı olumsuz etkiler.	11	22,0	17	34,0	12	24,0	10	20,0	0	0
	-Kişisel problemlerimden kaynaklanan stres performansımı olumsuz etkiler.	9	18,0	10	20,0	18	36,0	13	26,0	0	0
	-Yorgun olduğumda işimde daha az etkin olurum.	9	18,0	17	34,0	17	34,0	7	14,0	0	0
	-Bu birimde hasta bakımıyla ilgili bir problem fark edersenem bunu dile getirmem zordur.	2	4,0	4	8,0	17	34,0	24	48,0	3	6,0

ÇALIŞMA KOŞULLARI											
-Bu birimde hizmetin aksamasına neden olan iletişim bozuklukları yaygındır. -Çalışanlar bu birimde oluşturulan kural ve prosedürler (el yıkama, tedavi protokolleri /klinik yollar gibi)sıklıkla önemsemezler. -İşimde havalı kuruluğu yaşamam. -Bu birimdeki doktorlar dahil tüm çalışanlar işlerini iyi yapar. -İşimde kendimi tüketmiş hissedirim. -Bu birimdeki hemşirelik eğitimi ahılar (öğrenciler) uygun şekilde desteklenir.	3	6,0	9	18,0	17	34,0	19	38,0	2	4,0	
	2	4,0	7	14,0	14	28,0	25	50,0	2	4,0	
	4	8,0	7	14,0	17	34,0	19	38,0	3	6,0	
	3	6,0	17	34,0	21	42,0	9	18,0	0	0	
	3	6,0	6	12,0	13	26,0	23	46,0	5	10,0	
	1	2,0	27	54,0	12	24,0	8	16,0	2	4,0	

Tablo 8. Hemşire Grubunun Hasta Güvenliği Uygulamalarına Yönelik Görüşleri

	Hasta Güvenliği Anket Soruları	Tamamen Katılıyor		Katılıyor		Kısmen Katılıyor		Katılmıyor		Kesinlikle Katılmıyorum	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
İŞ DOYUMU	-Performansım hakkında geribildirim alırım (bilgilendirilirim).	2	3,8	14	26,9	18	34,6	14	26,9	4	7,7
	-Hastane yönetimim işimi iyi yapar.	1	1,9	25	48,1	21	40,4	2	3,8	3	5,8
	-Bu hastane çalışmak için iyi yerdir.	2	3,8	22	42,3	23	44,2	4	7,7	1	1,9
	-Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.	1	1,9	18	34,6	13	25,0	14	26,9	6	11,5
	-Bu hastanede problemli doktor ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenilir.	0	0	12	23,1	22	42,3	14	26,9	4	7,7
	-Bu birimde hemşirelerin fikirlerine değer verilir.	1	1,9	12	23,1	16	30,8	16	30,8	7	13,5
	-Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum.	4	7,7	14	26,9	21	40,4	7	13,5	6	11,5
	-Bu birimdeki tıbbi ekipman-donanım yeterlidir.	1	1,9	8	15,4	26	50,0	13	25,0	4	7,7
	-Bu birimdeki personelin düzeyi hasta sayısını karşılamak için yeterlidir.	2	3,8	15	28,8	13	25,0	17	32,7	5	9,6
	-Bu birimde karar verilirken ilgili personelden elde edilen verilerden yararlanılır.	1	1,9	13	25,0	18	34,6	10	19,2	10	19,2
	-Hastanede işimi etkileyebilecek durumlara ilişkin uygun ve zamanında bilgi akışı sağlanır.	1	1,9	18	34,6	23	44,2	6	11,5	4	7,7
	-Hastalara bakım verirken ihtiyacım olduğunda diğer çalışanlar bana yardım eder.	8	15,4	25	48,1	17	32,7	1	1,9	1	1,9
EKİP ÇALIŞMASI	-Bu birimde çalışanlar alamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla sorabilirler.	5	9,6	33	63,5	9	17,3	4	7,7	1	1,9
	-Bu birimde ahlaki (etik) değerler yüksektir.	7	13,5	26	50,0	17	32,7	2	3,8	0	0
	-Acil durumlarda ne yapacağımı bilirim.	12	23,1	30	57,7	8	15,4	2	3,8	0	0
	-Bu birimde görüş farklılıkları hasta yararı (kimin haklı olduğundan çok hastalar için neyin iyi olduğu gibi) dikkate alınarak çözülür.	7	13,5	32	61,5	11	21,2	2	3,8	0	0
	-Gerçekten profesyonel olan çalışanlar kişisel problemlerini işine yansıtırmaz.	15	28,8	20	38,5	13	25,0	4	7,7	0	0
	-Bu hastanede çalışanlar arasında ekip çalışması ve işbirliği desteklenir.	4	7,7	24	46,2	16	30,8	6	11,5	2	3,8
	-Hasta güvenliği ile ilgili bir sorun olduğunda bunu rapor etmem konusunda meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.	4	7,7	31	59,6	12	23,1	4	7,7	1	1,9
	-Bu birimde diğerlerinin hatalarından öğrenmeyi kolaylaştıran bir kültür vardır.	2	3,8	19	36,5	24	46,2	7	13,5	0	0

	-Diğer personelin hastaya zarar verebilecek hatalar yapıldığını gördüm.	2	3,8	2	3,8	7	13,5	31	59,6	10	19,2
	-Bu birimde hasta güvenliğiyle ilgili soruları sormak için uygun yolları (kanalları) bilirim.	3	5,8	26	50,0	17	32,7	6	11,5	0	0
	-Bu birimde doktor ve hemşireler uyumlu bir ekip olarak çalışır.	5	9,6	25	48,1	15	28,8	6	11,5	1	1,9
	-Bu birimde olay raporlarıyla ilgili bilgiler hasta bakımını güvenliği sağlamanada kullanılır.	2	3,8	34	65,4	10	19,2	5	9,6	1	1,9
	-Bu birimde güvenli raporlama sistemlerinden hasta güvenliği geliştirilmede yararlanılır.	4	7,7	26	50,0	16	30,8	6	11,5	0	0
GÜVENLİK İKLİMİ	-Bu birimde hasta güvenliğiyle ilgili klinik rehberlere kanıta dayalı kriterlere uyulur.	3	5,8	34	65,4	10	19,2	5	9,6	0	0
	-Bu birimde gerektiğinde tıbbi hataların nasıl rapor edileceğini bilirim.	5	9,6	28	53,8	16	30,8	3	5,8	0	0
	-Hasta güvenliği bu birimin önceliği olarak sürekli önemsenir.	7	13,5	37	71,2	5	9,6	1	1,9	2	3,8
	-Bu birimde hasta olarak bulunmam durumunda kendimi güvende hissedirim.	4	7,7	26	50,0	11	21,2	7	13,5	4	7,7
	-Bu birimde tıbbi hatalar uygun şekilde ele alınır.	4	7,7	32	61,5	14	26,9	2	3,8	0	0
YÖNETİM ANLAYIŞI	-Bu hastanede yeni personelin işe oryantasyonu ve hizmet içi eğitimi iyi yapılır.	7	13,5	24	46,2	10	19,2	9	17,3	2	3,8
	-Bu birimdeki tüm personel hasta güvenliğiyle ilgili sorumluluk alır.	2	3,8	36	69,2	11	21,2	3	5,8	0	0
	-Hastane yönetimi hasta güvenliğiyle ilgili konularda taviz vermez.	11	21,2	30	57,7	8	15,4	3	5,8	0	0
	-Hastane yönetimi hasta güvenliğine yönelik çalışmalarını eksiksiz yürütmemi destekler.	5	9,6	26	50,0	17	32,7	4	7,7	0	0
	-Tani ve tedavi kararlarına ilişkin tüm bilgiler rutin olarak bana verilir.	4	7,7	18	34,6	19	36,5	9	17,3	2	3,8
STRESİ TANILAMA	-Acil durumlardaki yorgunluğun performansımı olumsuz etkiler.	11	21,2	6	11,5	13	25,0	20	38,5	2	3,8
	-Rutin bakım uygulamaları sırasındaki yorgunluğun performansımı olumsuz etkiler.	7	13,5	6	11,5	14	26,9	23	44,2	2	3,8
	-Kişisel problemlerimden kaynaklanan stres performansımı olumsuz etkiler.	4	7,7	5	9,6	14	26,9	28	53,8	1	1,9
	-Yorgun olduğumda işimde daha az etkin olurum.	6	11,5	5	9,6	24	46,2	15	28,8	2	3,8
	-Bu birimde hasta bakımıyla ilgili bir problem fark edersenem bunu dile getirmem zordur.	0	0	3	5,8	8	15,4	37	71,2	4	7,7
Ç	-Bu birimde hizmetin aksamasına neden olan iletişim bozuklukları yaygındır.	1	1,9	3	5,8	11	21,2	33	63,5	4	7,7

	1	1,9	0	0	0	23,1	27	51,9	12	23,1
-Çalışanlar bu birimde oluşturulan kural ve prosedürler (el yıkama, tedavi protokolleri /klinik yollar gibi)sıklıkla önemsemeyiz.	2	3,8	0	0	0	42,3	25	48,1	3	5,8
-İşimde hayal kırıklığı yaşıyorum.	8	15,4	26	50,0	15	28,8	3	5,8	0	0
-Bu birimdeki doktorlar dahil tüm çalışanlar işlerini iyi yapar.	0	0	4	7,7	14	26,9	30	57,7	4	7,7
-İşimde kendimi tüketmiş hissedirim.	6	11,5	22	42,3	19	36,5	5	9,6	0	0
-Bu birimdeki hemşirelik eğitimi alımlar (öğrenciler) uygun şekilde desteklenir.										

2.3. Hasta Güvenliği Anketi Alt Boyutları Karşılaştırılması

Tablo 9. Hekim Ve Hemşire Grubunun İş Doyumu İle İlgili Tutumlarının Karşılaştırılması

İş Doyumu	Hekim(n=50)		Hemşire(n=52)	
	Sayı	%	Sayı	%
-Geribildirim yapılır	27	54,0	16	30,7
-Yönetim iyi çalışır	26	52,0	26	59,0
-Hastane çalışmak için iyi bir yerdir	19	38,0	24	46,1
-Ailenin bir parçası gibi davranılır	18	36,0	19	36,5
-Yapıcı yaklaşım yapılır	18	36,0	12	23,1
-Fikirlere değer verilir	19	38,0	13	25,0
-Çalışmaktan gurur duyulur	20	40,0	18	34,6
-Tıbbi ekipman yeterlidir	20	40,0	9	17,3
-Personel sayısı yeterlidir	20	40,0	17	32,6
-Personel verilerinden yararlanır	16	32,0	14	26,9
-Zamanında bilgi akışı sağlanır	23	46,0	19	36,5

Araştırmaya katılan hekim ve hemşire grubunun iş doyumu ile ilgili tutumlarının karşılaştırılması tablo 9’da gösterilmiştir.

Örneklem grubundaki hekim katılımcıların % 54’ü iş yerlerindeki performansları hakkında bilgilendirildiklerini belirtirken, hemşire katılımcıların % 30,7’si geri bildirim aldıklarını beyan etmişlerdir.

Araştırma kapsamındaki hekimlerin çalıştıkları kurumdaki yönetimin iyi iş yaptığını düşünenlerin oranı % 52 iken, bu oran hemşireler için % 59’dur. Örneklemdeki hekim katılımcıların % 38’i parçası oldukları kurumun çalışmak için iyi bir yer olduğu fikrine katıldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılardan hemşire grubundakilerin bu fikre katıldıklarını ifade edenlerin oranı ise % 46’dır. Ayrıca; araştırma kapsamına alınan hekim grubunun % 36’sı, çalıştıkları kurumda yapıcı yaklaşım yapıldığı fikrine katıldıklarını bildirmişlerdir. Hemşire grubunun ise % 23,1’i, kurumlarında yapıcı yaklaşım uygulandığı fikrine katılmaktadır.

Örneklemdeki hekim katılımcılar, % 38 oranında hemşirelerin fikrine değer verildiği fikrine katıldıklarını ifade etmişlerdir. Örnekleme katılan hemşire grubundan bu fikre katıldıklarını beyan edenlerin sayısı ise % 25’dir. Önemli bir farkın yakalandığı konu, tıbbi ekipmanın yeterli olduğu görüşüdür. Çünkü hekim grubunun % 40’ı çalıştıkları kurumdaki tıbbi ekipmanın yeterli olduğu fikrine katılırken, bu fikre hemşire bazında katıldığını ifade edenlerin oranı ise % 17,3’dür.

Tablo 10. Hekim Ve Hemşire Grubunun Ekip Çalışması İle İlgili Tutumlarının Karşılaştırılması

Ekip Çalışması	Hekim(n=50)		Hemşire(n=52)	
	Sayı	%	Sayı	%
-Diğer çalışanlarla yardımlaşılır	27	54,0	33	63,5
-Rahat soru sorulabilir	29	58,0	38	73,1
-Etik değerler yüksektir	34	68,0	33	63,5
-Acil durumda yapılacaklar bilinir	32	64,0	42	80,8
-Hasta yararına yönelik çalışılır	23	46,0	39	75,0
-Kişisel problemler işe yansımaz	30	60,0	45	67,3
-Ekip çalışması ve işbirliği desteklenir	27	54,0	28	53,9
-Sorunların rapor edilmesi için desteklenir	27	54,0	35	67,3
-Hatalardan ders alınır	13	26,0	21	40,3
-Diğer personelin zarar verebilecek hatalarını gördüm	4	8,0	4	7,6
-Hasta güvenliği ile ilgili sorular için kaynaklar bellidir	21	42,0	29	55,8
-Doktor ve hemşire grubu uyumlu çalışır	28	56,0	30	57,7

Araştırmada örneklem olarak alınan katılımcılardan hekim ve hemşire grubunun ekip çalışması ile ilgili tutumlarının karşılaştırılması tablo 10'da gösterilmektedir.

Araştırma kapsamındaki hekim grubunun % 58'i çalıştıkları kurumda rahatça soru sorulabildiği fikrine katıldıklarını belirtirlerken, hemşire grubunun % 73'ü kurumlarına rahatlıkla soru sorulabildiği fikrine katıldıklarını ifade etmişlerdir. Çalıştıkları süreçte doğacak herhangi bir acil durumda ne yapılacağının bilindiği fikrine katılanların oranı hekim grubunda % 64 iken, hemşire grubunda bu oran % 80'dir.

Örneklemdeki hekim katılımcıların % 46'sı, hastanelerinde hasta yararına yönelik çalışıldığı fikrine katıldıklarını söylemişlerdir. Hemşire grubunda ise, hasta yararına yönelik çalışıldığı fikrine katıldıkları beyan edenlerin oranı, grubun % 75'ini oluşturmaktadır. Katılımcılardan hekim grubunun %26'sı, kurumlarında yapılan hatalardan ders alındığı fikrine katıldıklarını ifade etmişleridir. Çalıştıkları hastanede yapılan hatalardan ders alındığı fikrine katıldığını söyleyen hemşire katılımcılarda ise oran % 40,3 olarak saptanmıştır.

Tablo 11. Hekim ve Hemşire grubunun güvenlik iklimi ile ilgili tutumları

Güvenlik İklimi	Hekim		Hemşire	
	Sayı	%	Sayı	%
-Olay raporlama ve hasta güvenliği	24	48,0	36	69,2
-Güvenli raporlama	27	54,0	30	57,7
-Klinik rehber ve kriterlere uyum	24	48,0	37	71,2
-Tıbbi hataların raporlanması eğitimi	20	40,0	33	63,4
-Öncelik olarak benimsenmesi	31	62,0	44	84,7

Tablo 11’de, hekim ve hemşire grubunun güvenlik iklimi ile ilgili tutumlarını yansıtmaktadır.

Örneklemdaki hekim grubunun % 48’i çalıştıkları birimde olay raporlarıyla ilgili bilgilerin hasta bakımının güvenliğini sağlamada kullanıldığını katıldıklarını ifade etmişlerken, hemşire grubunun % 69,2’si yine bu raporlardaki bilgilerin hasta bakımının güvenliğini sağlamada kullanıldığı fikrine katıldıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmadaki hekim grubundan % 48’i çalışmakta oldukları birimde hasta güvenliği ile ilgili klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere uyulduğu fikrine katıldıklarını beyan etmişlerdir. Katılan hemşire grubunda ise, bu fikre katıldıklarını söyleyenlerin oranı hemşire grubunun % 71’inin oluşturmaktadır. Hekim grubunun % 40’ı, çalıştıkları birimde meydana gelen tıbbi hataların nasıl raporlanması gerektiğini bildiklerini belirtirken, hemşire katılımcıların % 63,4’ü bu raporlamayı nasıl yapmaları gerektiğini bildiklerini ifade etmişlerdir. Örneklemdaki hekimlerin % 62’i hasta güvenliğinin çalıştıkları birimin önceliği olarak sürekli benimsendiğini düşünürken, hemşire grubunun % 84,7’si, bu düşünceye katıldıklarını beyan etmişlerdir.

Tablo 12. Hekim Ve Hemşire Grubunun Yönetim Anlayışı İle İlgili Tutumlarının Karşılaştırılması

Yönetim Anlayışı	Hekim		Hemşire	
	Sayı	%	Sayı	%
-Kendimi güvende hissedirim	21	42,0	30	57,7
-Tıbbi hatalar önemsenir	21	42,0	36	69,2
-Oryantasyon ve hizmet içi eğitim yapılır	21	42,0	31	59,7
-Hasta güvenliği ile ilgili sorumluluk alınır	26	52,0	38	73,0
-Hasta güvenliği ile ilgili taviz verilmez	26	52,0	41	78,9
-Hasta güvenliği ile ilgili çalışmalara destek verir	25	50,0	31	59,6
-Bilgiler rutin olarak paylaşılır	28	56,0	22	42,3

Araştırmaya katılan hekim ve hemşire grubunun yönetim anlayışı ile ilgili tutumları tablo 12’de gösterilmektedir.

Çalışmaya dahil olan hekim grubunun % 42'si çalışmakta oldukları birimde yapılan tıbbi hataların uygun şekilde ele alınıp önemsendiğini belirtmişlerdir. Hemşire grubunun da, % 69,2'si bu fikre katıldıklarını bildirmişlerdir. Hekim grubunun % 52'si dahil oldukları birimde hasta güvenliği ile ilgili olarak sorumlulukların alındığı fikrine katıldıklarını belirtirken, hemşirelerde bu oran % 73 olarak saptanmıştır.

Yine hasta güvenliği ile ilgili olarak çalıştıkları birimde taviz verilmediğini ifade edenlerin oranı hekim grubunda % 52 iken, hemşire grubunda bu oran % 78,9'dur. Katılımcılardan hekim grubunun % 50'si, kurum yönetimlerinin hasta güvenliğine yönelik çalışmalarını eksiksiz yürütmelerini desteklediğini bildirirken, hemşire grubunda bu desteği aldıklarını ifade edenlerin oranı % 59,6'dır. Sağlık alanında önceki yıllarda yapılan çalışmalarda çok az sayıda üst düzey yöneticinin hasta güvenliğine önem verdiği belirtilmektedir (Dursun vd., 2010: 11) . Hasta güvenliğinin giderek önem kazandığı günümüzde yapılan pek çok çalışmada hasta güvenliğinin sağlanmasında ve geliştirilmesi konusunda yönetimin desteği önemli rol oynamaktadır.

Tütüncü ve Büyükuşta (2006b) nın hemşireler üzerinde yapmış olduğu araştırmada da, hastane yönetimlerinin hasta güvenlik kültürünün geliştirilmesinde, genel güvenlik algısına, örgütsel öğrenme/sürekli gelişmeye, yönetici yaklaşımlarının belirlenmesine ve hasta güvenliği konusunda yönetiminin desteğine çalışanlarının ihtiyaç duyduğunu bilmesi ve oluşturulacak hasta güvenliği kültürü ile ilgili politikalarda, bu unsurları dikkate alması gerektiği saptanmıştır (Tütüncü vd.,2006: 63).

Yapılan bu çalışmada hekim ve hemşire grubundan elde edilen bulgular doğrultusunda hastane yönetiminin hasta güvenliğine önem verdiği ve hasta güvenliği uygulamalarında etkin rol aldığı saptanmıştır. Hekimler (%52) ve hemşireler (%78,9) hasta güvenliği uygulamalarında yönetimin taviz vermediğini belirtmişlerdir.

Tablo 13. Hekim Ve Hemşire Grubunun Stresi Tanılama İle İlgili Tutumlarının Karşılaştırılması

Stresi Tanılama	Hekim		Hemşire	
	Sayı	%	Sayı	%
-Acil durumlardaki yorgunluğum performansımı olumsuz etkiler.	29	48,0	17	32,7
-Rutin bakım uygulamaları sırasındaki yorgunluğum performansımı olumsuz etkiler.	28	46,0	13	25,0
-Kişisel problemlerimden kaynaklanan stres performansımı olumsuz etkiler.	19	38,0	9	17,3
-Yorgun olduğumda işimde daha az etkin olurum.	26	52,0	11	21,1
-Bu birimde hasta bakımıyla ilgili bir problem fark edersem bunu dile getirmem zordur.	6	12,0	3	5,8

Tablo 13'te, araştırmaya katılan hekim ve hemşire grubunun stresi tanımlama ile ilgili tutumlarının karşılaştırılmasını yansıtmaktadır.

Hekim grubunun % 46'sı, rutin bakım uygulamalarının performanslarını olumsuz yönde etkilediğini beyan ederken, aynı nedenden dolayı performanslarının olumsuz etkilendiğini ifade eden hemşirelerin oranı % 25 olarak saptanmıştır. Kişisel problemlerinin doğurduğu stresin performansları üzerinde olumsuz etkisi olduğunu belirtenlerin oranı hekim grubunda % 38 iken, hemşire katılımcılarda % 17,3'dür. Örneklemdeki hekimlerin % 52'si yorgun hissettiklerinde yaptıkları işlerde daha az etkin olduklarına katılırken, hemşirelerin % 21,1'i yorulduklarında daha az etkin olduklarını beyan etmişleridir.

Tablo 14. Hekim Ve Hemşire Grubunun Çalışma Koşulları İle İlgili Tutumlarının Karşılaştırılması

Çalışma Koşulları	Hekim		Hemşire	
	Sayı	%	Sayı	%
-İletişim bozuklukları yaygındır	12	24,0	4	7,7
-Kural ve prosedürler önemsenmez	9	18,0	1	1,9
-İşimde hayal kırıklığı yaşıyorum	11	22,0	2	3,8
-Tüm çalışanlar işlerini iyi yapar	20	40,0	34	65,4
-İşimde kendimi tükenmiş hissedirim	9	18,0	4	7,7
-Öğrenciler desteklenir	28	56,0	28	53,8

Örneklemdeki hekim ve hemşire grubunun çalışma koşulları ile ilgili tutumlarının karşılaştırılması tablo 14'te gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan hekim grubunun % 24'ü çalışanlar arasında oluşan iletişim bozukluklarının yaygın olduğu fikrine katılırken, bu fikre katıldıklarını bildiren hemşire grubundaki oran % 7,7'dir. Hekim katılımcıların % 18'i çalıştıkları birimlerde oluşturulan prosedürlerin ve kuralların önemsenmediğini belirtirken, hemşire katılımcılarda bu fikre katıldığını belirtenlerin oranı ise % 1,9'dur. İşlerinde hayal kırıklığı yaşadıklarını belirtenlerin oranı örneklemdeki hekimler arasında % 22 iken, hemşireler arasında % 3,8'dir. Hekim grubunun % 18'i işlerinde kendilerini tükenmiş hissettiklerini belirtirken, hemşire grubunun % 7,7 'si bu fikre katıldıklarını bildirmişlerdir.

3. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada belirtilen alt boyutlar arasında yer alan güvenlik iklimi konusunda hekim ve hemşireler hasta güvenliği uygulamalarının öncelikli olarak benimsenmesi görüşünde olduklarını belirtmişlerdir.

Çalışma koşullarının sorgulandığı alt boyutta ise hekimler ve hemşireler tüm çalışanların işlerini iyi yaptığını noktasında aynı görüşte olduklarını ifade etmişlerdir.

Yönetim anlayışı ile ilgili alt boyutta yer alan hasta güvenliğine yönelik uygulamalar konusunda yönetimde bulunan kişilerin taviz vermedikleri saptanmıştır.

Yaptığımız çalışma sonucunda; kurumda çalışan hekimlerin hemşirelere oranla, performanslarıyla ilgili olarak daha fazla geri bildirim aldıkları, kurumdaki tıbbi ekipmanları daha yeterli gördükleri, stres ve yorgunluk durumlarının performanslarını

daha kötü yönde etkilediği, çalışma koşullarından daha az memnun olduklarını nitelendirdikleri saptanmıştır.

Yine çalışma sonucunda; hemşirelerin hekimlere oranla çalışma süreçlerinde daha rahat soru sorabildiklerini, acil durumlarda ne yapmaları gerektiği konusunda daha donanımlı olduklarını, yapılan hatalardan daha fazla ders çıkardıklarını, hasta güvenliğinin, hasta bakımının sağlanması ve geliştirmesi yönündeki kriterler ve raporlamalar konusunda daha yetkin olduklarını, hasta güvenliğini daha iyi algılayarak bu konuda daha fazla sorumluluk sahibi bir yönetim anlayışına sahip oldukları saptanmıştır.

Hastanemizde kalite kültürü ve Hizmet kalite standartları ile hasta güvenliğine yönelik farkındalık ve bilincin oluşturulması için gerekli çalışmalar yapılmaktadır. Hasta güvenliği, Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında ki tebliği ile yapılan çalışmalar desteklenmektedir. Hasta güvenliği uygulamalarına yönelik yapılan çalışmada, hastanemizde hasta güvenliğine yönelik tutumları belirlemek ve hekim-hemşire grubunun görüşlerini saptamak ve hasta güvenliği için gerekli uygulamaları iyileştirmek için odaklanmamız gereken alanları belirlememiz açısından bir zemin oluşturmuştur.

Sadece çalışanlar açısından değil, hastane yönetimi, yöneticilerin ya da doktorların yaklaşımları da kültürün oluşmasında önemli bir etkidir. Hasta güvenliğinin öneminin vurgulanması ve tüm çalışanlarca benimsenmesi de hasta güvenliği kültürünün oluşması ve uygulanması için gereklidir. Yöneticilerin ya da amirlerin, hataların geribildirimini konusunda yapıcı, destekleyici ve açıklayıcı olmaları gerekmektedir.

Hasta güvenliği kültürünün yaratılması ve kalıcı olması için öncelikli olarak üst yönetim ve idareciler olmak üzere tüm çalışanların bu konuyu sahiplenmesi ve bu bağlamda çalışmaları gerekmektedir. Çalışan ve hasta arasında iletişim desteklenmesi, tüm çalışanlara hasta güvenliği ve hasta güvenliğini tehdit eden faktörler konusunda eğitim verilmesi başarıyı arttıracaktır.

KAYNAKLAR

Akalın, Erdal H. (2004), “Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz”, ANKEM Dergisi Cilt 18, Sayı Ek 2, sayfa 12-13.

Akalın, H.Erdal (2007), Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği, İKU Dergisi, Sayı 17, sayfa 32-35.

kalın, Erdal H. (2005), “Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği”, Yoğun Bakım Dergisi, Cilt 5, Sayı 3, sayfa 141-146.

Baumann A, Blythe J. Restructuring, reconsidering, reconstruction: Implications for health human resources. Int J Publ Admin 2003;26:1561-79.

Baykal, Ülkü-Şahin, Nevin H- Altuntaş, Serap (2010), “Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği’nin Türkçe’ye Uyarlanması”, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, Cilt 7,Sayı 1, sayfa 39-45.

Çırpı, Fatma- Doğan, M.Yeliz- Yaşar, K.Meryem (2009), “Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi”, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt 2, Sayı 3, sayfa 26-34.

Dursun, Salih-Bayram, Nuran-Aytaç, Serpil (2010) “Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama”, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 8,Sayı 1, sayfa 1-14.

Erdemir, Ayşegül D, Elçioğlu, Ömür Ş (2010), Tıp Etiği Işığında Hasta ve Hekim Hakları, Tıp Klinikleri Yayınevi, Ankara, sayfa 25-32.

International Council of Nurses (ICN). Safe staffing saves lives. International Nurses Day 2006.Information and Action Tool Kit. Geneva, Switzerland; 2006.

Özmen, Sümeyye ve Başol, Oğuz (2010), "Hasta Güvenliği Kültürü: Bursa’da Özel Bir Hastane Uygulama Örneği", içinde, II. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Kırılmaz Harun(Ed.), Ankara, sayfa:81-98.

Sezgin, B. (2007), Kalite Belgesi alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Doktora Tezi, İstanbul

Tütüncü, Özkan- Küçükusta Deniz (2006b), “Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşireliğe Yönelik Bir Uygulama”, Hastane Yönetimi Dergisi, Cilt 10, Sayı 2, sayfa 61-68.

VanGeest JB, Cummins DS. An educational needs assessment for improving patient safety. National Patient Safety Foundation, White Paper Report 3. National Patient Safety Foundation: 2003;1-28.

BİR KURUMDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PROFESYONEL DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Dilek KONUKBAY¹, Dilek YILDIZ², Berna EREN FİDANCI³,
Serap YAVUZ AKÇA⁴, Nalan AKBAYRAK⁵

Özet

Bir görevi, mesleği eğitim ve deneyim ile yetkin bir biçimde uygulayabilen ve sürdürebilen kişi profesyonel olarak adlandırılır. Profesyonel bir birey, bir uzmanlık ve yetkinlik alanında gerekli olan beceriye sahip olmalıdır. Hemşirelerin profesyonel davranışları; hasta bakımında ve uygulamalarında kalite ve güvenliğin sağlanması ve geliştirilmesi açısından çok önemlidir. Bu nedenle çok yönlü bir değerlendirme sağlayan bu çalışma ile hemşirelerin profesyonel davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Materyal-Metot

Bu çalışma Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan hemşirelerin profesyonel davranışlarının belirlenmesi amacıyla Eylül–Kasım 2010 tarihleri arasında yapılan kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Verilerin toplanmasında hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren soru formu ve Hemşirelikte Profesyonelliğe İlişkin Davranışsal Envanteri (BIPN) kullanılmıştır.

Bulgular

Araştırma; yaşları 22 ile 50 arasında değişen ve yaş ortancaları 31 (IQR=8) yıl olan toplam 115 hemşire üzerinde yürütülmüştür. Araştırmada hemşirelere uygulanan BIPN ölçeğinden alınan toplam puan en az 0.0, en yüksek 15.5 olarak belirlenmiştir. Hemşireler BIPN'nin dokuz alanından Yeterlilik ve Sürekli Eğitim, Teori Kullanımı, Eğitim, Araştırma, Toplumsal Hizmet ve Hemşirelik Kodlarından yüksek; Meslek Örgütleri, Yayın ve Otonomi alanlarından düşük puan almışlardır.

Sonuç

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin profesyonel davranış envanterinden aldıkları puanın düşük olduğu ve Eğitim seviyesinin artmasının hemşirelikte profesyonel davranış düzeyini etkileyen en önemli özellik olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Profesyonel Davranış, Eğitim, Bakım.

Abstract

The word professional generally means a person who has training, experience and specialized knowledge maintenance in the field which one is practicing. Thus, a professional should have an expertise and competence with the necessary skills. Nurses' professional behavior; patient care quality and maintaining safety during their practice,

¹ Uzm., GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, Etlik, Ankara, dilek.konukbay@yahoo.com

² Yrd.Doç.Dr., GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, Etlik, Ankara, dyz1@yahoo.com

³ Dr., GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, Etlik, Ankara, bernafidanci@gmail.com

⁴ Yük.Hem., GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, Etlik, Ankara, serapyavuzz@hotmail.com

⁵ Prof.Dr., GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, Etlik, Ankara, nalanakbayrak@gata.edu.tr

is very important. Therefore, this study provides a comprehensive assessment to determine the nurses' professional behavior.

Materials and Methods

A cross-sectional and descriptive study was carried out to determine the professional behavior of the nurses working at Gülhane Military Medical Academy, between September-November 2010. The Behavioral Inventory for Professionalism in Nursing (BIPN) and descriptive characteristics questionnaire were used to collect data.

Results

A total of 115 nurses, ages ranging from 22 to 50 and median age 31 (IQR = 8) participated in the study. Nurses received total scores of at least 0.0 and 15.5 highest from BIPN scale. Nurses received high scores in the fields of Competence and Continuing Education, use of Theory, Education, Research, Social Services and Nursing Code, but low scores in the fields of professional organizations, publishing and autonomy.

Conclusion

Nurses in the study received low scores for their professional behavior. Increase in the level of education was found to be the most important feature affecting the level of professionalism in nursing.

Keywords: Nurse, Professional Behavior, Education, Care.

1. GİRİŞ

Profesyonel meslek gruplarının varlığı çağdaş ve gelişmiş toplumların özelliklerinden biridir. Profesyonelliğin en önemli ölçütü; bir işin gereklerini en mükemmel haliyle gerçekleştirebilmektir (Karamanoğlu vd.,2009:12-17). Bir görevi, mesleği eğitim ve deneyim ile en ince ayrıntılarına kadar kavrayıp yetkin bir biçimde uygulayabilen ve sürdüren kişi profesyonel olarak adlandırılır. Profesyonel birey olarak nitelendirilebilmenin üç temel unsuru vardır. Bunlar güçlü bir bilgi birikimi, özerklik ve topluma hizmet etmede yüksek düzeyde bir sorumluluk bilincidir. Profesyonel bir birey, bir uzmanlık ve yetkinlik alanında gerekli olan beceriye sahip olmalıdır (Seçer, 2009: 4).

Profesyonel statüye ulaşma tüm meslek grupları için önemli bir başarıdır. Çünkü profesyoneller hem toplum hem de diğer disiplinler tarafından saygı duyulan kişilerdir (Karadağ, 2004:14-22) Her meslek kendine özgü görev, rol ve işlevlerin yanı sıra genel bazı işlevlerde de yer alır. Bunlardan mesleğe özel, spesifik rol ve işlevler o mesleğe profesyonel nitelik kazandırır (Yıldız, 2003:35-40) Profesyonel bir meslek; toplumun talep ettiği, belirli bir bilgi çeşidini, yüksek düzeyde bir eğitim almak ve hayat boyu öğrenim bilincini kazanmak koşuluyla üretmek ve bunu uygulamak konusunda, belirli bir kontrol düzeyine sahip olan, öznel ve nesnel açılardan geçerliliği kanıtlanmış ve bilgisi sayesinde elde ettiği bir mesleki statüsü yanında maddi ödülleri de bulunan, ona topluluk, üyelik ve kurum kimliği gibi duyguları kazandıran örgütlenme süreçlerini tamamlamış, kişisel boyutta da bağlılık, sorumluluk ve meslektaşlık bilinci gibi bazı hisleri içinde barındıran ve bütün bu özelliklerinden dolayı diğer iş ve mesleklerden farklılığını ortaya koyan kendine özgü bir yaşam tarzı olan meslektir (Seçer, 2009:4). Profesyonel meslek tanımlarının birçok ortak noktası vardır. Profesyonel meslek olgusunun merkezinde “bilgi” vardır. Bilginin yanında etik kurallara göre hareket etmek, toplumsal ihtiyaçları

gidermek ve mesleki standartlar belirlemek gibi unsurlar da yer almaktadır (Pellegrino, 2002:378)

Profesyonel meslek gruplarından biri olan hemşirelik, Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nursing-ICN) tarafından; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilitasyon çalışmalarına katılan bir meslek olarak tanımlanmıştır. Hemşire, ayrıca sağlık ekibinin tedavi edici ve eğitsel planlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında aktif rol alan bir meslek elemanıdır (Karamanoğlu vd., 2009 : 12-17). Bu tanımlara göre, profesyonel bir hemşire her birey / hasta için en kaliteli bakımı sağlamaktan sorumludur.

Sağlıkla ilgili bilgi ve uygulamalar, bilim ve teknolojiadaki gelişmelere paralel olarak her geçen gün yenilenmekte ve gelişmektedir. Sağlık ekibinin bir üyesi olarak profesyonel bir hemşire, sağlık alanındaki yenilikleri yakından takip etmeli, lisansüstü ve doktora eğitimleri, kongre, sempozyumlara ve mesleki kuruluşların düzenlediği kurslara katılım, süreli yayınların takibi gibi sürekli bir eğitim bilinci içinde olmalıdır. Profesyonel hemşirelik bakımının verilebilmesinde ayrıca hemşirelerin motivasyon, iş doyum ve moral düzeylerinin yüksek olması ve kanıta dayalı uygulamalarda etkili olacaktır (Kıym-Godwin vd.,2010:242–249). Hemşirelerin profesyonel davranışları, uygulamalarında ve hasta bakımında kalite ve güvenliğin sağlanması, geliştirilmesi ve o mesleğin standartlarının oluşturulmasında çok önemlidir. Bu nedenle çok yönlü bir değerlendirme sağlayan bu çalışma ile hemşirelerin profesyonel davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. MATERYAL - METOT

2.1. Yöntem

Bu çalışma GATA Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan hemşirelerin profesyonel davranışlarının belirlenmesi amacıyla Eylül–Kasım 2010 tarihleri arasında yapılan kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini bu eğitim ve araştırma hastanesinde görevli tüm hemşireler, örneklemi ise nöbet ve izin dışında ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 115 sayıda hemşire oluşturmuştur. Çalışmanın yürütülmesi için gerekli izinler alınmıştır. Verilerin toplanmasında literatür çalışması sonucu araştırmacılar tarafından geliştirilen hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren soru formu ve Miller ve ark. tarafından geliştirilen (Miller vd.,1993:290-295), Karadağ ve ark. tarafından Türkiye için geçerlik güvenilirlik çalışması yapılan (Karadağ vd., 2004:14-22) ve orijinal adı “The Behavioral Inventory for Professionalism in Nursing” (BIPN) olan “Hemşirelikte Profesyonelliğe İlişkin Davranışsal Envanteri” kullanılmıştır.

Hemşirelikte Profesyonelliğe İlişkin Davranışsal Envanter (BIPN) 46 sorudan oluşmaktadır. 1-7'nci sorular hemşirelerin demografik özelliklerini, 8- 46' ncı sorular ise davranışsal envantere ilişkin soruları içermektedir. Her bir soru hemşirelerin profesyonelliğe ilişkin davranışları gösterip göstermediğini sorgulamaktadır. BIPN dokuz alt gruptan oluşmaktadır. BIPN ağırlıklandırılmış puanları bu 9 alt boyut (Eğitim, Yayın, Araştırma, Meslek Örgütlerine Katılım, Toplumsal Hizmet, Yeterlilik ve Sürekli Eğitim, Hemşirelik Kodları, Teori ve Otonomi) altında hesaplanmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 27'dir.

2.2. Verilerin Analizi

Araştırmada, hemşirelerden ölçek yöntemi ile toplanan bilgilerden BINP alt ölçek ve toplam puanları hesaplanmıştır. Hesaplan alt ölçek ve toplam puanların normal dağılıma uygunlukları grafiksel olarak ve Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Tüm alt ölçek ve toplam puanlarının normal dağılıma uymadıkları görülmüştür. Tanımlayıcı istatistiklerin gösteriminde; kategorik değişkenler (Medeni hal, eğitim düzeyi vb) için sayı ve yüzde, ölçek puanları için ise ortanca (IQR – Interquartile Range, ÇAG – Çeyreklikler Arası Genişlik) gösterimi kullanılmıştır. Ölçek puanlarını iki grup arasında (Medeni hal, görev yapılan bölüm) karşılaştırmak için Mann-Whitney testi kullanılmış, yaş grubu, eğitim düzeyi, meslekteki görev süresi ve görev şekli gibi 2’den fazla grupta ölçek puanlarını karşılaştırmak için ise Kruskal-Wallis non-parametrik varyans analizi uygulanmıştır. Gruplar arasında farklılık bulunduğunda, farkın kaynağını bulabilmek amacı ile post-hoc ikili karşılaştırmalar için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney testine başvurulmuştur. İstatistiksel analiz ve hesaplamalar için MS-Excel 2003 ve SPSS for Win. Ver. 15.0 (SPSS Inc., ILL., USA) paket programları kullanılmıştır. İstatistiksel kararlarda $p < 0.05$ düzeyi anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

Araştırma; yaşları 22 ile 50 arasında değişen ve yaş ortancaları 31 (IQR=8) yıl olan toplam 115 hemşire üzerinde yürütülmüştür. Hemşirelerimizin 69’u (%60.0) evli iken 46’sı (%40.0) ise bekarıdır. Araştırmanın yürütüldüğü hemşireler ilişkin demografik bilgiler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri

Demografik Özellik	Alt Gruplar	n	%
Yaş grubu	18 – 25	20	17.4
	26 – 30	38	33.0
	31 – 50	57	49.6
Medeni hal	Evli	69	60.0
	Bekar	46	40.0
Eğitim Düzeyi	Ön lisans	52	45.2
	Lisans	49	42.6
	Lisans üstü	14	12.2
Meslekteki Görev Süresi	1 – 5 yıl	33	28.7
	6 – 10 yıl	32	27.8
	11+ yıl	50	43.5
Görev yaptığı bölüm	Cerrahi	58	50.4

	Dahili	57	49.6
	Klinik	91	79.1
Görev şekli	Yoğun bakım	11	9.6
	Diğer	13	11.3

Araştırmada hemşirelere uygulanan BIPN ölçeğinden alınan toplam puan en az 0.0 iken en yüksek 15.5 olarak belirlenmiştir. BIPN ölçeğinden alınan puanlar Tablo 2’de, demografik özelliklere göre puan ortancaları ise Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 2. BIPN Ölçek Puanları

Davranışsal Kategori	En Az	En Çok	Ortanca	IQR
Eğitim	0.0	3.0	1.0	1.0
Yayın	0.0	1.0	0.0	0.0
Araştırma	0.0	3.0	0.0	0.5
Meslek Örgütleri	0.0	1.5	0.0	0.0
Toplumsal Hizmet	0.0	3.0	0.0	0.0
Yeterlilik ve Sürekli Eğitim	0.0	5.0	1.0	1.8
Hemşirelik Kodları	0.0	3.0	0.0	3.0
Teori	0.0	4.5	1.0	1.5
Otonomi	0.0	1.0	0.0	0.0
Toplam puan	0.0	15.5	3.5	5.8

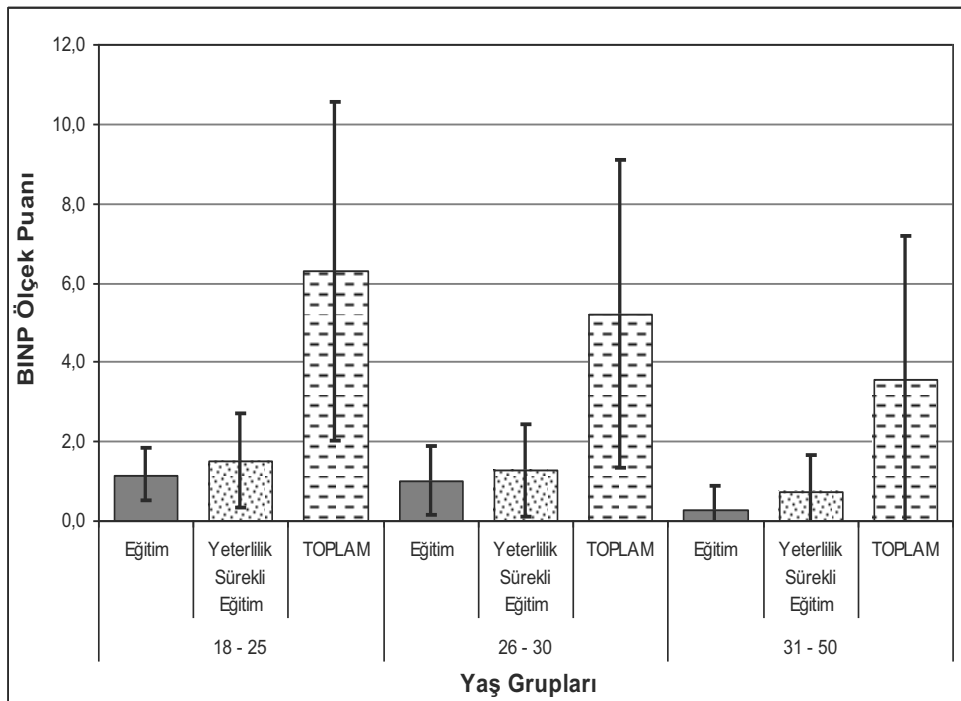
Tablo 3. Demografik Özelliklere Göre BINP Alt Ölçek ve Toplam Puanları (Ortanca (IQR))

Demografik Özellik		Yeterlilik								
Alt Gruplar	Eğitim	Yayın	Araştırma	Meslek Örgütleri	Toplumsal Hizmet	Süreklilik Eğitim	Hemşirelik Kodları	Teori	Otonomi	Toplam
Yaş grubu	18 – 25	1.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (1.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	1.5 (1.0)	1.0 (1.0)	0.0 (0.0)	5.8 (6.4)
	26 – 30	1.0 (0.3)	0.0 (0.0)	0.0 (0.5)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	1.0 (2.5)	1.0 (1.0)	0.0 (0.0)	4.8 (6.8)
	31 – 50	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.5)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.5 (1.5)	1.0 (1.0)	0.0 (0.0)	2.5 (4.5)
Medeni hal	Evli	0.0 (1.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.5)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	1.0 (1.5)	1.0 (1.5)	0.0 (0.0)	3.0 (5.5)
	Bekar	1.0 (1.0)	0.0 (0.0)	0.0 (1.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	1.0 (2.0)	1.0 (1.5)	0.0 (0.0)	3.8 (6.6)
Eğitim Düzeyi	Ön lisans	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (1.0)	0.0 (0.0)	1.0 (1.0)	0.0 (0.0)	1.0 (3.5)
	Lisans	1.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (1.0)	0.0 (0.0)	1.5 (1.5)	0.0 (3.0)	1.0 (1.5)	0.0 (0.0)	4.5 (6.0)
	Lisans üstü	3.0 (1.5)	0.0 (0.0)	1.0 (2.8)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	2.0 (1.3)	3.0 (3.0)	1.5 (2.0)	11.5 (5.3)
Meslekteki Görev Süresi	1 – 5 yıl	1.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (1.0)	0.0 (0.0)	1.5 (1.3)	0.0 (3.0)	0.0 (0.0)	1.0 (1.0)	5.0 (6.3)
	6 – 10 yıl	1.0 (1.0)	0.0 (0.0)	0.0 (1.0)	0.0 (0.0)	1.0 (2.5)	0.0 (3.0)	0.0 (0.0)	1.0 (1.5)	4.0 (8.5)
	11+ yıl	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.3)	0.0 (0.0)	0.0 (1.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	1.0 (1.0)	1.5 (3.8)
Görev yaptığı bölüm	Cerrahi	0.5 (1.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.5)	0.0 (0.0)	0.5 (1.5)	0.0 (3.0)	1.0 (1.5)	0.0 (0.0)	3.0 (5.0)
	Dahili	1.0 (1.0)	0.0 (0.0)	0.0 (1.0)	0.0 (0.0)	1.0 (2.0)	0.0 (3.0)	1.0 (1.5)	0.0 (0.0)	3.5 (7.0)
Görev şekli	Klinik	0.3 (1.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.5)	0.0 (0.0)	1.0 (1.5)	0.0 (3.0)	1.0 (1.1)	0.0 (0.0)	3.0 (5.5)
	Yoğun bakım	1.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.5)	0.0 (0.0)	1.5 (2.5)	0.0 (3.0)	1.0 (1.5)	0.0 (0.0)	7.0 (7.0)
	Diğer	0.5 (1.8)	0.0 (0.0)	0.0 (1.3)	0.0 (0.0)	0.3 (1.9)	3.0 (3.0)	1.0 (3.1)	0.0 (0.0)	5.3 (8.5)

Yaşa göre BINP ölçek alt ve toplam puanlarında anlamlı bir farklılık oluşup oluşmadığı incelendiğinde BINP alt ölçeklerinden Eğitim ($\chi^2=41.589$; $p<0.001$) ve Yeterlilik Sürekli Eğitim ($\chi^2=10.040$; $p=0.007$) ile ölçek toplam puanı ($\chi^2=10.211$; $p=0.006$) dışındaki diğer alt ölçeklerde yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Eğitim, Yeterlilik ve Sürekli Eğitim ve BINP toplam puanı üzerinde hangi yaş gruplarının farklılık oluşturduğunu belirleyebilmek amacı ile Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney testi post-hoc ikili karşılaştırmalar için kullanılmıştır.

Post-hoc ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; 18 – 25 yaş grubu ile 26 – 30 yaş grubu arasında Eğitim, Yeterlilik Sürekli Eğitim ve BINP toplam puan ortancaları istatistiksel olarak farksızdır. 18 – 25 yaş ile 31 – 50 yaş gruplarında her üç puan ortancası da istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (sırasıyla $Z=5.606$; $p<0.001$, $Z=2.935$; $p=0.003$ ve $Z=2.863$; $p=0.004$). 18 – 25 yaş grubundaki hemşirelerimiz 31 – 50 yaş grubundaki hemşirelerimizden daha yüksek Eğitim, Yeterlilik ve Sürekli Eğitim ve BINP toplam puan ortancasına sahiptir. 26 – 30 yaş grubu ile 31 – 50 yaş grubu arasında sadece Eğitim alt ölçek ortancası istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterirken ($Z=5.220$; $p<0.001$), Yeterlilik Sürekli Eğitim ve BINP toplam puan ortancaları benzerdir (sırasıyla $Z=2.209$; $p=0.027$ ve $Z=2.290$; $p=0.022$). 26 – 30 yaş grubundaki hemşireler 31 – 50 yaş grubundaki hemşirelerden her üç ölçek puanında da daha yüksek ortancaya sahip olmalarına karşın sadece Eğitim alt ölçek puanında bu farklılık istatistiksel olarak önemli olacak kadar büyük boyuttadır (Şekil 1).

Şekil 1. Yaş gruplarına göre Eğitim, Yeterlilik ve Sürekli Eğitim ve BINP Toplam puan ortalamaları* (standart sapmalar ile birlikte)



**: Görsel olarak anlaşılabilirliği arttırmak amacıyla ile ortanca yerine ortalama±standart sapma değerleri kullanılmıştır.*

Medeni hale göre bakıldığında; Eğitim alt ölçeğinde bekar hemşirelerin ortancası evlilerden daha yüksekken ($Z=2.011$; $p=0.044$), Otonomi alt ölçeğinde evli hemşirelerin ortancası bekar hemşirelerden anlamlı miktarda daha yüksek ($Z=2.045$; $p=0.041$) bulunmuştur. Diğer alt ölçeklerin ve BINP toplam puan ortancasının medeni hale göre farklılık göstermediği ($p>0.05$) görülmüştür.

Eğitim düzeyine göre BINP alt ölçek ve toplam puanının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; Meslek örgütleri ($\chi^2=0.437$; $p=0.804$) ve Otonomi ($\chi^2=2.704$; $p=0.259$) alt ölçekleri dışındaki tüm alt ölçeklerin ve BINP toplam puanının eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0.05$). Post-hoc ikili karşılaştırmalar ile farklılığın hangi eğitim düzeyinden kaynaklandığı araştırıldığında; lisans mezunu hemşirelerin ön lisans mezunu hemşirelerden Eğitim, Araştırma, Yeterlilik ve Sürekli Eğitim ve BINP toplam puanı açısından daha yüksek ortancaya sahip olduğu, diğer alt ölçek ortancalarının ise benzer oldukları görülmüştür. Benzer şekilde Lisansüstü eğitim mezunu hemşirelerin ön lisans eğitimi mezunu hemşirelerden Toplumsal Hizmet alt ölçeği dışında tüm alt ölçeklerde ve BINP toplam puanında daha yüksek ortancaya sahip oldukları görülmüştür. Toplumsal hizmet ortancası ön lisans ve lisansüstü eğitim almış hemşirelerde benzerdi. Lisans mezunu ve Lisansüstü eğitim alan hemşireler arasında ise Eğitim, Teori ve BINP toplam puan ortancalarının istatistiksel olarak farklı olduğu, diğer alt ölçek ortancalarının ise benzer oldukları görülmüştür. Lisansüstü eğitim alan hemşireler tüm alt ölçeklerde ve BINP toplam puanında lisans mezunu hemşirelerden daha yüksek puan ortancasına sahipti.

Hemşirelerin meslekteki görev süresine göre; Eğitim ($\chi^2=65.969$; $p<0.001$), Araştırma ($\chi^2=7.866$; $p=0.020$), Yeterlilik Sürekli Eğitim ($\chi^2=16.046$; $p<0.001$) ve BINP toplam puanı ($\chi^2=16.663$; $p<0.001$) ortancaları farklılık gösterirken, diğer alt ölçek ortancaları benzerdi. Eğitim, Araştırma, Yeterlilik ve Sürekli Eğitim ve BINP toplam puan ortancaları üzerinde hangi görev süresinin anlamlı farklılık oluşturduğu post-hoc ikili karşılaştırmalar ile araştırılmıştır. 1 – 5 yıl görev yapan hemşireler ile 6 – 10 yıl görev yapan hemşireler arasında incelenen alt ölçek ve toplam puan ortancası açısından farklılık yoktur. 1 – 5 yıl görev yapan hemşireler ile 11 yıl ve daha fazla görev yapan hemşireler arasında ise Araştırma ($Z=2.219$; $p=0.026$) alt ölçeği açısından fark yoktur. Eğitim ($Z=7.793$; $p<0.001$), Yeterlilik ve Sürekli Eğitim ($Z=3.777$; $p<0.001$) ve BINP toplam puan ortancaları ($Z=3.861$; $p<0.001$) 1 – 5 yıl görev yapan hemşirelerde 11 yıl ve daha fazla görev yapan hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur.

Görev yapılan birime göre bakıldığında ise sadece dahili birimlerde görev yapan hemşirelerin cerrahi birimlerde görev yapan hemşirelere göre daha yüksek Araştırma alt ölçek ortancasına sahip oldukları ($Z=2.194$; $p=0.028$), diğer tüm alt ölçek ve BINP toplam puanında cerrahi ve dahili birimlerde görev yapan hemşireler arasında fark olmadığı ($p>0.05$) görülmüştür.

Hemşirelerin görev şekline göre BINP alt ölçek ve toplam puanlarındaki değişim incelendiğinde; Otonomi ($\chi^2=9.997$; $p=0.007$) puan ortancasının farklılık gösterdiği, diğer alt ölçek ve BINP toplam puan ortancalarının ise istatistiksel olarak farksız ($p>0.05$) oldukları belirlenmiştir. Otonomi puan ortancası Diğer görevlerde çalışan hemşirelerde Klinik hemşirelerine göre daha yüksek iken ($Z=2.919$; $p=0.004$), Diğer ile Yoğun Bakım

($Z=1.664$; $p=0.361$) ve Klinik ile Yoğun bakım ($Z=0.608$; $p=0.543$) hemşirelerinin Otonomi alt ölçek puan ortancaları istatistiksel olarak farksız bulunmuştur.

4. TARTIŞMA

Çalışmamızda hemşirelere uygulanan BIPN ölçeğinden alınan toplam puan en az 0.0 iken en yüksek 15.5 olarak belirlenmiştir. Hemşireler BIPN'nin dokuz alanından Yeterlilik ve Sürekli Eğitim, Teori Kullanımı, Eğitim, Araştırma, Toplumsal Hizmet ve Hemşirelik Kodlarından yüksek; Meslek Örgütleri, Yayın ve Otonomi alanlarından ise düşük puan almışlardır. Kavaklı ve arkadaşları yoğun bakımda çalışan hemşirelerin profesyonel davranışlarını inceledikleri çalışmalarında hemşirelerin BIPN alanlarından mesleki örgütlere üyelik, otonomi ve bilimsel makale yazmada düşük, araştırma yapma, yeterlilik ve sürekli eğitim alanlarından ise yüksek puan aldıklarını belirlemiştir (Kavaklı vd., 2009:168-173) Bizim araştırmamız klinik, yoğun bakım ve diğer alanlarda çalışanlar olmak üzere hastanede çalışan tüm hemşireleri içermesine rağmen bulgularımız benzerlik göstermektedir. Hisar ve Karadağ ise çalışmalarında, hemşirelerin profesyonelliğe ilişkin davranışsal envanterin alt boyularından en düşük puanları eğitimsel hazırlık ve araştırma alanlarından, en yüksek puanları ise etik kod ve toplumsal hizmetler alanından aldıklarını saptamışlardır. Çalışmalarında hemşirelerin Eğitim alanında düşük puan almalarının nedeni olarak, katılımcıların üçte birinin önlisans mezunu olmasını ve ölçeğin puanlamasında eğitim seviyesi arttıkça puanında artması olarak belirtmişlerdir (Hisar ve Karadağ, 2010:335-341). Bizim araştırmamızda da önlisans ve lisans mezunlarının oranları birbirine yakın olmasına rağmen eğitim ve araştırma sonuçlarında çalışmamız Hisar ve Karadağ'ın çalışmasıyla farklılık, teori ve toplumsal hizmet alanlarında ise benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin profesyonel davranış göstergelerinden meslek örgütleri alanında düşük puan aldıkları belirlenmiştir. Meslek örgütlerinin kurulma amaçları meslek sahiplerini nitilemek, eğitim standartlarını saptamak, mesleğin saygınlığını arttırmak, meslek ahlakı kurallarını ve mesleki uygulamada gerekli ilkeleri saptamak ve meslekle ilgili bireyler tarafından ele alınmayan zor konuları ele almaktır. Meslek örgütleri yeni üye kazanabilmek ya da var olan üyeliği devam ettirebilmek için stratejiler geliştirme çabası içindedirler. Tüm bu özelliklerine rağmen hemşirelerde profesyonel organizasyonlara katılım oranının düşük olması önemli ve devam eden bir sorundur (Korkut, 2005:63-70). Koçak iki üniversite hastanesinde hemşirelerin sağlıkta özelleştirme ve sendikalaşma konularındaki görüşlerini belirlemek amacıyla 473 hemşire ile yaptığı çalışmada, hemşirelerin %73.3'ünün mesleki örgütlere üye olmadıklarını ve bu üye olmayan hemşirelerin çoğunda, derneklerin "meslekleri adına hiçbir şey yapmadığı" düşüncesinin hakim olduğunu belirlemiştir (Koçak,2006:20-25). Benzer olarak Karadağ ve arkadaşlarının çalışmalarında da farklı pozisyonlarda çalışan hemşirelerin meslek örgütlerine katılım oranları düşük bulunmuştur (Karadağ, 2007:371-374). Yapılan çalışmalardan da anlaşıldığı gibi profesyonelliğin önemli göstergelerinden birisi olan ve grup etkileşiminin bir şekli olan mesleki derneklere üyelik faaliyetlerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda yayın alanında da hemşirelerin düşük puan aldıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin araştırma yapma puanı yüksek, yayın puanı düşük bulunmuştur. Araştırmamızda hemşireler araştırma uygulamalarına katıldıklarını, ancak araştırmaların yayın hazırlığına dahil olmadıklarını bildirmişlerdir. Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin düşük bir oranının (%12.2) lisansüstü eğitim yapmış olması ve klinikte çalışan hemşirelerin yayın yapmak için yeterli zaman ve donanımına sahip olmamasının bunda etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin düşük puan aldıkları alanlardan biri de otonomidir. Otonomi, bir mesleğin profesyonel statüsü kazanmasında, eğitim ve uygulama alanlarında karar alabilme, görev ve sorumlulukların ve risklerin bilincinde olma ve üstlenebilme özellikleriyle önemli bir alandır (Oweis, 2005:244-249). BIPN incelendiğinde otonomi alanını oluşturan soruların daha çok yönetici hemşirelerle ilgili soruları içerdiği görülmektedir. Bu nedenle çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğu (%79.1) klinik hemşiresi olarak çalıştığı için otonomi puanı düşük olarak saptanmıştır. Hisar ve Karadağ'ın çalışmasında da hemşirelerin otonomi alanında aldıkları puan düşük olarak belirlenmiştir (Hisar ve Karadağ, 2010:335-341)

Çalışmamızda yaşa göre BIPN ölçek alt ve toplam puanlarında anlamlı bir farklılık oluşup oluşmadığı incelendiğinde 18 – 25 yaş ile 31 – 50 yaş gruplarında Eğitim, Yeterlilik ve Sürekli Eğitim ve BIPN toplam puan ortancaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin 18-25 yaş grubunda olanların eğitim seviyelerinin lisans ve lisansüstü düzeyinde olması ve yeni mezun hemşirelerin yeterlilik ve sürekli eğitim alanını ilgilendiren sertifika programlarına daha fazla oranda katılmaları bu sonuçları olumlu yönde etkilemektedir.

Eğitim düzeyine göre BIPN alt ölçek ve toplam puanının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; Meslek örgütleri ve Otonomi alt ölçekleri dışındaki tüm alt ölçeklerin ve BIPN toplam puanının eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. ($p<0.05$). Post-hoc ikili karşılaştırmalar ile farklılığın hangi eğitim düzeyinden kaynaklandığı araştırıldığında; lisans mezunu hemşirelerin ön lisans mezunu hemşirelerden Eğitim, Araştırma, Yeterlilik ve sürekli eğitim ve BIPN toplam puanı açısından daha yüksek ortancaya sahip olduğu, lisansüstü eğitim alan hemşirelerin ise tüm alt ölçeklerde ve BIPN toplam puanında lisans mezunu hemşirelerden, Toplumsal hizmet alt ölçeği dışında da tüm alt ölçeklerde ve BIPN toplam puanında ön lisans mezunlarından daha yüksek puan ortancasına sahip oldukları belirlenmiştir. Lisans ve lisansüstü eğitim almış hemşirelerin BIPN puan ortalamasının yüksek olması, eğitim seviyesinin önemini göstermektedir.

Eğitim seviyesi yükseldikçe hemşirelerin daha fazla araştırma yaptıkları, hemşirelik teorilerini daha fazla ve bilerek kullandıkları, mesleği ile ilgili yayınları daha sık takip edip okudukları, kritik düşünme ve eleştirel bakış açısı geliştirdikleri ve bu özelliklerin mesleğin profesyonel davranış düzeyini artırdığı belirtilmektedir (Orak,2005:149-156; Meyer vd., 2007:308–316). Literatürde benzer yapılan çalışmalarda hemşirelerin aldıkları eğitim düzeyinin mesleki roller ve profesyonellikte etkiliği olduğu belirtilmektedir (Beydağ ve Arslan, 2008:76-86; Derham, 2007:56-60). Koreli Amerikalı hemşireler arasında yapılan bir çalışmada da, hemşireliğin mevcut konumu, mevcut istihdam durumu, toplam hemşirelik deneyim yılı, ve profesyonel örgütlere üyeliğin yanında hemşirelik eğitim süresinin profesyonellik düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Kim-Godwin vd., 2010:242–249).

Hemşirelerin meslekteki görev süresine göre BIPN alt ölçek ve toplam puanının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde Eğitim , Yeterlilik sürekli eğitim ve BIPN toplam ortancaları 1 – 5 yıl görev yapan hemşirelerde 11 yıl ve daha fazla görev yapan hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni olarak çalışmamızda 1-5 yıl arasında görev yapan hemşirelerin eğitim seviyelerinin yüksek olması görülmektedir. Hemşirelerin görev şekline göre BIPN alt ölçek ve toplam puanlarındaki değişim incelendiğinde ise Otonomi puan ortancasının farklılık gösterdiği ve Diğer görevlerde çalışan hemşirelerin Klinik hemşirelerine göre daha yüksek otonomi puanına sahip olduğu

bulunmuştur. Bunda BIPN incelendiğinde otonomi alanını oluşturan soruların daha çok yönetici hemşirelerle ilgili soruları içermesi ve bizim çalışmamızda diğer görevlerde çalışan hemşirelerin çoğunluğunu sorumlu hemşirelerin oluşturmasının etkili olduğu değerlendirilmektedir.

5. SONUÇ

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin profesyonel davranış envanterinden aldıkları puanın düşük ve yeterli olmadığı belirlenmiştir. Hemşireler, BIPN'in dokuz alanından Yeterlilik ve Sürekli Eğitim, Teori Kullanımı, Eğitim, Araştırma, Toplumsal Hizmet ve Hemşirelik Kodlarından daha iyi; Meslek Örgütleri, Yayın ve Otonomi alanlarından ise daha düşük puan almışlardır. Çalışmanın tüm sonuçları içinde hemşirelikte eğitim seviyesinin artmasının profesyonel davranış düzeyini etkileyen en önemli özellik olduğu görülmektedir. Bu nedenle hemşirelik eğitim düzeyinin yükseltilmesi ve nitelikli eğitim programlarının planlanması profesyonel davranışı etkileyecektir.

Çalışma alanına katılmış hemşirelerin profesyonel davranış alanlarındaki gelişimlerinin değerlendirilmesi, desteklenmesi, bilimsel faaliyetlere, eğitim programlarına katılım, alanı ile ilgili gelişimleri takip etmeleri ve mesleki örgütlere üyelik konusunda teşvik edilmeleri önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Beydağ, Kerime D. ve Arslan, Hediye (2008), "Kadın Doğum Kliniklerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Profesyonelliklerini Etkileyen Faktörler", Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt 3, Sayı 7, sayfa 76-86.

Derham, Catherine (2007), "Achieving comprehensive critical care", Nursing Critical Care , Cilt:12: sayfa: 56-60.

Hisar, Filiz ve Karadağ Ayiçe (2010), "Determining the professional behavior of nurse executives", International Journal of Nursing Practice, Vol.16, pp. 335–341.

Karadağ, Ayiçe – Hisar, Filiz – Elbaş, Özhan N. (Temmuz-Ağustos 2004), "Hemşirelikte Profesyonelliğe İlişkin Davranışsal Envanter", Hemşirelik Forumu Dergisi, Cilt 7, No. 4, sayfa 14-22.

Karadağ, Ayiçe – Hisar, Filiz - Elbaş, Özhan N. (2007), "The Level of professionalism among nurses in Turkey", Journal of Scholarship, Vol.: 39, pp. 371–374.

Karamanoğlu, Yavuz A.- Özer, Gök F.- Tuğcu Ayşe (2009), "Denizli İlindeki Hastanelerin Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi", Fırat Tıp Dergisi, Cilt 14, No. 1, sayfa 12-17.

Kavaklı, Öznur – Uzun, Şenay – Arslan, Filiz (2009), "Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi", Gülhane Tıp Dergisi, Cilt: 2009 (51), sayfa 168-173.

Kim-Godwin, Yeoun S.- Baek, Hee C. – Wynd, Christine A. (2010), "Factors influencing professionalism in nursing among Korean American Registered Nurses", Journal of Professional Nursing, Vol 26, No. 4 (July–August), pp 242–249.

Koçak, Berrin (2006), "Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıkta Özelleştirme ve Sendikalaşma Konusunda Görüşlerinin İncelenmesi", Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik AnaBilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim, Yüksek Lisans Tezi, sayfa 20-25.

Korkut, Hatice (2005), "Hemşirelerin mesleki deneyimleri ve dernekler kanununa ilişkin bilgileri", Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, sayfa 63–70.

Meyer, Edgar – Lees, Amanda – Humphris, Debra - Connell, N.A.D. (2007), "Opportunities and barriers to successful learning transfer: impact of critical care skills training.", *Journal of Advanced Nursing*, Vol.:60, pp. 308–316.

Miller, Brian K. – Adams, Douglas - Beck L. (1993), "A behavioral inventory for professionalism in nursing", *Journal of Professional Nursing*, Vol.: 55, pp.: 290-295.

Orak, Şahin N.(2005), "İstanbul ilindeki hemşirelerin profesyonel hemşirelik değerleri ve etkileyen faktörlerin analizi", Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, sayfa 149-156.

Oweis, Arwa I. (2005), "Bringing the professional challenges for nursing in Jordan to light", *International Journal of Nursing Practice*, Vol.: 11, pp.: 244–249.

Pellegrino, Edmund (2002), "Professionalism, Profession and the Virtues of the Good Physician", *The Mount Sinai Journal of Medicine*, Vol.:69(6), page 378.

Seçer, Şebnem (2009), "Profesyonel Mesleklere ve Profesyonel Bireylere Güven", *Kamu-İş*; Cilt 10, Sayı 4, sayfa 247-273.

Yıldız, Suzan (2003), "Profesyonel Hemşirenin Rol ve İşlevleri", *Modern Hastane Yönetimi Dergisi* Cilt: 7(2), sayfa 35-40.

ADANA İLİ KAMU HASTANELERİNDE YATAN HASTALARDA MEMNUNİYET DÜZEYİ VE MEMNUNİYETİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dilek Ağır¹, Gülşah Seydaoglu²

Özet

Memnuniyet ölçümü, sağlık kurumlarında sürekli kalite geliştirmenin ve hizmeti alanların algısını belirleyebilmenin temel araçlarından biridir. Amaç; Adana ili kamu hastanelerinde yatan hastaların yatışından taburcu edildiği sürece kadar, sağlık hizmetine ilişkin görüşlerinin tespiti ve memnuniyet düzeyinin belirlenmesinin, yatarak tedavi gördükleri kurumlar tarafından değil, tarafsız bir kurum ile Anket Uygulama Teknikleri, Veri Tabanı Oluşturma, Veri Girişi ve Veri Kalitesinin Denetlenmesi eğitimleri almış, gönüllü kişilerce, gerçekçi olarak ölçülmesi ve memnuniyeti etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. . Anketler, hasta taburcu edildiği gün farklı kurumlarda çalışan, eğitilmiş anketörlerce yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmış, Çapraz anket yöntemi uygulanmış, anket verileri SPSS 11.5 istatistik paket programında değerlendirilmiştir Adana'da 6 kamu hastanesinde yatan 3856 hastanın anketleri, dörder aylık 2 ayrı dönem (dönem1=1932 + dönem2=1924) değerlendirmeye alınmıştır; Hastanelerin Tedavi ve bakım kalitesi değerlendirildiğinde genel olarak %7,0'ı kabul edilemez (kötü), %38,0'ı kabul edilebilir (iyi), %55,0'ı ise istenen düzeyde (çok iyi) olarak değerlendirmiştir. Sosyal güvence zayıfladıkça memnuniyet azalmaktadır; sosyal güvencesi olanlarda 80,1±14,1, yeşil kart sahibi olanlarda 81,0±13,8 ve güvencesi olmayan hastalarda 77,8±17,1'dir (p=0.0001). Hastaların yaşı arttıkça memnuniyeti artarken eğitim düzeyi arttıkça memnuniyet azalmaktadır. Yatan hastaların memnuniyet sonuçları; yaşlı hastalar, kadın, yeşil kart ve sosyal güvencesi olanlara memnun edici hizmet sunulduğu, eğitim düzeyi yüksek olanlarda ise görece daha yetersiz hizmet sunulduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yatan Hasta Memnuniyeti, Sağlık Kurumlarında Kalite, Memnuniyeti Etkileyen Risk Faktörleri

Abstract

Satisfaction measurement, continuous quality health care institutions is one of the basic means to determine the perception of development and service areas. The objective of Adana as long as it is discharged from the hospital admission of inpatients in public hospitals, health care perceptions about detection and determination of the level of satisfaction, not by the institutions they see inpatient treatment, with a neutral institution, Survey Application Techniques, Database Creation, Data Entry and Data Quality Supervision trained, volunteer personnel, as a realistic measure and determine the factors affecting satisfaction. Polls, the patient was discharged on day: working in different institutions, face to face interviews with trained anketörlerce made, cross-survey method applied, the survey data analyzed by SPSS 11.5 statistical package program. 3856 patients hospitalized in a state hospital in Adana, 5 polls, 2 separate four-month period (dönem2 dönem1 = 1932 + = 1924) were evaluated; Treatment and evaluation of the quality of care in general hospitals 7.0% OK unacceptable (bad), 38.0% 't acceptable (good), 55.0% Build the desired level (very good), as evaluated. Reduced social security weakens satisfaction, 80.1 ± 14.1 in those with social security, those

¹Adana İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü, dilekagir77@gmail.com

²Ç.Ü. Tıp Fakültesi Biyoistatistik A.B.D. Öğretim Üyesi, gulsahseydaoglu@gmail.com

with a green card holder, and 81.0 ± 13.8 77.8 ± 17.1 in patients without insurance is the ($p = 0.0001$). The age of the patients while the level of education increases, satisfaction decreases with increasing satisfaction. The results of satisfaction of inpatients, elderly patients, women, green card and social security to those who offered satisfactory service, while those with higher educational level is considered relatively poor service offered.

Keywords: *Patient Satisfaction, Quality in Health Institutions, Risk Factors Affecting Satisfaction*

1. GİRİŞ

Sağlık Hizmetleri, insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bu durumun sürekliliğinin sağlanarak (Kitapçı, 1999) toplumun refah düzeyinin ve mutluluğunun geliştirilmesi amacı ile sunulan hizmetlerdir.

Sağlık hizmeti sunan örgütler, yapısal ve işlevsel açıdan en karmaşık örgütler arasında yer almaktadır.(Aslan vd,2004). Sağlık hizmeti sunumunda memnuniyet kavramı, son yıllarda önem kazanan bir konu olmuştur (Özer ve Çakıl,2007). Memnuniyet ölçümü, sağlık kurumlarında sürekli kalite geliştirmenin ve hizmeti alanların algısını belirleyebilmenin temel araçlarından biridir. Kamu sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyet ölçümleri uygulanması ile kurumsal performansın nitelik boyutu da değerlendirilmektedir.(Aydın ve Demir, 2007:49) Memnuniyet anketleri, döngüsel denetim sistemiyle hizmet kalitesinin artırılmasına aracı olmaktadır.

Ülkemizde son yıllarda Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmaya başlayan memnuniyet anket çalışmalarının sonuçlarının analiz edilmesi, ilimizde sunulan hizmetlerin görünür kılınması, olumlu ve geliştirilmesi gereken yönlerin değerlendirilmesi açısından önemlidir. Bu çalışmanın amacı; Adana ili kamu hastanelerinde yatan hastaların yatışından taburcu edildiği sürece kadar, sağlık hizmetine ilişkin görüşlerinin tespiti ve memnuniyet düzeyinin belirlenmesinin, yatarak tedavi gördükleri kurumlar tarafından değil, tarafsız bir kurum (İl Sağlık Müdürlüğü) ile Anket Uygulama Teknikleri, Veri Tabanı Oluşturma, Veri Girişi ve Veri Kalitesinin Denetlenmesi eğitimleri almış, gönüllü kişilerce, gerçekçi olarak ölçülmesi ve memnuniyeti etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

2. YÖNTEM

Yatan hasta memnuniyet anketi ile yataklı servis hizmeti verilen hastanelerimizden hizmet alan vatandaşların hastaneye yatış tarihinden taburcu edildiği güne kadar geçen zaman diliminde kendisine verilen sağlık hizmetinin tıbbi ve bakım sürecine ilişkin görüşlerinin tespiti amaçlanmaktadır. Anket, yataklı hizmet birimlerine yatış kararı verilmesinden, en temel noktadaki yatış görevlisinden başlamak üzere hemen her aşamaya dair sonuç çıkartılabilecek şekilde bir soru sistematığı oluşturulmuştur. Bu sorular hastanın taburcu edilmesine karar verilene kadar yataklı birimde geçen zamanda sunulan hizmetlere ve çalışanların davranışlarına dair algılarını sorgulayacak şekilde oluşturulmuştur.

Bu çalışmada Adana iline bağlı 6 hastanede; Adana Devlet Hastanesi, Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Çukurova Aşkın Tüfekçi Devlet Hastanesi, Adana Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi, Prof. Dr. Nusret Karasu Göğüs Hastalıkları Hastanesinde yatarak hizmet alan 3856 hastanın anketleri, üçer aylık (Nisan-Mayıs-Haziran-2010; Ekim-Kasım-Aralık-2010) olmak üzere 2 ayrı dönem (dönem1=1932 + dönem2=1924)

değerlendirmeye alınmıştır. Yataklı servislerde, anket uygulanacak kişi sayısı, yönergede belirtilen, toplam yatan hasta sayısı içindeki oranına göre belirlenmiştir. Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde yatan hasta memnuniyet anketi uygulanmamaktadır. Hastanelerde her dönem anket uygulanacak kişi sayısı Performans ve Kalite yönergesi doğrultusunda belirlenmiştir.

Soru setlerinin uygulanacağı örneklem birimleri, ilgili dönem içinde başvuran hastalardan seçilmektedir. Çalışmanın evrenini hastaneden hizmet alan tüm vatandaşlar (16 yaşından küçükler için yakınları) oluşturmaktadır.

Terminal dönemdeki hastalara, 16 yaşından küçüklere (yakınlarına uygulanır), cevaplamak istemeyenlere, psikiyatri hastalarına, diyaliz hastalarına anket uygulanmamıştır.

Anketler, hasta taburcu edildiği gün yapılmaktadır. En yüksek cevaplanma oranına sahip anket uygulama tekniği olma özelliği nedeniyle yüz yüze görüşme tekniği seçilmiştir. Anketörler, hastanenin insan kaynakları tarafından belirlenmiştir. Anket uygulaması yapacak olan hastane personeline anketin özellikleri ve uygulama esasları hakkında üniversite öğretim üyeleri tarafından eğitim verilmiştir. Eğitim sonrasında çapraz anket yöntemi ile personelin kendi hastanesinde değil, farklı bir hastanede anket uygulaması sağlanmıştır. Anket uygulayacak personel, hastane yönetimine tanıtılmış, personelin hizmeti sürdürebilmesi için elverişli koşullar sağlanması talep edilmiştir. Anket uygulaması sırasında görevliler, kendilerini tanıtarak ve yaka kartı taşıyarak anketin önemini anlattıktan sonra hastalara gizlilik konusunda güvence vermektedir. Cevaplayıcının anlamadığı noktaları yan tutmadan açıklayarak, hastayı yönlendirecek davranışlardan kaçınarak, anket sonuçlarının tarafı olmamasına dikkat ederek anketleri uygulamaktadırlar.

Performans ve Kalite Koordinatörlüğü, anketlerin uygulanmasını takip etmiştir. Veri toplama sürecinde de Performans ve Kalite Koordinatörlüğü ve Danışman öğretim üyesi ile birlikte düzenli toplantılar yapılarak gelişen sorunlar tartışılmış ve çözüm geliştirilmiştir. Anketler bir merkezde toplanarak ve verilerin gizliliği sağlanarak İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü tarafından bilgisayar ortamına aktarılması sağlanmıştır

İstatistiksel analiz:

Yatan hasta memnuniyet katsayısı hesaplanmıştır. Yatan hasta memnuniyet anketlerinin her birinden elde edilen puanların toplamının, anket uygulanan kişi sayısına bölünmesiyle ortaya çıkan puanın yatan hastalar için 0,50 ile çarpımı sonucu elde edilen katsayıdır. Yatan hasta Memnuniyet Katsayısı=(Anketlerden elde edilen puanların toplamı / Anket uygulanan kişi sayısı) x 0,50. Yatan hasta memnuniyet katsayısı, ayaktan hasta memnuniyet katsayısı toplamı sonucu elde edilen Memnuniyet katsayısı hesaplanmıştır. Yatan Hasta için belirlenen oran: 0,50, Ayaktan Hasta için belirlenen oran: 0,50'dir. Memnuniyet katsayısı=(Yatan Hasta Anket Puanı x 0,50)+(Ayaktan Hasta Anket Puanı x 0,50) şeklinde hesaplanmaktadır.

Demografik özellikler ile ilişkisini sorgulamak amacıyla hastaların eğitim düzeyi ve sosyal güvenlik düzeyi yeniden gruplandırılmıştır. Eğitim düzeyi 4 grup olarak yeniden gruplandırılmıştır; 1-Eğitimsiz (okuryazar olmayan + okuryazar), 2-İlköğretim-8 yıllık (ilköğretim+orta), 3-Lise ve 4-Yüksek (yüksekokul+üniversite). Sosyal güvenlik durumu ise 3 grup olarak gruplandırılmıştır; 1-Var (Memur+Em. Sandığı+Bağkur+SSK+Diğer), 2-Yeşil kart, 3-Yok.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiş, normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin analizinde t testi, tek yönlü varyans analizi, normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin analizinde ise Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde ise Ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar ortalama±standart sapma, medyan (min-max), n ve yüzde olarak ifade edilmiştir, p değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

Adana il merkezinde hizmet sunan 6 kamu hastanesinde yatarak hizmet alan toplam 3856 hastanın anketleri, üçer aylık 2 ayrı dönem (dönem1=1932 + dönem2=1924) olarak değerlendirmeye alınmıştır; Çukurova Aşkı Tüfekçi Devlet Hastanesinde n=965 (480+485), Numune Eğitim Araştırma Hastanesi n=1474 (744+730), Prof. Dr. Nusret Karasu Göğüs Hastalıkları n=300 (150+150), Adana Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi n=644 (325+319) ve Adana Devlet Hastanesi n=473 (233+240).

Çalışmaya katılan toplam 3856 hastanın dönemlere göre demografik özellikleri tablo 1’de izlenmektedir. Birinci dönemde %40,2 olan erkek hasta oranı ikinci dönemde %42,4 ve toplamda %41,3’tür. Hastaların %54,7’si 40 ve üzeri yaş grubundadır. Hastaların eğitim durumu değerlendirildiğinde; Eğitimsiz olanların oranı birinci dönemde %30,9, ikinci dönemde %29,1 ve toplamda %30,0’dır, birinci dönemde ilköğretim mezunu olanların oranı %54,9 iken bu oran ikinci dönemde %64,3’e çıkmıştır. Lise mezunu olanların oranı ise %10,4’ten %4,8’e ve yüksekokul mezunu olanların oranı ise %3,8’ten %1,8’e düşmüştür. Sosyal güvencesi olanların oranı %63,6, yeşil kart sahibi olanların oranı %32,7 ve güvencesi olmayanların oranı ise %3,7’dir.

Tablo 1. Dönemlere Göre Yatan Hastaların Demografik Özellikleri

	Dönem 1 n(%)	Dönem 2 n(%)	Toplam n(%)
Cinsiyet			
<i>Kadın</i>	1153(59,8)	1108(57,6)	2264(58,7)
<i>Erkek</i>	775(40,2)	816(42,4)	1592(41,3)
Yaş grupları			
<20	107(5,5)	153(8,0)	260(6,7)
21-30	374(19,4)	391(20,3)	765(19,8)
31-40	413(21,4)	307(16,0)	720(18,7)
>40	1038(53,7)	1073(55,8)	2111(54,7)
Eğitim			
<i>Okuryazar değil</i>	441(22,8)	432(22,5)	873(22,6)
<i>Okuryazar</i>	156(8,1)	128(6,7)	284(7,4)
<i>İlkokul</i>	788(40,8)	933(48,5)	1721(44,6)
<i>Ortaokul</i>	272(14,1)	304(15,8)	576(14,9)
<i>Lise</i>	200(10,4)	92(4,8)	293(7,6)
<i>Yüksekokul</i>	42(2,2)	25(1,3)	67(1,7)
<i>Üniversite</i>	32(1,7)	10(,5)	42(1,1)

Eğitim			
Eğitimsiz	597(30,9)	560(29,1)	1157(30,0)
İlk öğretim	1060(54,9)	1237(64,3)	2297(59,6)
Lise	201(10,4)	92(4,8)	293(7,6)
Yüksek okul	74(3,8)	35(1,8)	109(2,8)
Meslek			
İşçi	147(7,6)	135(7,0)	282(7,3)
	Dönem 1	Dönem 1	Toplam
	n(%)	n(%)	n(%)
Memur	66(3,5)	43(2,2)	109(2,8)
Serbest	401(20,8)	368(19,1)	769(19,9)
Çiftçi	85(4,4)	73(3,8)	158(4,1)
Emekli	178(9,2)	261(13,6)	439(11,4)
Ev hanımı	975(50,5)	947(49,2)	1922(49,8)
Öğrenci	80(4,1)	97(5,0)	177(4,6)
Sosyal Güvenlik			
Memur	44(2,3)	28(1,5)	72(1,9)
Em. Sand.	146(7,6)	103(5,4)	249(6,5)
SSK	806(41,7)	855(44,4)	1661(43,1)
Bag-kur	230(11,9)	175(9,1)	405(10,5)
Yeşilkart	607(31,4)	654(34,0)	1261(32,7)
Yok	72(3,7)	70(3,6)	142(3,7)
Diğer	27(1,4)	39(2,0)	66(1,7)
Sosyal Güvenlik			
Var	1253(64,9)	1200(62,4)	2453(63,6)
Yeşil kart	607(31,4)	654(34,0)	1261(32,7)
Yok	72(3,7)	70(3,6)	142(3,7)

Hastaların sorulara verdiği olumlu yanıtlar genel olarak yüksek olmasına karşılık tedavi ve bakımın genel değerlendirilmesi ve hastanenin genel değerlendirilmesi sorularına görece düşük puan verdikleri izlenmektedir. Tedavi ve bakımı genel olarak değerlendirmeye %1,1'i kötü, %6,0'ı vasat, %38,0'ı iyi %31,0'ı çok iyi ve %24,0'ı mükemmel olarak değerlendirmiştir. Hastanenin genel kalitesini ise %2,5'i kötü, %10,0'ı vasat, %35,2'si iyi, %28,5'i çok iyi ve %23,9'u mükemmel olarak değerlendirmiştir (tablo 4).

Tedavi ve bakımın genel değerlendirilmesi ve hastanenin genel değerlendirilmesi sorularına verilen yanıtlar 3 grup olarak; 1-kabul edilemez (kötü+vasat) 2-kabul edilebilir (iyi) ve 3-istenen düzey (çok iyi + mükemmel) yeniden kodlanarak analiz edilmiştir. (tablo 5). Hastanenin genel kalitesi değerlendirildiğinde %12,5'i kabul edilemez (kötü), %35,2'si kabul edilebilir (iyi), %52,3'i istenen düzeyde (çok iyi) olarak değerlendirmiştir. Tedavi ve bakımı genel olarak %7,0'ı kabul edilemez (kötü), %38,0'ı kabul edilebilir (iyi), %55,0'ı ise istenen düzeyde (çok iyi) olarak değerlendirmiştir. Genel olarak hekim ve hemşire bakımı ile ilgili sorulara yüksek puanlar verilmesine ve toplamda ikinci dönemde puanların artış göstermesine karşılık tedavi ve bakımının istenen düzeyde olarak değerlendirilme oranı ikinci dönemde birinci döneme göre daha düşüktür

Tablo 2. Yatan Hastaların Sorulara Verdiği Yanıtların Dönemlere Göre Dağılımı

	Dönem1 n())	Dönem2 n	Toplam n
Yatış İşlemlerini Yapan Görevli İlgili ve Nazik			
Hayır	37(1,9)	18(,9)	55(1,4)
Kısmen	441(22,8)	239(12,4)	680(17,6)
Evet	1454(75,3)	1667(86,6)	3121(80,9)
	Dönem1 n())	Dönem2 n	Toplam n
Hast Kuralları Hakkında Bilgilendirilme			
Hayır	364(18,8)	169(8,8)	533(13,8)
Kısmen	373(19,3)	259(13,5)	632(16,4)
Evet	1195(61,9)	1496(77,8)	2691(69,8)
Yatış İçin Bekleme Süreleri			
>4	46(2,4)	11(,6)	57(1,5)
1-4	101(5,2)	52(2,7)	153(4,0)
1 den az	465(24,1)	333(17,3)	798(20,7)
Beklemedim	1320(68,3)	1528(79,4)	2848(73,9)
Odada Gürültüye Maruz Kalma			
Hayır	245(12,7)	160(8,3)	405(10,5)
Kısmen	399(20,7)	303(15,7)	702(18,2)
Evet	1288(66,7)	1461(75,9)	2749(71,3)
Servis ve Odanın Temizliği			
Hiç değil	47(2,4)	12(,6)	59(1,5)
Pek sayılmaz	96(5,0)	41(2,1)	137(3,6)
Vasat	344(17,8)	211(11,0)	555(14,4)
Temiz	962(49,8)	1119(58,2)	2081(54,0)
Çok temiz	483(25,0)	541(28,1)	1024(26,6)
Odanın Isı ve Havalandırmasının Yeterlilik			
Hayır	125(6,5)	71(3,7)	196(5,1)
Kısmen	484(25,1)	373(19,4)	857(22,2)
Evet	1323(68,5)	1480(76,9)	2803(72,7)
Tuvalet ve Banyo Temiz			
Hiç değil	145(7,5)	85(4,4)	230(6,0)
Pek sayılmaz	142(7,3)	85(4,4)	227(5,9)

Vasat	357(18,5)	231(12,0)	588(15,2)
Temiz	895(46,3)	1113(57,8)	2008(52,1)
Çok temiz	393(20,3)	410(21,3)	803(20,8)
Yemeklerini Beğenme			
Kötü	140(7,2)	92(4,8)	232(6,0)
Vasat	367(19,0)	231(12,0)	598(15,5)
İyi	890(46,1)	1112(57,8)	2002(51,9)
Çok iyi	535(27,7)	489(25,4)	1024(26,6)
Hekimin Anlaşılır Cevap Verme			
Hayır	68(3,5)	28(1,5)	96(2,5)
Kısmen	351(18,2)	271(14,1)	622(16,1)
Evet	1513(78,3)	1625(84,5)	3138(81,4)
Hekime Güven			
Hayır	31 (1,6)	22(1,1)	53(1,4)
Kısmen	260 (13,5)	215(11,2)	475(12,3)
Evet	1641 (84,9)	1687(87,7)	3328(86,3)
	Dönem1 n())	Dönem2 n	Toplam n
Hekimlerin İlgili ve Nazik Olması			
Hayır	38(2,0)	12(0,6)	50(1,3)
Kısmen	233(12,1)	220(11,4)	453(11,7)
Evet	1661(86,0)	1692(87,9)	3353(87,0)
Hemşirelerin Anlaşılır Cevap Vermesi			
Hayır	60(3,1)	37(1,9)	97(2,5)
Bazen	356(18,4)	267(13,9)	623(16,2)
Evet	1516(78,5)	1620(84,2)	3136(81,3)
Hemşirelere Güven			
Hayır	41(2,1)	22(1,1)	63(1,6)
Bazen	302(15,6)	261(13,6)	563(14,6)
Evet	1589(82,2)	1641(85,3)	3230(83,8)
Hemşireleri İlgili ve Nazik Bulma			
Hayır	52(2,7)	29(1,5)	81(2,1)
Bazen	297(15,4)	195(10,1)	492(12,8)
Evet	1583(81,9)	1700(88,4)	3283(85,1)
Hekim Kararlarına Katılıma			
Hayır	171(8,9)	114(5,9)	285(7,4)
Kısmen	475(24,6)	311(16,2)	786(20,4)

Evet	1286(66,6)	1499(77,9)	2785(72,2)
Hemşire Kararlarına Katılma			
Hayır	224(11,6)	110(5,7)	334(8,7)
Kısmen	488(25,3)	403(20,9)	891(23,1)
Evet	1220(63,1)	1411(73,3)	2631(68,2)
Hekimle Konuşmak İçin Fırsat Verilme			
Hayır	81(4,2)	49(2,5)	130(3,4)
Bazen	513(26,6)	334(17,4)	847(22,0)
Evet	1338(69,3)	1541(80,1)	2879(74,7)
Yeterli Mahremiyet Sağlanma			
Hayır	59(3,1)	49(2,5)	108(2,8)
Bazen	330(17,1)	251(13,0)	581(15,1)
Evet	1543(79,9)	1624(84,4)	3167(82,1)
Hekim ya da Hemşirenin Çağrıya Yanıt Vermesi			
Hiç	21(1,1)	6(,3)	27(,7)
Çok geç	21(1,1)	5(,3)	26(,7)
Geç	84(4,3)	29(1,5)	113(2,9)
Az sonra	184(9,5)	302(15,7)	486(12,6)
Evet	1622(84,0)	1582(82,2)	3204(83,1)
	Dönem1 n())	Dönem2 n	Toplam n
Evde Bakım için gerekli açıklamalar			
Hayır	256(13,3)	106(5,5)	362(9,4)
Bazen	549(28,4)	402(20,9)	951(24,7)
Evet	1127(58,3)	1416(73,6)	2543(65,9)
Servise ulaşılabilecek telefon numarası			
Hayır	805(41,7)	675(35,1)	1480(38,4)
Evet	1127(58,3)	1249(64,9)	2376(61,6)
Tedavi ve bakımı genel olarak değerlendirme			
Kötü	28(1,4)	12(,6)	40(1,0)
Vasat	138(7,1)	93(4,8)	231(6,0)
İyi	681(35,2)	784(40,7)	1465(38,0)
Çok iyi	588(30,4)	606(31,5)	1194(31,0)

Mükemmel	497(25,7)	429(22,3)	926(24,0)
Hek. ve Hemş. Elinden geleni yaptı mı?			
Hayır	55(2,8)	19(1,0)	74(1,9)
Bazen	464(24,0)	266(13,8)	730(18,9)
Evet	1413(73,1)	1639(85,2)	3052(79,1)
Hasta Hakları hakkında bilgilendirilme			
Hayır	868(44,9)	726(37,7)	1594(41,3)
Evet	1064(55,1)	1198(62,3)	2262(58,7)
Hastanın sorumlulukları hakkında bilgilendirilme			
Hayır	556(28,8)	348(18,1)	904(23,4)
Kısmen	316(16,4)	286(14,9)	602(15,6)
Evet	1060(54,9)	1290(67,0)	2350(60,9)
Hastanenin genel kalitesi			
Kötü	67(3,5)	28(1,5)	95(2,5)
Vasat	263(13,6)	123(6,4)	386(10,0)
İyi	675(34,9)	682(35,4)	1357(35,2)
Çok iyi	449(23,2)	649(33,7)	1098(28,5)
Mükemmel	478(24,7)	442(23,0)	920(23,9)
Tekrar bu Hastaneyi tercih etme			
Hayır	238(12,3)	84(4,4)	322(8,4)
Evet	1694(87,7)	1840(95,6)	3534(91,6)

Tablo 3. Yatan Hastaların Genel Değerlendirme Başlıklarına Verdiği Yanıtların Dönemlere Göre Dağılımı

		DONEM		Toplam
		1	2	
Hastanenin genel kalitesi	Kabul edilemez (kötü)	330(17,1)	151(7,8)	481(12,5)
	Kabul edilebilir (iyi)	675(34,9)	682(35,4)	1357(35,2)
	İstenen düzey (çok iyi)	927(48,0)	1091(56,7)	2018(52,3)
Tedavi ve bakımı genel olarak değerlendirme	Kabul edilemez (kötü)	166(8,6)	105(5,5)	271(7,0)
	Kabul edilebilir (iyi)	681(35,2)	784(40,7)	1465(38,0)
	İstenen düzey (çok iyi)	1085(56,2)	1035(53,8)	2120(55,0)

Hasta memnuniyet puan ortalamalarının demografik özelliklere göre dağılımı tablo 4’de izlenmektedir. Toplamda cinsiyetlere göre fark görülmemesine karşılık ikinci dönemde erkek hastaların memnuniyet puanı kadınlara göre daha fazla yükselmiştir. Sosyal güvenlik durumu zayıfladıkça memnuniyet düzeyi azalmaktadır; puan ortalaması en

düşük sosyal güvencesi olmayan hastalardadır ($77,8\pm17,1$), sosyal güvencesi olanların puan ortalaması $80,1\pm14,1$ iken yeşil kart sahibi olanların ortalaması $81,0\pm13,8$ 'dir ($p=0.0001$) (şekil 3). Buna karşılık iki dönem arasında en fazla puan farkı (11,1 puanlık artış) saptanan grup sağlık güvencesi olmayan grup olmuştur (tablo 8). Hastaların yaşı arttıkça memnuniyet düzeyi artarken eğitim düzeyi arttıkça memnuniyet düzeyi azalmaktadır. (şekil 4 ve şekil 5). Yine memnuniyet düzeyi düşük olan lise (8,8 puanlık artış) ve yüksek okul mezunu (6,5 puanlık artış) hastalarda önceki döneme göre memnuniyet puan artışı diğer eğitim gruplarına göre (eğitimsizlerde puan artışı 4,8 ve ilköğretim grubunda ise 3,6) daha yüksektir.

Tablo 4. Hasta Memnuniyet Puan Ortalamalarının Ve Dönemlere Göre Puan Farklarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

	Dönem1	Dönem1		Toplam
	Ortalama	Ortalama	Puan farkı	Ortalama $\pm$ SS
<i>Cinsiyet</i>				
<i>Kadın</i>	79,1	81,8	2,7	80,4 $\pm$ 13,8
<i>Erkek</i>	76,6	83,8	7,2	80,3 $\pm$ 14,7
<i>Yaş grupları</i>				
<i>20 ve küçük</i>	75,6	82,0	6,4	79,4 $\pm$ 13,8
<i>21-30</i>	78,0	80,6	2,6	79,3 $\pm$ 14,1
<i>31-40</i>	76,4	80,7	4,3	78,2 $\pm$ 15,5
<i>>40</i>	79,1	84,0	4,9	81,6 $\pm$ 13,6
<i>Eğitim durumu</i>				
<i>Okuryazar değil</i>	79,8	85,0	5,2	82,4 $\pm$ 12,5
<i>Okuryazar</i>	79,6	82,7	3,1	81,0 $\pm$ 14,7
<i>İlkokul</i>	79,1	82,3	3,2	80,9 $\pm$ 13,8
<i>Ortaokul</i>	75,3	80,4	5,1	78,0 $\pm$ 14,6
<i>Lise</i>	74,7	83,5	8,8	77,5 $\pm$ 16,4
<i>Yüksekokul</i>	74,8	81,2	6,4	77,2 $\pm$ 15,9
<i>Üniversite</i>	69,7	73,8	4,1	70,7 $\pm$ 19,0
	Dönem1	Dönem1		Toplam
	Ortalama	Ortalama	Puan farkı	Ortalama $\pm$ SS
<i>Eğitim durumu</i>				
<i>Eğitimsiz</i>	79,7	84,5	4,8	82,0 $\pm$ 13,1
<i>İlkokul</i>	78,2	81,8	3,6	80,1 $\pm$ 14,1
<i>Lise</i>	74,7	83,5	8,8	77,5 $\pm$ 16,4
<i>Yüksek</i>	72,6	79,1	6,5	74,7 $\pm$ 17,4
<i>Mesleği</i>				
<i>İşçi</i>	77,8	81,3	3,5	79,5 $\pm$ 15,6
<i>Memur</i>	72,7	78,4	5,7	74,9 $\pm$ 15,1
<i>Serbest</i>	75,3	85,4	10,1	80,1 $\pm$ 15,0
<i>Çiftçi</i>	77,2	84,6	7,4	80,6 $\pm$ 13,8
<i>Emekli</i>	77,9	82,2	4,3	80,5 $\pm$ 14,5
<i>Ev hanımı</i>	79,9	81,9	2,0	80,9 $\pm$ 13,4
<i>Öğrenci</i>	75,7	83,3	7,6	79,9 $\pm$ 14,6

Sosyal Güvence				
<i>Memur</i>	70,2	75,6	5,4	72,3±18,2
<i>Em. Sand.</i>	76,3	81,0	4,7	78,2±14,6
<i>SSK</i>	78,4	83,2	4,8	80,8±13,7
<i>Bağ-kur</i>	77,8	82,8	5,0	80,0±14,5
<i>Yeşil kart</i>	79,5	82,4	2,9	81,0±13,8
<i>Yok</i>	72,4	83,5	11,1	77,8±17,1
<i>Diğer</i>	76,6	82,1	5,5	79,9±12,9
Sosyal Güvence				
<i>Var</i>	77,7	82,7	5,0	80,1±14,1
<i>Yeşil kart</i>	79,5	82,4	2,9	81,0±13,8
<i>Yok</i>	72,4	83,5	11,1	77,8±17,1
Hastane				
Adana D	74,1	88,6	14,5	81,5±12,4
Doğumevi	83,6	79,4	-4,2	81,5±12,9
Çukurova D.	78,0	85,8	7,8	81,9±14,4
Numune H.	74,7	80,1	5,4	77,3±14,8
Göğüs H.	89,7	82,2	-7,5	85,9±12,0
Toplam	78,1	82,6	4,5	80,4±14,2

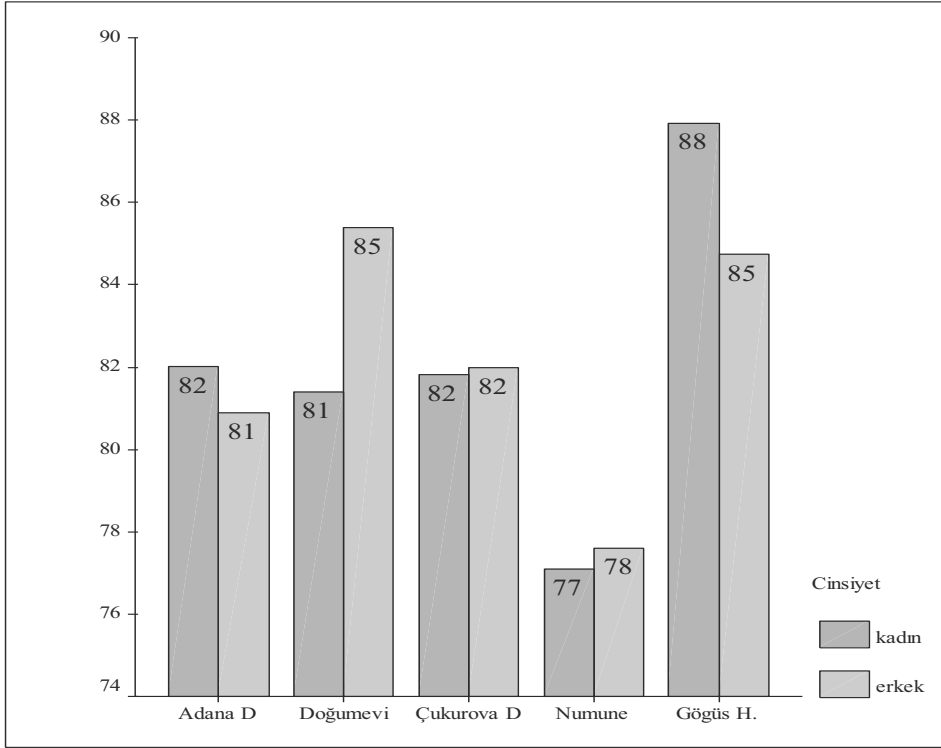
Hastaların memnuniyet düzeyleri genelde cinsiyetler arasında anlamlı fark izlenmemesine karşılık genellikle erkek hastaların memnuniyet ortalamalarının kadın hastalara oranla daha düşük olduğu izlenmektedir.

Yatan hasta memnuniyet puan ortalamalarının dönemlere ve hastanelere göre puan farklarının dağılımı Tablo 5 de değerlendirilmiştir.

Tablo 5. Yatan Hasta Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dönemlere Ve Hastanelere Göre Puan Farklarının Dağılımı

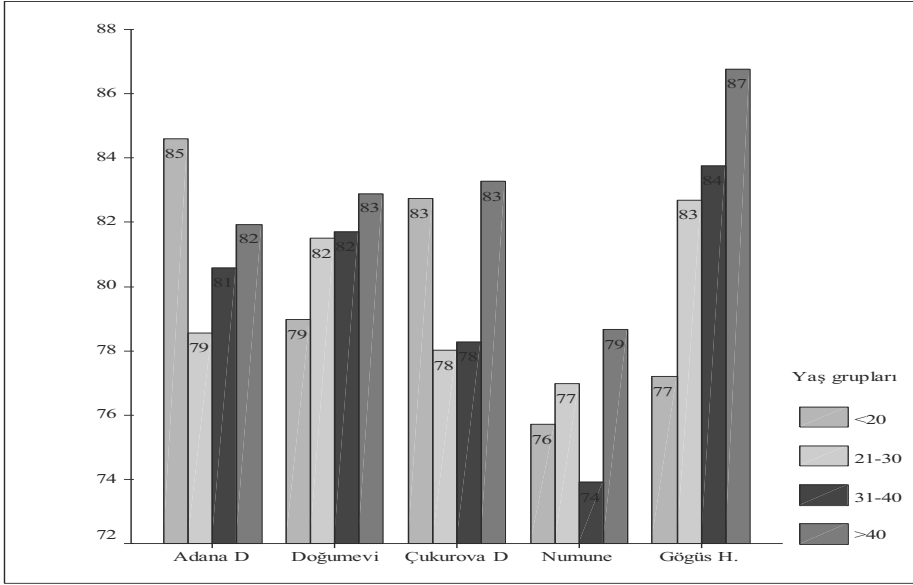
Hastane	Dönem1	Dönem1	Puan farkı	Top
	Ortalama	Ortalama		Ortala
Adana D	74,1	88,6	14,5	81,5±
Doğumevi	83,6	79,4	-4,2	81,5±
Çukurova D.	78,0	85,8	7,8	81,9±
Numune H.	74,7	80,1	5,4	77,3±
Göğüs H.	89,7	82,2	-7,5	85,9±
Toplam	78,1	82,6	4,5	80,4±

Şekil 1. Hasta Memnuniyet Puan Ortalamalarının Cinsiyete Ve Hastanelere Göre Dağılımı



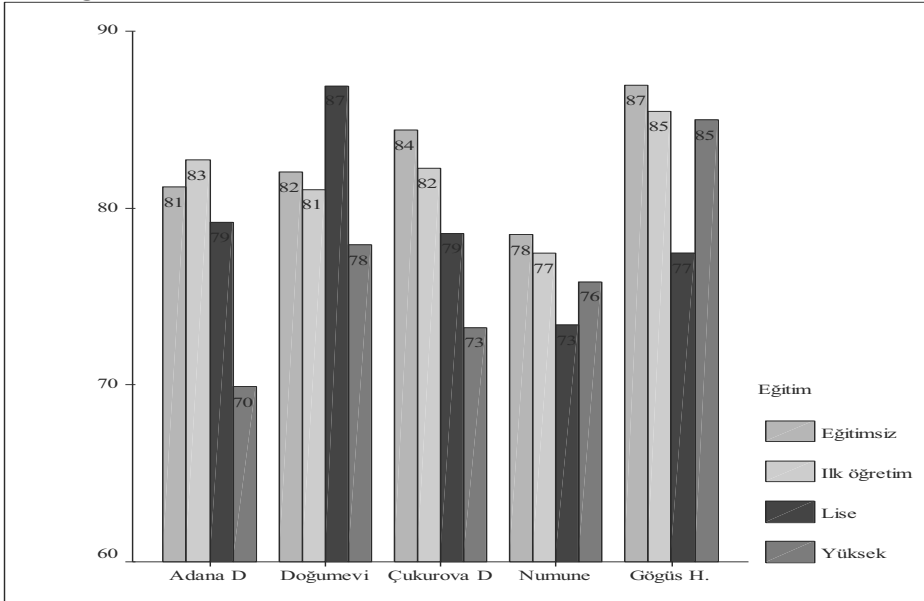
Hastaların memnuniyet düzeyleri yaş grupları arttıkça artmaktadır. Hastanelere göre dağılıma bakıldığında Çukurova ve Adana Devlet hastanelerinde genç hastalarda da memnuniyet puanı yüksektir (şekil 2).

Şekil 2. Hasta Memnuniyet Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Ve Hastanelere Göre Dağılımı



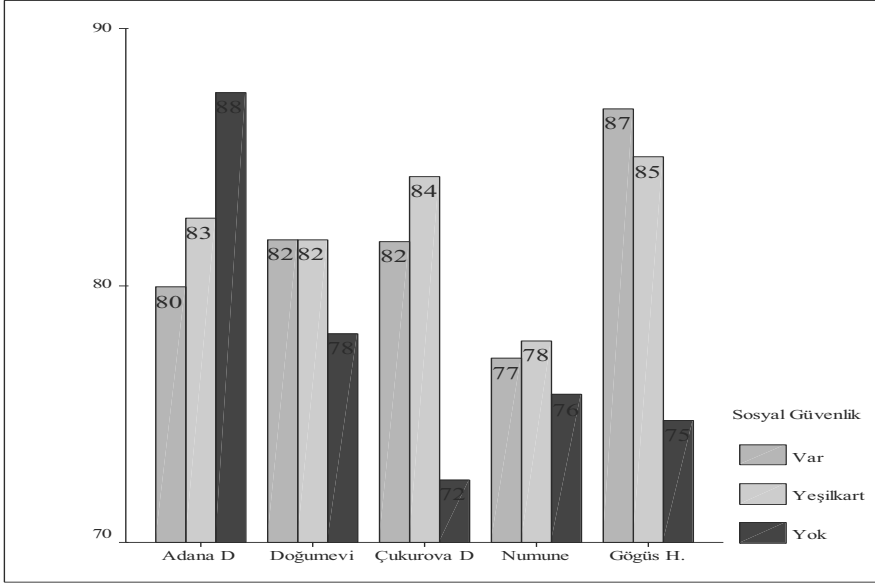
Hastaların memnuniyet düzeyleri eğitim düzeyi arttıkça azalmaktadır. Hastanelere göre dağılıma bakıldığında göğüs hastalıkları hastanesinde yüksek okul mezunlarının memnuniyet ortalamaları diğer eğitim gruplarına benzerdir (şekil 3).

Şekil 3. Hasta Memnuniyet Puan Ortalamalarının Eğitime Ve Hastanelere Göre Dağılımı



Hastanelere göre dağılıma bakıldığında diğer hastanelerin aksine Adana Devlet hastanesinde memnuniyet ortalamaları sosyal güvencesi olmayanlarda diğerlerine göre daha yüksektir (şekil 4).

Şekil 4. Hasta Memnuniyet Puan Ortalamalarının Sosyal Güvence Ve Hastanelere Göre Dağılımı



4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastanelerin kendi yapmış oldukları memnuniyet anketleri ile tarafsız bir kurum tarafından yapılan memnuniyet anketlerinde anlamlı fark görülmüştür. Adana ili kamu hastanelerinde yatan hastaların yatışından taburcu edildiği sürece kadar, sağlık hizmetine ilişkin görüşlerinin tespiti ve memnuniyeti etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada, memnuniyeti etkileyen faktörler değerlendirildiğinde; gençlerde ve eğitim düzeyi yüksek hastalarda, memnuniyet puanının düşük olduğu saptanmasına rağmen, dönemler arası puan farkı değerlendirildiğinde; erkek hastalarda, genç hastalarda, lise ve yüksek okul mezunu hastalarda, sosyal güvencesi olmayan hastalarda puan farkının olumlu yönde arttığı gözlenmiştir.

Odada gürültüye maruz kalma, servise ulaşılacak telefon numarasına ulaşamama, hastanın sorumlulukları hakkında bilgilendirilmeme, hasta hakları hakkında bilgilendirilmeme, hastane kuralları hakkında bilgilendirilmeme, hizmetlerinde memnuniyetin düşük çıkmasına karşın; Hekimler, hemşireler, tedavi ve bakım gibi tıbbi bakım hizmetlerinden memnuniyetin yüksek olmasının hastaların kendileriyle birebir ve yakın ilişkide oldukları kişilerden ve onların sağladığı hizmetlerden daha çok memnun olduklarını göstermektedir. Memnuniyetle ilgili diğer çalışmalarda benzer oranlar bulunmuştur (Tükel vd.,2004:57)

Eğitim düzeyi düşük hastaların kalite ve memnuniyeti düzeyleri yüksek bulunmuştur, bunun hastaların kendilerini ifade edememe ve hakları hakkında yeterli bilgiye sahip

olmaması nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Aynı şekilde Eğitim düzeyi yüksek hastaların kalite algısı ve hakları hakkındaki farkındalık durumu memnuniyet düzeyini olumsuz etkilemiştir.

KAYNAKLAR

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

Aydın, Sabahattin ve Demir, Mehmet (2007), Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi sağlıkta Dönüşüm Serisi – 2 sağlık Bakanlığı Yayını Ankara, Sayfa 31.

Kitapçı M (1999) ISO, Akreditasyon, Toplam Kalite Yönetimi ve Beklentiler. Gazi Kalite Günleri II. Sempozyum Kitabı Ankara.

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

Tükel, B-Acuner, Ahmet M. Önder, Ömer R.-Üzgül, A.(2004) Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği). Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi Mecmuası, 57 sayfa; 205214

ESKİ VE YENİ FİZİKİ YAPIYA SAHİP POLİKLİNİKLERE BAŞVURAN HASTALARIN MEMNUNİYETİNİN KIYASLANMASI

Meruşe MUMYAKMAZ¹, Cengiz YUMRU²,
Hatice ORMAN³, Fadime TAŞÇI⁴

Özet

Hasta memnuniyeti, genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması ya da hastanın verilen hizmeti algılamalarına dayanmaktadır.

Hasta memnuniyeti çeşitli faktörlerden etkilenen karmaşık bir kavram olup kaliteli hasta bakımının en önemli göstergelerindendir.

Yapılan araştırmalar personel hasta etkileşimi, bilgilendirme, fiziksel ve çevresel koşullar, bürokrasi, güven, ücret, beslenme hizmetleri faktörlerin hasta memnuniyetini önemli derecede etkilediğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada amacımız polikliniklerin fiziksel özelliklerinin ayaktan sağlık hizmeti alanların memnuniyetine etkisini değerlendirmektir.

Çalışmada veri toplama yöntemi olarak Sağlık Bakanlığı'nın 06.05.2009 tarihinde yayınladığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi'nde yayınlanan Ek-3 bölümündeki Ayaktan Hasta Memnuniyet anketi kullanılmıştır.

Bu çalışma 2009 yılında açılan hastanemize bağlı çalışan semt polikliniği ile ,1974 yılından bu yana hizmet veren hastane binamızdaki poliklinikten 01.07.2010-30.09.2010 tarihleri arasında hizmet alan ve anket doldurmayı kabul eden toplam 272 hastaya uygulanmıştır.

Yapılan değerlendirmede fiziki ortam ve birimler başlığı altındaki sorular incelenip karşılaştırılmıştır. Polikliniklerin bulunduğu yere ve muayene odalarına “evet kolay ulaşıyor” diyenlerin oranı hastane polikliniklerinde % 70,59 iken semt polikliniğinde % 89,71 oranındadır. “Polikliniklerin temizliği nasıldı?” sorusuna temiz ve çok temiz diyenlerin oranı hastane polikliniklerinde % 61,03 iken semt polikliniğinde % 85,29 oranındadır. “Polikliniklerde bulunan lavabo ve wc'lerin temizliği nasıldı?” sorusuna temiz ve çok temiz diyenlerin oranı hastane polikliniklerinde % 58,09 iken semt polikliniğinde % 66,91 oranındadır.

Polikliniklerde aldığınız hizmeti genel olarak nasıl değerlendirirsiniz? sorusuna olumlu yönde cevap verenler hastane polikliniklerinde % 84,56 semt polikliniğinde ise % 87,50 oranındadır.

Fiziki özellikler değerlendirildiğinde eski ve yeni yapı arasında memnuniyet oran farkları ortalama %17 gibi iken genel memnuniyette bu oran %3 civarındadır.

¹ Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Başhekim Yardımcısı

² Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Başhekim

³ Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi, Kalite Temsilcisi

⁴ Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Başhemşire

Sonuç olarak; fiziki özellikler hasta memnuniyetinde etkili olmakla birlikte genel memnuniyette daha az etkin bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Memnuniyet, Poliklinik, Fiziki Özellikler

Abstract

In general much research is based upon an assumption that satisfaction results from the patient's perception of the care provided, or whether the service has met his or her expectations.

Patient satisfaction is a complex concept which is affected by various factors, and it is one of the most important indicator of the quality of patient care.

According to the researches staff - patient interaction, information, physical and environmental conditions, bureaucracy, trust, cost, nutrition services are the factors that significantly influence the patients' satisfaction.

The aim of this study is to evaluate the effect of the physical properties of the polyclinics on department satisfaction of patients.

The method of data collection on the study was published by the Ministry of Health on 06.05.2009, in Health Performance and Quality Directive Annex-3 section of the outpatient satisfaction questionnaire was used.

This study was applied on patients who accepted to fill a questionnaire between 01.07.2010-30.09.2010 at our district hospital outpatient clinics working since 2009 and the hospital outpatient clinics working since 1974 and total patient number attending to our survey was 272.

In the evaluation, the questions under “physical environment and units” topic analyzed and compared. To the questions “polyclinics were easily accessible or not”, those who say “yes” are 70.59% in hospital outpatient clinics and 89.71% in district hospital outpatient clinic.

To the question “were the polyclinics clean” those who answer “clean” and “very clean” are 61,03% in hospital outpatient clinics and 85,29% in district hospital outpatient clinic. To the question “was the WC and sinks clean”, those who answer, “clean” and “very clean” are 58,08% in hospital outpatient clinics and 66,91% in district hospital outpatient clinic.

To the question “how was the service in general” those who answer “excellent” “very good” and “good” are 84,56% in hospital outpatient clinics and 87,50% in district hospital outpatient clinic.

When the physical properties were evaluated satisfaction rate is differed 17% between the former and recent buildings, but overall satisfaction is differed 3%.

As a result, although physical properties are effective on the patient satisfaction, it is seen less effective on overall pleasure.

Keywords: Satisfaction, Polyclinic, Physical Characteristics

1. GİRİŞ

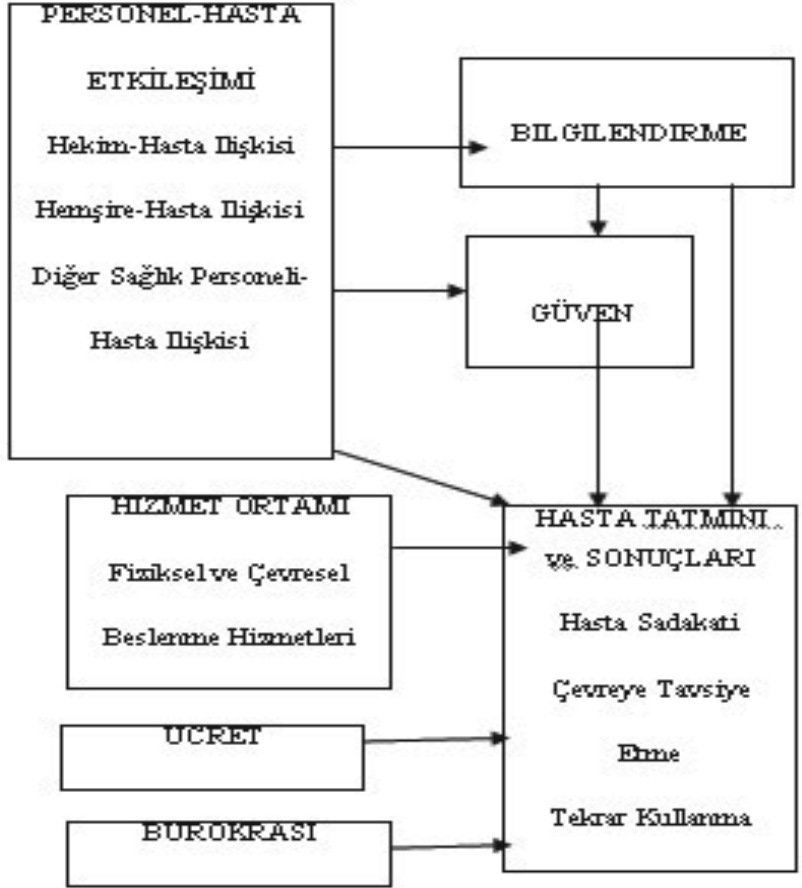
1980'lerden başlayarak hasta memnuniyeti çok konuşulup, tartışılmaya başlanmış ve hasta memnuniyeti araştırmaları da artmıştır. Öte yandan toplumdaki gelişmelere paralel olarak sağlık hizmetleri de daha çok sorgulanır hale gelmiştir. Geçmişte hekimin verdiği kararı olduğu gibi kabul eden hasta, yerini giderek sağlığı hakkında daha çok bilgi isteyen ve bu bilgiyi sorgulayan, hatta başka bir hekime danışma ihtiyacı duyan hastaya bırakmıştır. Bu da hastaları memnun etme bakımından sağlık kurumlarının işini gün geçtikçe daha da zorlaştırmaktadır. Sağlık kurumlarının temel çıktılarından biri olan hasta memnuniyeti, genel olarak hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi olarak tanımlanabilir.(Önsüz, 2008;33-49)

Hasta memnuniyeti, kaliteli hizmet sunumunun önemli bir parçasıdır. Hasta memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi, hizmet kalitesinin artırılması ve hasta beklentileri doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunulması bakımından önemlidir. (Ercan 2004;161)

Hasta memnuniyeti, hastanelerde kişiler arası iletişim, personel davranışı, hastalıkla ilgili bilgilendirme gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Yapılan araştırmalar aşağıda sıralanan faktörlerin hasta memnuniyetini önemli derecede etkilediğini ortaya koymaktadır. (Kavuncubaşı Ş, 2000; 297)

- Personel Hasta Etkileşimi
- Bilgilendirme
- Fiziksel ve Çevresel Koşullar
- Bürokrasi
- Güven
- Ücret
- Beslenme Hizmetleri

Şekil 1. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler



Kaynak: Kavuncubaşı, Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s.298.

Fiziksel ve çevresel koşullar; aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, otopark, bekleme odaları, dış görünüm ve benzeri özellikleri içermektedir.(Kavuncubaşı Ş, 2000; 301) Hastanelerin her bölümü kullanım amacına uygun olarak düzenlenmeli ve hizmete açılmalıdır. Hastanede aranılan yerin kolayca bulunabilmesi bile, hasta için, memnuniyeti değerlendirmede önemli bir kriterdir.(Öz, 2004;75)

Bu nedenle çalışmamız fiziki ortamı yeni ve eski olan poliklinik alanlarında ayaktan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesini amaçlamıştır.

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Polikliniklerin fiziksel özelliklerinin ayaktan sağlık hizmeti alanların memnuniyetine etkisini değerlendirmek amacı ile uygulanmıştır.

2.2. Evren Örneklem

01.07.2010-30.09.2010 tarihleri arasında Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi ve Levent Semt Polikliniğine başvuran ayaktan hizmet almak isteyen ve anket doldurmayı kabul eden hastalardan meydana gelmektedir.

2.3. Araştırma Türü

Tanımlayıcı olarak planlanıp, uygulanmıştır.

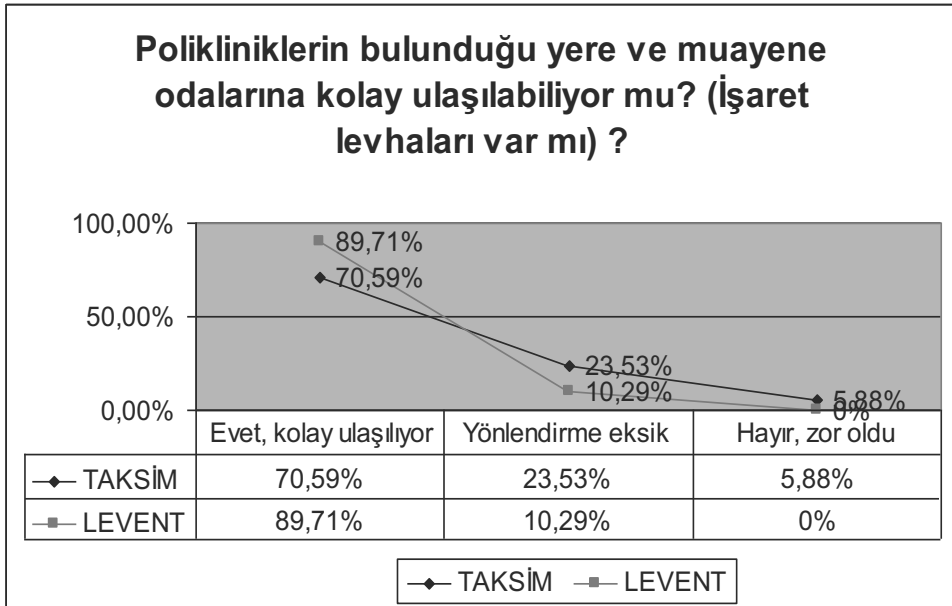
2.4. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama yöntemi olarak Sağlık Bakanlığı'nın 06.05.2009 tarihinde yayınladığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi'nde yayınlanan Ek-3 bölümündeki Ayaktan Hasta Memnuniyet anketi kullanılmıştır. Anketler çalışmayı kabul eden hastalarla yüz yüze yöntemi kullanılarak doldurulmuştur.

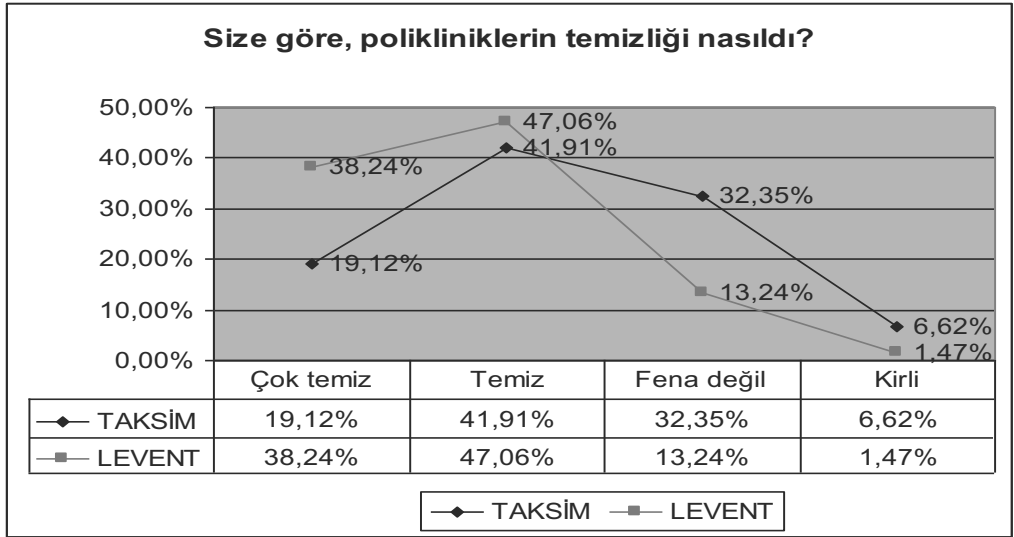
3. BULGULAR

Yapılan değerlendirmede fiziki ortam ve birimler başlığı altındaki sorular incelenip karşılaştırılmıştır. Veriler aşağıdaki tablolarda grafiksel olarak belirtilmiştir.

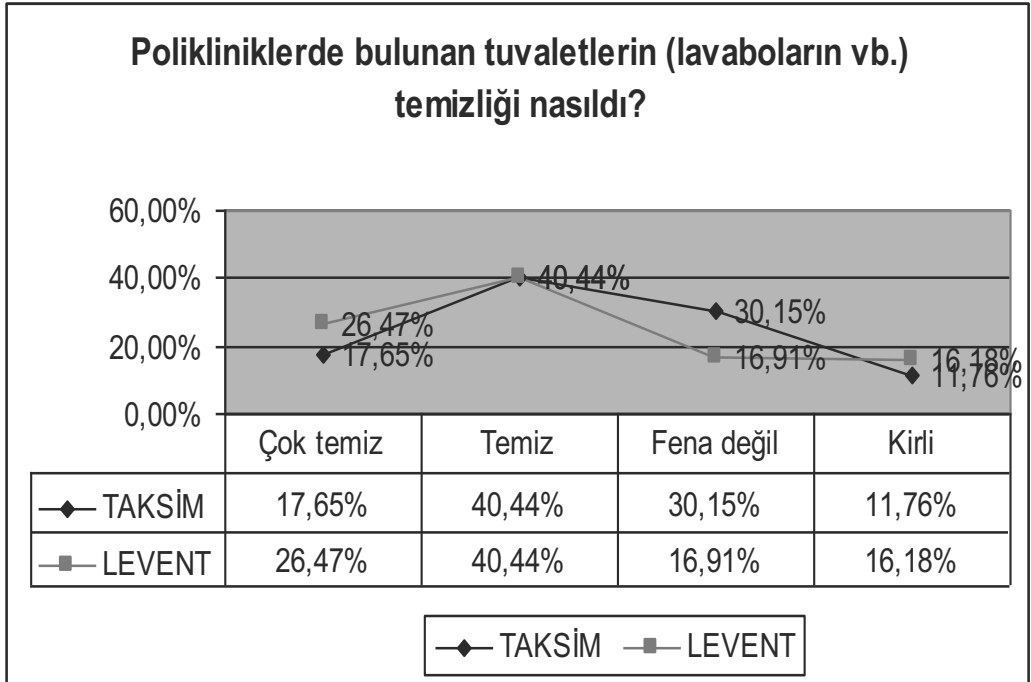
Tablo 1.



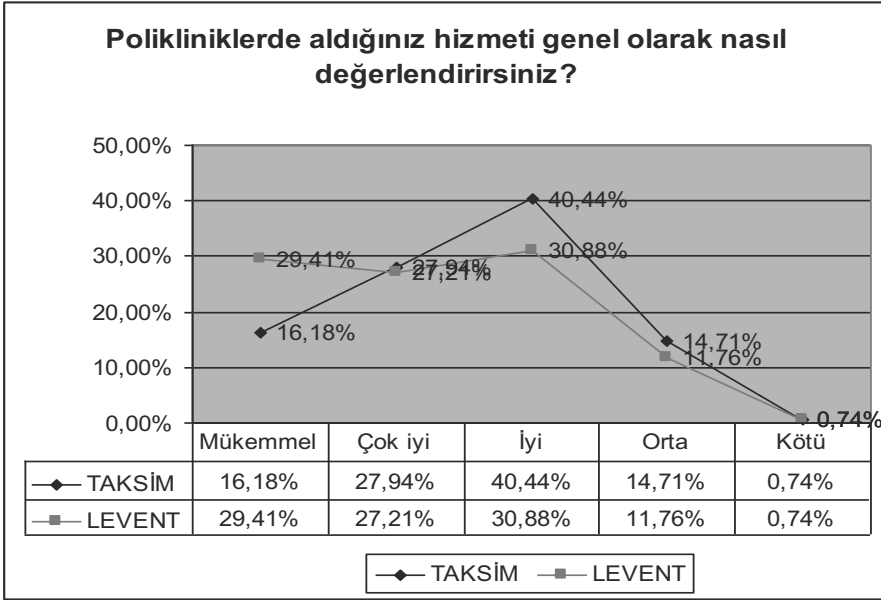
Tablo 2.



Tablo 3.



Tablo 4.



4. SONUÇ

Hasta memnuniyeti ile ilgili olarak yapılan birçok çalışmada fiziksel ve çevresel faktörlerin memnuniyet üzerindeki etkisinden söz edilmektedir. Uygulanan anketler neticesinde fiziki özellikler değerlendirildiğinde eski ve yeni yapı arasında memnuniyet oran farkları ortalama %17 gibi iken genel memnuniyette bu oran %3 civarındadır.

Sonuç olarak; fiziki özellikler hasta memnuniyetinde etkili olmakla birlikte genel memnuniyette daha az etkin bulunmuştur. Bu sonuç hasta memnuniyetinin oluşmasında fiziksel koşulların yanında birçok faktörün (Tıbbi hizmetler vb.)etkili olduğunun göstergesidir.

KAYNAKLAR

Ercan, İ.,Ediz, B.,Kan, İ., Hastaların Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerinin İncelenmesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,11(3),2004, s.161.

Kavuncubaşı, Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s.297-298-301.

Önsüz,M.F., İstanbulda Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyeti, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt.2,Sayı.2008, s.33-49

Öz, M., Hasta Memnuniyeti ve SSKB Ankara Eğitim Hastanesinde Bir Uygulama, Ankara, 2004, s.75.

HİZMET SUNANLARIN SAĞLIK KAMPÜSLERİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

¹Dilaver TENGİLİMOĞLU, ²Ümit NALDÖKEN, ³Umut BEYLİK, ⁴Alper GÜZEL

Özet

Ülkemizde özellikle de kamu sağlık hizmetlerinde sözleşmeye dayalı olarak kamu sağlık kurum ve kuruluşları yakın zamandan bu yana başta güvenlik, bilgi işlem, yemek, temizlik hizmetleri gibi destek hizmetleri yanında laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri gibi sağlık hizmeti sunumunda da hızla yükselen bir oranda özel sektör imkânlarından yararlanmaktadır. Belki de bu durumun bazı sivil toplum kuruluşlarınca en çarpıcı örneği olarak nitelendirilen kamu özel ortaklığı modeli olarak adlandırılan sağlık kampüslerinin kurulması yasal zemine oturtulmuş ve şu anda hızla ihale süreçleri sürdürülmekle birlikte henüz kamuoyunda, kurulacak olan bu model hakkında yeterli farkındalığın olmadığı anlaşılmaktadır. Yine başta taşeronlaşma ve sağlıkta özelleştirmenin en büyük uygulaması olarak nitelendirilen sağlık kampüsleri için Sağlık Bakanlığı ise daha etkili, verimli, ulaşılabilir kompleks sağlık hizmetinin sunulduğu aynı zamanda özel sektör hizmetlerinden de en iyi düzeyde faydalanılabilecek bir kampüsün oluşturulmasının gerekliliği ile çalışmalarını yürütmektedir.

Bu çalışma ile hizmet sunanların sağlık kampüsleri hakkındaki farkındalıkları ile bakış açıları öğrenilerek değerlendirilmeye çalışılmıştır. Araştırma sonucu sağlık kampüsleri hakkında hizmet sunanların yeterli bilgiye sahip olmadıkları (%77,2'si yetersiz bilgi sahibi) ortaya çıkmıştır. Bu durumun da bir sonucu olarak soruların çoğunda kararsızım seçeneğinin en çok tercih edilen ilk ya da ikinci tercih olması en önemli göstergesi olmuştur. Ayrıca kararsızım seçeneği ile birlikte genel olarak hizmet sunanların kararsız kalma seçeneğine yakın olarak (kararsızıma göre bazen daha yüksek bazen de daha düşük oranda) olumlu baktığı ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte bazı sivil toplum kuruluşlarınca dile getirilen özelleştirme ve taşeronlaşmanın artacağı kaygılarını da destekler nitelikte sonuçlar da çıkmıştır. Başta dış kaynak kullanımının çok fazla kullanılması ve sağlık kampüslerinin işletmecilik esaslarına göre yönetileceği düşüncesinin ağır bastığı tespit edilmiştir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde sağlık kampüslerinin yönetimi ve hizmet sunulmasını belirtir mevzuatın bu hususlar dikkate alınarak dikkatli bir şekilde oluşturulması ve kamuoyunun da sağlık kampüsleri hakkında aydınlatılması gerektiğini söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: Kamu-Özel Ortaklığı, Sağlık Kampüsü, Sağlıkta Dönüşüm

Abstract

In our country, especially in public health services, the health institutions are benefiting from outsourcing facilities such as security, data processing, food and cleaning services, laboratory and screening services which are provided by the private sector. The establishment of public private partnership model which is called health campus is based on a

¹Prof.Dr., Gazi Üniversitesi, dilaver@gazi.edu.tr

²Öğr.Gör., Cumhuriyet Üniversitesi, umutnaldoken@hotmail.com

³Gazi Üniv. Sağlık Kurumları Yönetimi Doktora Programı, umut.beylik@gazi.edu.tr

⁴Öğr.Gör., Gazi Üniversitesi, alper_guzel@hotmail.com

legal basis and it is clearly understood that the public's, awareness is not enough is understand about this model which is going to be established. However, particularly Ministry of Health is working on more effective, productive, accessible campus Project which is the biggest implementation of subcontracting and privatization of health services and will benefit from the private sector services that will provide complex health care services.

At this research, the point of view and awareness of health care providers about health campus are being tried to be evaluated. As a result of the research, it is determined that the health care providers do not have enough information (%77,2 insufficient information) about health campus. As a result of this situation, most of the questions were answered as neutral, and this answer, because of being the first or second most popular choice, has become the most important indicator of the research. Also, health care providers' responses are close to the unstable option (sometimes high, sometimes low). However, results that support some NGO's concerns about privatization and subcontracting came out. At first, the view of "outsourcing level at health campus will be too high and the health campus will be managed as an enterprise" has been outweighed. If it is determined in this concept, we can say that the legislations about the management of health campus and providing health services should be constituted carefully by the consideration of these points, and the public should be clarified about health campus.

Keywords: Public-Private Partnership, Health Campus, Transformation in Health

1. GİRİŞ

Kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülmesi, yeni bir uygulama değildir; amaç ve yöntem açısından günümüzdeki uygulamalardan önemli farklılıkları bulunmakla birlikte bu model daha önce de kullanılmıştır. Geçmiş eski olmakla birlikte bu yöntemin kamu hizmetlerinin örgütlenmesinde önem kazanması 1980'lerin ortalarından itibaren söz konusu olmuştur (Karasu, 2009).

Bu dönem, "kamu alanında sözleşmelerin yükselişi"nin gerçekleştiği bir dönem olarak nitelendirilmektedir (Auby, 2007). 1980 sonrasında özelleştirme ve düzenleme dışı bırakma uygulamaları ile küçültülen devlette, kamu hizmetlerinin sunum ve finansmanında özel sektörün yer almasına ilişkin geleneksel yöntemlerin yerine alternatif arayışları görülmektedir. Bu çerçevede mevzuatta önemli değişiklikler gerçekleştirilmiş, yap-işlet-devret, yap-işlet, yap-kirala-devret, işletme hakkı devri gibi farklı modeller gündeme gelmiştir. Giderek çeşitlilik gösteren uygulamalar son yıllarda kamu-özel ortaklığı (KÖO) adıyla karşımıza çıkmaktadır (Karasu, 2009).

KÖO risk, maliyet ve verimlilik hesapları temelinde, uzun dönemli sözleşme ilişkisine dayanan esnek bir örgütlenme ve finansman modelidir. Kamu hizmetlerinin sunum ve finansmanına yönelik olarak kurulan bu ortaklık bir özelleştirme midir? Kamu hizmeti-kamu hukuku-kamu yararı-kamu örgütü birlikteliğini çözen bu modelin ortaya çıkışı, 1980 sonrasında devletin, dolayısıyla da kamu hizmetinin dönüşümünden, bu dönüşümde devletin ve kamu örgütlerinin üstlendiği rolden bağımsız düşünülemez. Eğer, hizmetin kamu hizmeti niteliği devam ediyorsa, devletin hizmet alanından bütünüyle çekilmesi (sadece sunum değil, denetim, müdahale, geri alma gibi araçları da bırakması), hizmeti piyasaya terk etmesi söz konusu değil ise kamu-özel ortaklığının özelleştirme olmadığı düşünülebilir. Ancak, hizmetin özünde ve örgütlenme bileşenlerinde yarattığı dönüşüm açısından değerlendirildiğinde, özel hukuk hükümlerine tabi, esnek çalışma ilişkileri ve

örgütlenme yapısının olduğu bu modelin tipik bir özelleştirme uygulaması olduğu rahatlıkla söylenebilir (Karasu, 2009).

Kamu-özel ortaklığı modelinin uygulandığı alanlar ulaştırma alanı (havaalanı, otoyol, köprü, metro gibi) ile başlayıp su, sağlık, çöp, eğitim, sosyal hizmet gibi alanlarda hızla yaygınlaşmıştır. Öyle ki örneğin İngiltere’de bir tür kamu-özel ortaklığı uygulaması olarak kabul edilen özel finansman girişimi (*private finance initiative*) yöntemi ile gerçekleştirilen yatırımların toplam kamu yatırımlarına oranı %20’lere kadar çıkmıştır (OECD, 2008).

2. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİNİN GELİŞİMİ

İdare hukukunun ve idari yargı alanının sınırlanmasına tanık olduğumuz 1980 sonrasında “bir yandan idare tarafından yürütülen kamu hizmetlerinin bazıları özel kişilere bırakılırken; öte yandan da kamu hizmetlerinin yürütülmesinde özel hukuk yöntem ve kurallarının uygulanması yaygınlaşmaya”, hatta derinleşmeye başlamıştır (Tan, 2007). Adım adım gelişen bu süreci özellikle 1990’ların başlarından sonra görmek mümkündür. 1994 yılında 3996 sayılı *Bazı Yatırımların ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtırılması Hakkında Kanun*’un belirtilen konularda idare ile sermaye şirketi arasında yapılacak sözleşmelerin özel hukuk hükümlerine tabi olacağını öngören hükmü (m. 5) Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. İptal sonrasında yasa koyucu, 1999 yılında 4446 sayılı yasa ile Anayasa’nın 47. maddesine yeni bir fıkra eklenmiş, kamu hizmeti-kamu örgütlenmesi açısından köklü değişikliklere yol açacak olan Türk hukuk, siyaset ve yönetim tarihi açısından bir kırılma yaratacak düzenlemeyi gerçekleştirmiştir. Anayasa’nın 47. maddesinin (Ek: 13.8.1999-4446/1 md.) son fıkrasında “Devlet, kamu iktisadî teşebbüsleri ve diğer kamu tüzelkişileri tarafından yürütülen yatırım ve hizmetlerden hangilerinin özel hukuk sözleşmeleri ile gerçek veya tüzelkişilere yaptırılabilceği veya devredilebileceği kanunla belirleneceği” hükmüne bağlanmıştır. Aynı yasa ile diğer bir kritik değişiklik Anayasa’nın 125. maddesinde gerçekleştirilmiştir. Maddeye eklenen “Kamu hizmetleri ile ilgili imtiyaz şartlaşma ve sözleşmelerinde bunlardan doğan uyuşmazlıkların milli veya milletlerarası tahkim yoluyla çözülmesi öngörülebilir” hükmü ile kamu hizmetinin örgütlenmesi ve finansmanında esneklik sağlayacak yeni modellerin önü açılmıştır. Kamu örgütlenmesinde sözleşme sisteminin yaygınlaşması, personel yönetimine ilişkin düzenlemeler aracılığıyla da olmuştur. 657 sayılı DMK’nın 36. maddesinde farklı zamanlarda gerçekleştirilen değişiklikler ile iki farklı hizmet sınıfında (yardımcı hizmetlerde “ihale”, sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetlerinde “hizmet satın alınması”) hizmetlerin sözleşme yoluyla gördürülmesi hükmüne bağlanmıştır. Bu düzenlemeler yukarıdaki anayasa değişiklikleri ile birlikte değerlendirildiğinde sözleşme sisteminin kamu hizmeti alanı açısından nasıl yaygınlaştırıldığını görmek mümkündür. Benzerlikleri olmakla birlikte kamu-özel ortaklığı uygulamaları ile kamu hizmeti imtiyazını birbirinden ayırmak gerektiği düşüncesi de yaygın olarak kabul görmektedir. OECD’nin kamu-özel ortaklığı ile ilgili bir raporunda da bu iki yöntemin birbirinden farklı olduğu dile getirilmektedir (OECD, 2008).

Kamu-özel ortaklığı da bir tür kamu hizmeti imtiyazıdır; ancak kamu-özel ortaklığını imtiyazdan farklılaştıran, tabi olunan hukuk rejimi, risk paylaşımı, mali düzenlemeler ve örgütlenme biçimi ile ilgili bazı önemli özellikler olduğu ileri sürülmektedir (Karasu, 2009).

2.1. Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Gelişimi

Türkiye’de bir yandan genel yasal düzenleme hazırlıkları sürerken, diğer yandan yönetsel yapıda bu modele yönelik yeniden yapılandırma girişimlerine tanık olmaktadır. 13.12.1983 tarih ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 8. maddesinde değişiklik yapan 5683 sayılı yasa bu açıdan ilk ve önemli bir adım olarak görülebilir. 2007 yılında çıkarılan 5683 sayılı yasanın birinci maddesiyle Sağlık Bakanlığının Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ya da Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü gibi bakanlığın temel hizmet ve görev alanına giren faaliyetlerini yürüten ana hizmet birimlerine “Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı” adıyla yeni bir ana hizmet birimi eklenmiştir. Bilindiği üzere bakanlık iç örgütlenmesinde yer alan ana hizmet birimleri 3046 sayılı bakanlıkların kuruluş ve görev esasları hakkındaki yasanın 7. maddesinde düzenlenmektedir. Buna göre: “Bakanlıkların yürütmekten sorumlu oldukları hizmet ve görevlerden bağlı kuruluş kurulmasını gerektirmeyenler, bakanlığın merkez teşkilatı bünyesinde kurulan ana hizmet birimlerince yerine getirilir.” Bu düzenleme göz önünde bulundurulduğunda, kamu-özel ortaklığı daire başkanlığı adında bir ana hizmet birimi kurulmuş olması, sağlık hizmetlerinde kamu-özel ortaklığı uygulamasının bakanlığın “ana hizmet” alanlarından biri olarak algılandığını ortaya koymaktadır. Bu değişiklik, Türk kamu örgütlenmesinde bir ilktir; kamu örgütlenmesi açısından köklü bir dönüşümün göstergesidir. Henüz kamu-özel ortaklığı ile ilgili yasa çıkarılmamış olmakla birlikte sağlık alanında çok sayıda yasada yapılan değişiklik ile kamu-özel ortaklığı modelinin uygulanmaya başladığını söylemek mümkündür. Sağlık Bakanlığı ile ilgili yasanın 17/c maddesinde yine 5683 sayılı yasayla gerçekleştiren değişiklik ile Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı’nın 7.5.1987 tarih ve 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanununun ek 7. maddesiyle öngörülen iş ve işlemleri yapması hükme bağlanmıştır. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda belirtilen iş ve işlemler şöyledir:

“Ek Madde 7. – Yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırkdokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir. Bu amaçla Maliye Bakanlığınca, gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine Hazineye ait taşınmazlar bedelsiz devredilebilir. Bu taşınmazların sözleşme süresince amacı dışında kullanılamayacağına, Maliye ve Sağlık bakanlıklarından izin alınmaksızın devredilemeyeceğine dair tapu kütüğüne şerh konulur. Kira bedeli ve kiralama süresinin tespitinde; taşınmazın gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine ait olup olmadığı, bedelsiz Hazine taşınmazı devredilip devredilmediği, yatırımın maliyeti, tıbbî donanımın bu kişiler tarafından sağlanıp sağlanmayacağı, kiralama konusu taşınmaz ve üzerindeki sağlık tesislerinde tıbbî hizmetler dışındaki hizmetlerin ve alanların işletilmesinin kiralayana verilip verilmeyeceği hususları dikkate alınır. Bu şekilde yapılacak kiralama işlemlerine ait kira bedelleri Sağlık Bakanlığına bağlı Döner Sermaye İşletmelerince ödenir. Sağlık Bakanlığının kullanımında bulunan sağlık tesislerinin, öngörülecek proje ve belirlenecek esaslar doğrultusunda yenilenmesi; tesislerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında, sözleşmeyle gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine yaptırılabilir. Bu madde kapsamında yapılacak yatırımlarla ilgili olarak, otuzaltı aylık süreyi geçmemek ve sözleşmede belirlenecek inşaat yapım süresi ile sınırlı olmak kaydıyla, Sağlık Bakanlığı ile gerçek veya özel hukuk tüzel kişileri arasında yapılacak her türlü iş ve işlemler ile düzenlenecek kağıtlar, 1.7.1964 tarihli ve 488 sayılı Damga Vergisi Kanununa göre alınan damga vergisi ile 2.7.1964 tarihli ve 492 sayılı Harçlar Kanunu uyarınca alınan harçlardan müstesnadır. Bu maddeye göre yapılacak iş ve işlemler, 8.9.1983 tarihli ve 2886 sayılı

Devlet İhale Kanunu ile 4.1.2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tâbi değildir. Bu maddenin uygulanmasına ilişkin esas ve usûller ile ihale yöntemi; gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerinde aranılacak nitelikler, sözleşmelerin kapsamı ve konuya ilişkin diğer hususlar Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine müsteşarlıklarınca müştereken hazırlanarak Bakanlar Kurulu kararı ile yürürlüğe konulur.”

3.7.2006 tarihinde yukarıda Ek Madde 7’de belirtilen işlerin yürütülmesine yönelik olarak “Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik” yürürlüğe girmiş, yönetmelik ile uygulama esasları belirlenmiştir. Ana hatlarıyla aktardığımız kamu-özel ortaklığına ilişkin yasal ve kurumsal değişimin hedefi, 2008 yılında Sağlık Bakanlığı ve Kamu Özel Ortaklığı Derneği işbirliği ile düzenlenen “Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı, Sağlık Kentleri-2008 Kongresi”nde projenin sahibi Sağlık Bakanı tarafından dile getirilmiştir. Sağlık yatırımlarını gerçekleştirebilme ve bu yatırımlar için ihtiyaç duyulan finansmanı sağlayabilme amacı ile kamu özel ortaklığı modeli çerçevesinde sağlık kentleri yatırımlarının hayata geçirileceğini açıklayan Bakan, projenin ilk kez Kayseri’de uygulanacağını ve zamanla diğer büyük illerde de yaygınlaştırılacağını belirtmiştir (www.massiad.org.tr).

Sağlık Bakanı’nın dile getirdiği bölge hastaneleri (sağlık kampüsleri), gerek yapım gerek yönetim biçimi açısından hastane yönetimine köklü değişiklikler getiren bir projedir. Sağlık alanında ilk kapsamlı KOÖ uygulaması olarak Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü için 10.08.2009 tarihinde ihaleye çıkmıştır (Karasu, 2009).

2.2. Yürütülen Bazı Sağlık Kampüsü (Kamu Özel Ortaklığı) Projeleri

Sağlık Bakanlığı Kamu ve Özel Ortaklığı Daire Başkanlığınca yürütülen bazı sağlık kampüsü projelerinin mevcut durumları şöyledir (<http://www.kamuozel.gov.tr>, 2010):

Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü

Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı’nın ilk kamu-özel ortaklığı modeline ilişkin ilk ihalesi olan Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri İle Ürün ve Hizmetlerin Temini ihalesi ele alındığında, sözleşme sisteminin kamu örgütlenmesinde ne derece yaygınlaştığına, hatta birçok açıdan genelleştiğine ilişkin tez güçlenmektedir. 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ile 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tabi olmayan bu ihaleye ilişkin ilk bilgileri Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı’nın 10.08.2009 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri İle Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşi Ön Yeterlik İlanı’ndan almak mümkündür.

Kamu özel ortaklığı modeli ile gerçekleştirilecek olan ve yapım dönemi 3, işletme dönemi de 25 yıla kadar olarak belirlenen projenin kapsamına dikkat çekmek gerekir. Çünkü çeşitli türdeki kamu-özel ortaklığı modelleri yatırımın inşaatına ya da finansmana odaklanmakta iken bu uygulamada hizmet alanının çok sayıda asli unsurunun ihale kapsamına alındığı görülmektedir.

1548 yataklı bir sağlık tesisi yatırımının unsurları açısından ihale ön yeterlik ilanında yer verilen sözleşme konusu işlere bakıldığında:

- Finansmanını,
- Uygulama projesini, tasarımı, inşaatını,
- Medikal cihazlar ve diğer donanımın tedarikini,

- Tesis için gerekli mefruşatını,
- Tesislerin bakım ve onarımını,
- Tıbbi görüntüleme, laboratuvar ve diğer tıbbi destek hizmetlerini,
- Bilgi işlem, sterilizasyon, çamaşır, temizlik, güvenlik ve yemek dahil olmak üzere destek hizmetlerinin sunumunu,
- Sağlık hizmetleriyle uyumlu ve Bakanlık onayını alacak ticari alanların yapım ve işletilmesini, kapsadığı görülmektedir.

Yapım işleri, ürün ve hizmetlerin temin edilmesi gibi sağlık hizmetinin örgütlenmesine yönelik hizmetin çok sayıda alt unsurunun ihale kapsamına alındığı görülmektedir. Yukarıda sayılan alanlara tek bir ihale kapsamında yer verilmesi ilginçtir. Ayrıca Sağlık Kampüsü'ne yönelik arazi tahsisi ve son maddede belirtilen sağlık hizmetleriyle uyumlu ticari alanların yapım ve işletilmesinin de ihale kapsamına adeta tekel niteliğinde bir yetki verilerek dahil edildiği düşünüldüğünde bu kamu-özel ortaklığı uygulamasının ticari açıdan son derece kârlı bir yatırım alanı olarak nitelendirilmesi mümkündür.

Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü

Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü Projesi 1.200.000 m2 arsa üzerinde Bölge Hastane, Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, Ortopedi ve Nörolojik Bilimler Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Kadın Doğum Hastanesi, Çocuk Hastanesi, Rehabilitasyon Hastanesi, Psikiyatri Hastanesi ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere Dokuz dal hastanesini içeren, toplam 3056 yatak kapasitesine sahip bir entegre sağlık kampüsü olacaktır. Kampüs içersinde; Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kongre Merkezleri ve Ticari Alanlar, Yüksek Teknoloji Merkezi ve ARGE Merkezi yer alacaktır. Projede otoparklar kapalı olarak bodrum katlarda tasarlanmıştır. Kampüs projeleri yerli mimari bürolarla ortaklaşa hazırlanmış olup, Avrupa ve Dünyada hazırlanmış olan en son ve en büyük hastane projesidir. Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsünde yer alan hastaneler:

HASTANE TİPİ	YATAK SAYISI
Bölge Hastanesi	504
Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi	328
Ortopedi ve Nörolojik Bilimler Hastanesi	456
Kadın Doğum Hastanesi	344
Çocuk Hastanesi	496
Onkoloji Hastanesi	328
Rehabilitasyon Hastanesi	300
Psikiyatri Hastanesi	200
Yüksek Güvenlikli Psikiyatri Hastanesi	100
TOPLAM	3056

Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşi Ön Yeterlik İhale ilanı 21/06/2010 tarihinde ilan edilmiş olup, duyurular Türkiye'nin yanı sıra Amerika'da ve Avrupa'nın birçok ülkesinde yayınlanmıştır.

Ön Yeterlik ihalesi 11/08/2010 tarihinde yapılmıştır. Değerlendirme devam etmektedir.

Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü

Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü Projesi 1.400.000 m² arsa üzerinde Bölge Hastane, Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, Ortopedi ve Nörolojik Bilimler Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Kadın Doğum Hastanesi, Çocuk Hastanesi, Rehabilitasyon Hastanesi, Psikiyatri Hastanesi ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere Dokuz dal hastanesini içeren, toplam 3056 yatak kapasitesine sahip bir entegre sağlık kampüsü olacaktır. Kampüs içersinde; Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kongre Merkezleri ve Ticari Alanlar, Yüksek Teknoloji Merkezi ve ARGE Merkezi yer alacaktır. Projede otoparklar kapalı olarak bodrum katlarda tasarlanmıştır. Kampüs projeleri yerli mimari bürolarla ortaklaşa hazırlanmış olup, Avrupa ve Dünyada hazırlanmış olan en son ve en büyük hastane projesidir.

Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsünde yer alan hastaneler:

HASTANE TİPİ	YATAK SAYISI
Bölge Hastanesi	504
Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi	328
Ortopedi ve Nörolojik Bilimler Hastanesi	456
Kadın Doğum Hastanesi	344
Çocuk Hastanesi	496
Onkoloji Hastanesi	328
Rehabilitasyon Hastanesi	300
Psikiyatri Hastanesi	200
Yüksek Güvenlikli Psikiyatri Hastanesi	100
TOPLAM	3056

Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşi Ön Yeterlik İhale ilanı 14/01/2010 tarihinde ilan edilmiş olup, duyurular Türkiye'nin yanı sıra Amerika'da ve Avrupa'nın birçok ülkesinde yayınlanmıştır.

Ön yeterlik süreci tamamlanan ihalede aşağıda isimleri geçen 9 adet firma ve/veya iş ortaklığı ön yeterlik almıştır. İhalenin teklif süreci devam etmektedir.

Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü

Elazığ İli, Merkez İlçesi, Uluçkent (Hüseyinik) Mahallesinde bulunan 11 pafta, 429 parsel üzerinde yapılması planlanan Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü, 400 yataklı Bölge Hastanesi, 250 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 200 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 950 yataklı bir Entegre Sağlık Tesisi yatırımını kapsamaktadır.

Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ve ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi işi Ön Yeterlik ihalesi 01/10/2010 günü saat 14:00 de yapılmış olup, ön yeterlik değerlendirmesi devam etmektedir.

Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü

800 yataklı Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü Konya İli, Karatay İlçesi, Çayır Mahallesi'nde bulunan 2310 ada, 42 parsel üzerinde yapılması planlanmıştır. Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü, 400 yataklı Bölge Hastanesi ile 400 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi olmak üzere toplam 800 yataklı bir Entegre Sağlık Tesisi yatırımını kapsamaktadır.

Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşinin Ön Yeterlik İhalesine son başvurular 07.01.2011 tarihine kadar kabul edilecektir.

Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi

400 yataklı Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi Manisa İli, Merkez İlçesi, Y.Çobanisa Mahallesi'nde bulunan 3582 ada, 4 parsel üzerinde yapılması planlanmıştır. Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşinin Ön Yeterlik İhalesine son başvurular 23.12.2010 tarihine kadar kabul edilecektir.

Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi

400 yataklı Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yozgat İli, Merkez Yukarı Nohutlu, II. Mıntıka Mahallesi'nde bulunan 82 ada, 106 parsel üzerinde yapılması planlanmıştır.

Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşinin Ön Yeterlik İhalesine son başvurular 14.01.2011 tarihine kadar kabul edilecektir.

3. SAĞLIK KAMPÜSLERİNE FARKLI BAKIŞLAR

3.1. Sağlık Bakanlığı Perspektifi

“Kamu Özel Ortaklığı, Türkiye’de son birkaç senedir sağlık yönetimi çevrelerinde sıkça konuşulan bir sistem. Kamu Özel Ortaklığından amaç, kamunun sahip olduğu veya kamunun işlettiği sağlık yapılarının kapasitelerini, fonksiyonlarını güçlendirmek, buraları daha çağdaş hastaneler, sağlık tesisleri hâline getirmek ve bu arada kamunun kaynaklarıyla birlikte, özel sektörün kaynaklarını da toplumun hizmetine sunmaktır. Birçok ülke, özellikle İngiltere, İspanya ve İtalya’da yaygın olmak üzere diğer Avrupa ülkelerinde ve Avustralya, Kanada gibi ülkelerde de gittikçe yaygınlaşan bir oranda kullanılmaktadır. Türkiye’de de benzer sistemler uygulanmıştır. Türkiye’de sağlıkla ilgili yapıların kamu kurumları içerisindeki en ileri aşamalarına biz ulaştık. Bunu nasıl

gerçekleştirdik? İlgili kanunumuzu çıkarttık. İlgili kanun uygulaması ile ilgili bakanlar kurulu kararını çıkarttık. Müstakil daire başkanlığı kuruldu. Birimimiz ve teşkilatımız oluştu. Bununla ilgili yatırım yapacağımız alanlar ve yerler belirlendi. Buralarla ilgili projelendirme ve diğer çalışmalarımız başladı. Şu anda ihale öncesi süreç devam ediyor. Bu çok önemli bir aşamadır. Bu yıl içerisinde muhtemelen bununla ilgili ihale yapmış olacağız. 3P (Public Private Partnership)'nin ülkemizde önemli bir açılım olduğunu düşünüyoruz. Ülkemiz için henüz yeni olan bu konuda birçok ülkeye giderek bu uygulamanın örneklerini gördük. Uygulayanlarla, sağlık kurumlarıyla, devletler ile konuştuk. Bu işin mevzuatını hazırlayanlarla konuştuk. Birçok ülkede görüşmeler yaptık. Önemli bir birikim elde ettik. Bu birikimi de değişik toplantılarla ilgililere sunduk. Bu yatırım modeli sağlık yapılarının kalitesini yükseltiyor, daha modernleştiriyor. Bu çalışmalarla, insanımızın rahatlıkla hizmet alabilecekleri fiziki mekânları oluşturabileceğiz. Yeni uygulamanın insanımıza layık olduğuna, daha güzel kurumların daha iyi hizmet edebilecek fiziki ortamlar oluşturma açısından da önemli bir finans ve yapım modeli oluşturma adına inanıyoruz. Burada işletme var, ama kısmi işletme. Bu sağlık alanına mahsus bir uygulamadır. Yani esas sağlık hizmetlerini, doktorluk ve hemşirelik hizmetlerini devlet veriyor, biz veriyoruz. Ama diğer hizmetleri, yani otelcilik hizmetleri, bina bakım hizmetleri, güvenlik hizmetleri gibi diğer hizmetleri ise özel sektör veriyor. İhaleye çıkarken şartnamede belirterek, istersek bunları da o ihaleyi kazananlara verebiliriz. Ama en azından binanın tadilatı ve bakımı ile ilgili işi mutlaka yatırımcıya veriyoruz. Sağlık kampüsü; bünyesinde farklı alanlarda uzmanlaşmış ihtisas hastanelerinin, Ar-Ge laboratuvarları ve merkezlerinin, teknopark, sosyal tesislerin, otel, alışveriş merkezi, konaklama ve açık alan kullanımlarını bir bütün olarak barındıran sağlık kompleksleridir. İlaveten tıbbi tedavi ve araştırma ihtiyacının birlikte yürütülmesi gereği, yetişmiş uzmanların zamanlarını daha verimli kullanma ihtiyacı, tıbbi uzmanlık alanlarının desteğe olan ihtiyaçları, hastaların ve hasta yakınlarının daha kaliteli ortamlarda hizmet alma ihtiyacı ve buna eklenebilecek bilimsel, sosyal, moral değerlerin yükseltilmesi ihtiyacı gibi faktörler bu tip tesislerin yapılması için en önemli gerekçelerdendir" (Tosun, 2008).

3.2. Türk Tabipler Birliği Perspektifi

"2007 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan "Kamu-Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı" (KÖODB), başlangıçta çok dikkatimizi çekmemişti. Ancak, zamanla yapmayı planladığı ihaleleri açıkladığında, işin boyutu netleşmeye başladı. Ve KÖODB ile birlikte, sağlıkta dönüşümün şimdi gerçekten yeni başlayacağını söylemek abartma olmaz. Kamu-Özel Ortaklığı Daire Başkanlığına göre, "Kamunun borç yükü nedeniyle yatırımlara ayrılabilen kaynakların kısıtlı olması ve özel sektörün altyapı yatırımlarına katılımının arttırılmak istenmesi nedeniyle, son yıllarda kamu özel ortaklığı modeli dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır". Yani, kamu yatırım yapamıyor, onun bu eksikliğini işe özel sektörü dahil ederek gidermek; peki bu nasıl olacak, sağlık alanında (http://www.ttb.org.tr/th/12010/index_dosyalar/yayin.htm):

1. "özel sektör finansman kaynaklarının kamu yatırımlarında kullanılması",
2. "özel sektörün hızlı karar alma ve bu kararları uygulamaya koyma becerisi ile yaratıcılığının proje sürecine entegrasyonu",
3. "riskin paylaşılması",
4. "her kesimin en iyi bildiği işi yapması",
5. "sağlık tesisi faaliyete geçirilinceye kadar kamu adına herhangi bir maliyet üstlenilmemesi",

6. "ödenek yetersizliği nedeni ile kamuda ortalama 8-10 yılı bulan bina yapım süresinin kısaltılması ve kısıtlı kamu kaynakları üzerindeki yatırım yükünün kira bedeli ödeme düzeyinde uzun yıllara yayılması",

7. "tbbi hizmetler dışındaki hizmet ve alanların işletilmesinin özel sektöre yaptırılması..."

Yani kamu arsa ve yerleri sağlayacak, özel şirketler tesisleri inşa edecek ve belirli süreliğine işletecek. "Entegre sağlık kampüsü projeleri" ya da sağlık şehirleri 2010 yılı için 27 ilde sağlık kampüsü yapılması planlanmıştır. Bu iller öncelikle Kayseri ve Ankara olmak üzere, İstanbul-İkitelli, Bursa, Kocaeli, Manisa, İzmir, Antalya, Mersin, Adana, Hatay, Eskişehir, Konya, Elazığ, Erzurum, Şanlıurfa, Gaziantep olarak belirlenmiştir. Şimdilik belirlenmiş olan 24 bin 640 yataklı bir toplam. Öncelik, Kayseri'ye verilmiş durumda. Kayseri'de Kocasinan'da 750 bin metre karelik bir alan üzerinde, 1048 yataklı Eğitim Araştırma Hastanesi, 200 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, 200 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı "Yüksek Güvenlikli" Adli Psikiyatri Hastanesi (toplam 1548 yatak) yapılması planlanmıştır. Ayrıca kampüs içinde kongre merkezleri, sosyal "donatılar" vb de yer alacağı ifade ediliyor. Şimdilik 8 yerli-yabancı firma, ihaleye katılmış (http://www.ttb.org.tr/th/12010/index_dosyalar/yayin.htm). İkinci büyük proje ise, Ankara Etlik'te. Açılacak projelerin en büyüğü gibi görünen Etlik projesi, 1.4 milyon metrekarelik bir alana yapılacak. Toplam yatak sayısı, 3056. 504 yataklı Genel Hastane, 344 yataklı Kadın Doğum Hastanesi, 496 yataklı Çocuk Hastanesi, 328 yataklı Kardiyovasküler Cerrahi Hastanesi, 328 yataklı Onkoloji ve Çocuk Onkolojisi Hastanesi, 456 yataklı Ortopedi Hastanesi, 300 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, 200 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı "Yüksek Güvenlikli" Adli Psikiyatri Hastanesi yapılması planlanmıştır.

Projeler yerli ve yabancı (Avrupa ve Amerikalı) firmalarca hazırlanmış, ki Etlik projesi şu anda dünyada yapılan en büyük projelerden biri durumunda. Projelerin bitirilme süresi 3 yıl olarak belirlenmiş, projeyi tamamlayan firmaya 25 yıl işletme hakkı tanınmış. Görüntüleme, laboratuvar, diğer tbbi destek hizmetleri, bilgi işlem, sterilizasyon, çamaşır, temizlik, güvenlik, yemek hizmetlerinin sunumunu üstlenecekler. Projelerin koordinasyonunda Sağlık Bakanlığı ve Hazine Müsteşarlığı başta olmak üzere, çok sayıda kamu kuruluşu görevli, ama asıl "patron" TOKİ gibi görünüyor. Kamunun yanı sıra çok sayıda inşaat ve müteahhitlik firması, teknoloji firması ihalelerde görünüyor. Bunların anlamı nedir, şöyle açıklamak yanlış olmaz (http://www.ttb.org.tr/th/12010/index_dosyalar/yayin.htm):

Hükümet, biz Sağlıkta Dönüşüm diye "tam gün", "kamu hastane birlikleri" vb ile uğraşırken, asıl büyük değişikliği Kamu Özel Ortaklığı üzerinden planlamış durumdadır. Bu değişikliğin yasal dayanağı Anavatan Partisi (ANAP) döneminde çıkarılan, daha sonra Sosyal Demokrat Halkçı Parti (SHP) tarafından Anayasa Mahkemesine götürülüp, bazı maddeleri iptal edilen Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'dur (1987 tarih ve 3359 sayılı). Ayrıca Kamu İhale Kanunu ve Adalet ve Kalkınma Partisi döneminde yapılan bazı değişiklikler de bu adımın yasal dayanaklarıdır. KÖO ile birlikte, devlet özel (yerli-yabancı) şirketlere arsa sağlayacak, bu arsa üzerinde sağlık tesisi yapmalarına izin verecek, karşılığında -şimdilik- destek ve laboratuvar hizmetlerin sunumunu özel şirketlere devredecektir. Bu yasayı "kamu hastane birlikleri" yasa tasarısı ile birlikte okuduğumuzda, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin derecesi daha net olarak anlaşılır. Yeni bir sağlık "düzeni" tesis edilmektedir. Bir "fabrika düzeni". Örneğin, Ankara'da varolan yatakların neredeyse 1/3'ü bir araya toplanarak, bir toplulaştırma yapılmaktadır. Kamu personel rejimi değişikliği ve özelleştirme birlikte ele alındığında, taşeron çalıştırmanın ön planda olduğu bir "fabrika düzeni" görülmektedir. Özellikle sosyal hakların sınırlandığı ve çalışma koşullarının zorlaştığı bir "düzen". Muhtemel bazı değişikliklerle, bu kampüslerde yabancı sağlık personelinin çalışmasına olanak sağlanacak, özellikle hizmet sunumu özelleşmesinde yer alan çok uluslu şirketler, kendi

temin ettiği tıbbi teknoloji ve teknikleri kullanan personeli ithal edebilecektir. "Star transferler" dönemi gündeme gelecektir. Bu arada, kampüsler tamamlandıkça, şehir merkezinde bulunan devlet sağlık tesislerinin taşınması gündeme getirilecektir. Taşınan tesislerin, büyük şirketlere-yine ihaleye katılanlar öncelikli olabilir-alışveriş ya da iş merkezi olarak devredilmesi söz konusu olacaktır. Sağlık alanı, yerli ve yabancı sermaye gruplarına yeni bir değerilenme alanı olarak sunulalı çok zaman olmasına karşın, böylesine kapsamlı bir değerişlik şimdiye kadar yaşanmamıştı. Sağlık kampüsleri ile birlikte, kamu sağlık kurumları ve sağlık alanı, sermayenin ciddi bir istilası ile karşı karşıya kalacak, çalışanların çalışma ve yaşam koşulları bu istila ile şekillenecektir. Sağlık çalışanı örgütleri, bütünü görmeyip, tek tek önlerine konulan konularla uğraşmayı bırakıp, fotoğrafın bütünüünü kavrayıp, müdahale olanaklarını aramaları, bunu yaparken sermayenin salt sağlık alanında değil, tüm emek üzerine saldırıda bulunduğu gerçeğini akıllarından çıkarmamaları daha akılcı olacaktır"(http://www.ttb.org.tr/th/12010/index_dosyalar/yayin.htm).

4. SAĞLIK KAMPÜSLERİ HAKKINDA SAHA ARAŞTIRMASI

4.1. Araştırmanın Amacı ve Yöntemi

Araştırmanın temel amacı, Sağlık Bakanlığı'nın uygulamaya koyduğu, halk tarafından Kampus Hastaneler olarak adlandırılan kamu özel ortaklığı ile ilgili Sağlık Bakanlığı çalışanlarının tutumlarını ve bu tutumların demografik göre farklı olup olmadığını ortaya koymaktır.

Araştırma tanımlayıcı bir araştırma niteliğinde olup, araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket formu, demografik özelliklerin sorulduğu 8 soru, çalışanların bu konudaki bilgi düzeylerinin ve nereden öğrendiklerinin sorgulandığı 2 soru ile çalışanların tutumlarını irdeleyen Likert tipinde sorulmuş 19 soru olmak üzere toplam 29 sorudan oluşmaktadır. Likert ölçeğindeki sorular "5" = "Kesinlikle Katılıyorum" dan, "1" = "Kesinlikle Katılmıyorum" a kadar sınıflandırılmıştır. Verilerin istatistik programı SPSS 15.0 kullanılarak analizinde frekans dağılımları, aritmetik ortalamaya, çapraz tablolar ve ki-kare analizi teknikleri kullanılmıştır. Veri analiz programı ile yapılan hesaplamada veri toplama formu için Cronbach's Alpha 0,704 olarak hesaplanmıştır.

4.2. Araştırmanın Örneklem ve Evreni

Araştırmanın evreni Ankara Etik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan kişilerden oluşmaktadır. Anketin uygulandığı Aralık 2010'da hastanede 815 kişi çalışmaktadır. Zaman ve maliyet kısıtlılığı nedeniyle örneklem seçilmek zorunda kalınmıştır. Örneklem büyüklüğü formülüne göre ana kütleyi temsil kabiliyetine sahip örneklemen en az 261 kişiden oluşması gerektiği bulunmuştur. İşyerindeki göreve göre ankete katılanlar 3 gruba ayrılmış; hekimler için minimum örneklem büyüklüğü 65, yardımcı sağlık personeli için 103, idari, teknik ve yardımcı hizmetler sınıfı personel için 95 olarak bulunmuştur. Bunun için geri dönmeme ihtimalide düşünülerek 500 anket formu tabakalı rastgele örneklem yöntemi ile dağıtılmıştır. Aralık 2010'da yapılan araştırmada, geri dönüşü gerçekleşen 322 anket analize tabi tutulmuştur. Anketlerin cevaplanma oranı %64,4 olmuştur.

4.3. Araştırmanın Hipotezi

Araştırmanın temel hipotezi şudur:

Araştırmaya katılanların demografik özellikleri ile kampus hastanelere karşı olan tutumları arasında ilişki vardır.

4.4. Bulgular ve Tartışma

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerine ait bulgular tablo 1.'de verilmiştir.

Tablo 1. Sosyo-Demografik Özelliklere Ait Bulgular

CİNSİYETİ	SAYI	%
Kadın	150	46,6
Erkek	172	53,4
YAŞI	SAYI	%
18-29	44	13,8
30-39	172	53,8
40-49	86	26,9
50 ve üzeri	18	5,6
EĞİTİM DURUMU	SAYI	%
Orta Okul	8	2,5
Lise	74	23
Ön Lisans	56	17,4
Lisans	96	29,8
Yüksek Lisans	36	11,2
Doktora	52	16,1
GÖREVİ	SAYI	%
Uzman/Asistan/Pratisyen Tabip	76	23,8
Yardımcı Sağlık Personeli	102	31,9
İdari Personel	102	31,9
Teknik Personel	12	3,8
Yardımcı Personel	28	8,8
ÇALIŞMA SÜRESİ	SAYI	%
5 yıldan az	58	18
6-10 yıl	60	18,6
11-15 yıl	96	29,8
16-20 yıl	56	17,4
20 yıldan fazla	52	16,1
MEDENİ DURUMU	SAYI	%
Bekâr	72	22,4
Evli	250	77,6
AYLIK GELİRİ	SAYI	%
1000 TL'den az	14	4,4
1000-1500 TL	100	31,3
1501-2000 TL	86	26,9
2001-2500 TL	52	16,3
2501 TL ve daha fazla	68	21,3

Araştırma kapsamında toplam 322 kişiye uygulanan ve Tablo-1’de sunulan anket sonuçlarına göre araştırmaya katılanların %53,4’ü (n=172) erkek, %53,8’i (n=172) 30-39 yaş aralığında, %29,8’i (n=96) lisans mezunu, %31,9’u (n=102) yardımcı sağlık personeli ve aynı oranda idari personel, %29,8’i (n=96) 11-15 yıl iş tecrübesine sahip, %77,6’sı (n=250) evli ve %31,3’ü (n=100) 1000-1500 TL aylık gelire sahiptir.

Araştırmaya katılanların konu hakkında yeterli bilgiye sahip olup olmadıkları ve bu bilgiye nereden ulaştıklarına ilişkin veriler tablo-2’de verilmiştir.

Tablo 2, Araştırmaya katılanların konu hakkındaki yeterli bilgiye sahip olma ve bu bilgiyi edinme yerlerinin dağılımı,

Tablo 2. Sağlık Kampüsleri Hakkında Bilgi Durumu

YETERLİ BİLGİYE SAHİP	SAYI	%
Evet	72	22,8
Hayır	244	77,2
BİLGİYİ EDİNME YERLERİ	SAYI	%
Basın	8	11,1
Arkadaş	12	16,7
İnternet	24	33,3
Bakanlık	24	33,3
Diğer	4	5,6

Araştırmaya katılanların %77,2’si (n=244) yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişler ve yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin ise %33,3’ü (n=24) konuyu internetten, %33,3’ü (n=24) ise bakanlıktan duyduklarını belirtmişlerdir. Bu konuda bakanlığın bir bilgilendirme eksikliği olduğundan bahsedilebilir.

Tablo – 3 araştırmaya katılanların görevlerine ve eğitim durumlarına göre konu hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumlarını göstermektedir.

Tablo 3. Araştırmaya Katılanların Görevlerine Ve Eğitim Durumlarına Göre Konu Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumlarının Dağılımı

	Konu Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip misiniz?	
	Evet	Hayır
GÖREVİNİZ		
Uzman/Asistan/Pratisyen Tabip	32 (%42,1)	44 (%57,9)
Yardımcı Sağlık Personeli	16 (%16,3)	82 (%83,7)
İdari, Teknik ve Yardımcı Hizmetler Personeli	24 (%16,9)	118 (%83,1)
EĞİTİM DURUMUNUZ		
Ortaokul	0	8 (%100)
Lise	4 (%5,4)	70 (%94,6)
Ön Lisans	10 (%17,9)	46 (%82,1)
Lisans	14 (%15,6)	76 (%84,4)
Yüksek Lisans	18 (%50)	18 (%50)
Doktora/Uzmanlık	26 (%50)	26 (%50)
TOPLAM	72	244

Araştırmaya katılanlardan hekimlerin %42,1'i konu hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünürken, yardımcı sağlık personeli ile idari, teknik ve yardımcı hizmetler personelinin yaklaşık %16'sının konu hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını söyledikleri görülmüştür. Lisansüstü eğitimi olanlar ise %50 oranında konu hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılanların Sağlık Kampüslerine ilişkin tutum ve davranışlarına ilişkin veriler Tablo-4'de verilmiştir.

Tablo 4. Araştırmaya Katılanların Sağlık Kampüslerine İlişkin Tutum Ve Davranışlarına İlişkin Verilerin Dağılımı

	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%
1. Sağlık kampüsü nde çalışmak beni daha fazla motive edecektir.	35	11,6	68	21,1	130	41,9	48	15,5	28	9,0
2. Şu anda çalıştığım hastane yerine, sağlık kampüsü nde yer alan bir hastanede çalışmayı tercih ederim.	44	14,1	60	19,2	116	37,2	64	20,5	28	9,0

3. Sağlık kampüsü nün bulunacağı konum/yer, orada çalışmayı isteyip istememede önemli bir etkindir.	60	19,7	120	39,5	68	22,4	38	12,5	18	5,9
4. Hastaların hizmete erişimi Sağlık Kampüslerinde daha kolay olacaktır.	50	16,2	108	35,1	98	31,8	36	11,7	16	5,2
5. Sağlık kampüslerinde hastalar, mevcut durumda n daha kaliteli sağlık hizmeti alabileceklerdir.	42	13,8	106	34,9	94	30,9	36	11,8	26	8,6

6. Sağlık kampüsle rinin hizmete girmesi trafik sıkışıklığ ının ve stresin azaltılma sı başta olmak üzere şehir hayatını olumlu yönde etkileyec ektir.	48	15,5	100	32,3	82	26,5	46	14,8	34	11,0
7. Sağlık Kampüsl eri sağlık hizmetler inde modern işletmecil ik yönetimi ne geçişte önemli bir adımdır	54	15,5	114	36,8	76	24,5	42	13,5	24	7,7

8. Sağlık kampüsle rinde “sosyal tesis, otel, banka, iletişim merkezle ri, ulaştırma servisleri, kreş gibi” olanaklar ın bir arada olması beni psikoloji k olarak rahatlatıc aktır.	74	23,7	146	46,8	42	13,5	40	12,8	10	3,2
9. Sağlık kampüsle rinde “sosyal tesis, otel, banka, iletişim merkezle ri, ulaştırma servisleri, kreş gibi” olanaklar ın bir arada olması beni zaman zaman kullanımı açısından rahatlatıc aktır.	70	22,6	148	47,7	52	16,8	32	9,9	8	2,6

10. Sağlık Kampüslerinde kaynakların ortak kullanımı sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli sunulmasını sağlayacaktır.	38	12,3	138	44,8	78	25,3	36	11,7	18	5,8
11. Sağlık Kampüsleri çalışanları için sosyal hakların sınırlandırılmasına neden olacaktır.	26	8,4	84	27,1	118	38,1	60	19,4	22	7,1
12. Sağlık Kampüsleri çalışma koşullarının zorlaşmasına neden olacaktır.	30	9,7	84	27,1	112	36,1	64	20,6	20	6,5
13. Sağlık Kampüsleri hastaneler arasında koordinasyonun daha iyi olmasını sağlayacaktır.	38	12,3	116	37,7	110	35,7	34	11,0	10	3,2

14. Sağlık Kampüsleri yönetsel açıdan belirsizlik ortamı ve karmaşa oluşturacaktır.	29	9,6	94	30,1	114	36,5	64	20,5	10	3,2
15. Sağlık kampüsleri oluşumu kariyerimin geleceği açısından beni umutsuzlandırır.	34	11,2	50	16,4	108	35,5	82	27,0	30	9,9
16. Sağlık Kampüsleri uzak bölgelerde ikamet edenler için ulaşım sorununa neden olur.	46	14,7	108	34,6	72	23,1	64	20,5	22	7,1
17. Sağlık kampüslerinde hastaların çok daha kompleks sağlık hizmetini bir arada alacağını düşünüyorum	34	10,9	162	51,9	66	21,2	40	12,8	10	3,2

18. Sağlık Kampüsüleri sağlık hizmetlerinde dış kaynak kullanımının hızlanmasına ve daha önem kazanmasına sebep olacaktır.	40	12,8	118	37,8	108	34,6	36	11,5	10	3,2
19. Sağlık Kampüslerinde daha etkili ve verimli sağlık hizmeti sunulacaktır.	46	14,8	90	29,0	100	32,3	50	16,1	24	7,7

Araştırma verilerine göre tablo ortalaması 3,21 olarak bulunmuştur. Bu ortalama hesaplanırken “kesinlikle katılıyorum” “5”, “katılıyorum” “4”, “kararsızım” “3”, “katılmıyorum” “2”, “kesinlikle katılmıyorum” ise “1” olarak hesaplanmıştır. Anket formunda olumsuz ifadeler içeren 11, 12, 14, 16 ve 18. sorular ters çevrilerek “kesinlikle katılıyorum” “1” den “kesinlikle katılmıyorum” “5” e doğru hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılanların en çok 8. soruya katıldıkları, 15. soruya katılmadıkları ve 1. soruda kararsız kaldıkları görülmektedir.

Araştırmaya katılanlar toplam 7 soruya (1,2,11,12,14,15,19. sorulara) büyük oranda “kararsızım”; 12 soruya ise büyük oranda “katılıyorum olarak cevap vermişlerdir. Katılımcıların kararsız kaldıkları soruların genelde olumsuz ifadeler içerdiği, katıldıkları soruların ise olumlu ifadeler içerdiği görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun Kampüs Hastanelere karşı olumlu tutumları olduğu söylenebilir.

Araştırmanın 2, 5, 6, 12, 14, 15, 16, 17, 19. sorularına verilen yanıtların cinsiyete göre farklılık gösterdiği, bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). 2, 5, 6, 14, 15, 17, 19. sorulara erkeklerin kadınlara göre daha büyük oranda katıldığı; 12 ve 16. sorulara ise kadınların daha büyük oranda katıldığı saptanmıştır.

Araştırmanın 1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19. sorularına verilen yanıtların yaş gruplarına göre farklılık gösterdiği, bu farklılığın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu sorulara 30-39 yaş grubundaki çalışanların diğer yaş gruplarına göre daha büyük oranda katıldığı saptanmıştır.

Araştırmanın 9 ve 12. soruları dışında kalan sorularına verilen cevapların eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği, bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre lisans mezunlarının diğer eğitim gruplarına göre sorulara daha büyük oranda katıldığı saptanmıştır.

Araştırmanın 5, 8, 9, 13 ve 17. soruları dışında kalan sorularına verilen cevapların göreve göre farklılık gösterdiği, bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). 1. soruda hekimlerin; 3, 7, 18 ve 19. sorularda idari personelin; kalan sorularda ise yardımcı sağlık personelinin diğer görev gruplarından daha büyük oranda katıldığı görülmüştür.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık Kampüsleri hakkında hizmet sunanların bilgi düzeyleri ile bu çerçevede bakış açılarının değerlendirildiği bu çalışmada dikkati çeken ilk nokta hizmet sunanların büyük çoğunluğunun bu konu ile ilgili olarak yetersiz bilgiye sahip olduklarını belirtmiş (%77.2) olmalarıdır. Sağlık Bakanlığınca hızla yürütülen bu proje hakkında kamuoyunun ivedilikle aydınlatılması gerektiğini söyleyebiliriz.

Hizmet sunanların sağlık kampüsü hakkında neredeyse her soruda kararsızım seçeneğini yüksek oranda işaretlemiş olmaları da onların konu hakkında bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunun göstergesi olarak düşünülmektedir.

Cinsiyete göre farklılık gösteren sorular incelendiğinde kadınlar açısından özellikle uzak mesafelerde yaşamının kampüse geliş gidiş gibi bir takım zorluklar getireceği düşüncesinin hakim olabileceği düşünülmektedir. Yine kadınlar için sağlık kampüsleri erkekler göre çalışma şartları açısından daha zor olduğu belirtilmiştir. Bu durum da karmaşık ve büyük bir mekanda hizmet vermenin kadınlar açısından erkekler göre daha uğraştırıcı bir durum olabileceği düşüncesiyle açıklayabiliriz. Sağlık kampüslerinin yönetimde karmaşa ve belirsizlik yaratacağı sorusuna erkeklerin daha fazla katılması hastane yönetiminde erkeklerin sayı olarak egemen olmasından kaynaklanabileceği ile açıklanabilir.

Yaş gruplarına bakıldığında özellikle 30-39 yaş grubunun diğerlerine göre pek çok soruya (14 soru) katılıyorum cevabı verdiği görülmüştür. Bu yaş grubunda olanların kariyer hedefleri için çaba göstermekte olan ve oldukça üretken ve verimli oldukları düşüncesi ile bu durumu açıklayabiliriz.

Göreve göre farklılık arz eden sorular incelendiğinde idari personelin sağlık kampüsleri ile modern işletmecilik kurallarına geçileceği ve dış kaynak kullanımının artacağına daha fazla oranda katılmalarının sebebi olarak zaten hastanenin işletme özelliği gösteren satın alma, ihale ve benzeri birimlerinde idari personelin görev yapması ile açıklayabiliriz.

Hizmet sunanların bilgi eksikliğinin haricinde genel olarak hizmet sunanlar sağlık kampüslerine karşı olumlu tutum ve davranış sergileyecekleri söylenebilmektedir. Hizmet sunanlar sağlık kampüsleri ile daha etkili, kaliteli, ulaşılabilir, kompleks sağlık hizmeti sunumunun sağlanacağını ayrıca özel sektör tarafından verilecek olan destek hizmetleri ile kamu-özel ortaklığı adı altında hizmet sunumunun bütünleşmesini olumlu karşılamaktadır.

Bununla birlikte hizmet sunanların önemli bir kısmı sağlık kampüsleri ile sağlık hizmeti sunumunda dış kaynak kullanımının artacağını ve sağlık kurumlarının işletmecilik

esaslarına göre yönetileceği yönünde görüş bildirmişleridir. Sağlık hizmetlerinin sosyal bir hizmet olarak kamu tarafından sunulması düşüncesinden hareketle bu konu hakkında kamu otoritesinin dikkatli düzenlemeler yapması gerektiğini söyleyebiliriz.

Sonuç olarak sağlık kampüsleri hakkında kamuoyunun aydınlatılarak yukarıda bahsedilen konular hakkında soru işaretlerinin kaldırılması gerekmektedir. Özellikle sağlık kampüslerinin yönetim ve işleyiş yapısı hakkında çıkarılacak yasal düzenlemeler ile başta vatandaşlar ve hizmet sunanların bu değişim hakkında aydınlatılması sağlanmalı ve anket sorularına verilen yanıtlar dikkatle değerlendirilerek gelecekteki olası sorunların önüne geçilmeye çalışılmalıdır.

KAYNAKLAR

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

<http://www.kamuozel.gov.tr> (Erişim Tarihi: Kasım 2010),

<http://www.massiad.org.tr/NewsDetail.Asp?NewsID=402&Year=2008>

http://www.ttb.org.tr/th/12010/index_dosyalar/yayin.htm (Erişim Tarihi: Kasım 2010)

J. B. Auby, (2007) “Comparative Approaches to the Rise of Contract in the Public Sphere” Public Law.

Karasu, K., (2009), "Kamu - Özel Ortaklığı: Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi," B. Övgün (Ed.) Kamu Yönetimi:Yapı- İşleyiş - Reform (Ankara: KAYAUM Yayınları, 2009), s. 79-91.

OECD,(2008), Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money.

Tan, T., (2007) “İdari Yargı Özelleşiyor mu?,” Demokrasi ve Politika: Hukuk, Yönetim ve İktisat Üzerine – Ruşen Keleş’e Armağan, (Ed: Ayşegül Mengi), İmge Yayınevi, Ankara.

Tosun, N., (2008), “Kamu ve Özel Sektör Ortaklığı İle Sağlık Kentleri Dönemi Başlatılıyor”, Ekinci, Ö.Ş.,(Ed.), Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi.

BİR DEVLET HASTANESİNDE HASTA HAKLARI BİRİMİNE YAPILAN BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRMESİ

Öznur GÜRLEK¹ , Nurhan AYTUĞ KANBER² , Himmet ÇİÇEK³

Özet

Bu araştırma bir devlet hastanesinin hasta hakları birime 2009 yılında yapılan başvuruların incelenmesi ve hasta hakları ihlalleri konusunda sağlık ekibi üyelerinin bilinçlendirilmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Araştırmanın evrenini 2009 yılında hasta hakları birimine başvuruda bulunan 85 başvuru, örneklemini ise değerlendirmeye alınan ve sonuçlandırılan 60 adet başvuru oluşturmaktadır. Hasta hakları birimine yapılmış 25 başvuru; şikayetin başka hastane ile ilgili olması ve adres beyan yanlışlığı nedeniyle değerlendirme dışı bırakılmıştır. Veriler hasta hakları birimine yapılan başvurulardan, kişilerin kimlik bilgilerine yönelik gizlilik ilkelerine bağlı kalınarak elde edilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS 10,0 programı kullanılmıştır.

Hasta hakları birimine yapılmış 60 adet başvuru incelendiğinde, başvuruda bulunanların %51.7'sinin 41 yaş ve üzerinde olduğu, %73.3'ünün erkek olduğu, %28.3'ünün serbest meslek sahibi olduğu, %45.0'ının sağlık kuruluşunda saygınlık ve rahatlık görmekten dolayı, %51.7'sinin uzman hekimlerle yaşadığı problemler nedeniyle, %43.4'ünün polikliniklerde aldığı hizmet sonucunda başvuruda bulunduğu, başvuruların %76.7'lik kısmı hakkında hasta hakları kurulunun hasta hakları ihlali yoktur kararı verdiği saptandı. Hasta hakları birimine yapılan başvuruların %3.3'ün de ise hasta hakları ihlali vardır kararı verildiği, diğer problemlerin ise teknik konular ve sistemden kaynaklanan sorunlara bağlı geliştiği saptandı.

Sonuç olarak insana hizmet veren sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta hakları ilkelerine bağlı kalınması, hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişimin güçlendirilerek, işlevsel hale getirilmesi sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Hakları, Sağlık Hizmeti, Sağlık Personeli, Başvuru

Abstract

This research was carried out in order to analysis the application in 2009 to state hospital patients 'rights' unit and raise awareness of the health team members about patients' rights violations.

The universe of this research was made apply to patients' rights units of 85 application, in 2009, the sample was taken into consideration and concluded that the application form 60. 25 applications were made to patients' rights unit; assessment were excluded because of the other hospitals have complained and address incorrect statements. Data were obtained from applications to patients' rights unit the identity of persons adhering to privacy policies for information. The data were evaluated with the use of SPSS 10.0 statistics package program.

¹ Uzman Hemşire, Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, akdenizcicek@hotmail.com

² Uzman Hemşire, Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, naytugkanber@hotmail.com

³ Vhki, Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, cicekhimmet03@hotmail.com

60 applications to patients' rights units were examined, was determined 51.7% of them was over the age of 41, 73.3% of them were men, 16.7% of them have owned the self-employed, 28.3% of them dignity and comfort in the view of the lack of medical institutions, 46.7% of them due to a problem with the specialist, 43.3% of them taken in the clinic as a result of his service in the application, patient rights committee has decided there is no violation about 76.7% of the applications, 3.3% of the applications to patients' rights units was made in violation of the patient's rights, if other problems were noted due to technical issues and problems arising from the system.

As a result, people serving in the provision of health services in health care facilities to adhere to the principles of patient rights, communication between patients and health professionals by empowering, should be provided to be made functional.

Keywords: Patient Rights, Health Services, Health Personnel, Application.

1. GİRİŞ

Hasta hakları sağlık hizmeti alan kişilerin sağlık kurumları ve sağlık personeli karşısındaki haklarını tarif eden bir kavramdır. Bu haklar; sağlık hizmetlerinden yararlanma gereksinimi olan fertlerin sırf insan olmaları nedeniyle sahip bulundukları hakları kapsamakta ve gerek ulusal gerekse uluslararası anlaşmalarla teminat altına alınmışlardır (Teke vd., 2007: 259). Hak kavramının tanımı konusunda farklılıkların görülmesi bir yana bu kavramın tanımında henüz bir fikir birliği olmadığı söylenir. Bu bağlamda hak hukuken korunan ve sahibine bu korumadan yararlanma yetkisi tanınan menfaat, hukuken korunmasını istemek yetisine sahip bulunduğumuz çıkar olarak tanımlanabilmektedir (Görkey, 2003: 100).

Hasta hakları ile ilgili ilk bilgiler Hipokrat zamanına kadar dayansa da İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin yayınlanmasını takiben insan hakları kavramının bir alt başlığı olarak gündeme gelmeye başlamıştır. Konuyla ilgili ilk uluslar arası düzenleme Dünya Tabipler Birliği'nin 1981 yılında yayınladığı Lizbon Bildirisi'dir. Bu Bildiride hekimin hastasına karşı yaklaşımı tanımlanmakta, hastanın hekim seçme, tedavi red veya kabul etme, hastanın bilgilerinin gizliliği, ruhi ve manevi teselliye red veya kabul etme hakkı ilk defa kaleme alınmıştır (Topbaş vd., 2005: 81). Sonraki yıllarda Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Tabipler Birliği yeni bildiriler yayınlamıştır. Avrupa Birliği, Roma Şartı ile Avrupa Birliği ülkelerinde uyulması gereken hasta haklarını açıklamıştır. Türkiye'de, Avrupa Birliği sürecinin de etkisiyle, 1998 yılında "Hasta Hakları Yönetmeliği" yayınlanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan bu yönetmelik, hasta hakları konusunda oldukça geniş hazırlanmış hukuksal bir metindir. Sağlık Bakanlığı, bu yönetmeliğe işlerlik kazandırmak amacıyla, 2003 yılında "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge"yi yayınlamış ve 2005 yılında ortaya çıkan ihtiyaçlara göre bu yönergeyi yenilemiştir. Buna göre, hastanelerde ve diğer sağlık tesislerinde Hasta Hakları Birimleri ve Kurullarının oluşturulması öngörülmektedir. Hastaların sağlık hizmeti alma sürecinde ortaya çıkan şikâyetlerine çözüm bulunması, tartışılması ve sorumluların tespiti, Hasta Hakları Birim ve Kurullarına verilen görevlerdendir (Bostan, 2007: 3).

Hasta haklarını uluslararası düzeyde ilk gündeme taşıyanların hekimler olması ilgi çekicidir. Hasta haklarına, hekim ve sağlık çalışanlarının gösterdiği duyarlılığın bir işareti sayılabilir.

Hastaların hekimler karşısında yardım isteyen ve hekimin otoritesini kabullenmiş konumunda olmaları, sağlık gereksinimlerinin sadece hekimlerce karşılanabilir olması, hasta haklarının korunmasını gündeme getirmiştir. Hastanın hekim karşısındaki konumu, sosyal, ekonomik, hiyerarşik konumundan bağımsızdır. Hasta haklarının korunması, hastayla birlikte hekime de güvence sağlamaktadır. Hasta haklarının güvence altına alınmasıyla sağlık hizmetlerinde belli bir standart sağlanmış olacaktır. Böylece hekimin hastasına karşı daha özenli davranması sonucu doğacaktır. Hekim ile hasta arasındaki iletişim dolayısıyla güven güçlenecektir. Bu da hastanın kendisine uygulanacak tıbbi müdahale hakkında hekimle işbirliği yapmasını kolaylaştıracaktır (Özcan ve Özel, 2008: 50).

Hekim ve sağlık çalışanlarının iş merkezli yaklaşımı, sağlık hizmeti sunumu esnasında üzerinde uğraşılının bir insan olduğu gerçeğini çoğu zaman örter. İş önemsenirken, hastanın istek ve beklentileri geri plana atılır (Bostan, 2006: 20). Hâlbuki hasta merkezli tıp uygulamalarında, teşhis ve tedaviyle ilgili kararları daima hasta verir. Hekim veya diğer sağlık personeli, sürecin her aşamasında hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirir, neyin niçin yapılması gerektiğini, yapılması veya yapılmaması durumunda ortaya çıkacak sonuçların neler olabileceğini ayrıntılarıyla açıklar, ama hastanın yerine, hastanın adına karar vermez (Bostan, 2007: 13).

Hasta hakları, 2004 yılından sonra, ilgili çevrelerde tartışılan ve sık sık kamuoyunun gündemine gelen konular arasında yer almaya başlamıştır. Bu alanda giderek daha fazla sayıda dernek faaliyet göstermekte ve gerek halka, gerekse sağlık personeline yönelik hasta haklarıyla ilgili etkinlikler düzenlenmekte ve bilimsel araştırmalar yayınlanmaktadır. Bu araştırmaların önemli bir kısmı, Türkiye’deki hekimlerin hasta haklarıyla ilgili bilgi düzeyleri ve tutumları ile hastaların, haklarını bilme ve talep etme düzeylerini yansıtmayı amaçlamaktadır (Topbaş vd., 2005: 81). Hekim dışı sağlık çalışanlarının, hasta hakları konusundaki tutum ve davranışlarının da çok önemli olduğu bir gerçektir. Hastane ve diğer sağlık kurumlarında çalışanların büyük kısmı, hekim dışı sağlık çalışanlarıdır. Hekimin sağlık ekibinin lideri olmasına rağmen, hastalar, hekim dışı sağlık çalışanlarıyla daha uzun süreli temas kurmaktadır. Sağlık kurumlarında tıbbi ve idari işlemlerin çoğunu hekim dışı sağlık çalışanları yapmaktadır. Özellikle doğrudan hastaların iletişim kurduğu tıbbi sekreter, güvenlik görevlisi ve hemşirelerin hasta haklarıyla ilgili düşünce ve tutumlarının önemli olacağı kuşkusuzdur. Sağlık çalışanlarının hasta haklarıyla ilgili tutumlarının saptanması, önem verilmesi gereken konular hakkında bilgi verecektir (Bostan, 2007: 4).

Sağlık hizmetlerinin herkes için eşit, ulaşılabilir ve sürekli olması ise, hasta haklarının en önemli amaçlarını oluşturmaktadır. Hastalara sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanma konusunda yardımcı olmak ve sistemle ilgili olabilecek sorunların olumsuz etkisini mümkün olduğunca yok etmek ya da azaltmak gerekmektedir (Teke vd., 2007: 259). Kuzu ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, hastaların uygun hizmet alamadıklarında bu durumu ifade etmelerini engelleyen birinci faktörün, %55.7 ile “sağlık profesyonellerinden kızgın cevap almaktan korkmaları”, ikinci faktörün ise %20 ile “aldıkları hizmetin olumsuz etkileneceği endişesi” olduğu tespit edilmiştir (Kuzu vd., 2006: 290). Hasta haklarını bilmenin yanında, sağlık personelinin hastalara karşı gösterdikleri tutumlarda önemlidir. Topbaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada doktorların mesleklerini yerine getirirken hastaların bazı haklarının olduğu bilincine vardıkları, ancak bunu yaşama geçiremedikleri saptanmıştır (Topbaş vd., 2005: 83).

Sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı hastaların en temel haklarındanıdır. Bu hak tıbbi süreçler, tanı ve tedavi seçenekleri, tedavinin olası yarar ve zararları, ilaçların etki ve yan

etkileri, tedavi sonrası bakım alanlarında bilgilendirilmeyi kapsamaktadır. Çakır ve arkadaşları bir tıp fakültesi hastanesinde yatan 104 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada yakınmalarının hastalıkları ile bağlantısı hakkında 21 kişinin kısmen, 25 kişinin ise hiç bilgilendirilmediğini, hastaneye yatırılma nedenleri açısından ise 14 hastanın verilen bilgiyi anlaşılmaz bulduğunu, 18 hastanın ise hiç bilgilendirilmediğini, %21.9'unun tanıyı bilmediklerini, %33.7'sinin hastalıklarının seyri açısından bilgi sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir (Çakır vd., 2000: 231).

Bilgilendirmenin kişisel olması, hastayla karşılıklı iletişim kurulması, aydınlanmanın tam olarak gerçekleşmesi açısından önemlidir (Özcan ve Özel, 2007: 60). Bir üniversite hastanesinin dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hekim ve hemşirelerin hasta hakları konusunda tutumlarını araştıran bir çalışmada, hekim ve hemşireler için en çok kabullenilen hasta hakları tanı, tedavi risk ve seçenekleri ve taburcu olduktan sonra gerekli sağlık hizmeti konusunda bilgilendirme ile hekim ve hemşireyi ismen tanıma olarak saptanmıştır (Teke vd., 2007: 265). Yapılan başka bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının %72'si hastaların sordukları soruları gereksiz bulmakta ve %63.2'si ise hastaların agresif tepki göstermeleri durumunda, çalışanların da agresif tepki göstermelerini kısmen veya tamamen haklı gördükleri saptanmıştır (Bostan, 2007: 14). Oysa hastalara anlayabilecekleri nitelikte uygun bir anlatımla hastalığın analiz aşamasından başlayarak, tanı ve tedavi prognozu hakkında hastaya açık ve anlaşılır bilgiler vermesi hastanın en önemli haklarından biri olarak kabul edilmektedir (Topbaş vd., 2005: 83). Bulut, hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin memnuniyet üzerine etkisini saptamak için yaptığı çalışmada, doktorların iş yükünün fazla olması ve zamanı etkin kılma açısından hemşirelerin hasta ve yakınlarını bilgilendirme rolüne sahip olduğunu vurgulamıştır (Bulut, 1999: 45).

Hasta haklarının temelini oluşturan değerlerle, hemşirelik mesleğinin temel değerlerinin çok yakından ilişkilidir ve hastayla hemşire arasında bu bağlamda bir ortaklık ilişkisi söz konusudur. Hemşirelik mesleği; sağlığı koruma, geliştirme, bu amaçla eğitim ve danışmanlık yapma hizmetlerini de içerdiğinden, hasta haklarının korunması sorumluluğu bu mesleğin önemli bir yönünü oluşturmaktadır. Hemşire, hastayla daha çok beraber olan, hastayla daha yakın olan, hasta bakımını planlarken, hastanın fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlarını ele alan bir meslek üyesi olarak, hasta haklarının korunmasında da en uygun sağlık personelidir (Vural, 2003: 25).

Sağlık hizmeti veren kuruluşlarda, yoğunluğun çok fazla yaşandığı poliklinik, acil servis gibi birimlerde, sağlık hizmeti veren kişilerle, hizmet alan kişiler arasında sorunlar daha fazla yaşanabilmektedir. Sağlık kurumlarında poliklinik hizmetleri çok iyi bir şekilde organize edilmelidir. Vatandaşların bu hizmeti alırken tüm hizmet birimlerinden en ideal şekilde hizmet birimlerinden en ideal şekilde yararlanmalarının sağlanması için poliklinikler kapsamlı hizmet verecek niteliklerle donatılmış olmalıdır. Hem başvuran hasta ve hasta yakını hem de hizmet veren sağlık personeli açısından poliklinik hizmetlerinin hasta kayıt birimi, danışma birimi, karşılama ve yönlendirme hizmetleri, belirlenen sürede hizmet verme, hekim seçebilmeye yönelik bir düzenleme, hekim odaları, kabul ve muayene uygun nitelikte olması gibi standartlara sahip olması gerekmektedir (performans.saglik.gov.tr, 2010). Demir ve arkadaşlarının 2007 yılına yaptığı çalışmada poliklinik hastalarının %85.9 (415 kişi)'u sekreterliğin çalışması ile ilgili her hangi bir aksaklık yaşamadığını belirtirken, %10.6 (51 kişi)'sı “numaratör sisteminin olmaması, çalışanların ilgisiz ve kaba davranışları, yetersiz bilgi vermesi” gibi nedenlerle işlemler sırasında sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir (Demir vd., 2009: 121).

Acil serviste çalışan sağlık personeli için servis içerisinde her şey rutin olarak görülebilir. Ancak hem hasta, hem de aile için hiçbir şey rutin değildir. Hasta ve ailesi acil servis ekibinden kibarlık, iyi bir bakım, güven, temizlik ve kişisel ilgilerine anlayış gösterilmesini isterler. Hasta ve yakınlarının beklentilerine yönelik olarak yapılan bir çalışmada, hasta ve yakınları, hastanede görevli personelden beklentilerini şu başlıklar altında sıralamışlardır; hasta ve yakınlarına karşı nazik davranmaları. Bilgi ve becerileri ile hastalara güven vermeleri, doğru tanı koymaları, hastalara yeterli zaman ayırmaları ve hastaları yeterince dinlemeleri. Aynı çalışmada tıbbi tanı ve tedavi konusunda doktor ve hemşire tarafından sürekli bilgilendirilme ve isteklerinin, sorunlarının düzenli takibi ve çözülmesi de dile getirilmiştir (Gürlek, 2005: 54). Yıldırım'ın 1994 yılında yaptığı bir çalışmada hasta ve hasta ailelerinin, acil servis çalışanlarıyla yaşadıkları en önemli sorunun yeterince bilgilendirilmemek olduğu belirtilmiştir. Acil servise başvuran hastalar henüz hasta olduklarını kabullenmemişlerdir. Bundan dolayı sinirli, korku dolu ve şikayetçi olabilirler, kontrollerini kaybedip ani reaksiyon verebilirler. Bu nedenle acil servislerde çalışan sağlık personelleri hasta ve hasta yakınına psikolojik desteğin yanı sıra yapılan işlemleri açıklamalı ve durumları hakkında bilgi vermelidir. Böylece hasta ve hasta yakınlarının tepkilerini en aza indirebilir (Yıldırım, 1994: 38).

Bu araştırmada bir devlet hastanesinin hasta hakları birime 2009 yılında yapılan başvuruların incelenmesi ve hasta hakları ihlalleri konusunda sağlık ekibi üyelerinin bilinçlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GEREÇ ve YÖNTEM

Tanımlayıcı ve retrospektif olarak planlanan araştırmada verilere, hastane başhekimliğinden izin alınarak, devlet hastanesinin hasta hakları birimine 2009 yılında yapılan ve değerlendirmeye alınmış 60 adet başvurudan kimlik bilgilerine yönelik gizlilik ilkelerine bağlı kalınarak elde edilen, başvuranların yaş, cinsiyet, meslek gibi demografik özellikleri, başvuru konusu, başvuruya konu olan birim, hakkında başvuru yapılan çalışanın ünvanı, yapılan başvurunun sonucunu bildiren istatistiksel kayıtlardan ulaşıldı. Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS 10.0 paket programı ile sayı-yüzdelik hesaplama yöntemi kullanıldı.

3. BULGULAR

Hasta hakları birimine başvuruda bulunanların tanımlayıcı özelliklerine bakıldığında %51.7'sinin 41 ve üzeri yaş grubunda, %73.3'ünün erkek, %28.3'ünün serbest meslek sahibi olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Başvuruda Bulunanların Tanımlayıcı Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde%
Yaş		
25 ve altı yaş	11	18.3
26-30 yaş	6	10.0
31-35 yaş	9	15.0
36-40 yaş	3	5.0
41 ve üzeri yaş	31	51.7
Toplam	60	100
Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde%

Kadın	16	26.7
Erkek	44	73.3
Toplam	60	100
Meslek	Sayı (n)	Yüzde%
Kamu Personeli	14	23.3
İşçi	7	11.7
Emekli	8	13.3
Ev hanımı	7	11.7
Serbest meslek	17	28.3
Çalışmıyor	7	11.7
Toplam	60	100

Hasta hakları birimine yapılan başvuruların konusu incelendiğinde %45.0'nın sağlık kuruluşunda saygınlık ve rahatlık görememekten, %41.8'nin hizmetten genel olarak faydalanamama nedeniyle başvuruda bulunduğu saptandı (Tablo 2).

Tablo 2. Yapılan Başvuruların Konusu

Başvuru Konusu	Sayı (n)	Yüzde%
Hizmetten Genel Olarak Faydalanamama	25	41.8
Bilgilendirilmeme	1	1.6
Mahremiyete Uyulmaması	5	8.3
Bilgilendirilmiş Onam Alınmaması	2	3.3
Saygınlık ve Rahatlık Görememe	27	45.0
Toplam	60	100

Hakkında başvuruda bulunan kişilerin meslek ünvanlarına ilişkin verilere bakıldığında %51.7'sinin uzman hekimlerle, %20.0'nın hemşire-sağlık memurları ile yaşadığı problemler nedeniyle hasta haklarına başvuruda bulunduğu saptandı (Tablo 3).

Tablo 3. Hakkında Başvuru Yapılan Kişilerin Meslek Ünvanları

Meslek Ünvanları	Sayı (n)	Yüzde%
Başhekim Yardımcısı	3	5.0
Uzman Hekim	31	51.7
Hekim	7	11.7
Hemşire/Sağlık Memuru	12	20.0
İdari Personel	3	5.0
Bilgi İşlem-Güvenlik-Temizlik Personeli	4	6.6
Toplam	60	100

Başvuruya konu olan birime ilişkin veriler incelendiğinde hasta hakları birimine başvuran kişilerin %43.4'ünün polikliniklerden, %26.7'sinin acil servisten aldığı hizmet sonucunda hasta haklarına başvuruda bulunduğu saptandı (Tablo 4).

Tablo 4. Başvuruya Konu Olan Birim

Birimler	Sayı (n)	Yüzde%
Klinik hizmetleri	11	18.3
Poliklinik hizmetleri	26	43.4

Laboratuvar/görüntüleme	4	6.6
Otelcilik hizmetleri(yatak, barınma, yemek)	3	5.0
Acil servis	16	26.7
Toplam	60	100

Hasta hakları birimine yapılan başvuruların değerlendirilme sonuçlarına bakıldığında %76.7'sinde hasta hakları ihlali yoktur, %3.3'ünde ise hasta hakları ihlali vardır kararı verildiği, değerlendirme sonucunda başvuruya neden olan diğer durumların % 20.0'ının teknik konular ve sistemden kaynaklanan sorunlara bağlı geliştiği sonucuna ulaşıldı (Tablo 5).

Tablo V. Başvuru Sonucuna İlişkin Bilgiler

Başvuru sonucu	Sayı (n)	Yüzde%
Hasta hakkı ihlali var	2	3.3
Hasta hakkı ihlali yok	46	76.7
Teknik konular	5	8.3
Sistemden kaynaklanan sorunlar	7	11.7
Toplam	60	100

4. SONUÇ

Yaptığımız araştırma sonucunda hasta hakları birimine yapılan 60 adet başvurunun içeriği incelendiğinde kişilerin %45.0'nın sağlık kuruluşunda saygınlık ve rahatlık görmemekten dolayı, %51.7'sinin uzman hekimlerle yaşadığı problemler nedeniyle, %43.4'ünün polikliniklerde aldığı hizmet sonucunda başvuruda bulunduğu, başvuruların %76.7'lik kısmı hakkında hasta hakları kurulunun hasta hakları ihlali yoktur kararı verdiği saptandı. Hasta hakları birimine yapılan başvuruların %3.3'ün de ise hasta hakları ihlali vardır kararı verildiği, diğer problemlerin ise teknik konular ve sistemden kaynaklanan sorunlara bağlı geliştiği saptandı.

Sonuç olarak, insana hizmet veren sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta hakları ilkelerine bağlı kalınması, hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişimin güçlendirilerek, işlevsel hale getirilmesi sağlanmalıdır. hasta hakları birimlerinin sağlık personelleri arasında sadece şikayet birimi olarak algılanmaması için, söz konusu kişilerin mesleki eğitiminden itibaren hasta odaklı hizmet sunumu, profesyonel iletişim teknikleri, empati, insan ve hasta hakları konusunda bilgilendirilmeleri, mesleki yaşamları süresince bu eğitimlerin devamlılığı sağlanmalı, hastane yönetimleri tarafından sağlık profesyonellerinin çalışma koşulları iyileştirildiğinde, hastalara daha iyi ve kalite bir hizmet ortamı sağlanacağı düşüncesi göz ardı edilmemelidir.

Özellikle hizmet yoğunluğu ve karmaşanın fazla olduğu poliklinik ve acil servislerde, daha çok uzman hekimlerle bu sorunların daha fazla yaşandığı görülmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin herkes için eşit, ulaşılabilir ve sürekli olması ise hasta haklarının en önemli amaçlarını oluşturmaktadır. İnsana hizmet veren sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerini sunumunda hasta hakları ilkelerine bağlı kalınması, hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişimin güçlendirilerek, işlevsel hale getirilmesi, hastaların ve yakınlarının fikirlerine değer verilmesi, hasta odaklı yaklaşımın benimsenmesi, hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilerek kararlara katılımlarının sağlanması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

Bostan, Sedat (2006), “Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunumu”, Sağlık Hakkı Dergisi, No. 1, sayfa 20-27.

Bostan, Sedat (2007), “Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Araştırılması: Farabi Hastanesi Örneği”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt 10, No.12, sayfa 1-18.

Bulut, Hülya (1999), “Acil Servislerde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Tanımlanması”, Hemşirelikte Araştırma Dergisi, No.1, sayfa 47-55.

Çakır, Ülkü; Oğuzhanoglu, Nalan; Zencir, Mehmet; Özdel, Osman; Tıprıdamaz, Hilal; Karadağ, Filiz; Ateşçi, Figen (2000), “Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatmakta Olan Hastaların Bilgilendirilme Düzeyleri”, Düşünen Adam, Cilt 13, Sayı 4, sayfa 231-234.

Demir, Tamer; Açık, Yasemin; Kaya, Kaan; Deveci, Erhan; Pirinççi, Edibe; Yıldırım, Berrak; Oğuzöncül, Ferdane; Ozan, Tevfik (2009), “Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'na Poliklinik ya da Klinik Hizmeti Almak İçin Başvuran Hastaların Sunulan Hizmetten Memnuniyet Düzeyleri”, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, Cilt 23, No.3, sayfa 119-124.

Görkey, Şefik (2003), “Hasta hakları” Medikal Etik Dergisi, No. 4, sayfa 100-126.

Gürlek, Öznur (2005), “Hasta Yakınlarının Acil Servislerdeki Sorunları ve Hemşirelerden Beklentileri”, Afyonkocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar.

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/ozel_hastane_hks.pdf, (10.07.2010).

Kuzu, Nevin; Ergin, Ahmet; Zencir, Mehmet (2006), “Patients’ Awareness of Their Rights in a Developing Country” Public Health, Vol. 120, pp. 290–296.

Özcan, Burcu ve Özel, Çağlar (2008), “Kişilik Hakları - Hasta Hakları Bağlamında Tıbbi Müdahale Dolayısıyla Çıkan Hukuki İlişkide Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü ve Aydınlatılmış Rızaya İlişkin Bazı Değerlendirmeler”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:10, No.1.

Teke, Abdulkadir; Uçar, Muharrem; Demir, Cesim; Çelen, Özay; Karaalp, Turgut (2007), “Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi”, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, Cilt 6, No. 4, sayfa 259-266.

Topbaş, Murat; Özlü, Tevfik; Çan, Gamze; Bostan, Sedat (2005), “Hekimler Hasta Haklarını Ne Kadar Biliyorlar? Bir Tıp Fakültesindeki Asistan ve İnternlerin Bilgi Düzeyleri” Türkiye Klinikleri J Med Ethics, No.13, sayfa 81-85.