

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI

**SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ÖRGÜT KÜLTÜRÜNÜN BİR BOYUTU
OLARAK HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ: KURAM VE KONYA
İLİNDEKİ HASTANELERDE BİR UYGULAMA**

Aydan YÜCELER

054127001008

DOKTORA TEZİ

Danışman

Prof. Dr. M. Şerif ŞİMŞEK

KONYA – 2011



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



BİLİMSEL ETİK SAYFASI

| | |
|------------------------|--|
| Adı Soyadı | Aydan YÜCELER |
| Numarası | 054127001008 |
| Ana Bilim / Bilim Dalı | İşletme/İşletme |
| Programı | Tezli Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Doktora <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tezin Adı | Sağlık İşletmelerinde Örgüt Kültürünün Bir Boyutu Olarak Hasta ve Çalışan Güvenliği: Kuram ve Konya İlindeki Hastanelerde Bir Uygulama |

Bu tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını bildiririm.

Öğrencinin İmzası
(İmza)



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



DOKTORA TEZİ KABUL FORMU

| | | |
|------------|--|--|
| Öğrencinin | Adı Soyadı | Aydan YÜCELER |
| | Numarası | 054127001008 |
| | Ana Bilim / Bilim Dalı | İşletme/İşletme |
| | Programı | Tezli Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Doktora <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Tez Danışmanı | Prof.Dr. Mehmet Şerif ŞİMŞEK |
| Tezin Adı | SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ÖRGÜT KÜLTÜRÜNÜN BİR BOYUTU OLARAK HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ: KURAM VE KONYA İLİNDEKİ HASTANELERDE BİR UYGULAMA | |

Yukarıda adı geçen öğrenci tarafından hazırlanan “SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ÖRGÜT KÜLTÜRÜNÜN BİR BOYUTU OLARAK HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ: KURAM VE KONYA İLİNDEKİ HASTANELERDE BİR UYGULAMA” başlıklı bu çalışma 12/08/2011 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği/oyçokluğu ile başarılı bulunarak, jürimiz tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı Soyadı
Prof. Dr. M. Şerif ŞİMŞEK

Danışman ve Üyeler
Danışman

İmza

Prof. Dr. Adnan ÇELİK

Üye

Prof. Dr. Adem ÖĞÜT

Üye

Doç. Dr. Himmet KARADAL

Üye

Yrd. Doç. Dr. Mehmet MUCUK

Üye

(Handwritten signatures of the jury members)

TEŞEKKÜR

Hasta ve çalışan güvenliği kavramlarının sağlık kurumlarında örgüt kültürünün bir parçası olarak benimsenmesinin önemine ve gereğine inanılarak yapılan bu çalışmanın konu ile ilgili araştırmacılara olduğu kadar, sağlık kurumaları yönetici ve çalışanlarına da faydalı olmasını dilerim.

Engin bilgi ve tecrübeleriyle hem akademik hem de sosyal alanda bana öncülük eden, desteğini benden esirgemeyerek hep yanımda olduğunu hissettiğim çok değerli hocam Prof. Dr. M. Şerif ŞİMŞEK'e,

Ayrıca çalışmalarına bilgi, deneyim ve kolaylaştırıcı yaklaşımlarıyla yön gösteren, destek olan değerli hocalarım; Prof. Dr. Tahir AKGEMCİ, Prof. Dr. Adem ÖĞÜT, Prof. Dr. Adnan ÇELİK, Doç. Dr. Rıfat İRAZ, Doç. Dr. Serdar ÖGE, Doç. Dr. Aykut BEDÜK, Doç. Dr. Himmet KARADAL VE Yrd. Doç. Dr. Mehmet MUCUK'a,

Çalışmam sürecinde yardımlarıyla bana destek olan, anmayı unuttuğum kimse olmasından korktuğum için isimlerini burada tek tek yazamayacağım hocalarıma ve arkadaşlarıma,

Ve son olarak koşulsuz biçimde her anımda yanımda olan, bana güç veren canım aileme sonsuz teşekkür ediyorum.

Aydan YÜCELER

Konya, 2011

ÖZET

Günümüzde sağlık sektöründe kaliteyi artırma çabalarından en önemlisi olarak hasta ile çalışan güvenliği ve söz konusu bu kavramların sağlık kurumlarında örgüt kültürünün bir parçası olarak kabul edilmesi konusu karşımıza çıkmaktadır.

Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır. Hasta güvenliğinin amacı ise, hasta, hastane personeli ve hasta yakınlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak, güvenliği sağlamaktır.

Çalışan güvenliği konusu ise yine sağlık hizmetlerinin sunumunda kalitenin artırılması açısından önem verilmesi gereken konulardan biridir. Kişi çalıştığı kurumda, mesleki görevini yürütürken hastalığa neden olan faktörlerle karşı karşıya kalmaktadır. Sağlık personelinin gerekli sağlık hizmetlerini sunabilmesi, bunu yaparken kendini olası tehlikelerden koruyabilmesi çok önemlidir. Bunun içinde çalışan güvenliğinin öneminin hem bireyce hem de çalışılan kurum tarafından gerektiği şekilde dikkate alınması gerekmektedir.

Sonuç olarak sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliği kültürünün geliştirilmesi girişimlerinin sağlık hizmetleri kalitesinin iyileştirilmesinde ilgi odağı haline gelmesi, hasta ve çalışan güvenliğinde istenen iyileştirmelerin, sağlık hizmetlerinde kültür değişimini gerektirdiği noktasından hareketle, hasta ve çalışan güvenliği kültürünün incelenmesi ve yapılacak olan uygulama çalışmasıyla bulguların desteklenmesi çalışmamızın konusunu oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık İşletmeleri, Hasta Güvenliği, Çalışan Güvenliği, Örgüt Kültürü, Örgüt İklimi.

ABSTACT

Today, we are confronting patient and personnel safety and adoption of the said concepts as part of the organizational culture in healthcare institutions as the most important element among the efforts to improve the quality in healthcare industry.

Patient safety is the entire of set of measures taken by the healthcare institutions and the personnel in such institutions so as to prevent the damages to be caused by the healthcare services to the individuals. The purpose of patient safety is to ensure safety by creating such an environment that will positively affect the patient, hospital personnel and patient relatives in physical and psychological terms.

Personnel safety is one of the matters which also should be placed importance on in provision of healthcare services for improvement of quality. The individual encounters such factors leading to disease while carrying out his/her professional duty. It is very important for the healthcare personnel to provide the necessary health services, and to protect himself/herself from hazards while doing this. To this end, personnel safety has to be properly considered by both the individual and the employer institution.

In conclusion, the subject of our study comprises examining patient and personnel safety culture and supporting the findings with the practical study to be conducted starting from the point that the fact that the efforts to improve patient and personnel safety culture in healthcare institutions have become the focus of interest in improvement of the healthcare services and that the improvements sought in personnel safety require cultural transformation in healthcare services.

Keywords: Health, Healthcare Institutions, Patient Safety, Personnel Safety, Organizational Culture, Organizational Climate.

İÇİNDEKİLER

| | |
|-------------------------------------|------------|
| BİLİMSEL ETİK SAYFASI..... | i |
| DOKTORA TEZ KABUL FORMU..... | ii |
| TEŞEKKÜR..... | iii |
| ÖZET..... | iv |
| ABSTRACT | v |
| İÇİNDEKİLER..... | vi |
| TABLolar LİSTESİ..... | xi |
| ŞEKİLLER LİSTESİ..... | xii |
| GİRİŞ..... | 1 |

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İŞLETMELERİ VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜ

| | |
|--|-----------|
| 1.1. SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMI..... | 5 |
| 1.1.1. Sağlık Kavramı..... | 6 |
| 1.1.2. Hastalık Kavramı..... | 10 |
| 1.2. SAĞLIK HİZMETLERİ | 13 |
| 1.2.1. Sağlık Hizmeti Sektörleri..... | 17 |
| 1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Temel İlkeleri | 18 |
| 1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları..... | 20 |
| 1.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri..... | 21 |
| 1.2.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması..... | 23 |
| 1.2.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri..... | 23 |
| 1.2.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri..... | 27 |

| | |
|--|-----------|
| 1.2.5.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri..... | 31 |
| 1.2.5.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri..... | 33 |
| 1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU BAĞLAMINDA SAĞLIK İŞLETMELERİ..... | 34 |
| 1.3.1. Hizmet İşletmeleri ve Özellikleri..... | 34 |
| 1.3.2. Bir Hizmet Alanı Olarak Sağlık İşletmeleri..... | 35 |
| 1.3.2.1. Sağlık İşletmelerinin Amaçları..... | 36 |
| 1.3.2.2. Sağlık İşletmelerinin Özellikleri..... | 36 |
| 1.3.2.3. Türkiye’de Sağlık İşletmelerinin Türleri..... | 38 |
| 1.3.2.3.1. Yataksız Sağlık İşletmeleri..... | 38 |
| 1.3.2.3.2. Yataklı Sağlık İşletmeleri..... | 40 |
| 1.3.3. Hastane İşletmeleri..... | 41 |
| 1.3.3.1. Hastanelerin Amaçları..... | 42 |
| 1.3.3.2. Hastane İşletmelerinin Özellikleri..... | 44 |
| 1.3.3.3. Hastane İşletmelerinin Fonksiyonları..... | 50 |
| 1.3.3.4. Hastane İşletmelerinin Türleri..... | 54 |
| 1.3.3.4.1. Hizmet Türlerine Göre Hastaneler..... | 54 |
| 1.3.3.4.2. Mülkiyetine Göre (Finansman Kaynağına) Hastaneler..... | 55 |
| 1.3.3.4.3. Ortalama Kalış Süresine Göre Hastaneler..... | 56 |
| 1.3.3.4.4. Büyüklüklerine Göre Hastaneler..... | 57 |
| 1.3.3.4.5. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler..... | 57 |
| 1.3.3.4.6. Kuruldukları Bölgelere Göre Hastaneler..... | 58 |
| 1.3.3.4.7. Dikey Bütünleşme Basamaklarındaki Konumuna Göre Hastaneler..... | 59 |
| 1.3.3.5. Hastane Yönetimi..... | 59 |

İKİNCİ BÖLÜM

ÖRGÜT KÜLTÜRÜ VE SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ÖRGÜT KÜLTÜRÜ

| | |
|--|-----------|
| 2.1. KÜLTÜR ve ÖRGÜT KÜLTÜRÜ..... | 65 |
| 2.1.1. Örgüt Kültürünün Elemanları..... | 69 |
| 2.1.2. Örgüt Kültürünün Fonksiyonları..... | 71 |
| 2.2. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ÖRGÜT KÜLTÜRÜ..... | 72 |
| 2.2.1. Sağlık İşletmelerinde Örgüt Kültürünün Fonksiyonları..... | 73 |
| 2.2.2. Sağlık İşletmelerinde Örgüt Kültürünün Oluşturulması..... | 73 |
| 2.2.3. Sağlık İşletmelerinde Örgüt Kültürünün Oluşmasına ve Gelişmesine Etki Eden Unsurlar | 75 |
| 2.2.3.1. Örgüt İklimi..... | 75 |
| 2.2.3.2. Yönetim ve Yönetici..... | 76 |
| 2.2.3.3. İletişim..... | 77 |
| 2.2.3.4. Hasta Güvenliği..... | 78 |
| 2.2.3.5. Çalışan Güvenliği..... | 79 |
| 2.2.4. Sağlık İşletmelerinde Örgüt Kültürünün Bir Boyutu Olarak Hasta ve Çalışan | |
| Güvenliği | 80 |
| 2.2.4.1. Hasta Güvenliği Kavramı..... | 80 |
| 2.2.4.1.1. Hasta Güvenliği ve Malpraktis (Tıpta Yanlış Uygulamalar)..... | 81 |
| 2.2.4.1.2. Hasta Güvenliği Konusunda Yapılan Hata Türleri..... | 81 |
| 2.2.4.1.2.1. İlaç Hatalar..... | 81 |
| 2.2.4.1.2.2. Cerrahi Hatalar..... | 84 |
| 2.2.4.1.2.3. Hastane Enfeksiyonu ve El Hijyeni..... | 84 |
| 2.2.4.1.2.4. Hastanın Yetersiz Kontrolüne Bağlı Oluşan Hatalar..... | 85 |

| | |
|---|-----|
| 2.2.4.1.2.5. Yanlış ve Uygun Olmayan Malzeme Kullanımı..... | 85 |
| 2.2.4.1.2.6. Hastada Yabancı Cisim Unutulması..... | 85 |
| 2.2.4.1.2.7. Hastaların Düşmesi..... | 86 |
| 2.2.4.1.3. Hataların Bildirilmesi..... | 86 |
| 2.2.4.1.4. Hasta Güvenliğine Hastaların Katılımı ve Sorumluluğu..... | 87 |
| 2.2.4.1.5. Hekim ve Hemşirelerin Çalışma Koşulları..... | 88 |
| 2.2.4.1.6. Hasta Güvenliği Kültür..... | 89 |
| 2.2.4.1.7. Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi..... | 95 |
| 2.2.4.2. Çalışan Güvenliği Kavramı..... | 96 |
| 2.2.4.2.1. Sağlık Çalışanlarının Maruz Kaldıkları Riskler..... | 97 |
| 2.2.4.2.2. Hekim/Sağlık Çalışanının Hakları..... | 102 |
| 2.2.4.2.3. Çalışan Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Olarak Yapılabilecekler..... | 103 |

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ÖRGÜT KÜLTÜRÜNÜN BİR BOYUTU OLARAK HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİ ÖLÇMEYE YÖNELİK KONYA İLİNDEKİ HASTANELERDE BİR ARAŞTIRMA

| | |
|--|------------|
| 3.1. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ..... | 105 |
| 3.2. Araştırmanın Önemi, Amacı ve Varsayımları..... | 106 |
| 3.2.1. Araştırmanın Önemi..... | 106 |
| 3.2.2. Araştırmanın Amacı..... | 106 |
| 3.2.3. Araştırmanın Varsayımları ve Sorunsalları..... | 108 |
| 3.3. VERİ TOPLAMA METODUNUN BELİRLENMESİ..... | 109 |

| | |
|---|------------|
| 3.4. VERİ TOPLAMA ARACININ HAZIRLANMASI..... | 110 |
| 3.5. PİLOT ÇALIŞMA VE UZMAN GÖRÜŞÜNÜN ALINMASI..... | 111 |
| 3.6. ANKET FORMUNA NİHAİ ŞEKLİNİN VERİLMESİ..... | 111 |
| 3.7. ÖRNEK KÜTLENİN BELİRLENMESİ..... | 112 |
| 3.8. ANKET FORMUNUN UYGULANMASI..... | 113 |
| 3.9. ANKET DEĞERLENDİRME, UYGUN OLMAYAN ANKETLERİN ELİMİNE EDİLMESİ..... | 113 |
| 3.10. VERİLERİN KODLANMASI VE DÜZENLENMESİ..... | 113 |
| 3.11. İSTATİSTİKSEL ANALİZLERİNİN YAPILMASI | 114 |
| 3.12. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI..... | 114 |
| 3.13. GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ..... | 114 |
| 3.14. ARAŞTIRMA BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ..... | 116 |
| SONUÇ ve ÖNERİLER..... | 146 |
| KAYNAKÇA..... | 151 |
| EK1. İzin Belgeleri | 166 |
| EK2. Anket..... | 171 |
| EK3. CrossTab..... | 176 |

TABLolar LİSTESİ

| | |
|---|---------|
| Tablo 1.1. Negatif ve Pozitif Ayrıma Göre Sağlık Tanımları..... | 9 |
| Tablo 2.1. Sağlık Görevlilerini Etkileyen Genel Mekanik Zararlar-Travmalar..... | 98 |
| Tablo 2.2. Sağlık Görevlilerini Etkileyen Bazı Enfeksiyonlar ve Bulaşma Yolları..... | 100 |
| Tablo 3.1. $\alpha= 0.05$ İçin Örneklem Büyüklükleri..... | 112 |
| Tablo 3.2. Sağlık İşletmelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü Anketi Güvenilirlik Analizi..... | 116 |
| Tablo 3.3. Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı..... | 117 |
| Tablo 3.4. Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı..... | 117 |
| Tablo 3.5. Araştırmaya Katılanların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı..... | 118 |
| Tablo 3.6. Araştırmaya Katılanların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı..... | 119 |
| Tablo 3.7. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Birimlere Göre Dağılımı..... | 120 |
| Tablo 3.8. Araştırmaya Katılanların Mesleklerine Göre Dağılımı..... | 121 |
| Tablo 3.9. Araştırmaya Katılanların Mesleki Deneyimlerin Göre Dağılımı..... | 122 |
| Tablo 3.10. Araştırmaya Katılanların Haftalık Ortalama Çalışma Saatlerine Göre Dağılımı..... | 122 |
| Tablo 3.11. Araştırmaya Katılanların Günlük Bakım Verdikleri Ortalama Hasta Sayılarına Göre Dağılımı..... | 123 |
| Tablo 3.12. Tıbbi Hataların Meydana Gelme Sebeplerine İlişkin Katılımcıların Görüşlerinin Dağılımı..... | 124 |
| Tablo 3.13. Tıbbi Hata Durumunda Tutum Ne Olmalıdır Sorusuna Verilen Cevabın Dağılımı..... | 125 |
| Tablo 3.14. Çalıştığınız Bölümde Aşağıdaki Uygulamalar Ne Ölçüde Yapılıyor..... | 126 |
| Tablo 3.15. Çalışılan Birimlerle İlgili Olarak Çalışanların Görüşlerinin Değerlendirilmesi..... | 127-129 |
| Tablo 3.16. Çalışılan Birimlerle İlgili Olarak Çalışanların Görüşlerinin Değerlendirilmesi..... | 130 |
| Tablo 3.17. Çalışılan Birim Açısından Sağlık ve Güvenlik Tehlikelerinin Risk Düzeyleri..... | 131 |
| Tablo 3.18. Çalışılanların Çalıştıkları Birim Açısından Çalışan Güvenliğine İlişkin Algıları..... | 132 |
| Tablo 3.19. Güvenli Ekipman Kullanmama Nedenleri..... | 133 |
| Tablo 3.20. İşverene Rapor Edilen Yaralanma Vakası Sayıları..... | 134 |
| Tablo 3.21. Yaralanmalarının İşverene Rapor Edilmeme Nedenleri..... | 135 |
| Tablo 3.22. Çalışanlardan Kullanmaları İstenen Ekipmanlar..... | 136 |
| Tablo 3.23. Çalışanların Kullanmaları İstenen Ekipmanlara Yönelik Olarak Aldıkları Eğitim..... | 137 |
| Tablo 3.24. Çalışanların Kurumlarında Kendilerine Uygulanan Tıbbi Testler ve Muayeneler Hakkındaki Görüşleri..... | 138 |
| Tablo 3.25. Örgüt Kültürüne İlişkin Boyutların Cinsiyete Göre Farklılık Gösterip Göstermediği..... | 139 |
| Tablo 3.26. Örgüt Kültürüne İlişkin Boyutların Medeni Duruma Göre Farklılık Gösterip Göstermediği..... | 140 |

| | |
|---|-----|
| Tablo 3.27. Örgüt Kültürüne İlişkin Boyutların Öğrenim Duruma Göre Farklılık Gösterip Göstermediği..... | 141 |
| Tablo 3.28. Örgüt Kültürüne İlişkin Boyutların Çalışılan Birime Göre Farklılık Gösterip Göstermediği..... | 142 |
| Tablo 3.29. Örgüt Kültürüne İlişkin Boyutların Mesleğe Göre Farklılık Gösterip Göstermediği..... | 142 |
| Tablo 3.30. Örgüt Kültürüne İlişkin Boyutların Mesleki Deneyime Göre Farklılık Gösterip Göstermediği..... | 143 |
| Tablo 3.31. Örgüt Kültürüne İlişkin Boyutların Çalışma Saatlerine Göre Farklılık Gösterip Göstermediği..... | 144 |
| Tablo 3.32. Örgüt Kültürüne İlişkin Boyutların Hasta Sayısına Göre Farklılık Gösterip Göstermediği..... | 145 |

ŞEKİLLER LİSTESİ

| | |
|---|-----|
| Şekil 3.1. Araştırmada Uygulanan Yöntemler..... | 105 |
|---|-----|

GİRİŞ

Sağlık kavramı, tüm ulusların temel gelişmişlik düzeyini gösteren ve aynı zamanda toplumların ekonomik kalkınmasında da rol oynayan bir kavramdır. Ayrıca tüm ülkelerde sağlık sektörü, reel ekonomi içerisinde oldukça yüksek pay alan bir sektördür. Dolayısıyla sağlık sistemlerinde kaynakların etkin ve verimli kullanımı ve bu bağlamda da kaliteli hizmet üretimi ön plana çıkmaktadır.

Bu noktada özellikle son yıllarda sağlık hizmetleri ve hizmetlerde kalitenin artırılması çabaları önem kazanmaktadır. Sağlık sektöründe kaliteyi artırma çabalarından en önemlisi olarak hasta ve çalışan güvenliği konusu karşımıza çıkmaktadır.

Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır. Hasta güvenliğinin amacı ise, hasta, hastane personeli ve hasta yakınlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak, güvenliği sağlamaktır. Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunun her aşamasında, hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almalıdır.

Çalışan güvenliği konusu ise yine sağlık hizmetlerinin sunumunda kalitenin artırılması açısından önem verilmesi gereken konulardan biridir. Kişi çalıştığı kurumda, mesleki görevini yürütürken hastalığa neden olan faktörlerle karşı karşıya kalmaktadır. Risk faktörleri her meslek için söz konusu olmakla beraber, bazılarında kendini daha etkin olarak belli etmekte, çalışma alanı ve çalışma koşulları da bunları pekiştirmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık işletmeleri açısından söz konusu risk oldukça yüksektir diyebiliriz. Sağlık personelinin gerekli sağlık hizmetlerini sunabilmesi, bunu yaparken kendini olası tehlikelerden koruyabilmesi çok önemlidir. Bunun içinde çalışan güvenliğinin öneminin hem bireyce hem de çalışılan kurum tarafından gerektiği şekilde dikkate alınması gerekmektedir.

Dikkat edilmesi gereken önemli bir husus ise hasta ve çalışan güvenliği konusunu sağlık kurumlarında örgüt kültürünün bir parçası haline getirebilmektir. Hasta ve çalışan güvenliği kültürü, hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili olarak çalışanların paylaştığı değerler, tutumlar, inançlar, algılar ve davranışlardan meydana gelir. Hasta güvenliği kültürünün

özellikleri; liderin güvenlik konusundaki kararlılığını, hasta ve çalışan güvenliği için örgütsel kaynakların ayrılması, üretim yada verimlilik pahasına bile olsa güvenliğin öncelikli değer olmasını, iletişimin etkili ve açık olmasını, ekip çalışmasına önem verilmesini, yüksek düzeyde üretime rağmen güvensiz faaliyetlerin çok seyrek olmasını, hatalar ve problemler konusunda açıklığı ve meydana geldiğinde bunların bildirilmesini, örgütsel öğrenmeye değer verilmesini, sorunlar karşısında bireyleri suçlamak yerine sistemin performansını artırmaya odaklanılmasını içerir.

Güvenlik kültürünü geliştirmek için öncelikle onu anlamak ve şimdiki durumunu değerlendirmek gerekir. Kültür değerlendirme araçları böyle bir anlayışa olanak sağlar. Bu tür araçlarla iyileştirme yapılacak alanlar belirlenerek hasta güvenliğini destekleyen bir kültür oluşturma yönünde çalışmalara başlanabilir.

Hasta ve çalışan güvenliği kültürünün geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması şarttır. Hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitimin artırılması, mesleki yanlış davranışların saptanması ve düzeltilmesi gereklidir. Tüm personel tarafından korkmadan, çekinmeden yapılmış, fark edilmiş olan hataların bildirilmesinin sağlanması zorunludur.

Sonuç olarak hasta ve çalışan güvenliği kültürünün geliştirilmesi girişimlerinin sağlık hizmetleri kalitesinin iyileştirilmesinde ilgi odağı haline gelmesi, hasta ve çalışan güvenliğinde istenen iyileştirmelerin, sağlık hizmetlerinde kültür değişimini gerektirdiği noktasından hareketle, hasta ve çalışan güvenliği kültürünün incelenmesi ve yapılacak olan uygulama çalışmasıyla bulguların desteklenmesi çalışmamızın konusunu oluşturmaktadır.

Tüm bu hususlar ışığında hazırlamış olduğumuz çalışmamız üç bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde sağlık işletmeleri konusu incelenmiş olup bu bölümde sağlık, hastalık ve sağlık hizmetleri kavramı, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması, sağlık hizmetlerinin sunumu bağlamında sağlık işletmeleri, sağlık işletmelerinin özellikleri, sağlık işletmeleri türleri, hastaneler, hastane türleri, hastane yönetimi ayrıntılı olarak incelenmiştir.

İkinci bölümde ilk olarak örgüt kültürü ve sağlık işletmelerinde örgüt kültürü başlığı altında kültür ve örgüt kültürü kavramı, boyutları, fonksiyonları detaylı olarak ele alınmıştır. Daha sonra sağlık işletmelerinde örgüt kültürü konusundan ve unsurlarına yer verilerek, asıl konumuz olan sağlık işletmelerinde örgüt kültürünün bir boyutu olarak hasta ve çalışan güvenliği konusu detaylı biçimde irdelenmiştir.

Üçüncü ve son bölümde ise literatür kısmında yer alan hususların Konya ilinde faaliyette bulunan hastaneler açısından ne derece uygulandığı, hasta ve çalışan güvenliği algılamalarının ne boyutta olduğuna ilişkin bir araştırma yapılarak elde edilen sonuçlar ve öneriler yazılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İŞLETMELERİ VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜ

Sağlıklı olma ve sağlıklı bir çevre içinde yaşama hakkı, temel insan haklarının başında gelmektedir. Bu temel hakkın, bugünkü içeriğinden farklı olsa da, insanlık tarihi kadar eski bir geçmişi bulunmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım; 2010: 17). Başka bir ifadeyle insanlık tarihinin ilk günlerinden bu yana “sağlık kavramı” insanlar için hep önemli olmuştur. Çünkü sağlık, insan yaşamının kendisidir. Ancak toplumlar belirli uygarlık düzeyine, sağlıkla ilgili belirli hedeflere ulaştıkça sağlık kavramı da değişmektedir (Akyıldız; 1999: 2).

Bireyin yaşamının ilk şartı onun sağlığıdır. Sağlık bireyin sahip olduğu bir değeri yansıtması nedeniyle, gerek toplumun ve gerekse bireyin sosyo- ekonomik düzeyine bağlı bir gösterge olarak fizyo- psikolojik durumu gösterir (Baran; 2005: 2).

İnsan yaşamında sağlığın ve sağlık bakımının kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasının önemi ancak 20. yüzyılın sonlarına doğru anlaşılmıştır (Vefikuluçay ve Kutlu; 2004: 1). 20.yüzyılın sonlarına doğru hem toplum, hem de siyasi örgütler sağlık politikaları sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanmaktadır. Her ülke kendi ulusal hedeflerini belirleyerek, hastalıklara yakalanma oranını düşürecek, sağlığın kalitesini yükseltecek ve sağlıklı uzun ömürlü yaşam sürmeyi sağlayacak amaçlara ulaşacak stratejilerini uygulamaya koymaya çalışmaktadır (Ocakcı; 2011: 3).

Buna göre bir ülkenin sosyoekonomik gelişmişlik seviyesi büyük oranda o ülkenin sağlık ve eğitim gibi alanlardaki temel sosyoekonomik göstergelerine bağlıdır. Hem sağlıklı insanların oluşturduğu mutlu bir toplumda yaşamak, hem de somut kalkınma hedeflerini gerçekleştirebilmek için sağlıklı ve iyi eğitilmiş bireylere sahip olmak şarttır. Bu açıdan insanların sağlıklı şartlarda yaşaması ve çalışmasını hedefleyen sosyal politika tedbirleri arasında toplumların sağlık statülerini geliştirmeye yönelik politikalar önem kazanmaktadır (Kurtulmuş; 1998: 11).

Fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı bir toplum, üretime daha fazla katılacak, gelirin adil dağılıma daha fazla katkıda bulunacak, yaşam standardını kendi belirleyecek ve huzur içinde yaşamını sürdürebilecektir. Sağlık, hastalık ve rahatsızlık gibi tıbbi kavramlar, son on yıldır, felsefe, sosyoloji ve antropoloji gibi disiplinlerdeki çalışmalara odaklanmaktadır. Sağlıklı bir insan ne yapmalıdır. Sakat bir insan ne yaparak kendini koruyabilir. Hangi durumlar tıbbi

yardıml gerektirir. Ne tür sağlık hizmetleri, insanlara sağlıklarını geri verir? Bu tarz soruların cevabı net olarak belli değildir. Bu kavramlara anlam kazandırmak için sağlık, sağlık hizmeti ve sağlık kurumlarının ne anlam ifade ettiklerini incelemek gerekmektedir (Ceyhan; 2007: 3).

1.1. SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMI

Sağlık en temel insan hakkıdır. Sağlığın ırk, din, dil, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum ayırımı gözetilmeksizin doğuşta kazanılan temel bir hak olduğu uluslararası bir belgede ilk kez 1947 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün anayasasında yer almıştır. Sağlığın bir hak olması ve yaş, cinsiyet, ekonomik durum gibi her hangi bir etmene bağlı olmaksızın kişiye sağlanması zorunluluğu hükümetlere önemli bir sorumluluk yüklemiş ve bu sorumluluk 1948 yılında İnsan hakları Evrensel Bildirgesi'nde "tıbbi bakım alma hakkı" olarak tanımlanmıştır (Pala; 2004: 13).

Bunun dışında sağlıklı olmak ve sağlıklı yaşamak insanların en temel, en doğal hakkı ve vazgeçilmez arzusudur. Bir insanın hasta olması, sadece o insanı ilgilendirmez. Hastalığın, hastaya, ailesine ve topluma birçok olumsuz etkileri vardır. Sağlam bir toplum, ancak bireylerin sağlıklı olması ile mümkündür. Dolayısıyla sağlık bireyin toplum içindeki durumu ile toplumun ekonomik ve sosyal yönden gelişmesini etkiler. Öyleyse, bu hakkın en üst düzeye çıkarılması bütün toplumların sosyal bir hedefi olmalıdır (Baloğlu; 2006: 3). Toplumun oluşturdu bireylerin bedensel, ruhsal ve toplumsal refahlarını en üst düzeye yükseltmek, çevresel şartlardan kaynaklanan sağlık bozulmalarını önlemek, çalışanları kendi iş çevresinde bedensel ve ruhsal durumuna uygun yere yerleştirerek, orada muhafaza etmek, toplumsal sağlığın gerçekteştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Bircan; 2005: 46).

Sağlık ve hastalığa yüklenen anlam toplumdan topluma farklılık göstermektedir (Okay; 2009: 13). Bu bağlamda sağlık ve hastalığın algılanması her toplumun kültürünün bir parçasıdır. Toplumun "sağlık" ve "hastalık" hakkındaki değer yargıları, vaziyet alış ve inançları, kültürün özelliklerini yansıtır. Yapılan çalışmalar, bazen bir toplumda, ileri derecede hasta olan birinin dahi sağlıklı olarak kabul edilebileceği gibi bazen de hasta olmayanlara bile hasta denilebileceğini ortaya koymaktadır. Sağlık, bazılarına göre hastalığın olmaması hali olabilediği gibi, güçlülük ve zayıflık olarak da algılanabilmektedir. Bunların dışında bireylerin bir kısmı sağlığı işlevsel olarak tam olma, günlük işlerinin üstesinden gelebilme ve zindelik olarak da değerlendirmektedir (Güçlü ve Adak; 2011: 1).

Sağlık kavramına çevresel yaklaşımı geliştiren Henrick L. Blum, sağlık durumunu dört temel faktörün belirlediğini ileri sürmektedir. Buna göre; sağlığı belirleyen en önemli faktör çevredir. Bu faktörü sırasıyla yaşam tarzı, kalıtım ve sağlık hizmetleri faktörleri izlemektedir. Sağlığı belirleyen bu dört temel faktör, nüfus, kültürel sistemler, doğa ve doğal kaynaklar, ekonomik sistem ve politik sistem gibi toplumsal sistemlerin etkisi altındadır (Ceyhan; 2007: 4).

1.1.1. Sağlık Kavramı

Sağlığın tanımı, çeşitli kaynaklarda sağlığın farklı boyutları göz önüne alınarak yapılmıştır. Bu tanımların geneli bireyin yaşamını sürdürürken negatif durumda bulunmaması yönü üzerinde yoğunlaşmıştır. Sağlığın tüm boyutlarını ele alan ve sadece negatif halde bulunmaktan öte bir durumu ifade eden, kısmen eksiklik içermekle beraber, en geçerli tanım Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımıdır (www.tedavirehberi.net).

Buna göre Dünya Sağlık Örgütü'nün 1947'de resmen kabul ettiği tanımda sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil fakat fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (Hayran ve Sur; 2007: 3, Ocakçı; 2011: 3, Şahin; 2006: 84, Uludağ; 2010: 79, Kaya; 2007: 48, Tengilimoğlu vd.; 2009: 35, Narlı; 2009: 4, Kavuncubaşı ve Yıldırım; 2010: 18).

Bu tanım, Dünya Sağlık Örgütü Anayasa'sında yer alan tanım olup; -Türkiye dahil- üye tüm ülkelerce de kabul edilmiş evrensel bir tanımdır. Ülkemiz Dünya Sağlık Örgütü Anayasasını 1947 yılında 5062 sayılı yasa ile onaylamıştır. Ayrıca 1961 tarih ve 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" adlı yasa da aynı tanıma yer vermektedir. Dolayısıyla bu tanım aynı zamanda ülkemizin de yasal sağlık tanımıdır (İnceslesli; 2005: 3).

Bu yaklaşım; sağlık tanımını profesyonel sağlıkçıların belirleyici olduğu alandan çıkararak ve onu bilimsel disiplinlerin daha geniş çerçevede etkileştikleri, daha dinamik ve kapsamlı düzeye yönelten bir potansiyele de sahiptir (Güçlü ve Adak; 2011: 1). Ayrıca söz edilen sosyal iyilik hali, kişinin öznel algısına yer vermektedir ve bu bağlamda rahatsızlığın olmayışını ifade etmektedir. Sosyal iyilik halinin sağlığın bir bileşeni olarak kabul edilmesi, tıbbın yanında diğer disiplinlerin de sağlıkla ilişkilendirilmesine olanak sağlamaktadır (www.hekimsaltik.com).

Sağlıkla ilgili tanımda yer alan faktörler birbirilerini tamamlayıcı niteliktedir. Bu bağlamda bu şartlardan bir veya birkaçının olmayışı ya da iyi olmayışı, kişinin sağlığını bozar. Bazı toplumlar ise tanımda yer alan bazı şartları, inanç ve alışkanlığı doğrultusunda sağlığı bozucu olarak değerlendirmezler. Bunun aksine bazı toplumlar ise bu faktörlere yenilerini eklemekte ve mevcutlar üzerinde de hassasiyetle çalışmalar yapmaktadırlar (Durmuş ve Özdemir; 2005: 16-17).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı ilk tanımlamadan neredeyse 40 yıl sonra, 1986 yılında Ottawa'da yapılan bir toplantıda sağlık tanımına sağlığın desteklenmesi ve geliştirilmesi yönünde bir ekleme yapılmıştır. 1986 Ottawa Şartı ile sağlığı geliştirmek yalnızca sağlık sektörüne ait bir sorumluluk olmaktan çıkarılmış, sağlık için ön koşullar ve sağlığı geliştirme amaçlı politik araçlar belirlenmiştir. Sağlık ve sağlığın desteklenmesi daha dinamik bir biçimde tanımlanmıştır (Okay; 2009: 14).

Genel kabul gören bu tanım dışında sağlık kavramı objektif ve sübjektif olarak da ikiye ayrılabilir. Sübjektif anlamda sağlık, bireyin kendisini iyi hissetmesi, görev ve sorumluluğunun bilincinde olarak görevlerini yerine getirmesi olarak tanımlanabilir. Objektif anlamda sağlık ise, kişinin bir hekim tarafından gerekli inceleme, tahlil ve muayenesinin yapılmasından sonra kişiye atfedilen durum olarak tanımlanabilir (Baran; 2005: 3).

Sübjektif sağlık kavramı kişinin kendini fiziksel, zihinsel, ruhsal ve toplumsal açıdan nasıl hissettiği ve bunu algılama şeklidir. Bu koşulların varlığı ve algılama şekli birey ve topluma göre farklılık gösterir, yani sübjektiftir. Aslında sübjektif sağlıkta tanımlanan fiziksel, zihinsel, ruhsal ve toplumsal açıdan iyi hissetme durumu, bireylere, toplumlara ve bunların sahip oldukları çevre, beslenme, gelir, eğitim, gelenekler gibi koşullara bağlı olarak ortaya çıkmakta ve değişiklik göstermektedir (Mutlu ve Işık; 2005: 9).

Objektif sağlıkta ise karşımıza daha genel koşulların çıktığı görülür. Neyin hastalık olup olmadığı, sağlık kavramıyla neyin ifade edilmek istendiği konusunda özellikle bu alanda çalışan doktorlar ve tıbbi personel arasında bir görüş birliği vardır. Bu görüş birliğine göre objektif sağlık, doktor muayenesi ve yapılan test sonuçlarına göre belirlenen bir hastalığın olmayışı hali olarak tanımlanmaktadır. Bu alandaki uzman kişilerin, sağlık durumu incelenen birey konusunda sağlıklı diyebilmeleri, kişinin kendini nasıl hissettiğine bağlı olarak değil de elde edilen analiz sonuçlarına göre değerlendirilmektedir (Mutlu ve Işık; 2005: 10).

Klasik tıp anlayışına göre ise sağlık, özünde biyolojik ve psikolojik bir durumdur (Kavuncubaşı ve Yıldırım; 2010: 18). Buna göre biyolojik açıdan sağlık, “bedenin her hücresinin optimal düzeyde işlev görmesi ve her hücrenin diğerleri ile mükemmel uyum durumundaki işlev yeteneği”, psikolojik yönden sağlık ise bireyin beklenmedik bir durumla karşılaşmasında duyguları ile duruma ve çevresine gösterdiği uyum yeteneği şeklinde ifade edilebilir (İncesesli; 2005: 3).

Günümüzde sağlığın korunması ve geliştirilmesi yönüne odaklanan farklı sağlık tanımları da söz konusudur. Sağlığı bu yönden ele alan kuramcılar, sağlık durumunu; dengeli (homeostasis), ılımlı, normal, sürekli, durağan, uyumlu gibi spesifik kavramlar çerçevesinde açıklamaya çalışmaktadırlar. Bir yaklaşıma göre sağlık, vücuda enerjinin girişi ile çıkışı arasındaki dengeyi içeren bir aşama ve yapısal, kişisel, sosyal değerlerden etkilenen bir durum olarak tanımlanmıştır. Bir diğer yaklaşım ise sağlığı insanlar arası iyi ilişkiler olarak değerlendirmektedir. Sağlığı genel iyilik durumu olarak belirten bu yaklaşım yaklaşım fiziksel, ruhsal ve sosyo-kültürel olmak üzere tüm alt sistemlerin dengesinin ve insanın bunlarla uyum içinde olmasının sağlık durumunu olumlu etkileyeceğini öne sürmektedir (Tabak; 2011: 2).

“Sağlık ve Hastalık” adlı çalışmalarında, sağlığın farklı kişiler için farklı anlamlar taşıdığına, üzerinde herkesin anlaşabileceği bir sağlık tanımı geliştirmenin zorluklarına değinen Senior ve Viveash, çalışmalarındaki sağlık tanımı için Blaxter’ın 1984-1985 yılları arasında yaptığı araştırma sonuçlarını kullanmışlardır. Blaxter, yaklaşık 6300 kişinin sağlık üzerine yaptığı kişisel tanımları derlemiş ve ortak öğelerine bakarak bu tanımları dört başlık içerisinde toplamıştır. Daha sonra Blaxter bunları da negatif ve pozitif sağlık tanımları olmak üzere iki kategoride değerlendirmiştir (Alptekin; 2004: 133).

Tablo 1.1. Negatif ve Pozitif Ayrıma Göre Sağlık Tanımları

| Negatif Tanımlar | Pozitif Tanımlar |
|--|--|
| Sağlık, hastalığa dair semptomlardan uzak kalmaktır. | Sağlık, fiziksel olarak zinde/formda olmaktır. |
| Sağlık, bir hastalığa veya özre sahip olmamaktır. | Sağlık, psikolojik ve sosyal iyilik halidir. |

Kaynak: Alptekin; 2004: 134

Sonuç olarak sağlık, kimi zaman negatif bir biçimde, hastalık ve yaralanma durumunda olmama hali olarak kimi zaman da pek çok insanın ortak görüşüne dayanan normatif bir düşünce olarak, bazen de olumlu bir sağlıklı olma kavramı olarak tanımlanmaktadır. Sağlık kavramı konusunda çok sayıda görüş olduğu için, sosyo-kültürel ve tarihi etkiler değişiklikler yüzünden temel olarak üç sağlık tanımlaması ayırt edilmektedir (Okay; 2009: 14-15):

- Sınırlandırma konsepti olarak sağlık; ki burada kavram sıkı bir biçimde hastalıkla ilgili tıbbi belirleme ve teşhis ile bağlantılıdır ve biotıbbi bir paradigmaya dayanmaktadır. Bu bağlamda sağlık, “hastalık durumunun olmaması” veya “henüz hasta olmamak” olarak tarif edilmektedir.
- Bir fonksiyon olarak sağlık; bu kategoriye tüm bedensel-ruhsal dengeye uygun düşen sağlık düşünceleri veya bedenin ve kişinin kendisinin değişen çevre koşullarına esnek bir biçimde uyum sağlaması şeklinde tanımlanabilir.
- Sahip olunan en yüksek değer olarak sağlık tanımına Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948 yılında yaptığı tanım uygun düşmektedir. Ancak burada eleştirel olarak düşünülmesi gereken, sağlığın mutlak yön olarak görülmesi durumunda “sağlık zorlamasının” da yasallaştırılmış olmasıdır.

1.1.2. Hastalık Kavramı

Sağlık kavramından sonra açıklanması gereken bir diğer nokta, hastalık tanımıdır. Hastalık sözcüğünün anlamı hekim ve hekim olmayanlar için birbirinden farklıdır. Hekimler hastalığı; “Doku ve hücrelerde normal dışı yapısal ve işlevsel (fonksiyonel) değişikliklerin doğurduğu hal” şeklinde tanımlarlar. Hekim olmayanlar için sözcüğün anlamı kişilerin kültürüne ve algılamalarına bağlı olarak değişiklik arz eder. Kişinin, sağlıkla ilgili kültür düzeyi yükseldikçe tanım hekimin tanımına yaklaşır. Genellikle hastalık belirtileri, kişinin çalışmasını önleyecek düzeye çıkarsa kişi kendini hasta sayar. Sosyal bilimciler bunu şöyle belirtir: “Kişi kendisinden beklenen sosyal rolü yapamadığı zaman hasta sayılır”. Örneğin; bir kişi öksürüyorsa, hekime göre o kişi hastadır. Öksürme kişinin çalışmasını önlemiyorsa, kişi kendisini hasta saymaz. Boynunda sert, çevresine yapışık ve ağrısız bir beze olan kişi kendisinin bir sağlık sorunu olduğunu düşünmeyebilir. Buna karşın bu kişi akciğer kanserine yakalanmış ve bir kaç ay içinde ölecek bir hasta olabilir (www.ttb.org.tr).

Üzerinde durulması gereken bir diğer önemli konu sağlığın olmamasının hastalık anlamına gelip gelmediği konusudur. Başka bir deyişle bu tanıma uygun sağlık yok ise hastalık mı söz konusudur? Buna göre “sağlık” ve “hastalık” birbirlerinin zıttı olmayıp sağlıklı olmak hasta olmaktan farklı bir kavramdır. Öte yandan hastalık kavramı da duruma göre farklı anlamlara gelebilen tartışmalı bir kavramdır (Hayran ve Sur; 2005: 5).

Modern Batı tıbbının felsefesini inceleyen bazı yazarlara göre; “sağlık” kavramının “hastalık” kavramına bağımlı olarak tanımlanması yanlıştır. Sağlık ve hastalık birbirinin simetriği olamaz, çünkü pek çok hastalık var iken bir tek sağlık bulunmaktadır. Bu nedenle insanların hastalıklarının nedenlerini bulmak ve hastalıklarını tedavi etmenin yanı sıra ve belki de bundan daha önemli olan, sağlıklı olmanın temellerini tanımlamak ve sağlığı geliştirici çabalar harcamaktır (www.merih.net).

Hastalık da sağlık gibi çok boyutlu bir kavramdır. İnsandaki yaşam dengelerini tümü ile değiştirebilir. Hastalık kavramı, organizmanın yaralanması ya da çeşitli nedenlerle “Homeostatik Denge” nin bozulması olup, beraberinde fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunları da getiren bir durum olarak tanımlanabilir (İncesesli; 2005: 4). Başka bir ifadeyle hastalık kavramı “kişisel, çevresel ve sosyo kültürel etmenler nedeniyle doku, organ ve sistemlerde yaptıkları fizyolojik değişiklikler sonucu kendi görev ve fonksiyonlarını yapamaz hale gelmesi” şeklinde ifade edilebilir (Durmuş ve Özdemir; 2005: 18). Bu tanım biyolojik

anlamda doğru ve doyurucudur. Ancak hastalık sadece biyolojik bir olay değil, aynı zamanda sosyal ve kültürel bir olgudur (Akyıldız; 1999:1).

Hastalık kavramını genel olarak sağlık durumundan çeşitli nedenlerle sapma olarak tanımlamak da mümkündür (Baran; 2005: 4). Başka bir deyişle hastalık, anormal bir durum olup, bireyin, fiziksel, duygusal, entellektüel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını daha önceki haline göre azaltır ya da iyice tüketir. Hastalık bireyin, çevresi ile uyumunu, üretkenliğini, verimliliğini ve kendi içindeki denge durumlarını bozan bir olgu olarak açıklanabilir (İnceslesli; 2005: 4).

Hastalık ise genellikle bir insanın başına gelen, kendisinin dışında gelişen ve bu yüzden insanın kendisinin sorumlu tutulamayacağı ayrı bir şey olarak değerlendirilmektedir. Hastalık iki farklı anlam içermektedir (Güçlü ve Adak; 2011: 1):

- Tıp açısından hastalık (disease): Doktorun bakış açısından veya nesnel anlamda hastalık, belirli işaret ve semptomlarla kendisini gösteren patolojik bir anormalliği ifade eder.
- Toplumsal-kültürel içerikli bir kavram olarak birey açısından hastalık (illness): Sağlıksızlığın veya patolojik sürecin sonuçlarının öznel deneyim içinde bireyce algılanması ve bireyin acı, rahatsızlık duyma durumu. Görüldüğü gibi hastalığın sadece tıbbi açıdan teşhis edildikten sonraki sürecinin yanında bir de hasta açısından teşhise kadar geçen zaman içindeki öznel anlamı vardır.

Marinker'in hastalık konusundaki ayrımı şöyle özetlenebilir (Mutlu ve Işık; 2005: 180):

- Disease (hastalık), patolojik bir süreçtir; boğaz enfeksiyonu, kanser, bazen tanımlanamayan hastalıklar şizofreni gibi. Tanımlanan hastalık (disease) kalitesi biyolojik formdan uzaklaşmadan dolayı meydana gelen sapmalar sonucu ortaya çıkmaktadır.
- Illness (rahatsızlık) bir histir, tamamen kişiseldir ve kişinin kendini sağlıklı hissetmemesidir. Hastanın içsel durumuyla ilgilidir. Bazen "illness" durumlarda hiçbir "disease" durumuna rastlanmayabilir. Kişinin ağrı, huzursuzluk ve benzeri durumlarını göstermektedir. Kişinin bir hastalığı olmadan kendini rahatsız hissetmesi

ya da benzer şekilde rahatsızlık hissetmeden hasta olması olasıdır (www.hekimsaltik.com).

- Sickness ise sağlıklı olmanın dışsal ve halk modundaki ifadesidir. Sickness pazarlığı yapılan bir pozisyon, bir statü ve sosyal bir rol olarak tanımlanmaktadır.

Cassell medikal açıdan hastalık anlayışıyla (disease), hastanın bakış açısından hastalık (illness) arasındaki farkı şöyle ifade eder: Doktora giderken bireyin hissettiği rahatsızlık durumu “illness”, doktordan eve dönerken bireyin saptanan rahatsızlık durumu “disease”. Buna göre objektif anlamda hastalık kavramı herhangi bir organdaki bozukluğu, uyumsuzluğu ifade ederken, subjektif anlamdaki, bireyin sahip olduğu rahatsızlık durumunu, bu duruma kendisinin ve çevresindekilerin tepkisini yansıtır (Güçlü ve Adak; 2011: 1).

Bürger ise hasta terimini; daha önceden, şu anda veya potansiyel olarak sağlık hizmetinden yararlanmış/yararlanacak kişi olarak tanımlamaktadır. Landgraf ve diğerlerine göre hasta kavramı ilk kez 16. yüzyılın birinci yarısında tıbbi yazılarda ortaya çıkmış ve “Bir doktorun muayenesi altındaki kişi” olarak tanımlanmıştır. Buradaki hasta anlayışı, daha çok bir şeye sabreden, dayanan kişi olarak görülmekteydi; “patient” kelimesinin İngilizce anlamı olarak da “sabırlı” ifadesinin kullanılması buna dayandırılabilir (Okay; 2009: 18).

Hastalığı sadece biyolojik bir rahatsızlık olarak tanımlamak da doğru değildir. Hastalık aynı zamanda sağlık gibi psikoloji ile sosyal, ekonomik ve kültürel boyutları da içeren bir kavramdır. Fakat kültür, eğitim ve ekonomik düzeylerdeki yükselme hastalığın biyolojik bir sorunmuş gibi gözükmesine neden olmaktadır (Baran; 2005: 4).

Hastalık kavramı da sağlık kavramında olduğu gibi ayrı toplumlarda olduğu kadar aynı toplumu oluşturan bireyler tarafından bile farklı olarak değerlendirilebilmektedir. Biyolojik rahatsızlıklar dışındakilerin yok sayılması ancak ilkel toplumlarda yaşayan bireyler açısından düşünülebilir. Başka bir deyişle ancak bu toplumda yaşayan bireyler hastalığın psikolojik ve kültürel boyutları göz ardı edebilir. Günümüzde sağlık ve hastalık tüm unsurları ile birlikte ele alınmakta ve birey bu konudaki tedbirleri de almaktadır (Baran; 2005: 4).

Bu bağlamda hastalık kavramının, özellikle kişi açısından taşıdığı anlam önemlidir. Çünkü kişinin sağlık hizmetinden yararlanabilmesi için onu hizmet aramaya yönelten normal dışı bir durumun olması gereklidir. Her insanın kendisini bir algılama biçimi, buna uygun olarak ta sağlık ve hastalık anlayışı vardır. İnsanların bedenleri ya da ruhsal durumlarındaki

normal dışı belirti ve duygulara gösterdikleri tepkiler oldukça farklı olabilmektedir. Bu farklılık, kişinin içinde bulunduğu kültürün sağlık ve hastalık anlayışı ile sağlık konusundaki bilgi düzeyinden kaynaklanmaktadır (www.merih.net). Özellikle, birey tarafından algılanan “hastalık”, daha doğru bir deyişle “hasta olma durumu” bireyin sosyo-demografik özellikleri, içinde yaşadığı toplumun değerleri, kültürü ve sağlık hizmet sistemlerinden etkilenmekte, bu nedenle toplumdaki topluma, zamandan zamana farklılık gösterebilmektedir (Hayran ve Sur; 2005: 8)

Sağlık ve hastalık kavramı hakkında kişilerin ve toplumların bilgi, tutum ve davranışları ne olursa olsun sağlık bir bütündür. Tüm insanlar için sağlıklı olmak temel amaç olmalıdır. Sağlığa verilen önem, hasta olmadan önce başlamalı ve bir yaşam boyu sürmelidir. Sağlık en büyük zenginliktir. Sağlık olmayınca hiçbir şeyin önemi yoktur (Akyıldız; 1999:2).

Sağlık olgusunun bu derece önem kazandığı günümüzde, tüm dünyada sağlık sistemleri da fazla sorgulanmakta, ülkeler kendi yapılarına uygun sistemler aramaktadırlar. Evrensel olarak bir insan hakkı olan sağlık alanında hedeflenen en önemli konulardan birisi yalnızca uzun bir yaşam olmayıp, aynı zamanda yaşam kalitesinin de yükselmesidir. Bu ifade şunu anlatmaktadır, yaşam sürenizin uzaması, sizin iyi bir yaşam sürdürdüğünüz anlamına gelmez. Ortalama insan ömrü artmasına rağmen, hayattan alınan haz azalıyorsa, tamamen sağlıklı bir yaşam sürüldüğünden bahsedilemez (Ceyhan; 2007: 5).

1.2. SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık ve sağlık hizmeti sunumu, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yaratılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin sosyo-ekonomik açıdan gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetleri, sunumu, finansmanı, tedarik süreçleri ve paydaşları ile ayrı ayrı analiz edilmesi gereken çok boyutlu ve kapsamlı süreçlerden oluşmaktadır (Zerenler ve Ögüt; 2007: 501).

Sağlık hizmetleri, hayati öneme sahip, hata kabul etmeyen, doğrudan insan hayatıyla ilgili bir hizmet alanıdır. Birçok kamu hizmetiyle karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerinin üzerinde daha hassas durulması gerekmekte ve olabildiğince yüksek kalitede üretilmesi kaçınılmaz bir sorumluluk olmaktadır (Aslantekin vd.; 2007: 57).

Sağlık hizmetleri, en genel anlamıyla sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar bütünü anlamına gelir (Giray; 2011: 1, Kavuncubaşı; 2000: 24).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık hizmetleri; “belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinin yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir” (Şahin; 2006: 86). Bu tanıma göre sağlık hizmetlerini kısaca, çeşitli sağlık kurum kuruluşlarında hastalıkların teşhis ve tedavisiyle insanların mevcut sağlıklarını korunması için değişik tip sağlık personeli tarafından yürütülen çabaların tümü olarak da tanımlayabiliriz. Sağlık hizmetleri, bireye veya aileye doğrudan veya dolaylı, kamu ya da özel şahıslar tarafından sunulan hizmetlerin tümünü kapsar (Güllülü vd; 2008: 33-34).

Ülkemizde de 12.01.1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa'nın 2. maddesinde sağlık hizmetleri kavramı “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetler” şeklinde tanımlanmıştır (Turan; 2004: 3, Tengilimoğlu vd.; 2009: 38, Kavuncubaşı ve Yıldırım; 2010: 29).

Sağlık hizmetleri, insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bu durumun sürekliliğinin sağlanarak toplumun refah düzeyinin ve mutluluğunun geliştirilmesi amacı ile sunulan hizmetlerdir (Aslantekin vd.; 2007: 57).

Başka bir tanıma göre, sağlık hizmetleri; insanın sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve mental kabiliyetleri azalmış olanların sağlıklarına kavuşturulması amacıyla uygulanan tıbbi faaliyetlerdir (Gümüş, 2005; 59, Narlı; 2009: 9).

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan çalışmaların tümü sağlık hizmetleri kapsamındadır (Bircan; 2005: 46, Uludağ; 2010: 47, Öztekin; 2004: 56, Ceyhan; 2007: 7, Devebakan; 2007: 52, Şahin; 2006: 86)

Bu bağlamda sağlık hizmetleri, sağlığı korumak ve geliştirmek; hastalıkların oluşumunu önlemek; hastalananlara olanakların elverdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek; sakatlıkları önlemek; sakatlananlara tıbbi ve sosyal esenlendirici hizmet sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin tümüdür (Pala; 2004: 18, Tengilimoğlu vd.; 2009: 38).

Sağlık hizmetleri, bireye ve aileye doğrudan ve dolaylı sunulan hizmetlerin tümünü kapsar. Doğrudan sağlık hizmetleri, sağlık ocağı, hastane gibi sağlık kuruluşlarınca kişilerin hasta olmamaları ve sağlıklarını korumaları için yapılan hizmetlerle, hasta olduklarında iyileştirilmelerine yönelik, doğrudan kişilere ve çevrelerine yapılan hizmetlerdir. Dolaylı sağlık hizmetleri ise, uzun dönemde kişilerin ve toplumun sağlığına etki eden hizmetlerdir. Eğitim hizmetleri, ekonomik kalkınma faaliyetleri, teknolojik gelişmeler, şehirleşme dolaylı sağlık hizmetlerine, aşı, muayene, tedavi, aile planlaması da doğrudan sağlık hizmetlerine örnek verilebilir (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 2).

Yapılan bu tanımların özellikleri şu şekilde özetlenebilir (Tengilimoğlu vd.; 2009: 38):

- Sağlık hizmetleri faaliyetleri “kişilerin sağlığının korunması” ve “ teşhis, tedavi ve bakım” olmak üzere iki ana grupta toplanmaktadır.
- Sağlık hizmetleri kişisel olarak ya da kurumsal olarak sunulabilir. Gelişmiş ülkelerde üst düzeylerde kurumsallaşma söz konusu olduğundan, sağlık hizmetlerinin örgütler tarafından sunulması daha yaygındır. Özellikle, sunulan son hizmetin bir ekip ile üretilmesi ve daha etkin sunulabilmesi kurumsal düşünmeyi ve uygulamayı zorunlu kılabilir.
- Sağlık hizmetleri hizmet kavramı için geliştirilmiş tüm özelliklere sahip olmakla beraber, bazı farklı özelliklere de sahiptir. Sağlık hizmetlerinin tanımı gereği bu sektördeki kuruluşları belirlemek ve sınıflandırmak oldukça zordur.
- Sağlık hizmetleri kamu ya da özel şahısların sunmuş oldukları hizmetlerdir. Değişim sürecinin kar amacı taşıması ya da taşıması önemli değildir. Önemli olan, hizmet aracılığıyla ihtiyaçların doyuma ulaştırılmasıdır ki, bu da sağlık hizmetlerinin ana amaçlarından biridir. Bu yönüyle sağlık hizmetleri sektöründe kar amaçlı ticari kuruluşlar olduğu kadar, kar amacı gütmeyen kuruluşlarda yer almaktadır.

Sonuç olarak sağlık hizmetleri, sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar olarak tanımlanabileceği gibi; bireylerin ve toplumun sağlığını korumak, bireylerin hastalanmaları durumunda tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tamamı olarak da tanımlanabilir (Tatarlı; 2007: 6).

Sağlık hizmetlerinin herkese, eşit, ulaşılabilir ve memnuniyet sağlayacak bir düzeyde verilmesi gerekir. Ancak, bu hizmetlerin, hizmeti alması beklenen kişilerce kabul edilebilir ve kullanılabilir olmalıdır. Toplumun kültürüne, alışkanlıklarına ve beklentilerine uygun olmayan sağlık hizmetleri, toplum tarafından benimsenmez ve kullanılmaz. Başka bir ifade ile sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve yürütülmesinde toplumun özelliklerinin ve beklentilerinin bilinmesi ve bunların dikkate alınması, sağlık hizmetlerinin kullanımını ve verimini artırır (Bıyıklı; 2007: 5-6).

Sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde gerçekleştirilmesinin toplumun hangi kesimlerine, hangi kuşaklara hatta hangi uluslara ve hangi çağa kadar ulaşacağı belli olmayan dışsal yararları bulunmaktadır. Buna karşılık sağlık hizmetlerinin yeterince gerçekleştirilememesinin hastanın yalnızca eşi ve çocukları üzerinde değil belki de toplumun birçok kesimi üzerinde olumsuzluklar sergilediği görülebilecektir (Bircan; 2005: 47-48).

Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin sunulmuş biçimi, ülkelerin sosyoekonomik kalkınmışlık düzeylerini belirleyen önemli göstergelerdir (Aslantekin vd.; 2007: 57). Bu bağlamda sağlık hizmetleri, toplumların gelişmişlik seviyelerine paralel olarak gelişme göstermektedir (Altay; 2007: 34). Toplumların refah düzeyleri yükseldikçe, sağlığa verilen önem de artmakta, kişiler daha fazla harcama yapmakta, ülkeler sağlık giderleri için bütçelerinden daha fazla kaynak ayırmaktadırlar (Tatarlı; 2007: 6).

Ayrıca sağlık ve hastalık kavramını açıklarken belirttiğimiz, toplumların sağlık ve hastalık konusuna bakışlarının kültürel algılamalar ve sosyal yaşamlar doğrultusunda değişim göstermesi hususu sağlık hizmetlerinin kapsamını ve çeşitliliğini de etkilemektedir. Günümüzde bilimsel kriterlere göre yönlendirilen, tanı ve tıbbi tedavi süreçlerini kapsayan “batı tipi” sağlık hizmetleri anlayışı yaygındır. Bunun dışında kalan ve çoğunlukla şifacılık, bitkisel ve metafizik kürler vb. şekilde görülebilen ve ağırlıklı olarak Doğu (Çin, Asya) tıbbi ya da “alternatif tıp” olarak bilinen tarzda sağlık hizmeti üretimleri de söz konusudur. Ancak genel kabul gören ve ülkemizde de yaygın olan bilimsel kriterler ışığında bulgulara ve neden

sonuç ilişkilerine dayanan “batı tipi tıp anlayışı”, sağlık politikalarını ve uygulamalarını yönlendirmektedir (Altay; 2007: 34).

1.2.1. Sağlık Hizmeti Sektörleri

İnsanların hastalık anlayışına bağlı olarak yararlandıkları sağlık hizmetleri de doğal olarak farklılık göstermektedir. Bu anlamda gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun hemen hemen her toplumda insanlara sağlık hizmet sunan başlıca 3 sektör bulunduğu görülmektedir:

- **Halk sektör:** Sağlık ve hastalık konusunda resmi bir eğitim-öğrenim görmemiş, ancak çeşitli özellikleri nedeniyle çevreleri tarafından uzman kabul edilen kişilerden oluşmaktadır.

Kırıkçı- çıkıkçılar, diş çekenler ve protezciler, ara ebeleri ve bel çekenler bu sektörde hizmet verenlere örnektir. Halk sektörü, bilimsel tıp ve resmi sağlık örgütleri tarafından reddedilen ve yasal olmayan bir sektördür. Bununla birlikte, ülkemizde yaygın bir alan oluşturduğu gerçektir.

İnsanlar, özellikle bilimsel tıbbın yetersiz kaldığı bazı durumlarda bu sektörden hizmet almaya yönelmektedir. Bilimsel ve resmi tıp bu sektörü yok saysa da varlığını sürdürmesi hatta güçlendirmesi nedeniyle bu sektörün iyi incelenmesi gerekir. Halk sektöründeki bazı uygulamaların binlerce yıllık geçmişi olabildiği, örneğin akupunktur gibi bir uygulamanın günün birinde profesyonel sektör tarafından benimsenebildiği görülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, bu sektörü reddetmek yerine incelemek ve sağlık için yararlı olabilecek bazı uygulamaların kazanılması gerektiğini önermektedir. Bu öneri doğrultusunda, örneğin, ara ebeleri pek çok ülkede, profesyonel sektörün sağlık insan gücü arasında sayılmaktadır (Hayran ve Sur; 2005: 10-17).

- **Popüler sektör:** Sağlık ve hastalık konusunda herhangi bir eğitim-öğretim görmemiş, dolayısıyla uzmanlığı olmayan, ancak yaşları ya da hayata ilişkin bilgileri nedeniyle kendilerine danışılan kişiler popüler sektörü oluşturmaktadır.

Hemen her insan, bedeninde olağan dışı bir durum gördüğünde ya kendi kendine bir önlem veya ilaç alır ya da güvendiği bir kişiye danışır. Danışılan kişi, ana, baba, ailedeki yaşlı bir kişi ya da herhangi bir arkadaş olabilir. Çoğu zaman bu danışmanlardan alınan cevaplar tatmin edici olur ve uygulamaya konulur.

Popüler sektör çok yaygın olup hemen hemen herkesin hizmet aldığı bir sektördür. Dünya Sağlık Örgütüne göre, bir toplumdaki sağlık hizmetlerinin azımsanmayacak bir kısmı bu sektör tarafından verilmektedir. Yapılan araştırmalara göre herhangi bir zamanda, toplumun dörtte üçünün sağlıkla ilgili bir yakınması olduğu halde bunların ancak üçte biri yardım için hekime başvurmaktadır. Hekime başvurmayan büyük çoğunluk ya geleneksel uygulamaları denemekte, ya da kendi kendine ilaç kullanmaktadır. Kullanılan ilaçlara bazen kendisi karar vermekte bazen yakınlarının önerilerine uymakta bazen da eczacıya danışmaktadır (Hayran ve Sur; 2005: 10-17).

- **Profesyonel sektör:** Özel bir eğitim-öğretim görerek uzman olan ve uzmanlığı resmi makamlarca kabul edilip belgelenen sağlık personelinin oluşturduğu sektördür.

Hekim, hemşire, eczacı, diş hekimi, fizyoterapist ve daha pek çok meslek grubu bu sektörde yer almakta ve mevzuatta belirlenmiş sınırlar dahilinde sağlık hizmeti vermektedir. Toplumlar içerisinde üretilen ve tüketilen toplam sağlık hizmetinin pek azı bu sektör tarafından verilmektedir (Hayran ve Sur; 2005: 10-17).

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Temel İlkeleri

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak temel bir insan hakkı olduğuna göre, ülke sınırları içinde yaşayan herkesin bu hizmetleri eşit olarak almalarını sağlamak devletin görevlerindedir. Ancak, bu ilkedeki eşitlik kavramını, herkesin aynı miktarda hizmet alacağı biçiminde algılamamak gerekir. Anlatılmak istenen, herkesin sağlık hizmetinden yararlanabilme olanağının ve şansının eşit olmasıdır (Narlı; 2009: 14)

Sağlık hizmetlerinin toplumsal anlamda etkili olabilmesi, yani toplumun sağlık statüsünde arzulanan değişiklikleri yaratabilmesi için birtakım özelliklere sahip olması gereklidir. Sağlık hizmetlerinin hem makro hem de mikro düzeyde planlanması, organize edilmesi ve sunulmasında eşitlik ilkesi yanında aşağıdaki ilkelere dikkat edilmesi yarar sağlar. Söz konusu ilkeler şöyle sıralanabilir (Kavuncubaşı; 2000: 64);

- **Hizmetlerin Var Olması:** Sağlık hizmetleri, nerede yaşarlarsa yaşasınlar, kişilerin kolayca ulaşabilecekleri kadar yakınlarında ve gereksinim duydukları her anda erişebilecekleri biçimde örgütlenmelidir. Yani sağlık hizmetleri herkese, her yerde ve her zaman verilmelidir (Öztek, 2004: 94). Ayrıca hizmeti sunanlar da ihtiyaç

duydukları, ilaç, araç-gereç,hizmetler ve diğer sağlık profesyonellerine ihtiyaç duydukları an, yer ve zamanda kolayca ulaşabilmelidirler (Kavuncubaşı, 2000: 65).

- **Hizmetin Kabul Edilebilir Olması:** Sağlık hizmetlerinin var olması, kişilerin o hizmeti kullanacakları anlamına gelmez (Narlı; 2009: 14-15). Sağlık hizmetlerinin sunum tarzı, bireylerin beklentilerine, değer ve normlarına uygun olmalıdır. Sağlık hizmetleri yeterliliği bulunan personel tarafından bilimsel standartlara uygun olarak sunulmuş olsa bile, yeterli bilgilendirilmeme, personelin güven telkin etmemesi, nazik davranmaması gibi nedenlerden dolayı bireyler hizmeti kabul etmeyebilirler (Kavuncubaşı, 2000: 66).
- **Entegre Sağlık Hizmetleri:** Sağlık hizmetleri, yalnızca tedavi hizmetleri anlamına gelmemektedir. Sağlık düzeyini geliştirmek için birey ve toplumun sağlık durumlarının sürekli takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gereklidir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliği, sağlık hizmetlerinin entegre olmasıyla başarılabilir. Bir ülkede çok sayıda sağlık kurumu bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde sürekliliği sağlamak için sağlık kurumları arasında eşgüdümün (koordinasyon) sağlanması gereklidir. Sağlık hizmetlerinde eşgüdümü sağlamak için, bölgesel ve ulusal boyutta sağlık hizmetleri planlamasına ve organizasyonuna gereksinme duyulur (Narlı; 2009: 15). Günümüzdeki sağlık hizmetleri anlayışı, dar bölgede çok yönlü hizmet veren sağlık örgütleri kurmaktır. Yani, eskiden ayrı ayrı kuruluşlar tarafından verilmekte olan hizmetleri bir tek kuruluşta verilecek şekilde toplamak, entegre etmektir (Öztek; 2004: 94).
- **Ekip Anlayışı:** Sağlık hizmetleri hiçbir meslek grubunun tek başına verebileceği hizmetler değildir. Bu hizmetler, ancak bir ekip tarafından yürütülebilir. Ekip, bilgileri, becerileri, yetkileri ve sorumlulukları yönünden birbirlerini tamamlayarak, aynı amaç için bir arada çalışan farklı meslek mensupları olarak tanımlanabilir (Narlı; 2009: 16).
- **Kademeli Hizmet Anlayışı:** Sağlık kurumları, hizmet kapsamlılığı bakımından farklılaşmaktadır. Hizmet kapsamı, verilen hizmetler çeşitliliği ve veriliş sürecinde kullanılan bilgi ve teknoloji anlamına gelmektedir. Daha genel olarak hizmet kapsamı, bir sağlık kurumu veya programı tarafından sağlanan hizmetlerin sayısı, türü, yoğunluğu veya karmaşıklığı olarak tanımlanabilir. Bir sağlık kurumunun, bütün

hastalıkları tedavi etmesi olanaksızdır. Örneğin, üniversite hastanesinde sağlanan tüm teşhis ve tedavi hizmetlerinin bir sağlık ocağında verilmesi mümkün değildir (Kavuncubaşı, 2000: 68).

- **Kalite:** Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmet sunum tarzının, bireylerin beklentilerine değer ve bilimsel normlara uygun olmasıdır. Kaliteye uygunluk, verilen hizmetin meslek modaları ve kalite kurumları tarafından belirlenmiş standartlara uygun olmasını gerektirmektedir (Narlı; 2009: 17).
- **Süreklilik:** Sağlık hizmetleri, yalnızca tedavi hizmetleri anlamına gelmemektedir. Sağlık düzeyini geliştirmek için birey ve toplumun sağlık durumlarının sürekli takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gereklidir (Kavuncubaşı, 2000: 66-67).
- **Verimlilik:** Verimlilik, sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların rasyonel kullanılmasıdır. Verimlilik aracılığıyla sağlık hizmetleri maliyetleri düşürülebilir, ihtiyaç duyulan hizmetlere kaynak sağlanıp bireylerin hizmetlerden yararlanma olanakları artırılır (Narlı; 2009: 18).

1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları

Sağlık hizmetleri sunumunun temel amacı, toplumdaki tüm bireylerin sağlıklı olması için çaba göstermek, bireylerin sağlık hakkını güvence altına almak ve bireylerden üretim faktörü olarak yararlanılmasını sağlamaktır (Turan; 2004: 4).

Bu nedenle sağlık hizmetlerinin adil ve dengeli bir biçimde toplumun tümüne, hizmetin türüne göre doğrudan ve dolaylı olarak ulaştırılması hedeflenmektedir. Bu hedeften hareketle, sağlık hizmetlerinin önemli görülen diğer amaçlarının bir kısmını şu şekilde sıralamak mümkündür (Tatarlı; 2007: 12, Güllülü vd.; 2008: 39-40, Uludağ; 2010: 47, Bircan; 2005: 46-47, Narlı; 2009: 10):

- Toplumun sağlık standardını yükseltmek,
- Kişilerin hasta olmaması için gerekli tedbirleri almak,
- Hastalığı mümkün olduğunca azaltmak, hasta olanların en kısa sürede sağlıklarına kavuşmalarını sağlamak, tedavilerini yapmak,

- Tedavi edilemeyerek sakat kalan hastaların iyileştikten sonra topluma uyumlarını ve başkalarına bağımlı olmadan kendi kendilerine yeter biçimde yaşamalarını sağlamak, bir başka deyişle onları rehabilite etmek,
- Kaynakları sınırlı olan kesimin sağlıkla ilgili konulara katılımını sağlayabilmek ve artırabilmek,
- Toplumdaki herkesi ilgilendirdiği için sürekli olarak ve günün her saatinde yararlanılabilecek biçimde örgütlenebilmek.

1.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık alanında üretilen mal ve hizmetler ekonomik olarak üretilen mal ve hizmetlerden farklılık göstermektedir (Güllülü vd; 2008: 34). Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden farklı, önemli ve çok yönlü özellikleri bulunmaktadır (Altay; 2007: 35). Bu farklılıklar, sağlık hizmetlerinin kendine özgü özelliklerinden kaynaklanır. Sağlık hizmetlerini diğer sektörlerden ayıran özellikler şöyle sıralanabilir (Pala; 2004: 29-31, Tatarlı; 2007: 11, Bircan; 2005: 50-53, Karaca; 2006: 17-20, Güllülü vd; 2008: 34-38, Tengilimoğlu vd.; 2009: 39, Narlı; 2009: 11-12, Ceyhan; 2007: 16, Uludağ; 2010: 80-81):

- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır. Sağlık hizmetleri sosyal devletin bir gereği olarak, tümüyle serbest piyasa düzeninin işleyişine bırakılmayıp, devlet tarafından sağlık hizmetlerinin sunulması sürdürülür.
- Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekim saptar. Sağlık hizmetleri alanında hizmetin ne zaman, nasıl ve ne kadar verileceğine hizmeti alan değil, hizmeti sunan karar verir.
- Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur. Sağlık hizmetlerinde hizmet sonucu elde edilecek tatmin, diğer hizmet türleri ile kıyaslandığında daha belirsizdir.
- Sağlık hizmetleri hata ve belirsizliklere karşı duyarlıdır. Verilen hizmetler, insan hayatı ile ilgilidir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde “iş ilk seferde ve doğru biçimde” gerçekleştirme ilkesi benimsenmiştir. Özellikle kazalarla (iş kazası, trafik kazası, ev kazası, deprem...vb) ilgili olarak gerekecek hizmetlere kimin ne zaman gereksinim

duyacağı önceden öngörülemez. Kuşkusuz bu özellik kazalarla sınırlı değildir. Birçok hastalık için de aynı özellik geçerlidir.

- Sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir. Gerek acil durumlarda gerekse rutin uygulamalar için sağlık hizmetlerinin ertelenmesi kişinin sağlığını olumsuz etkiler ve yaşamının geri kalan kısmında kişinin sağlıksız olmasına, sakat kalmasına ya da yaşamını yitirmesine yol açabilir.
- Tıp mesleğini yerine getirenler için uyulması zorunlu olan ahlaki ve sosyal standartlar vardır. Sağlık hizmetlerini önceden deneme ve test etme olanağı yoktur. Bu nedenle, hizmeti veren – hizmeti alan ilişkisi tamamen güven unsuruna bağlıdır.
- Sağlık hizmetlerini arz edecek olan kişiler, belli bir uzmanlık eğitimi almadıkları sürece sağlık hizmetleri piyasasına giremezler.
- Sağlık hizmetleri, diğer mal ve hizmetlerle ikame edilememe özelliği göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin yerine başka bir hizmet konamaz; sağlık hizmetleri parasal değeri daha az olan bir hizmet alanı ile değiştirilemez ve bu özellik sağlık hizmetlerini diğer üretim ve hizmet sektörlerinden ayıran özelliklerden biridir.
- Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez. Sağlık hizmeti sürecinde çıktı, maksimum kara çevrilemeyen nitelikte bir sonuçtur; kişi iyileşir, sakat kalır ya da hiç istenmeyen bir sonuç olarak yaşamını yitirebilir. Bu nedenle sağlık hizmeti çıktısı aslında paraya çevrilemez, pazarlığı da yapılamaz.
- Sağlık hizmetlerinde talebin fiyat esnekliği düşüktür. Şöyle ki; bir ekonomik malın talep esnekliği, o malın fiyatındaki bir değişimin, talep miktarında oluşturacağı değişmeyi ölçmektedir. Sağlık hizmetleri ikame edilemeyeceğinden, fiyat yükselişi nedeniyle bu hizmetlerin tüketiminden vazgeçmek mümkün olmamaktadır.
- Sağlık çalışanları üzerinde tam ve etkin bir denetim mekanizması yoktur.
- Sağlık hizmetlerinde kalite ön planda olmalıdır, bu da hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara, hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelmektedir.

- Sağlık hizmetlerinde verimlilik dikkate alınmalıdır. Bu da, sağlık hizmetine ayrılan kaynakların rasyonel kullanılması anlamına gelmektedir.
- Diğer özellikler (garantisi yoktur, önceden test edilemez, hata tolare edilemez, hizmetlerin yetersizliği toplumsal sorunlara yol açar, dışsal fayda ya da zarar söz konusudur vb.)

1.2.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri dünyanın birçok ülkesinde uzun yıllar sadece hastalıkların tedavisi şeklinde anlaşılmış, ancak giderek çeşitli hastalıklar ve mikroplarla mücadele, çevre sağlığı ve hijyen konusundaki gelişmeler ya da hastalıkların bulaşma süreci ve süresi konusundaki bilgilerin artması gibi nedenlerle sağlık hizmetlerinin farklı alanlarda yoğunlaştığı gözlenmiştir. Birey sağlığının toplum sağlığı ile sıkı ilişki içinde olduğu anlaşılacak geniş halk kitleleri tarafından tedavi edici hizmetlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerine de daha fazla önem verilmeye başlanmıştır (Kurtulmuş; 1998: 83).

Sağlık kuruluşlarının verdikleri hizmetler bir bütündür. Bölümlerine ayırmak mümkün değildir (Güllülü vd., 2008: 40). Ancak sağlık hizmetleri bir bütün olmakla beraber anlaşılabilirliği sağlamak amacıyla literatürde ayrımlara gidildiği görülmektedir. Buna göre sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon (esenlendirme) hizmetleri ve sağlığı geliştirme hizmetleri olmak üzere dört ana başlık halinde incelenebilmektedir (Pala; 2004: 19, Kırılmaz vd.; 2005: 20, Gümüş; 2005: 63, Akdur; 2006: 17, Tatarlı; 2007: 6, Bıyıklı; 2007: 7, Narlı; 2009: 18, Ceyhan; 2007: 12, Kaya; 2007: 48, Şahin; 2006: 88, Kavuncubaşı ve Yıldırım; 2010: 29).

1.2.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, halk sağlığı hizmetleri veya temel sağlık hizmetleri adı altında sunulan hizmetlerdir (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 3).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu kamu otoritesinin temel sorumluluk alanı içinde olup (www.ukdk.org) sosyal devletin en önemli görevidir. Bu tür hizmetlerle toplumda hastalık ihtimalinin azaltılması hedeflendiğinden, ödeme gücüne bakılmaksızın toplumun tüm fertleri bu hizmetlerden yararlanmaktadır (www.ab.org.tr). Koruyucu sağlık hizmetlerinde kamusal nitelik çok daha belirgin ve ağırlıklıdır. Hizmetlerin sağlanması sonucu doğan fayda, ondan yararlanan kimsenin dışına taşmakta ve kısmen topluma mal olmaktadır. Dolayısıyla

koruyucu sağlık hizmetlerinden elde edilen sosyal fayda, özel faydadan daha fazladır (Bircan; 2005: 57-58).

Koruyucu sağlık hizmetleri, insanların hasta olmasını önleyecek bir takım tedbirlerle, tehlike meydana gelmeden tehlikeye karşı mücadeledir (Gümüş; 2005: 64, Tengilimoğlu vd.; 2009: 44). Tehlikenin önlenmesi, temelde fert ve toplum güvenliğine bir katkıyı ifade etmektedir. Gelecekteki muhtemel hastalık ve sakatlığın riskini, ciddiyetini ve süresini en aza indirecek veya engelleyecek, hastanın farkında olmadığı hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce teşhis edip tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayan hastalık öncesi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (www.ab.org.tr, Güllülü vd.; 2008: 41-42).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir boyutu da koruyucu hekimlik sistemine dayanmakta olup, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre; "Bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu ve gelişimini, toplumun organize edilmiş çabalarıyla önlemenin yanı sıra, bireylerin ve bunların ailelerinin sağlığından sorumlu olan iyi bir hekim tarafından bağışıklama, sağlık eğitimi ve benzeri çabalarla herkes tarafından, bir bütün olarak toplum sağlığını daha iyiye götürmek için tüm olanaklar kullanarak yapılan hekimliktir" (Altay; 2007: 34). Burada amaç hastalık ya da bozukluğun ortaya çıkmasını önlemektir, bunun için hastalık nedeninin bilinmesi ya da saptanması gerekir. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele buna en iyi örnek olup böyle bir durumda korunma, ortamdaki mikrobun etkisizleştirilmesi ya da tamamen yok edilmesi yoluyla sağlanır (Akyıldız; 1999: 31).

Yapılan bu tanımlar ışığında koruyucu sağlık hizmetlerinin özellikleri birkaç madde halinde şöyle sıralanabilir (Tengilimoğlu vd.; 2009: 47):

- Sunumu tedavi edici hizmetlere göre daha etkin ve ucuzdur
- Uygulaması daha kolaydır
- Sunumda fazla araç gereç ve personele ihtiyaç yoktur
- Hastanelerin hasta yükünü azaltır
- İşgücü kaybını asgariye indirir
- Bu hizmetlerin sunumunda aynı zamanda çevre de düzenlenmiş olur.

Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere iki grupta ele alınır (Uludağ; 2010: 52).

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, doğrudan bireylere yönelik temel sağlık hizmetleri ya da birinci basamak sağlık hizmetleri diye de adlandırılan hizmetlerdir (Gümüş, 2005; 64-65). Bu grup hizmetler özellikle sağlık sektörünce yürütülmesi gereken hizmetlerdir. Bu tür hizmetler tedavi hizmetlerine göre daha kolay, etkili ve ekonomiktir (Ceyhan; 2007: 13). Bireyleri dolayısı ile toplumu hastalığa karşi dirençli ve güçlü kılarak, hastalığın etkenlerinden bireyleri uzak tutmak, hastalanmalarında ise gerekli tanıyı koymak ve tedavi etmek amaçlıdır (Baran; 2005: 9). Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise; çevremizdeki ekonomik, sosyolojik, biyolojik ve fiziksel evre koşullarının olumsuz etkenlerini yok ederek, düzelterek ya da insanları etkilemelerini önleyerek kişilerin sağlığını korumayı amaçlar (Tengilimoğlu vd.; 2009: 44). Bu hizmetler, özel eğitimi mühendis, veteriner, kimyager, teknisyen ve benzeri meslek mensupları tarafından yürütülürken, kişiye yönelik sağlık hizmetleri, hekim, sağlık memuru, ebe, hemşire gibi sağlık meslek mensupları tarafından yürütülmektedir (zsarı; 1999: 2, Kavuncubaşi; 2000: 36). Sayılan bu hizmet grup ve türlerinden de anlaşılacağı üzere, çevreye yönelik koruyucu hizmetler, sağlık sektöründen daha çok, diğer sektör ve meslek grupları tarafından yürütülmesi gereken hizmetlerden oluşmaktadır (Akdur; 2006: 18, Tengilimoğlu vd.; 2009: 46, Ceyhan; 2007: 13).

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri genel olarak şu uygulamaları kapsamaktadır (Tatarlı; 2007: 7, Bıyıklı; 2007: 8, Pala; 2004: 19-20, Hayran ve Sur; 2007: 18, Güllülü vd.; 2008: 42, Tengilimoğlu vd.; 2009: 46, Narlı; 2009: 20):

- Aşılama
- Beslenmeyi düzenleme
- Hastalıkların erken tanı ve tedavisi
- Ana ocuk sağlığı hizmetleri
- Ařırđ doğurganlığın denetimi (aile planlaması)
- Kişisel hijyen
- Sağlık eğitimi

- İlaçla koruma
- Yaşam biçimi değişiklikleri

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise genel olarak şu uygulamaları kapsamaktadır (Tatarlı; 2007: 6-7, Hayran ve Sur; 2007: 18, Bıyıklı; 2007: 8-9, Güllülü vd.; 2008: 42, Tengilimoğlu vd.; 2009: 46, Narlı; 2009: 20, Şahin; 2006: 88);

- Yeterli ve temiz su kaynaklarının sağlanması ve denetimi
- Katı atıkların denetimi
- Zararlı canlılarla mücadele
- Besin kontrolü ve güvenliği
- Hava kirliliğinin denetimi
- Gürültü kirliliğinin denetimi
- İş ve işçi sağlığı
- Radyolojik zararlıların denetimi
- Konut sağlığı
- Endüstri sağlığı
- Radyasyonla savaş

Tüm bunlara ek olarak, çağımızda, sağlık hizmeti anlayış ve yaklaşımı tamamen değişmiştir. Tek başına, geleneksel koruyucu sağlık hizmeti yaklaşımı ve kavramı, çağdaş sağlık hizmeti anlayış ve kavramını anlatmakta yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle de, günümüzde geleneksel koruyucu sağlık hizmeti kavramı (health prevention) artık terk edilmekte, ya da tek başına kullanılmamakta, sağlığın iyileştirilmesi (health promotion) ve kaliteli yaşam kavramları ile birlikte kullanılmaktadır. Geleneksel koruyucu sağlık hizmeti yaklaşımında, sağlık hizmeti ve sağlıklı yaşam ile ölüm ve sakatlıkların azaltılması, yani insanların yalnızca yaşatılması hedeflenmekte idi. Oysa çağdaş sağlık hizmeti anlayışında;

yalnızca yaşamak değil, kaliteli yaşam, her anlamda dopdolu yaşam ve toplum sağlığının devamlı iyileştirilmesi hedeflenmektedir (Akdur; 1997: 3).

1.2.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst kademesini oluşturan ve alt kademedeki korucuyu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel fayda içeren bir hizmet türüdür (Güllülü vd., 2008: 44). Bireye ve çevreye yönelik olarak yürütülen koruyucu sağlık hizmetlerine rağmen sağlığı bozulan, kendini hasta hisseden veya sağlık kontrolünden geçmek isteyen kişilerin muayene, teşhis ve tedavileri ile ilgili hizmetlerdir (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 4). Bu bağlamda hastalanan insanların tekrar sağlıklarına kavuşturulması için yapılan tüm çalışmalar tedavi edici hizmetler kapsamında yer almaktadır (Baran; 2005: 9, Tengilimoğlu vd.; 2009: 47, Kavuncubaşı; 2000: 39, Narlı; 2009: 21).

Tedavi edici sağlık hizmetleri tespit edilen bir hastalığın ilaç, cerrahi ya da diğer yöntemlerle iyileştirilmesi, kişinin acı ve ızdırabından kurtulması, sağlıklı ve iş yapan bir birey olarak tekrar iade edilmesini amaçlamaktadır (Akyıldız; 1999: 34). Bireyin sağlık durumundaki bozuklukları gidererek iyileşmesini sağlayan hizmetlerdir. Tedavi hizmetinin sunulmasının bireylere sağladığı içsel fayda yanında, topluma sağladığı dışsal fayda vardır. Hastalanan bireyler tedavi olmadıkları takdirde (gelir yetersizliği, bilgisizlik veya korkudan ötürü) içinde yaşadıkları topluma negatif dışsallıklar yayabilirler. Hatta bazı tedavi hizmetleri salt dışsal fayda yayarlar. Örneğin tifo, kolera, çiçek gibi hastalıkları önlemek için yapılan aşılardan sonuç alınabilmesi için tüm toplumun aşılınması gerekir (Bircan; 2005: 53-54).

Tedavi edici sağlık hizmetleri kişinin sağlık durumunun bozulmasıyla birlikte, herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmasından itibaren durumunun düzeltilmesi ve hasta sıfatıyla kişiye verilen her türlü hizmettir (Bulun vd.; 2011: 1). Tedavi edici sağlık hizmetlerinde hastanın tedaviye ihtiyacı olduğunu bilmesi ve bunu istemesi gerekmektedir. Bazı tedavilerin acı vermesi, uzun sürmesi ve sonucunun belirsiz sayılması tedavi hizmetlerinin eksik talep edilmesine sebep olabilir (Kurtulmuş; 1998: 91).

Ayrıca bu hizmetlerin çoğunluğu yataklı tedavi kurumlarında (hastanelerde) yerine getirilir. Zor ve pahalı hizmetlerdir. Tedavi edici hizmetler eczacı, hekim, hemşire, başta olmak üzere çok sayıdaki sağlık ve destek personeli tarafından kişinin iyileşmesi amacıyla sunulurlar (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 4). Bu hizmetlerin kapsamına muayene, laboratuvar, tıbbi görüntüleme, teşhis, tedavi, ilaç, ameliyat, personel giderleri vb. her türlü uygulamalar

girer (www.ab.org.tr). Bu gibi nedenlerden dolayı tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine göre çok daha fazla maliyet ve organizasyon gerektiren hizmetlerdir. Yetişmiş personel ve fiziki imkanlar ile yönetim ve finansman gibi çok önemli boyutları vardır. Kuşkusuz bu hizmetlerin sunumu da önemli toplumsal faydalara yol açar. Ancak sahip oldukları maliyet ve her türlü organizasyon ihtiyaı nedeni ile tüm dünyada yaygın ve öncelikli sağlık hizmeti sunumu “koruyucu sağlık hizmetleri” şeklinde ele alınmaktadır (Altay; 2007: 35).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, tamamen sağlık sektörünce ve sağlık insan gücü tarafından yürütülen hizmetlerdir. Bu hizmetlerin hem etkili ve ekonomik olması hem de hizmet alanlar ile hizmet verenlerin hoşnut olduğu bir ortamda üretilebilmesi için, mutlaka basamaklar halinde, kademeleşmiş olması ve bu basamaklar arasında iyi bir sevk zincirinin bulunması gerekir (Akdur; 2006: 19).

Bu bağlamda tedavi hizmetlerine özellikle belirtilmesi gereken husus örgütlenmeyle ilgilidir. Tedavi hizmetleri üç basamaklı bir örgüt tarafından yürütülür (www.ttb.org.tr, Durmuş ve zdemir; 2005: 40). Buna göre tedavi edici sağlık hizmetleri kendi içinde birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri, üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak ayrılır (Baran; 2005: 9, Narlı; 2009: 21).

• **Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri en basit ifadesiyle, “vatandaşın”, çeşitli nedenlerle başvurduğu ilk sağlık kurumu ve bu kurumda üretilen sağlık hizmeti olarak tanımlanabilir. Bu hizmet, dünyada farklı ülkelerde, farklı şekillerde sunulmaktadır. Ama bir ortak özellikten söz edilebilir. Birinci basamak sağlık hizmeti, ülkelerin sağlık sistemlerinin olmazsa olmaz parçasıdır (Öcek ve Soyer; 2007: 11).

Hasta tedavisinde birinci basamağı, hastanın ilk başvurduğu doktor tarafından muayene ve tedavisi oluşturmaktadır. Bu basamakta yer alan hizmetler, ilk yardım sağlık hizmetleri, acil tedavi hizmetleri, sağlık kontrolü, ambulans hizmetleri, ayakta tanı ve tedavi hizmetleri, evde bakım hizmetleri ve hasta sevk ve izleme hizmetleri gibi hizmetleri içermektedir (Güllülü vd.; 2008: 44).

Hastaların evde ve ayakta (hastanede yatmadan) tedavileri birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamındadır (Tengilimoğlu vd.; 2009: 48). Bu hizmetler esas olarak

yataksız tedavi kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle bir arada yürütülür. Bu hizmetleri veren birimlere de birinci basamak sağlık birimi/kuruluşu adı verilmektedir (Akdur; 2006: 19, Ceyhan; 2007: 14). Ülkemizde Sağlık Ocakları, Sağlık Merkezleri, Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri, Kurum Hekimlikleri, Dispanserler, Verem Savaş Dispanserleri ve bazı laboratuvarlar birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerden bazı örneklerdir (Baran; 2005: 10, www.saglik.gov.tr, Tatarlı; 2007: 7, Hayran ve Sur; 2007: 18, Kavuncubaşı; 2000: 68, Şenol; 2006: 29). Ayrıca hekimlerin özel olarak muayenehanelerinde yapmış olduğu hizmetlerde birinci basamak sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 5).

Sağlık hizmetleri içinde topluma en yakın olanı ve en çok kullanılanı birinci basamak sağlık hizmetleridir. Sağlık sisteminde basamaklar arasında ilişki olması gerekir. Pek çok ülkede, bireylerin önce birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanması yönünde bir zorunluluk vardır. İkinci ve üçüncü basamakların kullanımı, birinci basamaktan geçerek ve birinci basamağın uygun, gerekli görmesi ile olanaklı olabilir (Bıyıklı; 2007: 9).

Sonuç olarak özetle sağlık hizmetine gereksinim duyan herkes, önce birinci basamaktaki kuruluşlara başvurmalı, gerekirse ikinci basamak tedavi kuruluşlarına bu basamaktan sevk edilmelidirler. Birinci basamak tedavi hizmetlerini sunan kurumlara başvuran hastaların büyük çoğunluğu bu basamakta tedavi edilmektedir. Bu kuruluşlar hastanelerin önünde süzgeç görevi görerek hastanelere, yalnızca ikinci basamak tedavi hizmetlerine ihtiyacı olan hastaların gitmelerini sağlamaktadır. Böylece hastanelere başvuran hasta sayısının azalması sonucu, uzman hekimler hastalarına daha uzun süre zaman ayırabilmektedirler. Dolayısıyla birinci basamak tedavi hizmetlerini sunan sağlık kurumlarının iyi işletilmesi ile sağlık hizmetleri alanında daha verimli sonuçlar alınabilecektir (Bircan; 2005: 55).

- **İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri:**

Hastalıkları birinci basamak tedavi hizmetleri ile giderilemeyen hastaların, hastanelere sevk edilmeleri sonucu, uzman doktorlar tarafından muayene ve tedavi edilmeleri ikinci basamak sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır (Turan; 2004: 13, Güllülü vd. 2008: 45, Aktaş; 2007: 8).

Hastalıkları teşhis etmek ve yataklı tedavi kurumuna yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir (Bıyıklı; 2007: 10, Hayran ve Sur; 2007: 18). Buna göre hastanın, genel bir

hastaneye yatırılarak tedavi edilmesine ikinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri adı verilir (Ceyhan; 2007: 14). Bu tür tedavi hizmeti üreten genel hastanelere de ikinci basamak tedavi kuruluşu/birimi denmektedir. Bunların Türkiye'deki örneği; Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan il ve ilçe devlet hastaneleri ile diğer kurumlara bağlı (kamu ya da özel) genel amaçlı hastanelerdir (Tatarlı; 2007: 8). Bunlar 50-100 yataklı ve 3-4 uzman hekimin çalıştığı hastaneler olabileceği gibi, tam teşekküllü hastaneler de olabilir (www.saglik.gov.tr). Ayrıca yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavisiyle ilgili hizmetleri de kapsamaktadır (Tengilimoğlu vd.; 2009: 48).

Özetle bu hizmetler, hastaneye hasta yatırılarak yapılan hizmetlerdir. Hekim, hemşire ve diğer ilgili personellerin kontrolünde, her türlü tıbbi araç-gereç uygulayarak yapılan teşhis ve tedavi hizmetleridir. Amaç hastayı tekrar eski sağlığına kavuşturmadır. Özel bakım ve tedavi uygulamak için hastaneye yatırılarak gözlem altında tutulur (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 5).

- **Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri:**

Üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetleri ileri tektik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir (Hayran ve Sur; 2007: 18). Hastaların önemli ölçüde uzmanlık gerektiren bir tedaviye gereksinim duyduğu durumlarda, üçüncü basamak sağlık hizmetleri devreye girmektedir. İleri teknoloji ile çalışan ve belirli alanlarda uzmanlık kazanmış olan ihtisas hastaneleri (onkoloji hastaneleri, akıl ve ruh sağlığı hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleri gibi), eğitim hastaneleri ve üniversite hastaneleri bu basamakta yer alan sağlık kurumları arasında yer almaktadır (Güllülü vd.; 2008: 45). Ayrıca organ nakli ve yanık tedavi merkezleri de üçüncü basamak tedavi edici sağlık kurumudur. Burada belirtilmesi gereken bir husus da üniversite hastaneleri ile doğumevlerinin özel konumları vardır. Bu iki hastane birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetini birlikte sunmaktadırlar (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 5).

Buna göre özel bir yaş grubuna (çocuk hastalıkları hastanesi, geriatri hastanesi vb), cinsiyete (jinekoloji ve doğum hastaneleri vb) ya da hastalığa (verem, ruh ve akıl hastalıkları, onkoloji hastaneleri vb) hizmet veren, o konudaki gelişkin teknolojiyle ve üst düzeyde uzmanlaşmış personelle donanmış olan yataklı tedavi kuruluşlarında verilen hizmetlere de üçüncü basamak tedavi hizmetleri denir. Bu hizmetler genellikle özel dal ya da eğitim hastanelerinde yürütülür (Akdur; 2006: 19).

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ve kurumlarında verilen hizmetlerin, kapsamı, ulaşılabilirlik (accessibility) düzeyi ve maliyetleri farklılık göstermektedir. Buna göre (Kavuncubaşı; 2000: 69);

- Birinci basamak sağlık hizmetleri, dar kapsamlıdır; buna karşılık ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri geniş kapsamlıdır.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirlik düzeyi (toplumun gereksinme duyduğu anda bir hizmet kaynağına ulaşabilme kolaylığı) ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden daha yüksektir.
- Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilen tedavi hizmetlerinin maliyeti, ikinci ve üçüncü basamakta verilen tedavi hizmetleri maliyetlerinden daha azdır; çünkü birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilen tedavi hizmetleri, daha az karmaşık olmaları yanında, daha az yatırım ve işletme sermayesi gerektirmektedir.

1.2.5.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin verilmesine karşın, sakatlanan ve çalışma gücünü yitiren kişilere verilen sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak adlandırılır (Turan; 2004: 14).

Rehabilite edici sağlık hizmetleri, özellikle kaza, savaş ve felaketler gibi beklenmedik ve ani ortaya çıkan ve insanların sakat kalmalarına yol açan ve/veya çalışma güçlerini motivasyonlarını engelleyen olaylar sonrası hastaların topluma yeniden kazandırılmaları ve böylece ekonomik, sosyal ve kültürel olarak güçlendirilmelerini sağlamaya yönelik hizmetlerdir (Altay; 2007: 35).

Başka bir ifadeyle rehabilite edici sağlık hizmetleri; sakatlık veya işgücü kaybına uğrayanların tıbbi ve sosyal yönden yeniden kazanılmalarına yönelik yapılan sağlık hizmetlerinin tamamıdır. Bu hizmetler, sağlık personeli ve sosyal çalışmacılar gibi meslek gruplarınca verilir (Özsarı; 1999: 2).

Rehabilitasyon hizmetleri, yataklı veya yataksız rehabilitasyon merkezleri tarafından sağlanmaktadır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde, rehabilitasyon merkezleri, “organ, sinir, adale ve kemik sistemi hastalıkları ile, kaza ve yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucu meydana gelen arıza ve sakatlıkların tıbbi rehabilitasyonunu

uygulayan yataklı kurum ve servisler” olarak tanımlanmaktadır. Yataklı rehabilitasyon merkezleri dışında, hemşirelik bakım merkezleri ve diğer bakım merkezleri tarafından evde de bu hizmetler verilmektedir (Kavuncubaşı; 2000: 45-46, Narlı; 2009: 22).

Yapılan açıklamalar sonucunda rehabilite edici sağlık hizmetlerinin başlıca amaçları şu şekilde sıralanabilir (Akyıldız; 1999: 36);

- Fiziki yetersizliği imkan nispetinde tamamı ile ortadan kaldırmak,
- Giderilmesi mümkün olmayan bozuklukların tesirini mümkün olduğunca azaltmak,
- Hastayı fiziki yetersizliğinin hudutları dahilinde çalışmaya teşvik etmek,
- Kabiliyetlerinden istifade etmesini temin etmektedir.
- Kişinin eski üretkenliğine yaklaştırılabildiği oranda yaklaştırmak veya yeni durumuna alıştırmak üretilen hale getirmek, toplum içindeki uyumunu sağlamaktır (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 6).

Söz konusu bu amaçlar doğrultusunda rehabilite edici sağlık hizmetleri ikiye ayrılır (Tatarlı; 2007: 8, Akdur; 2006: 20, Pala; 2004: 19-20, Kurtulmuş; 1998: 92).

- **Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri:** Bir kimsenin çeşitli sebepler dolayısıyla normal faaliyette bulunamayan organlarını, tedavi ve eğitim uygulamalarıyla, normal hale getirmeye yönelik hizmetlerdir (Akyıldız; 1999: 35). Başka bir ifadeyle sağlık personeli tarafından hastane ve rehabilitasyon merkezlerinde yapılan bedensel sakatlıkları en aza indirme, mümkün olduğunca düzeltme, hizmetleridir (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 6). Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir (Hayran ve Sur; 2007: 19, Gümüş, 2005; 66, Bıyıklı; 2007: 11, Tatarlı; 2007: 8, Bircan; 2005: 54).
- **Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri:** Sakatlığı veya özrü olan kişilerin günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmalarını kapsamaktadır (Bircan; 2005: 54, Bıyıklı; 2007: 11, Tatarlı; 2007: 8, Hayran ve Sur; 2007: 19, Gümüş, 2005; 66). Bu hizmetler sosyal hizmet uzmanları tarafından yerine getirilir (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 6).

1.2.5.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi kavramı ilk defa büyük tıp tarihçisi Henry E. Sigerist'in, sağlığın dört temel görevini tanımlaması sırasında kullanılmıştır. Bu görevler; sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hastanın iyileştirilmesi ve rehabilitasyondur. Sigerist, iyi çalışma koşulları, eğitim, dinlenme ve eğlenme anlamına gelen fiziksel kültürün oluşturduğu uygun yaşam standardı sağlamak suretiyle sağlığın geliştirileceğini ifade etmektedir (Tengilimoğlu vd.; 2009: 49).

Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam sresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bugün birçok hastalık bireylerin yaşam tarzlarından, alışkanlıklarından ortaya çıkmaktadır (Güllülü vd. 2008: 46, Tatarlı; 2007: 8.).

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sağlık eğitiminden farklıdır; sağlık eğitimi halkın sağlık konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesine yönelik iken, sağlığın geliştirilmesi sağlık eğitimini de kapsayan daha geniş kapsamlı hizmetleri ifade etmektedir. Sağlık eğitimi, bireyin sağlık ve hastalık, insan vücudu ve işleyişi, hastalıktan korunma ve başa çıkma, sağlık sistemi ve işlevleri, sağlık sistemini kullanma ve sağlığı etkileyen sosyal, politik ve çevresel faktörler hakkında bilgilendirilmesini içermektedir. Sağlığın geliştirilmesi ise birey ve toplumun sağlık statüsünü yükseltmeye yönelik tüm faaliyetleri kapsamaktadır (Kavuncubaşi; 2000: 46).

Sağlık eğitimi, dar kapsamlıdır; birey ve grupları hedef alır. Sağlığın geliştirilmesi ise daha kapsamlıdır; çevreyi, ulusal ve uluslararası boyutta politik ve sosyal yapıyı değiştirmeyi hedeflemektedir. Sağlığın geliştirilmesi görevi, tanımından da anlaşılabilceği gibi, yalnızca sağlık kurumlarının sorumluluğunda değildir; ulusal ve uluslararası bağlamda tüm özel ve kamu kurum ve kuruluşlarına sağlığın yükseltilmesi konusunda görevler düşmektedir (Kavuncubaşi; 2000: 46).

1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU BAĞLAMINDA SAĞLIK İŞLETMELERİ

1.3.1. Hizmet İşletmeleri ve Özellikleri

Hizmet; insanların ya da insan gruplarının, gereksinimlerini gidermek amacıyla, belirli bir fiyattan satışa sunulan ve herhangi bir malın mülkiyetini gerektirmeye, yarar ve doyum oluşturan, soyut faaliyetler bütünüdür (Aktaş; 2007: 6). Söz konusu bu faaliyetleri sunan işletmelere de hizmet işletmeleri denmektedir.

Hizmet işletmeleri kendine özgü bazı özelliklere sahiptir. Bu özellikler daha çok hizmetle imalatın birbirinden farklı olmalarından dolayı ortaya çıkan özelliklerdir. Bunlardan başlıcaları şu şekildedir (Çatalca; 2003: 22-23, Dinçer, 2003: 437, Kavuncubaşı; 2000: 50, Tengilimoğlu vd.; 2009: 133-134, Uludağ; 2010: 78-79, Ceyhan; 2007: 22-23):

- Hizmet soyuttur. Kilogram, metre, litre gibi miktar ifade eden herhangi bir ölçü birimi ile tanımlanamaz. Beş duyu organıyla algılanamaz. Dolayısı ile satın alınmadan önce duyulması, görülmesi, dokunulması söz konusu değildir. İmalat işletmelerinde ise ürün fizikseldir.
- Hizmet işletmelerinin bir diğer önemli özelliği, emek yoğun teknolojiyi kullanmalarındadır. Gelişmiş teknik donanımı kullanmalarına karşın sağlık kurumları emek yoğun teknolojiye sahiptirler.
- Hizmet bölünemez. Kendini oluşturan ve anlam veren unsurlarıyla bir bütündür.
- Hizmet üretimi ve tüketimi aynı anda gerçekleşir. Üretimin ve tüketimin aynı anda gerçekleşmesi, müşteriye göre hizmet verilmesini ve müşterinin üretim sürecine katılması sonucunu doğurmaktadır.
- Hizmet depolanamaz, saklanamaz, geri kazanımı mümkün değildir. Hizmet üretildikçe tüketilir. İmalatta işletmeler ürünlerini depolayabilirler.
- Hizmet, hizmeti üretenden ayırt edilemez. Hizmetler üretildiği anda tüketilirler. Üretici ile tüketici arasındaki yakınlık ve yüz yüze ilişki gerekir.

- Hizmetler standartlaştırılmaz. Hizmetin temel üretim şekli insan davranışları ile gerçekleşir. Bu yüzden aynı kişinin ürettiği hizmetler birbirinden farklı olabilir.
- Hizmet fiziksel olarak boyutlandırılmamakta, tanımlanamamakta ve ölçülememektedir. Bu özelliği hizmetin dinamik oluşundan kaynaklanmaktadır. Halbuki imalat işletmelerinde üretilen ürün ile ürünlerin fiziksel tanım ve boyutları belirlenmektedir.
- Bir mal için söz konusu olan kullanım ömrü hizmet için geçerli değildir. Hizmetin kullanım ömrü değil, sürekliliği olabilir. İmalat işletmelerinde malın kullanım süresi ve dayanıklılığı garantilenmiştir.
- Hizmet talebe bağlı olarak anlık ve programlı talebin karşılanması şeklinde sunulmaktadır. İmalat işletmelerinde pazara sürekli mal arzı yapılır, ancak arzın miktarı talebe göre azaltılıp çoğaltılabilir.
- Hizmet sektöründe personel yönetimi önemlidir. Çünkü verilen hizmetin kalitesi üzerinde insan faktörünün etkisi fazladır.

1.3.2. Bir Hizmet Alanı Olarak Sağlık İşletmeleri

İşletmeler insanların ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla üretim faktörlerini uyumlu bir şekilde bir araya getirerek, ekonomik mal ve/veya hizmet üretmek ve/veya pazarlamak için faaliyette bulunan kuruluşlar olarak tanımlanır. İşletme kavramından hareketle sağlık işletmelerini, “insanların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere üretim faktörlerini bilinçli ve uyumlu bir şekilde bir araya getirerek sağlık hizmetlerini üreten veya pazarlamak için faaliyette bulunan kuruluşlar” olarak tanımlamak mümkündür (Devebakan; 2007: 55).

William sağlık işletmesini; kendisine başvuran hasta ve yaralılara tanı ve tedavi, hemşirelik hizmeti, yemek ve konaklama hizmetleri olanağı sağlayarak hastalığı azaltan veya tedavi eden kuruluşlar olarak tanımlamaktadır. Sağlık işletmelerinin tanımı ve işlevlerinden de anlaşılacağı üzere sağlık işletmeleri; koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı geliştirici birçok hizmeti sunan örgütlerdir (Devebakan; 2007: 58).

1.3.2.1. Sağlık İşletmelerinin Amaçları

Tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinin de birinci amacı kar sağlamaktır. Ancak ülkemizde sağlık hizmetleri özelliğinden dolayı ve çoğunlukla devlet tarafından sunulduğundan, bizdeki sağlık işletmelerinin birinci amacı toplumsal sorumluluktur. İnsanların ihtiyaçlarının giderilmesi asli amaçtır. Hatta insanlar tarafından ihtiyaç olarak hissedilmeyen hizmetler bile resmi sağlık işletmeleri tarafından sunulmak zorundadır (Ceyhan; 2007: 24). Koruyucu sağlık hizmetleri dediğimiz temel sağlık hizmetlerinin amacı budur. Ayrıca resmi sağlık kurumları (sağlık işletmeleri) tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin bir diğer amacı da, sağlık talebi oluşturarak, insanların hasta olmamalarına yönelik olarak sunulan temel sağlık hizmetlerini talep eder hale getirmektir. Dolaylı olarak sağlığa etki eden eğitim seviyesi ile ekonomik düzeyin sağlığa yararı; insanların sağlıklarına sahip çıkma bilincini geliştirmesi, insanlarda sağlığı talep eder hale getirmesidir. Dolayısıyla toplumdaki sağlık standartlarının yükselmesini sağlamaktır (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 16-17).

Yine diğer işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinde de amaçlar genel ve özeldir. Genel amaçlar; karlılık, ihtiyaç giderme (sosyal sorumluluk), sürekliliktir. Özel amaçlar, işletmeden işletmeye değişir. Laboratuvarın özel amacı ile sağlık ocağının özel amacı, hastanenin özel amacı ile sağlık ocağının özel amacı, hastanenin özel amacı ile verem savaş dispanserinin özel amacı farklı farklıdır (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 17).

1.3.2.2. Sağlık İşletmelerinin Özellikleri

Sağlık işletmeleri de hizmet işletmelerinden en önemlilerinden biridir. Ancak sağlık işletmelerinin diğer endüstri ve hizmet işletmelerinden ayıran özellikleri bulunmaktadır. Sağlık işletmelerinin kendine özgü özelliklerini, sağlık işletmeleri yönetimi ve işletmeciliğinin ortaya çıkışını hazırlayan faktörler olarak görmek olanaklıdır (Kavuncubaşı; 2000: 50).

Sağlık işletmeleri her ne kadar hizmet işletmesi olarak kabul edilmekte ise de bazı farklılıklara sahiptir. Daha önce bahsettiğimiz hizmet işletmelerinin özellikleri doğrultusunda sağlık işletmelerinin belli başlı ayırt edici özellikleri şunlardır (Ceyhan; 2007: 23-24, Kavuncubaşı; 2000:52-56, Karaca; 2006: 7-8, Deveci; 2007: 59-62):

- Sağlık işletmesinin yapısı incelendiğinde uzmanlaşma düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir.

- Sağlık işletmelerinde hizmet arzını gerçekleştirmede birçok meslek grubu ve bölüm bir arada hizmet verdiği için işlevsel bağımlılık düzeyi yüksektir.
- Sağlık işletmelerinde insan kaynakları eğitim düzeyi çok yüksek çalışanlardan meydana geldiği için, bazen çalışanların mesleki amaçları kurumsal hedeflerin önüne geçebilmektedir.
- Sağlık işletmelerindeki birimler hekimden gelen talebe göre hizmet sunmaktadır. Başka bir ifade ile sağlık işletmelerinde hekimler hizmet arzını büyük ölçüde etkilemektedir.
- Başta hastaneler olmak üzere birçok sağlık işletmesinde hastane müdürü ve başhekim gibi aynı anda işlev gören ikili otorite vardır. Sağlık işletmesindeki astların iki farklı yöneticiye bağlı olması, sağlık işletmelerinde eşgüdümleme, denetim ve emir çatışmalarına yol açmaktadır.
- Sağlık işletmelerinde hizmet sunumu çok karmaşık olup süreçler değişkendir. Sağlık işletmesinin birçok işletmeden farklı olarak birden fazla amacının olması yapısal karmaşıklığa neden olmakta, bu durum da işletmedeki yönetsel kademe ve birim sayısını artırmaktadır.
- Sağlık işletmeleri doğrudan insan yaşamı ile ilgili hizmet verdiği için birçok işletmeden farklı olarak 24 saat kesintisiz hizmet vermektedir. Sözü edilen kesintisiz hizmetlerin varlığı, sunulan hizmetlerin büyük çoğunluğunun acil ve ertelenemeyecek özellikte olması ile ilgidir.
- Sağlık işletmelerinde hizmet sunumu sırasında yapılan hatalar insanların sakat kalmasına veya ölmelerine neden olduğundan, sunulan hizmetlerin yanlışlık ve belirsizliklere karşı toleransı dardır. Yapılan hataların çoğunun sonradan düzeltme veya telafi etme şansı olmadığından; yapılan işin ilk seferinde ve her zaman doğru yapılması gerekmektedir.
- Hizmet miktarını ve sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü belirleyen hekimlerin faaliyetleri üzerinde tam etkili olan yönetsel ve kurumsal denetim mekanizması kurulmamıştır.

- Birçok işletmeden farklı olarak sağlık işletmelerinde çıktının tanımlanması ve ölçülmesi zordur.
- Sağlık işletmelerinde hizmet alanların sunulan tıbbi hizmetlerin teknik yönünü değerlendirmesi zordur.

Sağlık işletmelerinin özellikleri, en önemli sağlık işletmelerinden biri olan hastanelerin özelliklerinden bahsederken daha ayrıntılı olarak değinilecektir.

1.3.2.3. Türkiye’de Sağlık İşletmelerinin Türleri

Türkiye’de Sağlık işletmeleri çeşitli ölçüler baz alınarak gruplandırılabilir. En yaygın sınıflandırma: yataksız ve yataklı olarak ikiye ayrılır. (Ceyhan; 2007: 25).

1.3.2.3.1. Yataksız Sağlık İşletmeleri

Yataksız sağlık işletmeleri, temel sağlık hizmeti sunan kuruluşlardır. Yataksız sağlık işletmelerinin en yaygın olanı sağlık ocaklarıdır. Dispanserler, AÇSAP merkezleri ve laboratuvarlar yataksız sağlık işletmeleridir (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 19). Bu işletmelerin temel özellikleri; insanları, hasta olmadan gerekli önlemleri alarak hastalıklardan korumak, halk sağlığı sorunu niteliğindeki toplumda en çok görülen, en çok öldüren, en çok ekonomik kayba neden olan hastalıklarla mücadele etmektir (Ceyhan; 2007: 25).

- **Sağlık Evleri**

Birinci basamak tedavi sağlık hizmetlerinin verildiği en küçük birim sağlık evleridir. Sağlık evleri teknik ve yönetsel açıdan sağlık ocaklarında bağlıdırlar. Aylık çalışmalarını sağlık ocaklarına bildirmektedirler (Uludağ; 2010: 55).

Sağlık evleri ortalama 1500 nüfusa hizmet götürmek üzere kurulmuş, çok yönlü hizmet veren kuruluşlardır (www.ab.org.tr, Güllülü vd.; 2008: 43, Kavuncubaşı; 2000: 37). Sağlık evleri kentsel bölgelerde bulunmamakta ve kırsal bölgelerdeki köy ya da köy gruplarına hizmet sunmak üzere kurulmaktadır. (Tengilimoğlu vd.; 2009: 120, www.tusak.saglik.gov.tr).

Sağlık evinde en önemli görev, ana ve çocuk sağlığı hizmetleriyle, toplumsal ve kişisel temizlik, uygun ve ekonomik beslenme, kadınların analık ve ev kadınlığı konularında eğitilmeleri, aşı uygulaması, ölüm ve doğumların araştırılıp bulunarak izlenmesidir (Bulun vd.;

2011: 2, Güllülü vd.; 2008: 43, Şahin; 2006: 131). Sağlık evlerinde tek başına bir ebe hizmet görmektedir (Tengilimoğlu vd.; 2009: 120).

- **Sağlık Ocakları**

Temel sağlık hizmeti ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu, en yaygın teşkilat ağı olan yataksız sağlık işletmeleridir (Ceyhan; 2007: 26).

Sağlık Bakanlığı'nın tanımlamasıyla sağlık ocakları; 5 ile 10 bin (ortalama 7 bin) kişilik toplumun yaşadığı coğrafi bölgedeki sağlık hizmetlerinin, halk sağlığı bilim ve sanatı altında yürütüldüğü tıbbi ve sosyal bir kurumdur (Bulun vd.; 2011: 2, www.ab.org.tr, Güllülü vd.; 2008: 42). Ancak köy, ilçe, il ve büyük şehirlerde kurulan sağlık ocaklarının hizmet götürmekle yükümlü olmaları nüfus, hizmeti sunmanın güçlüğü ya da kolaylığı dikkate alınarak bu rakamlar farklılık göstermektedir (Tengilimoğlu vd.; 2009: 120).

Kırsal alandaki sağlık ocakları 2.500 kişiye hizmet vermek üzere kurulan ve bir pratisyen hekim olmak üzere bir hemşire, bir sağlık memuru, iki ebe ve bir destek elemanından oluşan sekiz personelden meydana gelir. Yaklaşık olarak 5.000 kişiye hizmet veren ilçe sağlık ocakları ise 16 kişilik sağlık personelinden oluşur (biri sorumlu hekim olmak üzere dört pratisyen hekim, bir diş hekimi, bir çevre sağlığı teknisyeni, bir kaç sağlık memuru, bir laboratuvar teknisyeni, iki hemşire ve iki ebe). Yaklaşık olarak 10.000, gerektiğinde ise 20.000 kişiye hizmet veren il sağlık ocaklarında ise, nüfustan bağımsız olarak, İl Sağlık Müdürlükleri'nin talebi ve Valiliklerin onayı üzerine ek birimler açılabilir (www.tusak.saglik.gov.tr).

Sağlık ocaklarında hekim ve hekim dışı sağlık personeli bulunmaktadır. Ocak yönetimi hekim tarafından yürütülmektedir. Her sağlık ocağına bir bölge bağlıdır. O bölgenin her türlü sağlık sorununda o sağlık ocağı sorumludur. Sağlık ocaklarındaki sağlık personeli bağlı bulunan bölgelere ev ziyaretleri gerçekleştirirler (Uludağ; 2010: 55-56).

Sağlık ocağı, hizmet sunduğu bölgede insanların hasta olmaması, hastalıklardan korunması, sağlık bilinci oluşması, sağlık standardının yükseltilmesi amacıyla hizmet sunan birinci basamak, yataksız sağlık işletmesidir (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 29). Bunun yanında, sağlık hizmetine ihtiyacı olanların görüşeceği ilk kurum ve daha ihtisaslaşmış tedaviye ihtiyacı olanları da daha yüksek kurumlara sevk edecek ilk basamaktır (www.tusak.saglik.gov.tr).

Ülkemizde adım adım aile hekimliği sistemine geçilmektedir. Böylece sağlık ocakları ortadan kalkmaktadır (Uludağ; 2010:57).

1.3.2.3.2. Yataklı Sağlık İşletmeleri

Yataklı sağlık işletmeleri, yatırılarak hasta tedavi edilen, genel anlamı hastane denilen yerlerdir. En çok bilinen yataklı sağlık işletmeleri hastanelerdir. Sağlık kuruluşları denildiğinde de ilk akla gelen ve genel kabul görmüş kurumlar hastanelerdir. Buralarda hastalar yatırılarak sürekli takip edilir, yoğun bakım uygulanarak tedavi edilirler. Teknolojik olarak gelişmiş araç gereçlerde kullanılır. Sağlık hizmetleri haricinde yatak ve yemek hizmetleri de sunulduğu için zor ve komplike hizmetlerdir (Ceyhan; 2007: 27).

- **Hastaneler**

Ayakta veya yatırılarak hasta muayene ve tedavi hizmetleri sunulan sağlık işletmeleridir. Yataklı tedavi kurumları olarak da bilinirler. Başvuranların teşhis ve tedavisiyle ilgilenirler. Gerekirse hastayı yatırarak tedavi ederler. Buralarda sağlık bakımı hizmetlerinin yanı sıra otelcilik ve lokantacılık gibi hizmetler de sunulur. Sağlık kurumları işletmeciliği son yıllarda çok rekabetçi bir konuma gelmiştir. Hastaneler maliyetleri azaltırken, performanslarını arttırıcı ciddi çabalar harcayarak, rakiplerini geçmeyi hedeflemektedirler. Son yıllarda gündemde olan iki önemli husus şeklinde ifade edilebilir. Bunlar sunulan hizmet kalitesini geliştirme çabaları ve daha etkin pazarlama çabalarıdır. Hizmet kalitesi de hizmet pazarlaması da, son yıllarda sağlık hizmeti sunan en önemli kuruluş olan hastanelerde dikkate alınması gereken en önemli konulardandır. Ülkemizde özel sektör de olduğu kadar, kamu sağlık kurumlarında da artık hizmet kalitesine gereken özen gösterme çabaları artmaktadır. (Ceyhan; 2007: 27-28)

Hasta ve yaralıları ile sağlık kontrolü yaptırmak isteyenler, ayaktan veya yatırarak, müşahede (gözlem), muayene, teşhis, tedavi rehabilite edilirler. Aynı zamanda buralarda doğumda yaptırılır. Sağlığı bozulan kişilerin, diğer kişilere göre daha fazla yardım ve bakıma, hoşgörüyü ihtiyacı vardır. Hastane kelimesi de bu hoş görüyü ifade eder. Hastane, Latince misafir kabul etme, misafirperverlik anlamına gelmektedir. Hastaneler, tarih içerisinde dinlerin etkisiyle, kimsesiz ve miskinlerin bakıldığı bir yer olarak gelişmişlerdir. Bilimsel olarak Avrupa'da 1800'lerden sonra kurulmaya başlamıştır. En önemlilerinden Paris Hastanesi 1893'de, Lankenau Hastanesi 1889'da, General Hospital 1909'da kurulmuştur (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 36). Anadolu'da ilk hastane Selçuklular tarafından Kayseri'de Gevher

Nesibe Külliyesi olarak kurulmuştur. Daha sonra Sivas, Kastamonu, Konya, Çankırı, Amasya, Erzurum, Erzincan, Mardin ve daha birçok yerde hastaneler kurulmuştur. Osmanlılar zamanında da başta İstanbul olmak üzere birçok yere hastane kurulmuştur (Ceyhan; 2007: 28).

- **Özel hastaneler**

Özel hastaneler, özel kişi ve kuruluşlara ait özel hastaneler, vakıf hastaneleri, azınlıklara ait hastaneler ve yabancılara ait hastaneler olmak üzere dört kategoride toplanmaktadır. Kurumların % 91,9'u ve yatakların % 82,0'ı ile özel hastanelerin en büyük bölümünü özel kişi ve şirketlere ait hastaneler oluşturmaktadır. Bunu özellikle vakıf üniversitelerinde kurulan tıp fakültelerinin de katkısı ile dernek ve vakıf hastaneleri izlemektedir (Tengilimoğlu vd.; 2009: 125).

Ayaktan tedavi hizmeti veren özel poliklinikler ve yataklı tedavi hizmetleri sunan özel hastaneler, ülkemizde de hızla yaygınlaşmakta ve gelişmektedir. Ama yine de istenen seviyeye geldiği söylenemez. Bu özel sağlık kuruluşlarının her türlü denetimini Sağlık Bakanlığı'nın illerdeki kuruluşu İl Sağlık Müdürlüğü yapmaktadır (Uludağ; 2010: 56).

1.3.3. Hastane İşletmeleri

Bireylerin sağlıklarını korumayı ve hastalandıklarında onları yeniden sağlıklarına kavuşturmayı amaçlayan sağlık hizmetleri çeşitli sağlık işletmelerinde değişik tip sağlık personelleri tarafından bireylere sunulmaktadır (Narlı; 2009: 32). Ancak tüm bu sağlık işletmeleri içinde hastaneleri arz ettiği önem nedeniyle daha detaylı olarak incelemek gerekmektedir.

Günümüzde toplumlara çeşitli sağlık hizmetleri sunan hastaneler, sağlık sistemimizin en önemli kuruluşlarıdır. Tıp biliminde ve teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak hastaneler hızla değişmiş, önemleri gittikçe artmış ve devletlerin sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü tüketen sosyoekonomik kurumlar haline gelmişlerdir (Şahin; 1999: 5). Bu bağlamda 19 yüzyıldan önce yalnızca fakir, zayıf, kimsesiz ve yaralıların barındırıldığı yerler olarak işlev gören hastaneler bugün, üstün teknolojik araç ve gereçlerle donatılmış hastaların ve yaralıların muayene ve tedavi edildikleri kombine hizmet veren kuruluşlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Güllülü vd.; 2008: 70).

Günümüzde hastanelerin farklı şekillerde tanımlandığını görmekteyiz (Bıyıklı; 2007: 11-12, Tatarlı; 2007: 9, Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 40, Gümüş; 2005: 66-67, Güllülü vd.; 2008: 69-70, Tengilimoğlu vd.; 2009: 129, Narlı; 2009: 33-34, Ceyhan; 2007: 55):

- Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre hastaneler; müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetlerini veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlardır.
- Sağlık Bakanlığı'na göre ise hastaneler; esas olarak ikinci ve üçüncü basamak, tanı, tedavi ve tıbbi rehabilitasyon hizmeti veren her türlü yataklı sağlık kuruluşlarına hastane denir.
- Yine Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre hastaneler; hasta ve yaşlıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak izleme, muayene, teşhis tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır.

Tüm bu tanımlar doğrultusunda özet olarak hastaneleri; her türlü sağlık hizmetlerinin ekonomik olarak kesintisiz üretildiği, eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü, kar gözetmeyen, sağlık endüstrisi pazarında çevreden etkilenen ve çevreyi etkileyen, çeşitli girdileri işleyip, yararlı çıktılar haline dönüştüren karmaşık ve pahalı ve kendine göre değişik özellikler gösteren bir hizmet işletmesi çeşidi veya hastalara hizmet vermeye yönelmiş bir otel türü olarak tarif etmek mümkündür (Ak; 1990: 70, Narlı; 2009: 35).

1.3.3.1. Hastanelerin Amaçları

Asıl amaçları hasta ve yaralı bireylerin tedavi ve tıbbi bakımlarını gerçekleştirmek olmasına karşın günümüzde hastaneler topluma yalnızca bu yönden hizmet sunmazlar. Dünya Sağlık Teşkilatı hastanelerin başlıca amaçlarını şu şekilde özetlemektedir (Ceyhan; 2007: 61-62):

- Bireylerin evlerinde, doktor muayenehanesinde veya kliniklerde tedavi ve bakımlarının yapılması olanaklı görülmeyen hastaların tedavi ve bakımları,
- Doktorların ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi,
- Tıbbi araştırma.

Sağlık Bakanlığı açısından hastanelerin amacı ise, modern çağın icaplarına ve memleket gerçeklerine uygun, süratli, disiplinli, üstün kaliteli ve ekonomik bir hastane işletmeciliği sağlamaktır (Ak; 1990: 75).

Yukarıda belirtilenlerin ışığında hastanelerin amaçlarını aşağıdaki gibi sıralayabiliriz (Güllülü vd.; 2008: 77, Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 40-41, Ak; 1990: 74-75, Tengilimoğlu; 2001: 28, Narlı; 2009: 37-38, Ceyhan; 2007: 61);

- Hasta beklentilerini karşılamak,
- Yüksek nitelikteki hasta bakımı ve tedavi hizmetlerini en düşük maliyetle üretmek ve bunu ihtiyaç sahiplerine satmak,
- Ayrıca hasta ve yaralıları tedavi etme yanında, bunların birey ve toplum sağlığına etkisi bağlamında toplumsal sorumlulukları yerine getirmek,
- Milli gelirden ve hastalardan sağladıkları geliri en ekonomik şekilde kullanarak daha çok sayıda hastaya hasta bakımı ve tedavi hizmeti üretmek,
- Verilen hizmetlerin sürekliliğini sağlamak,
- Kar elde etmek en son düşünülen bir amaç olmasına karşılık hastane yönetimlerini işletmecilik biliminin kuram ve ilkelerinden ayrı tutmamak,
- Milli düzeyde istihdam politikasına, ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkıda bulunmak için en son tıbbi ve teknolojik bilgilere dayalı eğitim ve araştırma metotlarını kullanmak, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için gerekli tedbirleri almak ve bu bağlamda uzman, idari ve teknik personele gerekli eğitimi vermek,
- Tıp alanında araştırmalarda bulunmak,
- Hasta ve kaza sayısını azaltmak,
- Teşhis ve tedavi faaliyetlerinin sürekli izlenmesi yoluyla hasta bakım kalitesinde yüksek bir düzeye ulaşmak,
- Tıbbi kurallara aykırı davranış riskini azaltmak için hastane yönetiminin standartlar ve sorumluluklar hakkında bilgi sahibi olmasını sağlamak.

Sonuç olarak hastaneler; tedavi hizmetlerini gerçekleştirdikleri için tıbbi bir kuruluş, yöntemlerinde ekonomilerinin asıllarının geçerli olması nedeniyle ekonomik bir işletme, doktorların ve başka sağlık personelinin eğitimlerindeki rolleri nedeniyle eğitim kurumu, araştırmaya olan katkıları nedeniyle bir araştırma kurumu, belli meslek gruplarından kişilerin çalıştığı ve bu gruplar arasında amaç ayrıcalıkları bulunması nedeniyle mesleki bir örgüt, ödeme gücüne bağımlı olmadan gereksinimi olan her kişiye hizmet sunmaları nedeniyle sosyal bir kurum, belirli bir coğrafi bölgeye hizmet götürmesi nedeniyle toplumsal bir girişim, devletin hastaneler üzerindeki denetiminden ötürü bir kamu kuruluşu, kısmen veya tam olarak toplumun yardımlarıyla çalışmalarını sürdürmelerine göre bir hayır kurumu niteliğinde faaliyet gösteren ve hizmet veren organizasyonlar olarak da tarif edilebilirler (Narlı; 2009: 37, Ceyhan; 2007: 61).

1.3.3.2. Hastane İşletmelerinin Özellikleri

Günümüzde hastane yöneticileri, genellikle inanılmaz karmaşıklık ve boyutlarda bir kurumu işletmek, çok büyük bir bütçenin sorumluluğunu taşımak ve yüze yakın değişik hizmet gören profesyonel, yarı profesyonel ve yardımcı personelin uyumunu sağlamak zorundadır. Ancak bir işletme olarak hastanelerin yönetimi söz konusu olduğunda öncelikle hastanelere özgü özelliklerin tanımlanması bir zorunluluk haline gelmektedir (Şahin; 1999: 139).

Dünya Sağlık Teşkilatı hastanelerin özelliklerini; kişilerin evlerinde, doktor muayenesinde veya kliniklerde tedavi ve bakımlarının yapılması olanaklı görülmeyen hastaların tedavi ve bakımları, doktorların ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi ve tıbbi araştırmalar olarak gruplandırır. Konu üzerinde çalışmalarda bulunan A.F.Wessen'de hastanelerin amaçları ve topluma sundukları hizmeti; hasta bakımı, toplum sağlığı hizmetleri, eğitim, tıbbi araştırma ve varlığını sürdürebilme olarak özetlemektedir (Bıyıklı; 2007: 16);

Yukarıdaki açıklamalar ışığında hastanelerin başlıca özellikleri şöyle sıralanabilir:

- **Hastaneler Birer Hizmet Örgütüdür**

Hastanelerin tüm hizmet sektörü içinde de özel bir yeri vardır. Bir ülkede hastaneler, ekonomik faaliyetlere katılsın veya katılmasın, toplumun tümüne hizmet sunarlar. Dolayısıyla tarım sektörü, imalat sektörü ve hizmet sektörlerinde çalışan işgücü hastalandığında veya herhangi bir kazaya uğradığında bu sistemden yararlanırlar (Şahin; 1999: 7).

Bu bağlamda hastaneler, öncelikle müşterilerine ya da ilgili halk kesimine yarar sağlayan hizmet örgütleri arasında sayılmıştır (Narlı; 2009: 36). Toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunma fonksiyonu düşünüldüğünde hastanelerin kamu yararına faaliyet gösteren kuruluşlar arasında yer aldığı ileri sürülebilir. Fakat hastanelerin esas kuruluş nedeni hastalara tedavi hizmeti vermek olduğu için hizmet organizasyonları arasında sayılmışlardır (Şahin; 1999: 6).

- **Hastaneler Karmaşık Yapıda Örgütlerdir**

Her toplumda rastlanan en karmaşık organizasyonlardan birisi de hastanelerdir. Hastanelerin karmaşıklığının nedenlerinden ilki, hastane dışında hastaneyi etkileyen etmenlerin yani hastane çevresinin çok karmaşık oluşudur (Tengilimoğlu vd.; 2009: 134, Narlı; 2009: 36).

Söz konusu nedenlerden ikincisi, çok sayıda farklı hastalıklardan şikayetçi olan hastaların hastaneye gelişlerindeki düzensizliktir. Bu yüzden herhangi bir an için hastaneye olan talep doğru olarak tahmin edilememektedir. Hastaneye gelen hastaların tedavi talebinin acillik özeliği göstermesi ve reddedilemez nitelikte oluşu, donanım ve personel açısından hastanenin her zaman kullanıma hazır tutulmasını gerektirmektedir. Bunun bir sonucu olarak, hastanede tam kapasite ile çalışmayan ve bazen zarar eden servisler de faaliyetlerine devam etmesi hastanelerde çok sayıda personel istihdamına yol açmaktadır (Ak; 1990: 90).

Karmaşık yapının üçüncü nedeni; hastanelerdeki işbölümü ve uzmanlaşma düzeyinin çok yüksek olması nedeniyle herhangi bir bölüm ya da grubun fonksiyonunu yerine getirebilmesi, diğer bölüm ya da gruplara bağımlı olmasıyla ilişkilidir (Şahin; 1999: 9-10). Yine bu doğrultuda teknolojinin hızla ilerlemesi de hastanelerde uzmanlaşmanın artmasına ve yeni uzmanlıkların doğmasına neden olmaktadır (Tengilimoğlu vd.; 2009: 134, Şahin; 1999: 10). Ayrıca tıbbi gelişmeler hastanelere talebi artırmaktadır. Bu talepler; hastanelerin yapısını, amaçlarını en iyi ve etkin olarak gerçekleştirebilecek biçimde olmasını gerekli kılmaktadır (Ak; 1990: 85). Bu gelişmelerin hastaneye yansımaları hastanede hem personel hem de hizmet birimlerinin sayısının hızla artmasına neden olmuştur (Seçim, 1991: 21).

Hastaneleri karmaşık kılan bir başka neden de; hastanelerin eğitim fonksiyonlarından kaynaklanmaktadır. Hastanelerde çalışan diğer meslek gruplarını yetiştiren eğitim kurumlarının da uygulama amaçlı olarak yoğun olarak hastaneleri kullanımı; bu eğitim hizmetlerinin örgütlenmesinde, öğrencilerin hastaneye geliş ve ayrılışların takibi, bu

öğrencilere verilecek eğitim hizmetlerinin programlanması, öğrenciler ile hastane personeli arasındaki iletişim sorunlarının çözümü gibi ek sorunları da beraberinde getirmektedir (Şahin; 1999: 10).

- **Hastanelerde Sağlık Hizmeti Üretimi Söz konusudur**

Hastanelerin asli işi sağlık hizmetleri üretmektir. Müracaat eden hastaların veya hastalıktan şüphe edenlerin, yaralıların teşhis ve tedavileri ile ilgili hizmetler sağlık hizmetleridir. Bu amaçla hekim hemşire başta olmak üzere çeşitli sınıf ve unvanında personel çalışır (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 41).

Toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunma (koruyucu sağlık hizmetleri) fonksiyonu açısından da düşünüldüğünde hastaneler kamu yararına faaliyet gösteren örgütler arasında yer alırlar, fakat esas amaçları hastalara tedavi hizmeti vermek olduğundan hastaneler birer hizmet örgütüdürler (Ak; 1990: 89). Üretilen hizmet hem kaliteli olmalı, hem de kısa sürede sunulmalıdır. Ancak, başta tekel olmaları olmak üzere çeşitli sebeplerle üretilen sağlık hizmeti, hizmeti alanları memnun etmemektedir (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 41).

- **Hastaneler Matriks Yapıda Örgütlerdir**

Hastaneler matriks yapıda örgütlerdir. Matriks örgüt, faaliyetlerinin uzmanlık esasına göre gruplandırıldığı bir organizasyon üzerine proje organizasyonunun monte edilmesiyle ortaya çıkan bir yapıdır. Matriks organizasyon yapısı, tarifî icabı, iki ayrı ilişki üzerine kurulmuş bulunmaktadır. Dikey ve yatay ilişkiler. Diğer organizasyon yapılarında dikey ilişkiler (Emir- komuta ilişkileri) esastır, yatay ilişkiler istisnadır ve uygulaması özel şekilde tarif edilmiştir. Örneğin bir fonksiyonel yetki uygulaması gibi. Buna karşılık, matriks bir yapıda, hem dikey hem yatay ilişkiler aynı derecede öneme sahiptir ve biri diğerine üstün değildir (Şahin; 1999: 11).

Matriks organizasyonda fonksiyonel yönetici ile proje yönetici olmak üzere iki tür yönetici bulunmaktadır. (Çatalca; 2003: 23-24, Tengilimoğlu vd.; 2009: 135). Fonksiyonel yönetici, işin kimler tarafından, nerede (hangi projede) ve mesleki açıdan nasıl yapılacağı konularıyla ilgilenmektedir. Proje yöneticisi ise, neyin ne zaman ve neden yapılacağını belirlemektedir. Dolayısıyla uzmanlık bölümleri içinde çalışan personel bir yandan uzmanlıkları nedeniyle ilgili bölümün yöneticisine (Dikey İlişki); bir yandan da bu

uzmanlıklarını belirli bir projede uyguladıkları için bu projenin yöneticisine (Yatay İlişki) karşı sorumlu olacaktırlar (Şahin; 1999: 11).

- **Hastaneler Günün 24 Saati Hizmet Sunan İşletmelerdir**

Hastaneler günde 24 saat hizmet veren organizasyonlardır. Buna göre zaman temeline göre bölümlere ayrılabilir ve tıbbi personeli genellikle vardiya usulüyle çalışır (Çatalca; 2003: 23-24).

Hastane hizmetlerinin gecesi yoktur. Hastaneye gelen hastanın tedavisi acillik ve reddedilemezlik özelliği gösterdiği ve hastanedeki bir kısım hastanın sürekli bakım altında tutulması gerektiği için hastanelerde tüm gün boyunca hizmet verilebilmektedir (Ak; 1990: 92-93).

Bu bağlamda özellikle ameliyathane, yoğun bakım, acil servis ve klinik hizmetlerin hastanelerin kaliteye yönelik olarak sıfır hata amaçlarını gerçekleştirebilmeleri için günün her saatinde aynı kalitede hizmet sunumunu gerekli kılmaktadır. Bu amaca yönelik olarak bu hizmet birimlerinde çalışacak personelin vardiya ve nöbet çizelgelerinin tanzimi bir yandan sorunlar ortaya çıkarırken, özellikle gece vardiyalarında çalışan personelin performanslarının denetimi de sorunlar doğurmaktadır (Şahin; 1999: 13). Özellikle gece çalışan personelin kişilerarası ilişkilerinde ve göreve bağlılıklarında zayıflık görüldüğünden, hastanelerin gece ve akşam vardiyalarındaki yönetimi, gerek hastane giderlerinin kontrolü, gerekse hastanın sağlığı açısından önem taşımaktadır (Tengilimoğlu vd.; 2009: 137).

- **Hastaneler, İş Görenlerinin Önemli Bir Kısımının Bayanlardan Oluştugu İşletmelerdir**

Hastanedeki işgücünün önemli bölümünü bayanlar oluşturmaktadır (Çatalca; 2003: 23-24). Bunun sebebi; hemşire, ebe vb. gruplarda çalışanların bayanlardan seçilmesi ve bayanların hastalara karşı daha ilgili, vicdanlı ve insancıl olmalarıdır. Hastane personelinin çoğunun bayanlardan oluşması, hastanelerde bayan personel arasında devir hızının yüksek olmasına sebep olmaktadır. Bunun sebebi ise; akşam ve gece vardiyalarında, tatil günlerinde çalışması ve bayan personel için bu durumun bazı problemlere sebep olması; sözgelimi; ulaşım zorlukları, çocuk bakımı, karı-koca arasındaki huzursuzluklar ve evlendikten sonra görevden ayrılmaların sık olması vb. gibi (Ak; 1990: 93).

Hastanelerde hasta bakım kalitesini, fiziksel aletlerle ve ekipmanla birlikte hastanenin her düzeyindeki personel belirlemektedir. Hastaneler için bu kadar önemli olan personelin örgütte tutulması, çalışmalarının sağlanması, yönetimin başta gelen görevlerinden biridir. Dolayısıyla nitelikli dinamik iş görenleri işletmeye çekmek ve etkin iş gören politikaları uygulayarak bu iş görenleri işletmede tutmak önemli bir sorun haline gelmektedir (Şahin; 1999: 14).

- **Hastaneler Kamusal Otorite Ve Toplumsal Baskı Grupları İle Karşılıklı Etkileşimde Bulunan Örgütlerdir**

Hastanelerde sunulan hizmetler, tüm uluslarca anayasal bir hak olarak güvence altına alınan ve tanımlaması oldukça güç bir kavram olan sağlıkla ilgili hizmetleri üreten işletmelerdir. Bu özellik ise hastanelerin yönetimi ve işlevlerini daha da karmaşık hale getirmektedir (Şahin; 1999: 139).

- **Hastaneler Hizmet Üretim Süreci En Karmaşık İşletmelerdir**

Hastaneler, sosyo-ekonomik, insan-makine ve birçok disiplinin ortak katkısı ile amacına ulaşabilen sistemlerdir. Hastane sistemi içinde belirli bir örgütlenme vardır. Hizmetlerin yürütümünde çeşitli teknolojik düzeylerde geniş ölçüde araç ve gereç kullanılır. Hastanelerin dinamik yapısı, çok sayıda seçenek teknolojik ve yönetim kurallarının bulunması hastane yönetimini güçleştirir. Bu özellikler: hastanelerin planlama, yönetim ve denetim sorunları için disiplinler arası bir genel yaklaşımı zorunlu kılmaktadır (Ak; 1990: 85).

- **Hastanelerin Mimari Yapısı Ve Yeri Önemlidir**

Hastanelerin bahçe peyzaj mimarisi ve bina mimarisi özellik arz eder. Hastane bahçesi parkı ve garajının düzenli, temiz, bakımlı ve her mevsim yeşil ve mevsime göre çiçeklerle süslü olması gereklidir. Hastane binasının ısı ve sesi koruyan, enfeksiyonu önleyen, hava sirkülasyonu sağlayan, alan yerleştirme tekniklerine uygun, birimlerin fonksiyonel ilişkilerini zaman ve mesafe açısından en aza indiren, yangın, deprem ve benzeri tabii afetlere göre tedbirli vb. nitelikte olması gereklidir. Hastane yerinin ise hastaların en kısa zamanda ve kolaylıkla ulaşabildiği, hastane yer seçimi tekniklerine uygun bir yerde seçilmesi gereklidir (Ak; 1990: 89, 90).

- **Şehir Yaşantısı Özelliği**

Hastanelerde diğer işletmelerde görülmeyen bir personel yapısı ve farklı birimler söz konusudur. Bazı hastanelerin nüfusu 3.000 nüfuslu kasaba çapındadır ve buralarda bir şehir yaşantısı söz konusudur. Çünkü hastanelerde PTT, Banka, Çiçekçi, Gazeteci, Kafeterya, Büfe ve Kantinler, Polis, Mescit, Cami, Berber, Ayakkabı Boya Salonu, Kreş, Dershane, Dernek, Gönüllüler Birliği, TV-Video odaları, Konferans, Film ve Konser salonları bulunmaktadır (Ak; 1990: 91).

- **Açık Dinamik Sistem Oluşu**

Hastaneler çeşitli parçalardan oluşmuş bir bütündür. Hastaneler bir sistem özelliği taşırlar. Hastaneler sosyal, sosyo teknik, adaptive ve açık dinamik sistemler olarak nitelendirilmektedirler. Sosyal sistem kavramında örgütün, çevre ile olan ilişkilerine ve örgüt içindeki formal ve informal ilişkilere ağırlık verilmektedir. Sosyo teknik sistem kavramında ise, örgüt içerisindeki sosyal (beşeri) sistem ile teknolojinin bir birine karşılıklı olarak etkilediği hususu üzerinde durulmaktadır. Çevreye uyum gösterebilme tüm sosyal sistemlerin bir özelliğidir. Çünkü çevresine uyum gösteremeyen çevresinin isteklerine ve çevresindeki değişimlere cevap veremeyen her türlü sosyal sistem giderek yok olmak durumundadır. Yok olmamak için ise sistemin çevresine açık olması gerekmektedir. Hastaneler, girdilerini çevreden aldıkları ve çıktılarının önemli bir kısmını çevreye verdikleri için bu açıklık zaten söz konusudur. Buna ek olarak çevredeki değişikliklerin takip edilebilmesi ve ihraç edilen çıktılarının çevreyi tatmin edip etmediğinin denetimi için geri bildirim mekanizmasının oluşturulması ile örgütün çevresi ile ilgili diğer bağlantıları da kurulmuş olmaktadır (Ak; 1990: 91).

- **Sosyal Sorumluluk**

Hastaneler hizmet işletmeleri olmalarına rağmen diğer hizmet işletmelerinden farklı olarak, karı ikinci plana atıp, hasta tedavisi, güvenliği ve toplumun sağlığının yükseltilmesini ve korunmasını ilk amaç olarak almaktadırlar. Yani, sosyal amaçlar daha ön plandadır. Diğer işletmelere göre daha fazla sosyal sorumluluğa da önem vermelidirler (Çatalca; 2003: 23-24).

Bu bağlamda sağlık ve sosyal yardım fonksiyonları bütün hastanelerde iç içe bir görünüm arz eder. Sosyal birimlerle ilgili birimler oluşturulmuştur. Sözgelimi; Sosyal hizmet

şefliği, gönüllüler başkanlığı, halkla ilişkiler memurluğu, hastane dernekleri, hasta hakları, hasta güvenliği birimleri vb. gibi (Ak; 1990: 92).

1.3.3.3. Hastane İşletmelerinin Fonksiyonları

Hastaneler, sağlıkla ilgili birçok kurum ve kuruluşun dolaylı ya da dolaysız sağlık hizmeti sunduğu veya destek hizmetleri verdiği sağlık sisteminde; doğrudan doğruya sağlık hizmeti sunan, hastalıkların teşhis ve tedavisinde yakından ilgilenen ve birçok işlevler üstlenen kurumlardır. Yıllar önce düşkün, zayıf ve yaralıları barındırarak onlara yardım eden yardım kurumu niteliğindeki hastaneler bugün çeşitli sağlık sorunları olan insanların tıbbi muayene ve tedavi edildikleri önemli organizasyonlar haline gelmiştir. Bu bağlamda sağlık hizmeti sunan hastaneler, özelde bireyin genelde toplumun sağlık sorunlarıyla ilgilenen ve ekonomik boyutu olan sosyal kuruluşlardır. Bunun sonucu olarak da hastaneler, işletmelerin bilinen tüm işlevlerini yerine getirirler (Narlı; 2009: 38).

Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

- **Hasta ve Yaralıların Tedavisi**

Hastanelerin temel fonksiyonu hastalıkların tedavisidir (Bıyıklı; 2007: 16). Bu bağlamda hastalara, kendisini hasta hissedenlere ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlere sunulan tıbbi tedavi, teşhis, gözlem, rehabilitasyon, klinik, poliklinik, ameliyathane hizmetleri hastanelerin öncelikli görevidir. Ayrıca hastalara gerektiği gibi hasta bakımı hizmetlerinin verilmesi de bu kapsamdadır (Ak; 1990; 75-78, Narlı; 2009: 38-39).

Hastaneler, hasta ve yaralıların tedavisi yanında, koruyucu sağlık hizmetleri de sağlamaktadırlar. Ayrıca alkol, sigara, uyuşturucu gibi sağlığa zararlı alışkanlıklara karşı mücadelede etkin rol oynamaktadırlar ve bu yolla toplum sağlığının geliştirilmesine etkiye bulunmaktadır (Kavuncubaşı; 2000: 76).

Tıbbi fonksiyonlar olarak da adlandırabileceğimiz bu grup kapsamında klinik hizmetleri, poliklinik hizmetleri, acil hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, ameliyathane ve sterilizasyon, eczane hizmetleri, röntgen hizmetleri bulunmaktadır (Güllülü vd.; 2008: 78).

- **Eğitim**

Hastaneler sağlık hizmeti üretirken aynı zamanda eğitim faaliyetinde de bulunurlar. Eğitim hizmetleri; hasta ve yakınlarına, hastane personeline (hizmet içi eğitim), öğrencilere (intörnlük, tıpta uzmanlık) ve sağlık konularında kamuoyunun eğitimi olmak üzere dört şekilde sunulur (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 41, Kavuncubaşı; 2000: 76, Seçim; 1991: 15, Ceyhan; 2007: 56).

Hastanelerin kuruluşunda esas amaç, hasta ve yaralıların tedavisidir. Bu esas amaca ulaşabilmesi için tedavi hizmetlerinin hasta ve yakınlarının eğitimi ile bütünleştirilmesi gerekmektedir. Bu nedenlerle, hastaya ve yakınlarına hastalığın mahiyeti, özellikleri ve tedavisi ile ilgili bilgiler verilmekte, bu konuda eğitilmektedirler (Bıyıklı; 2007: 17).

Hastanelerde verilen ikinci tür eğitim, öğrencilerin pratik eğitimidir. Bu öğrenciler, tıp ve hemşirelik öğrencileri ile yardımcı sağlık personeli sınıfına giren öğrencilerden oluşmaktadır (Bıyıklı; 2007: 17-18).

Hastanelerin yerine getirdiği bir diğer eğitim fonksiyonu da personelin hizmet içi eğitimidir. Tıp bilimi teknolojisindeki hızlı gelişmeler ile hekim ve hemşire açığı, hastanelerdeki hizmet içi eğitim faaliyetlerine önem kazandırmıştır. Hastaneye alınan yeni personelin ise alışmasını sağlamak, mevcut personelin bilgilerini tazelemek, yeni bilgiler edinmelerini sağlamak ve becerilerini geliştirmek için yapılan hizmet içi eğitim hekimlikte sürekli tıp eğitimi olarak adlandırılmaktadır (Bıyıklı; 2007: 18).

Hastanelerde sunulan son grup eğitim hizmeti, toplum sağlığı konusunda kamuoyunun eğitimidir. Bu tür bir eğitimden amaçlanan: hastane standartlarının neler olduğu, bu standartların neden ve nasıl geliştirildiğinin kamuoyuna açıklanmasıdır (Bıyıklı; 2007: 18-19).

- **Araştırma-Geliştirme**

Hastanelerin ürettiği bir diğer hizmette araştırma yapmaktır. Özellikle üniversite - araştırma hastaneleri olmak üzere tüm hastaneler hastalık, hastalığın seyri ve sonucu üzerinde araştırma yaparlar. Bireye ve topluma etkilerini gözlerler. Mesleki gelişmeleri takip ederler. Kendi araştırma sonuçlarını yayımlarlar (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 41).

Hastanelerdeki araştırma ve geliştirme faaliyetleri biri tıbbi, diğerisi idari olmak üzere iki türdür. Tıbbi araştırma ve geliştirme, hastanelerin temel işlevleri olan hasta ve yaralıların

tedavisi işlemlerini yerine getirirken izledikleri mevcut tedavi planlarının kalitesinin sürekli iyileştirilmesi ve mevcut tedavi planlarından daha optimal tedavi planlarının oluşturulmasına yönelik bir süreçtir (Bıyıklı; 2007: 19). Bu süreç sağlıkla ilgili klinik içi ve klinik dışı her türlü saha araştırmalarını ve geliştirme faaliyetlerini kapsar. Tıp biliminin araştırma özelliği bütün bilim dallarından daha yoğun ve daha belirgindir (Ak; 1990; 75-78, Narlı; 2009: 41).

İdari araştırma ve geliştirme ise; hastanedeki işletmecilik sorunlarının saptandığı ve bu sorunların çözümüne yönelik yapılan araştırmalardır. Bir tedavi, eğitim, araştırma ve kamu kurumu olabilmenin gereği olarak, yönetim gibi çeşitli sorunlarla karşı karşıya bulunan hastaneler, işlevlerini gereğince yerine getirebilmek için birçok önemli örgütsel sorunu da çözüme kavuşturmak zorundadır. Hastanenin verimliliğini ve etkinliğini artırmaya yönelik bu araştırmalar, hastane içinde bir ekibe, ya da hastane dışında bir uzmanlar grubuna yaptırılmaktadır (Bıyıklı; 2007: 19).

Hastaneler, tıp bilimleri alanında araştırmaların yapıldığı merkezler olma yanında ayrıca bu tür araştırmalara sponsorluk da yapmaktadır (Kavuncubaşı; 2000: 76, Narlı; 2009: 41).

- **Toplumun Sağlık Seviyesine Katkıda Bulunma**

Her işletmede olduğu gibi hastane işletmelerinin de sosyal sorumlulukları vardır (Ak; 1990; 75-78). Buna göre tedavi edici tıp alanına giren bu faaliyetlerden başka, artık günümüzde hastanelerin koruyucu tıp alanında da hizmet vermeleri beklenmektedir. Kanser gibi, alkolizm veya trafik kazaları gibi, toplum sağlığını tehdit eden hastalıklar veya tehlikelerle mücadelede hastanelerin kendi başlarına yapabilecekleri oldukça kısıtlıdır. Ancak diğer hastanelerle ve kamu kuruluşlarıyla birlikte yürütülecek eğitim programları, aşı kampanyaları, röntgen taramaları bu amaçla gerçekleştirilebilecek faaliyetler arasındadır (Bıyıklı; 2007: 20).

- **İdari Fonksiyonlar**

Hastanelerdeki tüm yönetim ve organizasyon faaliyetleri bu fonksiyon kapsamındadır. Hastanelerde görev yapan tüm personelin göreve başlatılması; görevlerine devamlarının sağlanması, planlama, örgütlenme, kadrolama, icra, uyumlaştırma, motivasyon, haberleşme ve denetim hizmetlerinin yürütümü, izin, hastalık, maaş, terfi, disiplin, emeklilik, kayıt ve dokümantasyon hizmetleri vb. kapsar (Narlı; 2009: 39)

Tıbbi tedavi hizmetlerinin etkin yürütülmesi için gerekli olan bütün idari, mali, teknik, hemşirelik ve diğer hizmet personelinin, hastane amaçlarını gerçekleştirmek üzere yönetilip yönlendirilmesi, söz konusu hizmetlerin uyumlu, etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesini ifade etmektedir (Özdemir, 2007).

- **Mali Fonksiyonlar**

Hastanelerdeki hastaların ve çalışanların ihtiyaçları ile her türlü sağlık hizmeti üretim unsurları olan malzeme, araç, gereç, hizmet, yiyecek, içecek, giyim, kuşam, yakacak vb. satın alınması, personel maaş, tazminat, yolluk vb. ödemelerinin yapılması, bütçenin tanzimi, sarfi gibi hastane ile ilgili bütün gelir ve gider işlemlerinin yönetimini kapsamına alır (Ak; 1990; 75-78).

Resmi veya özel tüm hastane faaliyetlerinin belirli bir maliyeti vardır. Bu nedenle hastaneler, bu maliyeti karşılamak için gelir sağlamak durumunda olmakla birlikte, malzeme alımından, çalışanların ücret ve maaşlarına kadar çeşitli harcamalarda bulunur. İşte hastanenin tüm gelir ve giderlerle ilgili iş ve işlemleri “mali fonksiyonlar” kapsamında değerlendirilmektedir. Ayrıca bazı hastanelerde olduğu gibi, döner sermaye ile ilgili işlemler; hastaneye yapılan bağış ve yardımlar bu grupta yer almaktadır (Narlı; 2009: 40)

- **Teknik Fonksiyonlar**

Hastanelerin bina, malzeme, makine, cihaz vb.lerinin tamir, periyodik bakım, onarım, sıhhi tesisat, kanalizasyon, elektrik, ısı ve havalandırma sistemleri, çamaşırhane, terzihane, bahçe, mutfak vb. hizmetleri kapsar (Ak; 1990; 75-78).

Bina, malzeme, araç ve gereçlerin temini ve bakımı ile ilgili tüm görevler, teknik fonksiyonları oluşturmaktadır. Teknolojik gelişmeler sonucu pek çok yeni teknik araçlar, elektronik cihazlar, günümüzde hastanelerin önemli parçası haline gelince, teknik hizmetlerin de önemi artmaya başlamıştır. Tıbbi teşhis ve tedaviye karar vermek gerektiğinde, hekim, röntgen veya filmlere ihtiyaç duyulabilir. Film makinesinin teknik bir arıza sebebiyle hizmet dışı olması halinde, tıbbi teşhis ve tedavi de buna bağlı olarak aksayacaktır. Bugün hastanede tamir ve bakım işlemi gibi tüm teknik hizmetleri, görev, yetki ve sorumlulukları açıkça belirlenmiş bir teknik birim yürütebilir (Özdemir, 2007).

- **Otelcilik Fonksiyonları**

Hastane işletmelerinin otelcilik fonksiyonu çok önemlidir. Tıbbi fonksiyonları çıkardığımızda hastane işletmelerinin çalışması tamamı ile bir otel hizmeti durumundadır. Hastanelerde bu hizmetler ev idaresi hizmetleri olarak da anılmaktadır. Hastaların barınma, rahat ettirilme ve ağrılanması işlerini kapsar (Narlı; 2009: 41).

1.3.3.4. Hastane İşletmelerinin Türleri

Hastaneler topluma çeşitli şekillerde hizmet vermektedirler. Hastanelerin halka hizmet verışı dikkate alınarak bir sınıflandırma yapmak mümkün ve yararlı olmaktadır. Hastanelerin sınıflandırılma biçimleri, hastanelerin belirli kategorilere ayrılmasıdır (Ak; 1990: 82).

Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, yönetim ve kontrollerine, finansal kaynaklarının türüne (mülkiyet türü), büyüklüklerine (yatak kapasitesi), hastaların hastanede kalış sürelerine, kadrolu personelinin kompozisyonuna göre sınıflandırılabilir. Genel olarak hastaneleri şu şekilde sınıflandırabiliriz (Bıyıklı; 2007: 12-13, Tatarlı; 2007: 9, Ak; 1990: 82, Gümüş; 2005: 67, Ceyhan; 2007: 65):

1.3.3.4.1. Hizmet Türlerine Göre Hastaneler

Hizmet türlerine göre hastaneler genel hastaneler, eğitim hastaneleri ve özel dal hastaneleri (doğum, çocuk, trafik v.b.) olmak üzere üç grupta toplanmaktadır; (Bıyıklı; 2007: 13-14).

- Genel hastaneler; genel sağlık hizmeti üreten en az dahiliye hariciye, çocuk, doğum servisleri bulunan hastanelerdir. Çoğunluk devlet hastaneleri ve SSK hastaneleri bu türden genel hastanelerdir (Ceyhan; 2007: 66). Tüm il merkezlerinde ve ilçelerin çoğunda vardır. Ortalama 50 ila 400 arasında yatak kapasiteleri vardır (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 42). Özetle yaş, cins farkı ve bir hastalık veya bir uzmanlık grubu gözetmeksizin her türlü hastanın yatırılarak veya ayakta müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, gerekli sıhhi ve tıbbi imkanlarına sahip kurumlardır (Kavuncubaşı; 2000: 78, Ak; 1990: 82-83, Gümüş; 2005: 68, Narlı; 2009: 44, Tengilimoğlu vd.; 2009: 143, Tatarlı; 2007: 10). Günümüzde Aile Hekimliği pilot uygulamalarının başlamasından sonra, Toplum Sağlığı ve Aile Hekimliği Merkezleri 1. Basamak Sağlık Hizmeti birimleri olarak kabul edilirse, genel hastaneleri 2.basamak

ve eğitim- araştırma hastanelerini de 3. basamak sağlık hizmeti birimleri olarak sınıflandırabiliriz (Alptekin; 2007: 20).

- Eğitim ve araştırma hastaneleri; yatarak veya ayakta her türlü hasta, muayene, teşhis ve tedavi yapan, mütehassis hekim yetiştiren, tam teşekküllü, gerekli sıhhi ve teknik şartlara sahip bulunan yataklı tedavi kurumlarıdır (Ak; 1990: 83). Eğitim hastanelerinin temel işlevleri ileri tetkik ve araştırma gerektiren hastalıkların tedavisini yapmak, gerekli eğitim ve araştırma faaliyetlerinde bulunmaktır (Bıyıklı; 2007: 12-13). Tıp fakültesi hastaneleri araştırma, uygulama ve eğitim amaçlı olmaları sebebiyle sağlık hizmetlerinde anahtar konumdadır (Tipi; 2007: 10). Sağlık yüksek okulu ile sağlık meslek lisesi öğrencilerinin uygulama staj yaptığı il ve ilçelerdeki hastaneler bu gruba girmez (Ceyhan; 2007: 66). Buralarda da eğitim yapılmasına karşılık eğitim hastanesi değildir. Eğitim hastaneleri bilimsel araştırma, yayın yapan, akademik eleman (bilim adamı) yetiştiren kurumlardır (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 42). Burada sözü edilen eğitim, hekimlere uzmanlık kazandırmayı amaçlayan eğitimidir. Pek çok hastanede yardımcı tıp personeli ve öğrenci hemşirelere verilen klinik eğitim, bu hastanelerin eğitim hastaneleri olarak sınıflandırılması için yeterli olmamaktadır (Gümüş, 2005; 68).
- Özel dal hastaneleri; belli bir hastalık dalında sağlık hizmeti veren hastanelerdir. Örneğin; kanser, verem, kalp damar hastaneleri, doğum evi, yanık tedavi merkezi gibi (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 42). Başka bir ifadeyle belirli yaş ve cinsiyette hastaların kabul edildiği hastanelerdir (Gümüş; 2005: 68). Belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastaların müşahede, muayene, teşhis ve tedavi edildikleri hastanelerdir. Sözgeşi çocuk hastaneleri ve doğum hastaneleri bu gruba girmektedir (Bıyıklı; 2007: 12-13, Tengilimoğlu vd.; 2009: 143).

1.3.3.4.2. Mülkiyetine Göre (Finansman Kaynağına) Hastaneler

Hastanenin mülkiyetinin hangi kamu kurum ve kuruluşlara ait olduğuna ya da kurum ve kuruluşların niteliğine göre iki grupta sınıflandırılmaktadır (Tengilimoğlu vd.; 2009: 138, Bıyıklı; 2007: 14, Tatarlı; 2007: 9):

- Kamu hastaneleri; devlete doğrudan bağlı hastaneler olup; Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı ve diğer kamu kurumlarına bağlı olan hastanelerdir (Ak; 1990: 83). Ayrıca bu hastaneler genele hizmet sunarlar (Ceyhan; 2007: 67). Bunlar devlet

hastaneleri SSK hastaneleri, üniversite hastaneleri ve askeri hastanelerdir (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 43). Birde devlete dolaylı yoldan bağlı hastaneler vardır ki bunlarda; üniversite ve belediye gibi kurum ve kuruluşlara ait olan hastanelerdir (Bıyıklı; 2007: 14). Belli bir gruba sınırlı hizmet sunarlar. DDY hastanesi, öğretmen hastanesi, azınlıklara ait Rum ve Ermeni hastanesi, belediye hastaneleri gibi hastanelerdir (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 43). Türkiye’de hastanelerin %65,7’si Sağlık Bakanlığı’na bağlıdır (Tatarlı; 2007: 9).

- Özel hastaneler; genel işletme kurallarıyla sağlık, ticaret ve vergi mevzuatına göre kurulan ve işletilen özel hastanelerdir (Ceyhan; 2007: 67). Hususi Hastaneler Kanunu ve Tüzüğüne tabidirler. Kişi ve kişilerce adi ve ticari ortaklık olarak kurulurlar. Tüm özel hastaneler bu gruptandır (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 43). Bu hastaneler amaçlarını kendi finansal kaynaklarıyla sürdüren hastanelerdir (Ak; 1990: 84). Müteşebbislerin kar amacı ile kurup işlettikleri hastanelerdir (Tatarlı; 2007: 9). Vakıflar, dernekler, kişiler, azınlıklar ve yabancılar tarafından işletilmektedirler (Bıyıklı; 2007: 14).

Hastanenin mülkiyetine sahip kurum veya kuruluş, genellikle hastaneyi yönetme ve kontrol yetkisine de sahiptir. Bu nedenle “mülkiyet” ve “yönetim ve kontrol” esaslarına göre yapılan sınıflandırmalar çoğunlukla aynı sınıflandırma olmaktadır. Fakat ABD’de kar amacı gütmeyen hastanelerde olduğu gibi yönetimle mülkiyet ayrılabilir. Hastanelerin mülkiyet esasına göre sınıflandırılmaları hastane organizasyonu açısından önem taşımaktadır. Çünkü mülkiyete sahip kurum veya kuruluşlar, yönetim ve kontrol yetkilerine de sahip oldukları takdirde, hastanenin üst kademe yönetim organları olarak organizasyon içinde yer almaktadırlar (Gümüş; 2005: 68-69).

1.3.3.4.3. Ortalama Kalış Süresine Göre Hastaneler

Hastaneler, yatarak tedavi edilen hastaların ortalama yatış sürelerine göre de sınıflandırılabilir (Tatarlı; 2007: 10). Bu sınıflandırma genellikle kısa ve uzun süren kalınan hastaneler biçiminde yapılmaktadır (Ak; 1990: 84, Tengilimoğlu vd.; 2009: 140).

- Kısa kalış süreli hastaneler, hastaların yarısından fazlası 30 günden az hastanede kaldığı hastanelerdir (Gümüş; 2005: 68). Türkiye’deki Devlet Hastaneleri bu gruba örnek gösterilebilir (Bıyıklı; 2007: 14-15). Akut bakım hastaneleri olarak da ifade

edilen bu türde, genellikle 30 günden daha kısa süre hastaneye yatmayı gerektiren hastalıkların tedavisiyle ilgilenilmektedir (Tatarlı; 2007: 10).

- Uzun kalış süreli hastaneler ise, hastaların yarısından fazlasının bir aydan daha fazla hastanede kaldığı hastanelerdir (Tengilimoğlu vd.; 2009: 140). Başka bir ifadeyle, kronik bakım hastaneleri olarak da ifade edebileceğimiz bu türde genellikle 30 günden daha fazla yatış gerektiren tedavi hizmetleri sağlamaktadırlar (Narlı; 2009: 44, Tatarlı; 2007: 10). Sözcüleri, akıl ve ruh sağlığı hastaneleri, fizik tedavi hastaneleri, zührevi hastalıklar hastaneleri ve tüberküloz hastaneleri bu gruba girmektedir (Bıyıklı; 2007: 14-15, Gümüş; 2005: 68, Ceyhan; 2007: 69, Tengilimoğlu vd.; 2009: 140).

1.3.3.4.4. Büyüklüklerine Göre Hastaneler

Organizasyon açısından diğer bir önemli sınıflandırma da; hastanelerin büyüklüklerine göre sınıflandırılmasıdır. Hastanelerin büyüklüğünü belirlemede kullanılan başlıca ölçütler, yatak sayısı, personel sayısı, hasta günü sayısıdır. Bunlar içinden en yaygın kullanılan ölçüt ise yatak sayısıdır (Narlı; 2009: 45, Kavuncubaşı; 2000: 79).

Büyüklüklerine göre hastaneler: 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve daha fazla yatak kapasiteli hastaneler olarak ayrılmaktadırlar (Ak; 1990: 84, Tatarlı; 2007: 10, Alptekin; 2007: 22).

Hastane büyüdükçe bazı yeni hizmet birimlerine ihtiyaç duyulacağı gibi diğer bazı birimler de yeterli büyüklüğe ulaşacaklarından organizasyonlarında değişiklikler olacak; böylece hastane içindeki idari kademelerin ve pozisyonların sayısında artışlar olabilecektir (Gümüş; 2005: 69, Tengilimoğlu vd.; 2009: 139).

Yatak sayısı kadar önemli bir konu da yatakların kullanımınıdır. Ülkemizde diğer dünya ülkelerine göre hem yatak sayımız az, hem de yatak kullanımı (yatak işgal oranı) düşüktür (Sözen ve Özdevecioğlu; 2002: 43).

1.3.3.4.5. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler

Hastaneler, akredite edilme durumlarına göre, akredite edilen ve edilmeyen hastaneler olarak da sınıflandırılmaktadır (Tatarlı; 2007: 10).

Akreditasyon sağlık kuruluşunun hizmet kalitesini iyileştirmek için tasarlanan ve kuruluşun organizasyon ve hasta odaklılığı karşılayıp karşılamadığının müstakil ve bağımsız bir kuruluş tarafından değerlendirildiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Etkili bir kalite değerlendirme ve yönetim aracıdır. Sağlık kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (JCAOH) tarafından sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini iyileştirmek için kurumsallaştırılan bir akreditasyon standardıdır (Tengilimoğlu vd.; 2009: 141). Söz konusu bu komisyon tarafından belirlenen standartlara uygunluğu saptanan hastaneler, akredite edilen hastanelerdir (Bıyıklı; 2007: 15).

Bu sınıflandırma her ne kadar Türkiye’de geçerli olmasa da son yıllarda ülkemizde de her alanda etkili olmaya başlayan akreditasyonla ilgili olarak, hastaneler de çalışmalar yapmaya başlamıştır. Ancak lkemizin milli bir akreditasyon kurumu olmadığı için bu hizmet dışarıdan satın alınmaktadır. Türkiye’de yaygın olarak ABD’de Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu (The Commission on Accreditation of Health Care Organizations-JACHO) tarafından geliştirilen standartlara göre hastaneler akredite edilmektedir. Akreditasyon uygulamaları Avrupa Birliği lkelerinin yanı sıra Avustralya ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerde de uygulanmaktadır ve bu ülkelerde akreditasyon kurumları da bulunmaktadır (Tengilimoğlu vd.; 2009: 141).

Özellikle ABD’de akreditasyon, hastanelerin finansal yapısını büyük lde etkilemektedir. Sigorta kuruluşları, JACHO tarafından belirlenen standartları yerine getirmeyen hastanelerde sözleşme yapmamaktadır. Ayrıca akreditasyon, hastanenin toplumsal imajını ve saygınlığını artırmaktadır (Narlı; 2009: 45). Sadece zel sektör sağlık hizmetleri sunucularından başlayarak akredite olmak üzere faaliyetlerde bulunanlar mevcuttur (Bıyıklı; 2007: 15, Tatarlı; 2007: 10, Kavuncubaşı; 2000: 79).

1.3.3.4.6. Kuruldukları Bölgelere Göre Hastaneler

Kuruldukları bölgelere göre hastaneler üç gruba ayrılır (Güllülü vd., 2008: 74);

- Bölgesel hastaneler: Stratejik bir bölgeye kurulmuş, her dalda yüksek düzeyde uzmanlaşmış personel istihdam eden hastanelerdir. Hastaların her türlü tıbbi ihtiyaçlarını karşılayan ve aynı zamanda eğitim ve araştırma yapan hastanelerdir.

- Yarı bölgesel hastaneler: Yüksek standartlarda sağlık hizmeti verebilen, ameliyat ve uzmanlık gerektiren tıbbi müdahalelerin yapıldığı, genellikle birkaç yüz yataklı hastanelerdir.
- Lokal hastaneler: Genel tıbbi müdahalelerin yapıldığı, ana-çocuk sağlık hizmetlerinin verildiği, 20-100 arası yatak kapasitesine sahip hastanelerdir.

1.3.3.4.7. Dikey Bütünleşme Basamaklarındaki Konumuna Göre Hastaneler

Hastaneleri sınıflandırmada kullanılan bir diğer kriter de, dikey bütünleşme basamaklarındaki konumu veya kapsamlı sağlık hizmetleri planı içindeki yeridir (Tatarlı; 2007: 10). Bu sınıflandırmada temel kriter hastanelerin kapsamlı bir sağlık hizmeti verip vermediğidir (Tengilimoğlu vd.; 2009: 142). Söz konusu bu ayrıma göre hastaneler, birinci basamak hastaneler, ikinci basamak hastaneler ve üçüncü basamak hastaneler olarak üç gruba ayrılmaktadır (Ceyhan; 2007: 69). Birinci basamak hastaneler, genellikle günübirlik (ayaktan) tanı ve tedavi hizmetleri sağlamaktadır. İkinci basamak hastaneler, kısa süreli yataklı tedavi hizmetini gerektiren (akut) hastaları kabul etmektedirler. Üçüncü basamak hastaneler ise, gelişmiş teknolojik donanıma ve olanaklara sahiptirler; birinci ve ikinci basamak hastanelerde tedavisi mümkün olmayan hastalıkların tedavisi ile ilgili hizmetler sağlamaktadırlar. Üniversite hastaneleri ve yanık merkezleri üçüncü basamak hastanelere örnek olarak verilebilir (Narlı; 2009: 45, Kavuncubaşı; 2000: 79-80).

1.3.3.5. Hastane Yönetimi

Hastaneler, hizmetleri etkinlikle yerine getirebilmek için etkin bir yönetime sahip olmak zorundadırlar. Hastane yönetimi, genel yönetimin bir çeşididir (Ak; 1990: 94). Bu bağlamda hastane yönetimi; beşeri ve maddi kaynakları planlamak, organize, koordine ve kontrol etmek sureti ile önceden tespit edilen hedeflere yönelmek ve ulaştırmaktır. İnsan gücü ve maddi imkanları hastanenin amaçlarına en uygun şekilde kullanma tekniğidir. Grup gayretleri ile hastanelerde sağlık işlerinin başarılması, en az gider ile daha kaliteli, daha verimli ve daha ucuz sağlık hizmeti üretimi amacının gerçekleştirilmesi için kaynakların verimli, ekonomik ve birbiri ile ahenkli bir biçimde kullanılması sanatıdır (Ak; 1990: 95).

Hastane yönetimi, finans, personel ve destek hizmetleri yanında, tıbbi hizmetlerde de önemli rol oynamaktadır (Kavuncubaşı; 2000: 98). Hastanelerin verimli bir şekilde faaliyet gösterebilmesi için nitelikli tıp, yardımcı tıp, mali, idari ve destek personel kadrosuna, yeterli

araç gereç ve tıbbi cihazlar ile diğer fiziksel ve insan gücü kaynaklarına ihtiyaç vardır. Bu da ancak yeterli düzeyde parasal güce sahip olmakla mümkündür. Öte yandan, her çeşit insan gücü, fiziksel ve teknik olanaklar en üst düzeyde sağlansa bile, yine de hastane ile ilgili sorunların çözümlenmiş olduğu söylenemez. Çünkü sözü edilen insan gücü, fiziksel ve teknik unsurların organizasyonu, tasarım ve kontrolü, fiziksel ve teknik unsurların seçimi, yerleştirilmesi ve düzenlenmesi, iş akışının akıcı hale getirilmesi, insan ilişkileri, ücret yönetimi, devlet bürokrasisinden kaynaklanan engellerin en aza indirilmesi, vb. sorunlar bizi bir “yönetim” sorunuyla sürekli olarak karşı karşıya getirmektedir (Özgen; 1995: 74).

Hastane yönetimi bazı özellikler göstermektedir. Bu özellikler, yönetimin uygulama alanının farklılığından kaynaklanmaktadır. Bilindiği gibi, sağlık hizmetlerinin arzu edilen seviyede yürütülebilmesinin, çağın gerektirdiği teknolojik imkanların sağlanması yanında, sağlık kuruluşlarının iyi ve verimli bir şekilde yönetilmesine bağlı bulunduğu bir gerçektir. Hastane yönetiminde; yönetimin genel prensiplerini görmek mümkündür. Diğer işletmelerden tek farkı bir sağlık kuruluşu olmasıdır. Birden çok hedefin gerçekleştirilmesi amaçlandığından hastanelerin yapıları da karmaşık olmaktadır. Bu durum tabii olarak hastane yönetimlerini güçleştirmektedir (Ak; 1990: 99).

Hastane yönetimleri, hükümet politikaları, sağlık politikası, sosyal dengeler, sağlık masraflar ödeme gücü, finansal kaynaklar, refah düzeyi, hastanın eğitim düzeyi, ülkedeki eğitim politikası, anayasa, sağlık ile ilgili mevzuat, sosyal güvenlik sistemi, sağlık organizasyonu, yakın arkadaş çevresi ve akrabalarından etkilenen açık bir sistemdir (Kurtulmuş; 1998: 234).

Hastane hizmetlerinin hizmetler biçiminde ortaya konulabilmesi, hastanelerin belli bir iş bölümüne gitmelerini zorunlu kılmaktadır. İş bölümünün sonucuna göre yetki ve sorumluluk verilmesi, onların belli bir örgüt yapısına sahip bulunmaları sonucu gerçekleşebilir ki, bu da örgütün yönetilmesi sorununu da beraberinde getirmektedir. Ayrıca gerek tedavi, eğitim ve araştırma hizmetleri sunmaları, gerekse finansman, yatırım ve yönetim gibi çeşitli sorunları olan bu kurumlar tüm bu fonksiyonları etkinlikle yerine getirebilmek için iyi bir örgütlenme yapısına ve etkin bir yönetime sahip olmak zorundadırlar (Ak; 1990: 97, 99).

Buna göre hastane yönetimi, hastanedeki tüm hizmetlerden ve faaliyetlerden yönetim kuruluna karşı sorumlu olan bir organ olarak tanımlanmaktadır (Ceyhan; 2007: 72). Tüm kamu/devlet hastanelerine, hastanenin genel anlamda işletilmesinden ve yönetilmesinden

sorumlu bir başhekim başkanlık eder. Başhekime, başhemşire ile günlük mali ve teknik işler ile kimi personel işlerinden sorumlu bir hastane müdürü yardımcı olur (www.tusak.saglik.gov.tr). Başka bir ifadeyle hastane yönetimi, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı, başhekim ve başhekim yardımcılarında oluşan yönetici gruptur. Bu grup, özel gruptan çok hastane içi ve dışı diğer grup elemanlarının bir araya gelmesi ile kurulur. Hastane yönetimi genellikle hastane sisteminin yüzeyi ile komşu sistemlerin bağlantı kurdukları bir alandır ve klasik yönetim ilişkilerinde olan emir-kumanda ve kurmay ilişkileri dışında değişik fonksiyonel ilişkiler görülür (Ak; 1990: 95).

Hastane yöneticisi, yönetim kurulundan aldığı yürütme yetkisi kullanarak hastaneyi yöneten kişidir. Yönetim kurulu, politikaların uygulanması ve hastanenin günlük faaliyetlerinin yürütülmesiyle ilgili yetkisini hastane yöneticisine devretmiştir (Kavuncubaşı; 2000: 98). Yürütme açısından bakıldığında hastanenin tepesinde hastane yöneticisi bulunur (Ceyhan; 2007: 72). Hastane yönetimlerinin esas amaç fonksiyonunu “belirli düzeydeki sağlık hizmetlerini, en düşük maliyetle ve maksimum nicelikte üretebilmek” biçiminde ifade edersek hastane yöneticisi de; bu amacı gerçekleştirmek için hastane kaynaklarının optimum düzeyde kullanılmasını planlayan ve hizmetler için gerekli girdileri kontrol altında bulduran kişi olarak tanımlanabilir. Hastane yöneticilerinin en önemli fonksiyonu karar alma ve kontroldür. Bu iki fonksiyonu etkili ve yeterli bir şekilde yapabilmeleri için ellerinde hastane ile ilgili yeterli bilgi olması gereklidir (Özgen; 1995: 74).

Söz konusu bu birimleri kısaca açıklayacak olursak:

- **Başhekimlik**

Eğitim ve araştırma hastaneleri, servis ve laboratuvar şefi tabipler arasından, Sağlık Bakanlığınca atanacak başhekimler tarafından yönetilir. Diğer hastaneler ise uzman tabipler veya tıp alanında doktora yapmış tabipler ya da iktisat, işletme, kamu yönetimi, hukuk, maliye, sağlık yönetimi, muhasebe alanlarında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabipler arasından Sağlık Bakanlığınca atanacak baştabipler tarafından yönetilir.

Özel dal hastanelerinde ve rehabilitasyon merkezlerinde baş tabip aynı zamanda bilimsel direktörlük görevini de yapar. Baştabip diğer kurumlarda da imkan ölçüsünde klinik ve laboratuvarların bilimsel çalışmaları ile ilgilenir ve bunlara yön verir.

Başhekimler, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı tarafından saptanan kararlar ve hazırlanan bütçe ve planlar dahilinde hastanenin faaliyetlerini yönetirler. Baştabip yetkilerini sorumluluk kendisinde kalmak koşuluyla başkalarına devredebilir (Tengilimoğlu vd.; 2009: 149).

Başhekimlerin başlıca görevleri (Kavuncubaşı; 2000: 98, Ceyhan; 2007: 72);

- Tıbbi birimler arasında eşgüdümü gerçekleştirmek ve bu birimlerin düzenli çalışması için gerekli maddi ve insan kaynaklarını sağlamak.
- Hastanenin uzun dönemli (stratejik) planlarının geliştirmek.
- Hekimlerin isteklerinin hastane birimleri tarafından zamanında karşılanmasını ve hekimlerin yönetim kurulunun belirlediği politikalar ve kurallar çerçevesinde hareket etmelerini sağlamak.
- Hastanenin akredite edilmesi için gerekli çalışmaları yürütmek.
- Hastaneyi temsil etmek.
- Hastane faaliyetleri konusunda toplumu bilgilendirmek, dış çevredeki gelişmeler hakkında bilgi toplamak; bu bilgileri planlama ve karar verme süreçlerinde kullanmak.
- İşverene, topluma, müşterilere, kaynak bakımından, yasal olarak ve sigorta kurumlarına karşı sorumluluğu söz konusudur.
- **Hastane Müdürlüğü**

Hastane müdürlüğü görevine atanmak için sağlık yönetimi, işletme, iktisat, muhasebe, maliye, kamu yönetimi, hukuk ve sağlık alanında eğitim veren dört yıllık fakülte veya yüksek okul mezunu ve en az 8 yıl hastane müdür yardımcılığı görevinde veya Bakanlık teşkilatında şube müdürü olarak çalışanların 6 yıl, daha üstü görevlerde bulunanların ise en az 2 yıl bu görevlerde çalışmış olması gerekir. Belirtilen alanlarda doktora eğitimi yapmış olanlar hizmet şartı aranmaksızın hastane müdürlüğü görevine atanabilir.

Hastane müdürleri aşağıda belirtilen görev, yetki ve sorumlulukları yerine getirirler (Tengilimoğlu vd.; 2009: 149-150):

- Baştabipliğe bağlı olarak kurumun idari, mali ve teknik hizmetlerini kanun, tüzük, yönetmelik ve emirler uyarınca yürütmekle yükümlü ve yetkilidir.
- Kurumun en verimli şekilde çalışmasını sağlamak üzere her türlü ihtiyaçlarını zamanında tespit eder ve sağlanması için gerekli tedbirleri alır. Baştabibin vereceği talimata göre sonuçlandırır.
- Satın alma, depolama, ambar ve depodan çıkış hizmetlerini yakından izler ve gereği gibi yapılmasını sağlar.
- Günlük iaşe tabelalarını kontrol eder, buna göre ambardan çıkacak veya dışarıdan gelecek gıda maddelerinin vaktinde mutfağa teslimini sağlar.
- Cihaz, her türlü motor, eşya ve bina onarımı gibi işlerin ilgililerce zamanında yapılmasını sağlar.
- İdari birimlerin görevlerini düzenli ve verimli bir şekilde yapmalarını sağlamakla genel idare hizmetlerinde çalışan kendisine bağlı personelin mevcut kanun tüzük ve yönetmelikler uyarınca görev yetki ve sorumluluklarını belirlemekle yükümlü ve doğrudan baştabibe karşı sorumludur.
- Kurumda gerekli emniyet tedbirlerini alır. Sivil Savunma uzmanı yoksa sivil savunma, deprem, yangın ve su baskınları gibi olağanüstü haller için genel olarak devlet kuruluşları idare amirlerine yüklenmiş görevleri titizlikle yürütür.
- Kurumun periyodik istatistik, poliklinik ve laboratuvar çalışma cetvellerini vaktinde doğru ve eksiksiz olarak düzenleterek ilgili makamlara gönderir.
- Bulaşıcı hastalıklar teşhisi konulan vakaları ve bunlardan ölenleri kurumun bulunduğu yerin sağlık amirine günü gününe ve ayrıntılı bir şekilde haber verir.
- Ambarda bulunan ve ambardan çıkarılan her çeşit maddenin ambar kayıtlarındaki miktarlara ve günlük yiyecek ve içeceklerin tabeladaki miktarları ile şartnamelerindeki niteliklere uygunluğunu kontrol eder. Noksan ve kusurlar görürse baştabibe bilgi vererek düzeltilmesini sağlar.

- **Başhemşirelik**

Başhemşire; yüksek hemşirelik okulu veya sağlık meslek lisesi mezunu olup, mesleklerinde en az on yıl çalışmış ve iyi sicil almış hemşireler arasından baştabibin teklifi ile Bakanlıkça atanır. Hasta bakım hizmetlerinin en iyi şekilde görülmesini sağlamakla görevli olup doğrudan Baştabibe karşı sorumludur (Tengilimoğlu vd.; 2009: 150).

Başhemşireye yardımcı olmak üzere, 100 Yataklı ve daha büyük hastanelerde baştabip tarafından mesleklerinde en az beş yıl çalışmış ve iyi sicil almış hemşireler arasından standart kadroyu aşmamak üzere yeteri kadar başhemşire yardımcısı görevlendirilir. Ayrıca, hemşire sayısı uygun olan kurum ve servislerde, servisler, ameliyathane ve hemşirelik hizmeti bulunan diğer ünitelerdeki hizmetlerin sürekliliğini sağlamak için baştabiplikçe servis veya bölüm sorumlu hemşirelikleri kurulabilir (Tengilimoğlu vd.; 2009: 150).

Ülkemizdeki hastanelerde genellikle yönetimde tek yetkili ve sorumlu kişi, asıl mesleği hekimlik olan "Başhekim"dir. Başka bir deyişle, gerek devlet hastanelerinde ve gerekse SSK, üniversite ve diğer kamu kuruluşlarına ait hastanelerde her şeyin "Başhekim" den sorulduğu ve en ince ayrıntısının dahi başhekimden geçirildiği bir hastane yönetim modeli ülkemizdeki hastanelerde mevcuttur. Türkiye'deki tüm Devlet, SSK, Üniversite ve diğer hastanelerde çağdaş hastane yönetim anlayışının süratle hayata geçirilmesi gerekir. Hastane faaliyetleri; tıp hizmetleri, yardımcı tıp hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, idari-mali ve destek hizmetleri şeklinde oluşan bir yönetim ekibi tarafından yoğun bir işbölümüyle uzmanlaşmaya gidilerek yapılmalıdır. "Hekimlik" ve "hastane yönetimi" hizmetlerinin kesinlikle birbirinden ayrılması ve fonksiyonel yöneticiler tarafından hastane faaliyetlerinin yerine getirilmesi gerekir. Her şeyin "Başhekim"den sorulduğu hastane yönetim modeli terk edilerek, hastane yönetimi; "Başhekim", "Hastane Başmüdürü" ve "Başhemşire"den oluşan bir yönetim ekibi tarafından matrix organizasyon yapısı dikkate alınarak, hastane üst yönetiminin belirlediği işletme politikaları ve esasları çerçevesinde yürütülmelidir (Ceyhan; 2007: 71-72).

İKİNCİ BÖLÜM

ÖRGÜT KÜLTÜRÜ VE SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ÖRGÜT KÜLTÜRÜ

2.1. KÜLTÜR ve ÖRGÜT KÜLTÜRÜ

Kültür kavramının kökeni, Latince'deki "Cultura" sözcüğüne dayanmaktadır. "Cultura" sözcüğü de yine Latince'deki colere fiili veya cultus isminden türemiştir. Bu sözcük 18.yy'dan önce "ekip-biçmek", "bakmak" veya "yetiştirmek" anlamlarında kullanılmaktaydı. Fakat daha sonra anlamı farklılaşarak uygarlık ve eğitimle eş anlamlı olarak kullanılmaya başlanmıştır. Kültür kavramına yüklenen anlamlar zamanla değişikliklere uğramaya devam etmiş ve farklı yönleri ön plana çıkarılarak tanımlanmaya çalışılmıştır (Unutkan; 1995: 2).

Kültür kavramı antropologlar tarafından, kabile, toplum ve ulusların sahip oldukları yaşam tarzları arasındaki farklılıkları ifade etmek amacıyla kullanılmış bir kavramdır. Daha sonra, diğer sosyal bilimciler bu kavramı, daha dar anlamda, bir toplum içinde yer alan örgütlerdeki yaşam tarzlarını ifade etmek amacıyla da kullanmaya başlamışlardır (İpek; 1999: 1). Bu bağlamda aslında antropologların ve sosyologların çalışma konusu olan kültürel terimler, modern organizasyonların anlaşılmasında ve tanımlanmasında ilk olarak 1930'larda yapılan meşhur Hawthorne araştırmalarında ve sonralarında bazı sosyolojik çalışmalarda kullanılmakla birlikte esas olarak 1970 lerden sonra ortaya çıkmıştır (Danışman ve Özgen; 2003: 93). Hawkins e göre, örgüt konusunda 1970 lerden bu yana gelişmeye başlayan yeni düşünce okulu örgütleri makineden çok kültür olarak görmüş ve kullandığı yöntem bilim ve entelektüel çerçevesini antropolojiye dayandırmış, aynı zamanda antropologların yaptığı kültür tanımlarını esas almıştır (Demir ve Elma; 2004: 71).

Kültür, bir toplumun yaşama tarzı olarak karakterize edilen ve bilgi, inanç, gelenek, örf, adet, sanat, ahlak, araç-gereç, teknik vb. maddi ve maddi olmayan unsurlardan oluşan karmaşık bir bütündür (Şimşek vd., 2001: 27). Başka bir ifadeyle; kültür objektif öğeleri (alet vb.) taşıdığı gibi, subjektif öğeleri de (kavramlar, inançlar, tavırlar, normlar, roller ve değerler) içerir. Bir kültürün üyelerini fikirlerini iletebilmek, iletişim kurabilmek ve paylaşabilmek için ortak bir dile sahip olmalı, aynı zaman periyodunda ve aynı coğrafi bölgede bulunmalıdır. Bu nedenle dil, zaman ve yer, kültür kavramını açıklamada kullanılan en önemli üç kriterdir (Ceylan vd.; 2002: 234).

Schermerhon, kültürü inançların, değerlerin, organizasyon içinde geliştirilerek, çalışanlar arasında ortak paylaşım sistemi yaratan, onların davranışlarına yön veren değerler bütünü olarak tanımlar (Yelkikalan ve Aydın; 2004: 335).

Tylor'a göre kültür, bir toplumun üyesi olarak insanın kazandığı bilgi, sanat, gelenek-göreneklerle beceri ve alışkanlıkları içeren karmaşık bir bütündür. Tylor'un kültür tanımı, kültür kavramının bütün niteliklerini, özünü ve türlerini içine alan tanım denemelerinden birisi ve en iyisidir. Bununla birlikte söz konusu tanım da kültür tanımını bütünüyle yansıtmakta yetersiz kalmaktadır. Bütüncül tanımlara örnek olarak gösterilen bu tanım kültürün, öğrenilmiş, saklanmış ve öğretilen, eğitimle yeni kuşaklara aşılana bir içerik olduğunu vurgulaması bu bakımdan önemlidir (Güvenç; 1991: 101).

Çok çeşitli tanımları yapılan kültür, hangi çerçevede ele alınırsa alınsın, mutlak olan bir yönü bazı öğelerin birleşmesinden oluşmuş olmasıdır. Yapılan tanımların ortak yönü ise, kültürün öğrenilmiş davranışlar topluluğu olması, toplumun üyelerince paylaşılması, değişebilmesi, insanın biyolojik ve psikolojik gereksinimlerini karşılaması ve bütünleyici eğilimi olmasıdır (Vural; 1998: 31-32).

Örgüt kültürü kavramının ortaya çıkarak yaygınlaşması çok eskiye dayanmamakla birlikte, grup kültürüne ilgi aslında çok da yeni değildir. 1930 ve 1940'lı yıllarda Chester Bernard ve Elton Mayo'nun gerçekleştirdikleri araştırmalarla biçimsel olmayan örgütleri ele almaları ve bunların norm, değer ve duyguları üzerinde incelemeler yapmaları örgüt kültürünün temellerinin oluşumuna başlangıç teşkil etmiştir. Yine bu çalışmalardan yaklaşık otuz yıl sonra Katz ve Kahn tarafından gerçekleştirilen çalışmalarla da her örgütün kendine özgü bir kültürü olduğunun ortaya çıkarılması kavramın doğuşunda etkili olmuştur. 1980'li yıllardan önce gerçekleştirilen bu çalışmalar, örgüt içinde biçimsel olmayan grupların varlığını ve önemini vurgulayarak örgüt kültürü kavramının ortaya çıkarak yaygınlaşmasına zemin hazırlamaları bakımından önem taşır (Unutkan; 1995: 35).

Bu bağlamda kültür kavramının örgütlerle bağdaştırılarak örgüt kültürü kavramının yerleşmesi ve kavramın ilgili literatüre girmesinde 1980'li yıllarda gerçekleştirilen iki çalışma önemli rol oynamıştır. Deal ve Kennedy'nin "Corporate Culture" (1982) adlı kitabı ile Peters ve Waterman'ın "In Search of Excellence" (1982) adlı kitabı kavramın ortaya çıkışında ve yaygınlaşmasında temel oluşturan çalışmalardır (Türk, 2003: 6). Gerek örgüt kültürünün nasıl tanımlandığı, gerekse nasıl ölçüleceği ve değiştirilebileceği konularında pek çok araştırma

gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmalar vasıtasıyla, örgüt kültürünün kapsamı ve anlamı ile birlikte nasıl ölçülebileceğine dair de çeşitli bilgilere ulaşılmış, örgüt kültürünün değişiminin sağlanması ne kadar güç ve zahmetli olduğu anlaşılmıştır (www.istanbul.edu.tr).

Örgütsel kültür çalışmalarında iki farklı temel amaç vardır. Birincisi, belirli bir örgütü tanımadır. Çünkü örgütte alınacak kararlarda örgütü tanıyan olmanın önemi büyüktür. Örgütleri kültürel bakış açısıyla anlamaya çalışmada örgüt üyelerinin, örgütün amacı, üyeleri, sembolleri ve çevresi arasındaki etkileşimden doğduğu düşünölen kolektif algıları üzerinde odaklaşır. Kolektif bilinç, bir araya gelen örgüt üyelerinin oluşturduğu bir bütünlüktür, yani örgüt üyelerinin var olma seviyelerinin toplamıdır (Demir ve Elma; 2004: 68).

Örgütü kültürü çalışmalarında bir ikinci amaç ise kültürü tanımak, örgütte nelerin ortak olduğunu araştırmaktır (İpek; 1999: 12).

Organizasyonlar, insanlar ve gruplar arası ilişki ağlarından türeyen ortak bir değerler dünyasını, zihinsel ve duygusal ilişkileri düzenleyen informel bir yapıyı geliştirip sürdürmektedir. Bu informel organizasyonu şekillendiren zihinsel ve duygusal dünya ise organizasyonun örgütsel kültürünü oluşturan mekanizmaları içermektedir. İşletmelerin yarattıkları kültürel dünya açısından analiz edilmeleri, bu birimlerin belli bir amaç etrafında şekillenmiş, bireyleri bu doğrultuda yönlendiren, kolektif nitelikli birer sosyal örgüt olarak kabul edilmelerini gerektirmektedir. (Vural; 1998: 39-40).

Örgütler ve tüm olarak yönetim sistemi, içinde yer aldıkları sosyo-ekonomik koşullardan soyutlanamazlar (Ertekin; 1978: 2). Tüm örgütlerin geçmiş yaşantılarından, geleneklerinden ve davranış kurallarından oluşan bir kültürü vardır (Oktay; 2000: 332). Her toplumun nasıl kendine göre bir kültürü varsa, o toplumda yer alan örgütlerin de kendine özgü bir kültürü vardır (Unutkan; 1995: 32). Örgütler, aynı toplumun üyeleri olsalar da, o toplumun farklı alt kültürleriyle yaşayan, farklı kültür mozaiğine sahip bireylerden oluşmaktadır. Bu bireyler, görevsel ve mesleki norm ve ölçütlerde bir araya gelir, bir arada bir grup oluşturmanın doğal bir sonucu olarak diğer örgütlerden farklı ama kendi içlerinde nispeten ortak inanç ve değerler sistemi oluştururlar. Oluşan bu sistem, örgüt içinde değişik inanç, değer, tutum, düşünce şekli ve ahlak anlayışının bir arada var olmasına yardım eder (Eren; 2004: 135).

Buna göre örgüt kültürünü tanımlamaya yardımcı olan göstergeler yapı, faaliyetler, zihniyet ve yönetime ilişkin çeşitli alanları kapsar. Kültürel göstergelerin içinde işlerin nasıl

paylaştırıldığı, planlandığı, ödül ve denetim sistemlerinin neler olduğu, inisiyatifle itaatin hangi oranlarda birleştiği gibi örnekler sıralanabilir. Resmîyet, personelin dış görünüşü, mekân seçimi, dekorasyon tarzı, istihdam edilen kişilerin toplumsal konumu ve mobiliteleride kültürü yansıtır (Erengül; 1997: 26).

Örgüt kültürü yazıyla ifade edilmemiş bile olsa (Erengül; 1997: 25), bir organizasyonun üyeleri tarafından paylaşılan ve onların davranışlarını yönlendiren, çoğu kez bilinçsizce türetilen, bir organizasyonun kendisi ve çevresinde bir temel olarak “kabul görülen” tarzda tanımlanan temel değerler, normlar, varsayım ve inançlar bütünüdür. Her organizasyonun kendisine özgü kültür ve değerler seti vardır. Kültür organizasyon üyelerinin anlayışını ele verir ve organizasyon içerisinde nasıl davranacakları konusunda kendilerine kurallar sağlar. “Kültür, organizasyonu bir arada tutan sosyal dokudur” (www.bahadirakin.tripod.com).

Buna göre örgütsel kültür, örgüt üyelerine farklı bir kimlik veren ve örgüte bağlanmasına yardımcı olan ve örgüt üyeleri tarafından paylaşılan iç değişkenleri sunmaktadır. Örgüte bu sembolik yaklaşım, örgütsel kültür kavramıyla örgütü bir makine veya canlı bir organizma olarak görmenin ötesinde yeni bir boyut kazandırmıştır (www.uludag.edu.tr). Belirli ortak hedeflerin başarılması ve örgüt üyeleri arasında birlik ve bütünlük duygularının geliştirilmesinde önemli katkıları olan örgüt kültürü, işletme içerisinde işlerin yapılış biçimi ve süregelen uygulamaları ifade etmektedir (www.istanbul.edu.tr). Örgüte gelen bireylerin karakterleri, eğitim düzeyleri, değişik çevrelerde yetişmiş olmaları, inanç sistemlerindeki farklılıklar gibi faktörler kişisel amaçların da farklı olmasına neden olur. Bu yüzden farklı kültürel yapıdaki insanların benimseyebilecekleri ya da en azından uyum gösterebilecekleri ortak bir takım değerler oluşturmak gerekir. İşte, bu noktada örgüt kültürünün önemi açıkça görülmektedir (Genç ve Karcıoğlu; 2000: 85).

Örgüt kültürü, bir çeşit kutsallık yüklenen, moralite veya değerler olarak adlandırılan ve bireyleri kolektivite ile bütünleştirmeye yardımcı olan bir davranışsal rehber sağlayan, insana ilişkin rasyonel olmayan boyutlara sahip bir olgu olarak da nitelenmektedir. Bu anlayışta örgüt kültürünün moral boyutu ve irrasyonel yapısı ile davranışlara etkisi vurgulanmaktadır (Sabuncuoğlu ve Tüz; 2003: 37). Örgüt kültürü birbirine zıt değerler arasındaki bir denge durumundadır Kültür organizasyon üyelerinin gereksinim ve beklentilerini şekillendirir. Güçlü bir motivasyon kaynağıdır (www.bahadirakin.tripod.com).

Bütün bu açıklamalardan örgüt kültürü, dinamik bir çevre içinde faaliyet gösteren işletmelerin değişen çevre koşullarına ve çevrenin beklentilerine uyum sağlamasına yardım ederek, temel fonksiyonlarından biri olan dışsal uyumu gerçekleştirmektedir. Aynı zamanda örgüt kültürü, işletmede çalışanlar için ortak davranış normları geliştirip, paylaşılan ortak değerler yaratarak çalışanlara ne yapmaları ve nasıl davranmaları gerektiği konusunda yol göstermekle içsel uyum fonksiyonunu da yerine getirmektedir (www.istanbul.edu.tr). Örgüt için çalışan kişilerin, gerçeklik, doğruluk ve iş hakkındaki düşüncelerini açıklayan örgüt kültürü, grup tarafından dış adaptasyon ve iç bütünleşme sorunuyla başa çıkmayı öğrenirken keşfedilen veya geliştirilen basit varsayımlar modeli olarak düşünüldüğünde, bu varsayımlar, örgüte yeni katılanların elemanlara, aynı problemlerle karşılaştıklarında doğru şekilde düşünüp, doğru şekilde algılayıp hissedebilmeleri için öğretilirler (Ceylan vd.; 2002: 234).

2.1.1. Örgüt Kültürünün Elemanları

Örgüt kültürünün elemanları iki farklı aşamada ele alınabilir. Buna göre ilk aşama; örgüt kültürünü oluşturan değerler, inançlar ve normlar gibi temel kültürel unsurlar olmaktadır. İkinci aşama ise, törenler, sembol ve sloganlar, dil, mitler ve öyküler, kahramanlar ve fiziksel ortam gibi kültürel unsurların ifade biçimleridir. Örgüt iklimi ile yakından ilişkili olmaları açısından sadece ilgili eleman olan değerler, inançlar ve normlar üzerinde kısaca durmakla yetineceğiz.

Örgüt kültürünün elemanları genel olarak aşağıdaki biçimde özetlenebilir (Şimşek vd.; 2001: 35-36);

- **Değerler;** Her toplumun kendine özgü bazı değerlere sahip olması gibi o toplumda var olan örgütlerde kendilerine özgü bir takım değerlere sahiptir. Hangi davranışların iyi, doğru, arzulanır nitelikte olduğunu belirleyen ve aynı zamanda kişi veya toplum için doğruları ortaya koyan değerlerdir. Değerler normatif, yani kural koyucu nitelik taşımakta ve de örgüt kültürünün temelini oluşturmaktadır. Buna göre örgütü oluşturan bireylerin davranışları örgüt üyeleri tarafından paylaşılan değerlerin bir uzantısı niteliği taşır (Unutkan; 1995: 47). Değerler, insanların içinde buldukları durumları, eylemleri, nesnelere diğer insanları değerlendirmede ve yargılamada benimsedikleri örüntülerdir. Kısaca, iyi, kötü ayırımına temellik ederek alternatifleri arasında tercih ve yargılama yapmayı sağlarlar. Değerler daha çok olanı değil olması arzulanır ideal hedefleri temsil ederler. Bu hedefler genellikle

dürüstlük, saygınlık, başarı gibi kazanılması arzulan soyut davranışlar biçimleridir (Sabuncuoğlu ve Tüz; 2003: 43).

- **İnançlar;** İnançlar, gerçeğin şimdi ve geçmişte nasıl olduğuna dair bireyin bilgilerinden oluşur. İnançlar, bir şeyin ifade ettiği anlamların toplamı, bireyin eşyaya ilişkin bilgisinin tamamı olarak ifade edilebilir. Bir başka ifadeyle inançlar, bireylerin kendi dünyalarının bir yönü ile ilgili algıların ve tanımların meydana getirdiği sürekli duygular ağı, bilgi kanaat ve imanı kapsayan bir psikolojik olay şeklinde ifade edilmektedir (Eren; 2004: 173). İnançlar, bireylerin sosyal gerçekleri nasıl anlamlandırdığını gösterirler. Ancak burada kişisel özelliklerle kültürel değerlerin bir sentezi söz konusudur. İnançların oluşumunda bireysel eğilimler kadar toplumsal üst kültürlerinde etkin olması, işletme yönetimlerinin özellikle farklı etnik ve kültürel ortamlardan gelen, çok kültürlü işgücünün yönetilmesinde, işletmenin içinde bulunduğu sosyal kesimlerin kültürel yapılarını analiz etmelerini ve tanımlarını gerektirmektedir. Çünkü bireylerin taşıyıp getirdiği inançlar, işe ilişkin tavırlarını, davranışlarını ve organizasyonel ilişkileri etkilemektedir (Sabuncuoğlu ve Tüz; 2003: 47). İnsanlar inançları ve tutumları sayesinde çevresel olayları değerlendirir ve bir karara varırlar. İnançlar ve tutumlar zihnin bir sonucu kabullenmesi durumudur ve kuşkunun tamamıyla tersi bir olaydır. Çünkü inançta bir sonucu kabullenme söz konusu olduğundan bir kesinlik vardır. İnançların ortaya çıkışında çeşitli faktörler rol oynar (www.insankaynaklari.com).

- **Normlar;** Normlar, doğru ve/veya yanlış ayrımıyla ilgili davranış beklentileridir ve örgüt kültürü içinde uyulması gereken çalışma kurallarına işaret etmektedir. Bir işletmede hangi tür çalışma davranışlarının onaylandığı ya da onaylanmadığı o işletmenin çalışma normlarına ilişkin bilgi vermektedir. Normlar, değerler sistemine bağlı olarak her toplumda bireylere yol gösteren, doğru ve yanlış, olumlu ve olumsuz belirleyen kurallar, standartlar ve fikirler bütünü biçiminde ortaya çıkmaktadırlar. Norm ve değerler arasındaki temel farklılık, değerlerin soyut ve genel kavramlardan meydana gelmesi, normların ise belirgin ve yol gösterici olmasıdır (Sabuncuoğlu ve Tüz; 2003: 46). Normlar davranışı doğrudan etkileyen genellikle yazılmamış ve informal beklentilerdir. Normlar temel varsayımlar ve değerlerden çok daha fazla belirgin olduklarından örgütsel yaşamın kültürel görünümünün anlaşılmasında daha somut araçlardır (Terzi; 2000: 46). Ödüllendirme, normlara uygun hareket edilmesinin bir sonucu olarak ortaya çıkarken, cezalandırma çoğu kez norm dışı davranışın bir sonucu olarak ortaya çıkar. Normlar, öğrenilebilir nitelik taşırlar ve zamanla alışkanlık haline gelirler (www.uludag.edu.tr).

2.1.2. Örgüt Kültürünün Fonksiyonları

Örgütlerin kurum kültürleri de parmak izi veya kar taneleri gibi tektir. Her biri kendilerine özgü tarih, iletişim modeli, sistem ve prosedürlere, misyon ve vizyona, hikaye ve mitlere sahiptir. Bunların hepsi bir araya gelerek o örgütü diğerlerinden farklılaştıran ve ayırt eden kültürünü oluşturur (Vural; 1998: 52-53).

Örgüt kültürünün fonksiyonları aşağıdaki gibi sıralanabilir (Şimşek vd.; 2001: 35);

- Kültürün bir örgütü diğer bir örgütten ayıran sınırlayıcı bir rolü vardır. Her örgütün kültürü onu diğer örgütlerden farklı kılar (Özkalp ve Kırel; 2001: 196).
- Kültür, örgüt üyeleri için bir kimlik oluşturur. Yani, bireyler kendilerini çalıştıkları örgüt ile bütünleştirirler ve bu da, onlara ayrıcalıklı bir benlik sağlar.
- Çalışan bireyler örgüte daha fazla bağlanarak örgütün yararına özveride bulunabilirler. Güçlü bir örgüt kültürü sadece işletmenin genel havasını etkilemekle kalmaz, özellikle çalışanların kurumları için olan anlayışlarının iyileştirilmesinde katkıda bulunur (Okay; 2002: 226).
- Örgütte, genellikle paylaşılan değerlerin örgütün daha sonraki kuşaklarına taşınmasını sağlar ve bu da örgütün sürekliliğine katkı sağlamaktadır (Vural; 1998: 69).
- Örgüt üyeleri arasındaki dayanışmayı artırabilir. Örgütü bir arada tutmada birleştirici bir unsur olarak görev yapar.
- Örgüt üyeleri için bir kontrol mekanizmasıdır.
- Alt kademe elemanlarına karşılaşmış oldukları çoğu durumla ilgili olarak nasıl davranmaları gerektiği hakkında ipucu verir (Vural; 1998: 69).
- Örgüt kültürü daha önceden belirlenmiş davranış kalıpları sunar, buda davranışı yönlendirici etkide bulunur ve de koordine eder (Okay; 2002: 226).
- Örgüt içinde yenilik düşüncesini geliştirir (Bakan vd.; 2004: 25).
- Örgüt kültürü öğrenilmiş veya sonradan kazanılmış bir olgudur.

- Örgütsel kültür grup üyeleri arasında paylaşılır olmalıdır.
- Örgüt kültürü yazılı bir metin halinde değildir. örgüt üyelerinin düşünce yapılarında, bilinç ve belleklerinde inanç ve değerler olarak yer alır.
- Örgüt kültürü düzenli bir şekilde tekrarlanan veya ortaya çıkarılan davranışsal kalıplar şeklindedir.
- İşletme kültürü, bütüncül bir özellik taşır. Dolayısıyla kültürün kendisi, kültürü oluşturan parçaların toplamından farklı bir özelliğe sahiptir.
- Kültürün değiştirilmesi zor ve uzun vadededir.
- Kültür, insan davranışlarının ifadesel boyutuyla ilgili sembolik birikimleri içerir.
- Kültürün çekirdeğini, işletmede çalışanların zihinlerinde oluşturdukları dış dünya ile ilgili deneyimlerine düzen, anlamlılık getiren ve doğruluğu sorgulanmadan kabul edilen bilinç dışı düzeydeki varsayımları oluşturur.

2.2. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ÖRGÜT KÜLTÜRÜ

Örgüt kültürü her örgütte olduğu gibi sağlık işletmeleri açısından da önemlidir. Sağlık işletmelerinin önemli hedeflerinden olan kaliteli sağlık bakım hizmeti sunmak, büyük ölçüde personelin tutum ve davranışlarına bağlıdır. Bu nedenle personelin sahip olduğu tutumlar ile örgütsel davranışı birleştirecek ve onları kaliteli sağlık hizmetine yönlendirecek bir örgütsel kültür, hastanelerde yöneticilere kolaylık sağlamaktadır (Demir; 2005:60).

Hastaneler, yönetsel amaçlara ulaşabilmek için örgüt üyelerince paylaşılan değerler, normlar ve inançlar ile kendine özgü sembollerini ve örgütsel uygulamalarını geliştirerek güçlü bir örgüt kültürü oluşturabilir. Kurumsallaşma yönelimli örgüt kültürü oluşturmada, hastane organizasyonunda benimsenen ve paylaşılan değerlerin birey-grup davranışlarına yansıtılması yöneticilerin performansına bağlıdır (Stephen; 1994:32).

Hastane organizasyonlarında örgüt kültürünü destekleyen en önemli unsur örgütsel değerlerdir. Hastane yöneticileri, gün geçtikçe önemi artan örgütsel değerlere öncelikle dikkatini yoğunlaştırmak durumundadırlar. Çünkü emek yoğun bir hizmet işletmesi olarak hastane işletmelerinde işgücünün önemi diğer sektörlerle göre daha fazladır. Hizmeti alan hasta ile hizmeti sunan iş görenin iç içe; yüz yüze olduğu sektörde, iş doyumunu düşük olan iş

görenin tatmin edici bir düzeyde hizmet sunması ve hasta tatminini sağlaması mümkün değildir. Hastaların yüksek bir düzeyde tatmin olarak sağlık hizmeti alabilmesi için iş görenlerin de işlerinden ve işyerlerinden tatmin olmaları gerekmektedir (Karahan; 2011:461).

2.2.1. Sağlık İşletmelerinde Örgüt Kültürünün Fonksiyonları

Sağlık işletmelerinde örgüt kültürünün başlıca işlevleri şu şekilde sıralanabilir (Tanyeri; 2000:31):

- Örgütün değerlerini, sonraki kuşaklara aktararak örgütün sürekliliğine katkıda bulunur.
- Örgütün kişiliği ve kimliğini tanımlar ve elemanlar bu kimlikle tanımlanır.
- Çalışanları motive eder.
- Alt kademe elemanlar, çoğu durumlarda ne yapmaları gerektiğini bilirler. Çünkü zengin mitoloji ve yol gösterici değerlerin neler olduğunu bilirler.
- Elemanların yaşamına anlam katıp onu zenginleştirir.
- Gerektiğinde yapısal değişimi kolaylaştırıcı rol oynayabilir.
- Kültür, değer sistemi ile çalışanların güven, sağlık, yaşama anlam katma ve müşteriye hizmet gibi işlevleri bütünleştirir.
- Örgütsel amaçların ve kalıcılığı, istikrarın kaynağı olma işlevi görür.
- Sürekli uyum sağlamaya elverişli özelliklere sahipse, örgütün varlığını sürdürmesi veya daha süreklilik sağlama işlevi görür.

2.2.2. Sağlık İşletmelerinde Örgüt Kültürünün Oluşturulması

Örgüt kültürü biçimsel olmayan örgüt yapısıyla çok yakından ilgilidir. Biçimsel olmayan ilişkiler, biçimsel organizasyonla takip ve tespit edilemeyen ilişkiler sonucu oluşan küçük sosyal grupların değer yargıları, inanç ve tavırları ile davranışlarının ifadesidir. Bu ilişkiler, örgüt içinde kendiliğinden ortaya çıkarak gelişir ve tamamen ortadan kaybolması olanaksızdır. Hukuki bir özelliğe sahip olmayan bu ilişkilerin; kişilerin tavır ve duyguları yanında, kişisel tatmin ve verimliliğini de büyük oranda etkilediği uygulamada görülmektedir.

Resmen hukuki bir düzen kurmamakla beraber bu tur ilişkilerde de kişiler ve gruplar, ortak düşünüş tarzları, davranış kuralları ve belirli hareket normları kabul ederek benimserler. Ancak bu normlar kişilerin örgüt içindeki fiili davranışları sonucunda örf ve adetler şeklinde oluşacaktır (Demir; 2005:74).

Başlangıç örgüt kültürü kurucunun felsefesinden kaynaklanır. Bu da personel seçiminde kullanılan kriterleri büyük ölçüde etkiler. Tepe yöneticilerinin faaliyetleri örgüt içinde kabul edilebilir davranış biçimlerinden genel bir iklim oluşturur. Örgüt üyelerinin sosyalleşmesi bir taraftan yeni elemanların taşıdığı değerlerin örgüt kültürüne uygunluk derecesine, diğer taraftan da tepe yönetimin seçtiği sosyalleştirme metotlarına bağlı olacaktır (Yıldırım; 2002:50).

Olağanüstü etkin şirketler tipik biçimde kültür özellikleri sergilerler. Güçlü kültürler olağanüstü performans garantisi vermese de şirketin büyük sınavları atlatmasına yardımcı olur. Bunun nedeni, insanların kendilerini özel bir şeyin parçası, olanaksız başarıları başaran bir grubun üyeleri gibi hissetmeleridir. Ender durumlarda yöneticiler kendilerini ilk birkaç serüvenin ötesinde hiçbir kültürün bulunmadığı bir başlangıcın ötesinde bulabilir. Bu durumda istenilen kültür oluşturulabilir (Deal ve Kennedy; 1982:8).

Sağlık işletmelerinde farklı kültürel ve mesleki özelliklere sahip iş görenler hizmet sunum sürecinde kalite bağlamında sıfır hata hedefine yönelik olarak karşılıklı işlevsel bağımlılıkla yer alırlar. İşbölümü sonucunda oluşan bölümler ya da gruplar farklı algılama tarzları, farklı değer örüntüleri, farklı davranışlar ve normlar geliştirerek kendi orijinal özelliklerini benimserler. Bu bağlamda, örgütlerdeki farklı grupların önem kazanma eğilimi, görüş ve dil farklılıkları, kendi görevlerini daha çok benimsemeleri ve kendi görevlerinin amacıyla diğer bölümlerinkinden daha uyumlu olduğuna inanabilirler. Tüm bu tespitler karmaşık bir örgütsel yapı ve iş gören boyutuna sahip hastaneler için aşılması ve örgütsel performansın yükseltilmesi bağlamında önem kazanmaktadır. Organizasyonların bağlı olduğu değer, tutum, inanış, alışkanlık, gelenek ve benzeri kültür özelliklerinin sosyal faaliyetlere de yansıdığı görülür. Organizasyon üyelerinin birbirleriyle ve dış çevre ile ilişkilerini yoğunlaştıran, toplantı ve benzer faaliyetler aynı zamanda bireyin örgüt kültürü ile bütünleşmesini sağlar (www.merih.net).

2.2.3. Sağlık İşletmelerinde Örgüt Kültürünün Oluşmasına ve Gelişmesine Etki Eden Unsurlar

Sağlık işletmelerinde örgüt kültürünün oluşmasına katkı sağlayan bazı kavramlar söz konusudur. Örgüt kültürünün oluşmasına ve gelişmesine etki eden pek çok husus söz konusu olsa da biz burada araştırmamız açısından önem taşıdığına inandığımız bazı hususlara kısaca değinmekle yetineceğiz. Söz konusu bu kavramlar; örgüt iklimi, yönetici, iletişim, hasta güvenliği, çalışan güvenliği.

2.2.3.1. Örgüt İklimi

Örgütler zamanla kendilerine özgü bir kişilik geliştirir ve bu kişilikle çevrelerini etkilerler. Kişilikler, işin gerekleri, örgütün yapısı ve amaçları öyle bir biçimde etkileşir ve bir iklim yaratır ki, bu hem birey için hem de örgüt için önem taşır. Bir başka deyişle, yaratılan bu iklim hem örgüte kendine özgü bir kimlik kazandırır hem de bireyin davranışlarında etkili olur. Örgüt iklimiyle ilgili olarak yapılan görüşlerde; verilen bir işi yapan kişi, koşullara ya da içinde çalışan iklime bağlı olarak farklı biçimlerde davranabilir (Ertekin; 1978: 2). Örgüt içinde var olan iklim, çalışanların performanslarının niteliği ve seviyesine olduğu kadar işten yana tatmin ve örgüte bağlanma dereceleri üzerinde de etki yapmaktadır. Örgüt ikliminin ne kadar iyi ya da kötü olduğunun takdiri çalışanın kendisine kalmıştır. Bir birey aynı çevreyi kötü olarak değerlendirirken bir başkası iyi olarak algılayabilir (Öge; 1996: 11).

İklim kavramı her şeyden önce örgütlerin kişi ve kişilik üzerine etkisini anlamaya yardımcı olmaktadır. Örgüt iklimi konusunun incelenmesinden umulan bir başka yarar da örgütlerdeki insan davranışlarının çok yönlü boyutlarının genel bir başlık altında düşünülmesine olanak sağlamasıdır. Bir başka ifadeyle örgüt iklimi kavramı bireysel ve örgütsel düzeyler arasında çözümlenmelere olanak veren kavramsal bir bağ olarak düşünülmüştür. İklimin anlaşılması yönetim sürecinin incelenmesinde, özellikle değişik yönetim biçimlerinin, örgütte çalışan kişiler, örgütün başardığı iş örgütsel bağlılık ve örgüt sağlığı üzerindeki etkisinin anlaşılmasına yardımcı olacaktır (Ertekin; 1977: 165).

Örgüt iklimi araştırmalarının kırk yıla yakın bir geçmişi vardır. Bu süre içerisinde örgüt iklimini tanımlamaya yönelik çok sayıda araştırma yapılmıştır. Örgüt iklimi kısaca işletme içerisinde var olan hava olarak tanımlanabilir. Örgütsel davranış alanında, bir olgu olarak örgüt iklimi araştırmalarının kavramsal gelişme seyrini araştıran Vebreke, Volgering ve Hessels, örgüt iklimi tanımlarının çeşitli varyasyonları olmasına karşılık temel bir çizgide

geliştiğini bulmuşlardır. Bu temel çizgi ise, örgüt ikliminin örgütün üyelerinin algıladığı ve ortak bir şekilde tanımladıkları özellikler setini ifade eden bir kavram olduğudur (Çırpan; 1999: 14).

Örgütsel iklim kavramı, bireylerin iklim ile ilgili benzer algılara sahip olduğu varsayıma dayanmaktadır (Hellriegel ve Slocum; 1974). Bu objektif yaklaşımın tersi bir görüşe göre ise, örgütteki insan sayısı kadar potansiyel farklı iklim vardır. Buradaki paradoks, iklimin bireyin mi yoksa örgütün genelini mi kapsadığının netlik kazanmamasından kaynaklanmaktadır. Bu noktada kısaca örgütsel iklimin, *psikolojik iklim* kavramı ile ilişkisine değinmekte fayda vardır. Bireysel niteliklerin, algısal ölçümü olarak tanımlanan psikolojik iklim, örgüt özelliklerin algısal ve objektif ölçümü olan örgütsel iklimden kapsam anlamında ayrılmaktadır (Denison,1996). Başka bir ifadeyle bireysel düzeyde iklim, psikolojik iklim olarak adlandırılan, örgütsel durumun bilişsel bir yorumudur (Eren ve Çekmecelioğlu; 2002: 888). Buna göre örgüt iklimi, kişilerin örgüte ilişkin kendine özgü algılarını yansıtan psikolojik ortamdır. Bu ortam, örgüt çalışanların ruh halini psikolojik açıdan olumlu ya da olumsuz yönde etkileyen duygusal faktörlere anlamlılık kazandırır (Aydın; 1991: 111).

Örgüt iklimi, işlerin yapıldığı ortam koşullarını ifade eder (Eren ve Çekmecelioğlu; 2002:887). Bu bağlamda örgüt iklimi; örgütlerin, bireysel ve çevresel özellikleriyle örgütlerdeki insan davranış ve ilişkilerinin oluşturduğu ortam olarak ifade edilmektedir. Ya da, bir amaç için bir araya gelip örgütü oluşturan kişilerin amaçları gerçekleştirmek için yaptıkları bütün çalışmalarda ortak örgütsel davranış kalıpları oluşturarak örgüt kültürünü ortaya çıkarıp, tüm çalışma ve gayretlerde uyumlu bir ortam oluşturmalarına denir (Güney; 2004: 185).

Sonuç olarak, bütün bu tanım ve ifadelerle dayanarak örgüt iklimi şu şekilde ifade edilebilir; Örgüt İklimi; örgütün kişiliğini oluşturan, örgütü diğer örgütlerden ayıran, örgütü betimleyen, örgüte egemen olan, örgütün iç çevresinin oldukça kararlı, değişmez, sürekli niteliğine sahip ve örgütte bulunan bireylerin davranışlarını etkileyen ve onlardan etkilenen, somut olarak gözle görülüp elle tutulamayan, ancak örgüt, içindeki bireylerce hissedilip algılanabilen ve bütün bu özellikleri içine alan psikolojik bir terimdir (Genç ve Karcıoğlu; 2000: 24).

2.2.3.2. Yönetim ve Yönetici

Hastane yönetimi, hastanelerin çok ileri düzeyde uzmanlaşmış işlevlerinden kaynaklanan karmaşık bir örgüt yapısına sahip olması nedeniyle diğer örgütlerin

yönetiminden farklılıklar göstermektedir. Hastane yönetimi, tıbbi yönetim ve genel yönetim olmak üzere iki alt işleve ayrılmaktadır. Tıbbi yönetim bölümü, hasta bakım ve tedavi hizmetlerini sunan servis ve polikliniklerin yönetimi ile hemşirelik ve tıbbi personel yönetimini kapsamaktadır. Genel Yönetim ise diğer organizasyonlardaki yönetim işlevlerinin yanısıra büro yönetimi, mali yönetim, personel yönetimi ve hasta bakımına yardımcı olan diyet, yiyecek-içecek, ev idaresi, arşiv, çamaşırhane gibi destek hizmet birimlerini ihtiva etmektedir (Özgener ve Küçük; 342) .

Yönetici ise esas itibariyle örgüt üyelerinin belirli amaçlar doğrultusunda davranmalarını sağlayan bir kişidir. Yöneticinin başarı ve geleceği bunu sağlama derecesine bağlıdır. Bir hizmet işletmesi olan hastane işletmeleri diğer işletmeler gibi bir sistem olarak faaliyetlerini sürdürmektedirler. Hizmet işletmelerinin bir sistem olarak etkin ve verimli olarak çalışması, düşünce, süreç ve maddi boyutta sağlıklı bir yapıda faaliyetlerin gerçekleştirmelerini gerektirmektedir. Bu yönetsel pozisyonda bulunan hizmet liderlerinin, bazı rolleri başarılı bir şekilde yerine getirmeleri ile mümkündür (Karahan; 2011:461).

Önceki bölümde Sağlık işletmeleri türlerinden biri olan hastane yönetimi konusunu aktarırken yönetim ve yönetici kavramlarına ayrıntılı olarak değinildiği için bu bölümde sadece kısaca bahsetmekle yetineceğiz.

2.2.3.3. İletişim

Kurumsal iletişim, kurumun amaç ve hedeflerine ulaşması, işleyişini sağlaması için gereken üretim ve yönetim süreci içinde, kurumu oluşturan bölüm ve ögeler arasında eşgüdümü, bilgi akışını, motivasyonu, bütünleşmeyi, değerlendirmeyi, eğitimi, karar almayı ve denetimi sağlamak amacıyla belli kurallar içinde gerçekleşen iletişim sürecidir. Sağlık işletmeleri açısından ise, personel arasında, kurumsal kültür ve iklim içinde gelişen iletişimi kapsar (Tabak; 1999:30).

Sağlık işletmelerinde iletişim, görevler ve sorumluluklar arasında paylaşıldıktan sonra, bu görevlerin yürütülmesi sırasında kurum içinde mesaj alışverişi başlar. Büyük ve karmaşık yapıları kuruluşlarda önemi giderek artan iletişimin ilgilendiği konular şunlardır: Kim kimin ile iletişim kuracak, hangi konularda ve nasıl iletişim kurulacak, bilgiler nereden nereye aktarılacaktır. İşyerindeki, günlük haberleşmede kullanılan kelime sayısı bilinmeyecek kadar çoktur. Teşkilattaki çeşitli yönetim kademelerinin temini için birbirleri ile yapmakta oldukları müracaat ve girişim sayısını da bilmek mümkün değildir. İletişimde açıklık, herhangi bir

işyerinde işin verimli bir şekilde yürümesi için şarttır. İletişim, anlamları kişiler arasında ortak kılmaktadır (Ak; 1990:86). Anlamların ortak kılınmadığı bir ortamda iletişimden söz edilemez. Hastanelerde çalışan sağlık personeline yönelik olarak iletişim bilgisi verilecek hizmet içi kurslar açılmalıdır. Bu kurslarda bu alanda söz sahibi olmuş kişilere konferanslar verdirilmeli ve seminerlerle sağlık personelinin eğitimi desteklenmelidir (Çelik; 2008: 25).

Haberleşme, insanlar arasında anlamlı etkileşim sağlama sürecidir. İletişim ile tecrübe arasında önemli bir ilişki vardır. Personelin de haberleşme konusunda eğitilmeleri ve bilgi sahibi olmaları gereklidir. Yönetici başlıca şu haberleşme usullerini kullanmaktadır: Yazışmalar, raporlar, yüz yüze görüşme, yönetime ilişkin toplantılar, topluluk önünde konuşmalar, küçük grup toplantıları, eğitimle ilgili haberleşme yayınları ve haberleşme araçlarından telefon, telsiz, görüntülü haberleşme cihazları, bilgisayar v.b. (Ak, 1990: 87).

Sağlık işletmeleri iletişimi, sağlık kurumlarının yönetiminden tutunda, personelle hastalar arasında gerçekleşen kurum içindeki iletişimi kapsar. Bu iletişim hastane içi bir iletişim olup, hastanenin işleyişinde kişilerin yetki ve sorumluluklarını bilerek pozisyonlarına uygun davranmalarına ortam hazırlar. Hastane personelinin ikili yönetim sisteminde kime karşı sorumlu olacağını bilmesi karışıklıkların önüne geçer. Hayran ve Sur tarafından hastane iletişimini şu başlıklar altında incelenmiştir. Üst-ast iletişimi, tedavi verme iletişimi, denetleyici iletişim, koordinasyon iletişimi ve denetim iletişimi (Hayran ve Sur,1997: 341-342).

2.2.3.4. Hasta Güvenliği

Sağlık bakım hizmetleri, hastaların yaşamasını ve iyileşmesini amaçlar, ama aynı zamanda risk taşır. Hasta bakımında kaliteden bahsederken “güvenli” kelimesini mutlaka görüyoruz. Güvenli sağlık hizmeti, güvenli bakım dendiğinde bu kelimeler neyi tanımlamaktadır? Sağlık çalışanlarının ve yetkililerinin bu soruyu kendilerine mutlaka sormaları gerekir. Konu önemi nedeniyle kişisel vicdana, bilgi, beceri ya da anlayışa bırakılmayacak kadar önemlidir. Güvenli Sağlık Hizmeti; sağlık hizmeti sunumu sırasında hastanın yaralanmasının, sakatlanmasının, ek hastalıklar edinmesinin, maddi ve manevi zarar görmesinin önüne geçilerek hizmetin sunulmasıdır (Gürbüz; 2007).

Hasta, sağlık bakımı alan kişi olarak; sağlık bakımı ise, sağlığın düzeltilmesi, korunması, sürdürülmesi ve iyileştirilmesi için bireyler ve toplum tarafından alınan hizmetler olarak tanımlanmıştır. Güvenlik, tehlikeden uzak olma halidir. Tehlike ise, riske götürebilecek

ya da riski artırabilecek hareket, etmen ya da koşuldur. Hasta güvenliği, sağlık bakımı ile ilişkili olarak hastanın gereksiz zarar veya olası zarar görme durumundan uzak olması şeklinde tanımlanmıştır. Olay (hasta güvenliği olayı), hastanın zarar görmesine sebep olan veya zarar görmesi şeklinde sonuçlanan durumdur. Hata, yanlış bir plan yapılması veya planlanmış bir eylemin yanlış yürütülmesidir. İhlal etme, bir işlemin sürecinden, standardından veya kurallarından kasıtlı olarak sapmadır. Hata ve ihlallerin her ikisi de gerçekte olay meydana gelmese de riski artıran durumlardır. Risk, bir olayın meydana gelebilme ihtimalidir. Ters olay (advers event), hastada bir zararın meydana gelmesini doğuran olaydır. Zarar, vücudun işlevinin ya da yapısının bozulması veya bundan dolayı sağlığa zararlı bir etkinin olmasıdır. Zarar, hastalık, yaralanma, acı, sakatlık ve ölüm hallerini içerir ve fiziksel, sosyal veya psikolojik olabilir. Kılıpayı (near-miss), çok yakın olduğu halde zarara sebep olmayan olaydır (WHO 2007c).

Hasta Güvenliği; sağlık hizmetlerinde kalitenin en önemli konusu, aynı zamanda nitelikli ve kaliteli hizmetinde en önemli göstergelerinden bir tanesi olarak kabul görmektedir (Göl, 2007).Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının eliminasyonu veya azaltılması olarak tanımlanmaktadır (Akalm, 2005).

2.2.3.5. Çalışan Güvenliği

İnsanlık tarihi boyunca, çalışma ve çalışan birey bütün toplumlarda olumlu değerlerle nitelendirilmiştir. Günümüzde çalışma yaşamı bireyin yaşamını sürdürebilmesi için sağladığı ekonomik olayların yanı sıra bireyin toplumda belli bir yer ve rol sahibi olabilmesi, toplumsal saygınlık kazanabilmesi için gerekli olan temel toplumsal kuralların başında gelir (İnceseli; 2005: 15).

Sağlık personelinin çalıştığı, başta hastanelerin değişik birimleri olmak üzere, sağlık ocağı, poliklinik ve dispanserler, laboratuvarlar, özel muayene ve tedavi birimleri, eczanelerin işlem odaları gibi ortamlarda, bunların dışında halk sağlığı personelinin çalıştığı tedavi kurumları dış ortam ve koşulların hepsine maruz kalınabilen çalışma riskleri vardır.

Çalışma ortamında iş sağlığı ve iş güvenliği bakımından önemli riskler taşıyan çalışma alanlarından biri olan sağlık hizmet alanında, özellikle de hastanelerde, değişik nitelikteki çalışma ortamı zararları bir arada bulunmaktadır.

Organ Transplantasyonları, renal diyaliz, lazer, radyasyon, tedavi merkezlerindeki izleme cihazları, ileri bilgi ve beceri gerektiren aletler, makineler ve teknikleri, o bölgeye özgü tehlikeler içermektedir. Radyoterapi bölümü, mutfak, çamaşırhane, dolaplar, patoloji laboratuvarları personel için yüksek riskli bölgelerdir (İnceslesli; 2005: 17).

2.2.4. Sağlık İşletmelerinde Örgüt Kültürünün Bir Boyutu Olarak Hasta ve Çalışan Güvenliği

Yukarıda kısaca tanımladığımız hasta ve çalışan güvenliği temel konumuzu oluşturduğu için bu kısımda ayrıntılı olarak irdelenecektir.

2.2.4.1. Hasta Güvenliği Kavramı

Hasta güvenliği tanımında “öncelikle zarar verme” kavramı yer almaktadır. Bu yaklaşım, hastane ve ilgili tüm birimlerde her tür donanımın hastanın mevcut sağlık durumunu olumsuz etkileyecek faktörlerden arındırılması anlamını taşımaktadır. Hasta güvenliğini etkileyen sağlık bakım karakteristikleri içinde; yasal düzenlemeler, finans, istihdam, sağlık bakım ortamı, tüketici katkıları, bakım sağlayıcı ve tüketicilerin eğitim, sağlayıcıların katkıları ve iletişim sayılmaktadır (Ergin; 2008: 4).

Sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata), hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında kasıtsız bir aksamanın neden olduğu beklenilmeyen sonuçtur. Yanlış işlemleri yapmak işleme bağlı tıbbi hata, doğru işlemleri yapmama ihmale bağlı tıbbi hata olarak tanımlanırken doğru işlemleri yanlış uygulamaya da uygulamaya bağlı tıbbi hatalar sınıfında değerlendirilir (Akalın, 2005).

Sağlık bakımında istenmeyen olaylar ciddi bir problemdir. İstenmeyen olay, hastalığın kendisinden ziyade sağlık bakım profesyonellerinin uyguladıkları tedaviden kaynaklanan zarar ya da yaralanma olarak tanımlanmaktadır. Ciddi istenmeyen olaylarda insan hataları da önemli bir rol oynamakla birlikte, genellikle sistemin doğasından kaynaklanan hatalar vardır. İstenmeyen olayların %50’si önlenemez olaylardır. Sağlık bakımında istenmeyen olayların sayılarının giderek arttığı ve bu konuda yapılan araştırmalardan tüm dünya ülkeleri genelinde istenmeyen olayların boyutlarının çok kapsamlı ve derin olduğu anlaşılmaktadır (Sezgin, 2007).

Hasta güvenliğinde amaç; Süreçlerdeki basit hataların hastaya zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek tasarımlar yapmak, hataların hastaya ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemleri almaktır (Göl, 2007).

Hasta güvenliğini geliştirmek demek tıbbi hataları azaltmaktan öte hastaya zarar vermeyi azaltmaktır yani önce zarar verme ilkesinin hayata geçirilmesidir (Yıldırım, 2007).

2.2.4.1.1. Hasta Güvenliği ve Malpraktis (Tıpta Yanlış Uygulama)

Dünya Tabipler Birliği'nin tıpta yanlış uygulama konulu bildirgesi yani malpraktis bildirgesi 1992 yılında yayımlanmıştır. Bu bildireye göre tıbbi yanlış uygulama yani malpraktis doktorun tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar olarak tanımlanmıştır (Varol, 2007).

Amerika Birleşik Devletleri hastanelerinde her gün en az 100 hastanın tıbbi hatalar nedeni ile hayatını kaybetmektedir ve 5000 adet hastane olduğu düşünöldüğünde her hastanede yaklaşık iki ayda bir hasta tıbbi hatalar nedeni ile ölmektedir (Berwick, 2003).

Hastaneye yatan hastalarda yapılan iki çalışmada, yan etki veya tıbbi bakım sırasında bir hata görölme sıklığı %2,9 ve %3,7 bulunmuştur. Bunların %58 ve %53'ü önlenbilir tıbbi hatalar olarak tanımlanmıştır. Bu veriler kullanılarak, 1997 yılı içinde ABD'de hastaneye yatan 33.6 milyon hasta esas alınarak yapılan varsayımlarda, tıbbi hata nedeni ile her yıl en az 44.000, belki de 98.000 hastanın öldüğu öngörülmektedir. Tıbbi hataların maliyetinin 37,6 milyar ile 50 milyar dolar arasında olabileceği tahmin edilmektedir. Önlenbilir hataların maliyeti ise 17–29 milyar dolar arasındadır (Institute of Medicine, 2000).

2.2.4.1.2. Hasta Güvenliği Konusunda Yapılan Hata Türleri

2.2.4.1.2.1. İlaç Hataları

En sık karşılaşılan tıbbi hataların ilaç hataları olduğu belirtilmektedir (Leape ve ark 1991). En iyi hastanelerde bile her 100 hastanın 7'sinde ciddi sonuçları olan ya da potansiyel ciddi sorunlara yol açabilecek ilaç hataları görölmektedir (Bates ve ark 1995). İlaç hatası, Amerikan Ulusal İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi tarafından “ilacın sağlık çalışanının, hastanın veya üreticinin kontrolünde olmasına rağmen, hastanın ilaçtan zarar görmesine ya da uygun olmayan ilacı almasına sebep olan önlenbilir bir olay” olarak tanımlanmıştır (NCC MERP 2005).

İlaç hatalarıyla ilişkili bazı faktörler şunlardır:

- İlaç isim benzerliği veya ambalaj benzerliği,

- Sık kullanılmayan ilaçlar,
- Sık kullanılan ve alerjiye yol açabilen ilaçlar (örn. antibiyotikler, narkotikler, nonsteroid antiinflamatuvarlar...),
- Kullanım uygunluğunun test edilmesi gereken ilaçlar (örn. lityum, varfarin, digoksin).

Karmaşık (komplex) ilaç dozlarının uygulandığı yoğun bakım üniteleri, acil üniteleri gibi bölümlerde ilaç hataları görülme riski daha da artmaktadır. Hastanın ölümüyle sonuçlanan ilaç hatalarının çoğunda yanlış doz (% 41), yanlış ilaç (% 16) ve yanlış veriliş yolu (% 10) yer almaktadır. Bu hataların sebeplerine bakıldığında sözel ya da yazılı iletişim bozukluğunun ilk sırada yer aldığı görülmektedir. İsim benzerliği okunuş benzerliği olan ilaçlar özellikle sözel direktiflerle ilişkili hatalara yol açmaktadır. İlaçların görünüş ve ses benzerliğinden dolayı isim karışıklığı, ilaç etiketleme hatası ve bilgi eksikliği hataya yol açan diğer sebepler arasındadır (Phillips ve ark 2001).

İlaç hatalarının dağılımı;

- Hekim order'ları % 39-49,
- Hemşire uygulamaları % 26-38,
- Uyarılama (transcription) % 11-12,
- Hazırlama ve dağıtım (eczane) % 11-14 (Bates ve ark 1995, Leape ve ark 1995).

İlaç hatalarını önlemek için yapılan önerilerden bazıları şunlardır:

- Yüksek riskli ilaçların belirlenmesi,
- Heparin ve insülin'in birbirine yakın olarak saklanmaması,
- Hasta servislerindeki narkotik stoklarının kısıtlanması,
- Potasyum klorid/fosfat solüsyonlarının hasta servis stoklarından kaldırılması,
- İlaç konsantrasyonlarının standardize edilmesi,
- İlaç konsantrasyonlarının düşürülmesi ve

- İlaç hazırlıklarının yalnızca eczanede yapılması ya da hazır İV solüsyonlarının kullanılması (Cohen 2001).

Önlenebilir ilaç hatalarının hastanede kalış süresini uzattığı, maliyeti artırdığı, bilinmektedir (Classen ve ark 1997). IOM'un "Preventing Medication Errors" raporunda (2007) ABD'de her yıl önlenebilir ilaç hatalarından tahminen 1,5 milyon kişinin zarar gördüğü bildirilmiştir. Raporda ayrıca hastanede yatan hastalarda her gün ortalama bir ilaç hatası yapıldığı da belirtilmektedir.

Hemşire, zamanının büyük çoğunluğunu hastayla birlikte geçirdiğinden, ilaç uygulama sürecini en yakından gözlemleyen meslek üyesidir. İlaç uygulamalarından çoğu durumlarda hemşireler sorumludur. Araştırmalar, hemşire sayısının yetersizliğinin ve ağır iş yükünün ilaç hatalarının artışında etkili olduğunu göstermektedir. Örneğin, günde 12,5 saatin üzerinde çalışan hemşireler üç kat daha fazla ilaç hatası yapmaktadır (Rogers ve ark 2004).

İlaç hataları en önemli hasta güvenliği sorunudur ve hemşire ile birlikte diğer tüm sağlık çalışanlarını ilgilendirir. Hemşirelerin yaptığı ilaç hatalarının daha fazla olmasının sebebi zamanlarının yaklaşık % 40'ını ilaç uygulamalarıyla geçiriyor olmalarından kaynaklanmaktadır (Armitage ve Knapman 2003).

İlaç uygulama hatalarına bakıldığında, ilacın order edilme aşamasından uygulandıktan sonraki etkilerin takibini de içine alan, çok geniş bir süreç içinde gerçekleştiği görülmektedir. İlaç uygulama hataları; ilacı yanlış zamanda uygulama, ilacı uygulamayı unutma, yanlış dozda verme, reçete edilmemiş ilacı uygulama, yanlış ilacı uygulama, ilacı uygun teknikle hazırlamama, etkileşime giren ilaçları aynı anda uygulama, uygulamayı kaydetmeme şeklinde örneklendirilebilir. Cornish ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada, hastaların % 54'ünün hastaneye yatmadan önce düzenli olarak kullandığı ilaçlarında hata olduğu ve bu hataların % 46'sının ilacın atlanması, % 25'inin farklı doz, % 17'sinin farklı sıklık ve % 11'inin yanlış ilaç olduğu belirtilmiştir. İlaç hatalarının pek çoğu fark edilememekte, fark edilenlerin birçoğu da raporlanmadığı için açığa çıkmamaktadır (IOM 2007).

İlaç hatalarını azaltmada kültürel değişimin gerekliliği vurgulanmaktadır (Barber ve ark 2003). Hemşireler yöneticilerinin tepkisinden korkma, suçlanma, cezalandırılma korkusu gibi sebeplerle ilaç hatalarını gizleme eğilimindedirler (Hume 1999, Mayo ve Duncan 2004). Oysa IOM'un raporunda hataların sistem eksikliğinden meydana geldiğini ve hata için kişileri

suçlamadan güvenli bakım sistemleri oluşturmanın gerekliliğini vurgulamıştır (Kohn ve ark 2000).

2.2.4.1.2.2. Cerrahi Hatalar

Cerrahi hatalar tüm önlenebilir tıbbi hataların yaklaşık yarısını oluşturmaktadır (Leape ve ark 1991). Güvenli cerrahi için DSÖ bir kontrol listesi oluşturmuştur ve her aşama için ölçülebilir bileşenler belirlemiştir (WHO 2008). Dünya cerrahlar birliği de “yanlış yer”, “yanlış yöntem” ve “yanlış taraf” cerrahisinin önlenmesi için evrensel bir protokol geliştirmiştir (The Joint Commission 2008). Cerrahi hataları en aza indirebilmek için hasta ve ailesi operasyon öncesi doğrulama sürecinin bütün basamaklarına dahil edilmeli ve mümkün olduğu kadar taraf işaretleme sürecine katılımı sağlanmalıdır. Bilgilendirilmiş onam sürecinde hastanın rızası için imza alınırken doğrulama kararı verilmelidir. Prosedür başlamadan önce bütün cerrahi ekibin katıldığı bir “son mola” süreci olmalıdır. Bu süreçte hastanın pozisyonu, kimliklendirme, taraf ve mümkünse implant ve protezlerin hazır olup olmadığı konularında doğrulama yapılmalıdır (WHO 2007b).

2.2.4.1.2.3. Hastane Enfeksiyonu ve El Hijyeni

Hastalar hastaneye başvurduktan sonra gelişen başvuru anında inkübasyon döneminde olmayan genellikle hastaneye yattıktan 48 saat sonra ve taburcu olduktan sonra ilk 10 gün içinde veya hastanede gelişmesine rağmen bazen taburcu olduktan sonra ortaya çıkabilen enfeksiyonlara ‘hastane enfeksiyonları’ denir (Korter, 2007).

Hastanelerde edinilen enfeksiyonlardan dünyada 1,4 milyondan fazla insanın zarar gördüğü tahmin edilmektedir. Sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonlar dünyanın her yerinde meydana gelmekte ve hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeleri etkilemektedir. Gelişmiş ülkelerde hastaların % 5-10’u bir veya daha fazla enfeksiyona maruz kalmakta ve % 15-40’ının bundan etkilenecek yoğun bakıma alındıkları düşünülmektedir. ABD’de 136 hastadan biri hastane enfeksiyonu sebebiyle “ciddi şekilde” hasta olmaktadır. Bu da yıllık 2 milyon vaka demektir ve yıllık yaklaşık 4.5-5.7 milyon dolarlık ek maliyet ile 90.000 ölüme sebep olmaktadır. İngiltere’de hastane enfeksiyonlarının maliyetinin minimum bir milyon sterlini bulduğu ve yıllık olarak 5000’den fazla ölüme sebebiyet verdiği tahmin edilmektedir. Hastane enfeksiyonunu önlemede bakım sürecinde el hijyeni, etkili ve zamanında yerine getirilmesi gereken temel hasta güvenliği faaliyetidir (WHO 2007b).

DSÖ 2005'te başlattığı “Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi” kapsamında el hijyeni hakkında kılavuzların geliştirilmesi, “Daha Temiz Bakım Daha Güvenli Bakımdır” sloganıyla kampanya yürütülmesi ve enfeksiyon konusunda çalışmalarda bulunmaları için üye devletlere çağrıda bulunmuştur (WHO 2007b).

2.2.4.1.2.4. Hastanın Yetersiz Kontrolüne Bağlı Oluşan Hatalar

Hastanın takip ve değerlendirmelerinin yapılabilmesi için sağlık durumunun gerektiği şekilde belirlenmiş sıklıklarda izlenmesi, hayati bulguların ölçülmesi sıvı dengesinin sağlanması gerekir (Aştı, 2007).

Yetersiz takip ve değerlendirme nedeniyle pek çok istenmeyen durum söz konusu olabilmektedir. Eğer hastanın sık aralıklarla kontrolde ihtiyacı varsa zaman aralığı tüm ekip üyelerinin katılımıyla belirlenmelidir (Göktaş, 2007).

2.2.4.1.2.5. Yanlış ve Uygun Olmayan Malzeme Kullanımı

Sağlık hizmeti verilen kuruluşlarda hastaya uygulanacak tanı ve tedavi prosedürlerinde kullanılan malzemenin uygun kullanılmaması ya da yanlış malzeme kullanılması hastanın güvenliğini tehdit ederek, enfeksiyonlara ve yaralanmalara sebep olabilmektedir (Ergin; 2008:16).

Kullanılacak cihazları çalışır vaziyette olması, sterilizasyon ve dezenfeksiyonunun yapılmış olması ve sürekli kontrol edilmeleri gerekir. Tanı ve tedavi işlemlerinde kullanılan EKG, defibrilatör, mekanik ventilatör gibi hayati açıdan önemli cihazların emniyetlerinin sağlanması şarttır. Alet ve cihazların bozuk olması, yanlış kullanımı sonucu yanıklar, yüksek radyasyona maruz kalma, resusitasyon komplikasyonları, asepsiye uyulmaması sonucu hastane içi enfeksiyonları gibi hasta açısından hasarlara neden olabilecek istenmeyen olaylar görülebilir (Aştı, 2000).

2.2.4.1.2.6. Hastada Yabancı Cisim Unutulması

Ameliyat sırasında hastanın vücudunda yabancı cisim unutulması ameliyathane ve invaziv işlemlerde görev alan hemşirelerin sıkça karşılaştıkları problemdir. Ameliyathanelerde hastaya kullanılan alet, kompres ya da gaz bezi gibi maddelerin hastada unutulması istenmeyen sonuçlara neden olabilir. Bu nedenle alet ve malzemelerin sayımı şarttır. İşlem öncesinde ve sonuna doğru tüm malzemeler sayılmalıdır. Ameliyathanelerde

görevli hemşireler alet ve malzemeyi tanımalı, hangi işlemde hangi malzeme kullanılır bilmelidir. İşlemi takip ederken malzeme sayısını da kontrol etmelidir (Ergin; 2008:17).

2.2.4.1.2.7. Hastaların Düşmesi

Düşmeler, hastanelerde meydana gelen istenmeyen olayların %38'ini oluşturan yaygın bir problem ve bakım açısından en önemli risklerden biridir. Hastanede meydana gelen düşmeler, hasta, ailesi ve toplum için ciddi ve maliyeti yüksek bir problemdir. Düşmelerin yaklaşık %6'sı ciddi yaralanmalarla sonuçlanmaktadır. ABD'de yaralanmaların milyonlarca dolar maliyet getirdiği tahmin edilmekte ve sıklıkla ölümlerle sonuçlanan ikinci neden olarak kabul edilmektedir. İngiltere'de, 75 yaş ve üzeri kişilerde düşme sonucu yaralanmaların ölümlerle sonuçlandığı belirtilmektedir (Sezgin, 2007).

Hastane ortamının yabancı olması, vücut aktivitelerinde değişimler, bireyin fiziksel engelinin bulunması, yaşlılarda demans, görme ve işitme kaybı, kas kuvvetinin azalması gibi fiziksel ve mental yetersizlikler veya hastanın narkotik, sedatif, insülin gibi ilaçları kullanıyor olması düşme riskini artırmaktadır (Göktaş, 2007).

2.2.4.1.3. Hataların Bildirilmesi

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hataları tanımlamak, bu hatalardan dolayı hastaların zarar görmesini engellemek ve azaltmaya yönelik kullanılan en önemli yöntem hataların rapor edilmesi ve analizidir (Dienemann, 1998).

Hataların ve olası hataların bildirimini havacılık, nükleer çalışmalar gibi sonuçları açısından son derece riskli alanlarda zorunlu hale getirilmiştir. Hata yaşanmamış olsa da olası hataların bildirimini ile benzer bir hatanın yaşanmaması için önlem alınabilmektedir (Nadzam, 2007).

Hatalardaki insan faktörünün analizi, istenmeyen olayların nasıl meydana geldiklerini, sistem yanlışlarını, olayların nedenlerini ve olayların etrafındaki koşulları anlamamızı sağlar. Hataların araştırılması, tartışılması hatalardan öğrenmeyi sağlayarak aynı hatanın bir kez daha gerçekleşmesini önleyecektir. Geribildirim sayesinde bilgilenme ve farkında olma; hatalara ve olaylara karşı uyanık olmaya, risk faktörlerini azaltmaya ve önlemeye yönelik sistem geliştirmeye sevk eder. Bu nedenle sağlık kuruluşları sağlık profesyonellerini istenmeyen olayları raporlama konusunda cesaretlendirmeli, raporlama sistemi oluşturulması için gönüllü katılım sağlamalıdır (JCI,2003).

2.2.4.1.4. Hasta Güvenliğine Hastaların Katılımı ve Sorumluluğu

IOM'un (2001) 21. yüzyılın yeni sağlık sistemi için önerdiği 6 hedeften biri hasta merkezli bakımdır. Hasta merkezli bakımın anlamı, hastanın değerlerine inançlarına ihtiyaçlarına, önceliklerine saygılı ve duyarlı olmaktır. Hasta merkezli bakımı gerçekleştirebilmek için sağlık bakım organizasyonları hastaları sağlık ekibinin bir üyesi olarak görmeli ve kendi bakımlarına katılımlarını sağlamalıdır.

Sağlık hizmeti almaya gelen hasta, alacağı hizmetin kapsamı, kalitesi ve riskleri hakkında çok az şey bilmektedir. Hekim, hem hukuksal hem de etik olarak hastayı bilgilendirmekle yükümlüdür. Hastaları, durumları ile ilgili tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri ve her bir girişimin potansiyel risk ve yararlarını, önerilen girişimlerin alternatiflerini, tedavisiz kalmanın sonuçlarını, tanı, prognoz ve tedavinin gidişatı konularını içerecek şekilde sağlık durumları hakkında tam olarak bilgilendirmelidir (AMA 2008). Hasta, kurumda kaldığı süre içerisinde uyacağı kurallar ve rutin işlemler konusunda da bilgilendirilmelidir. Hastalar da bu konularda hekimden bilgi isteme hakkına sahiptir. Hasta, kendisine bakan sağlık personelinin kimliğini, mesleki kimliğini öğrenme hakkına, taburcu olduğu zaman, tanılar, tedavi ve yapılan işlemleri, elde edilen sonucu içeren yazılı bir belge isteme ve alma hakkına sahiptir (WHO 1994, Resmi Gazete 1998).

Hasta güvenliği yeni bir kavram olmamakla birlikte IOM'un raporundan sonra sağlık organizasyonlarının ve toplumun dikkatini çekmiş ve son yıllarda birçok ülkede hasta güvenliğini sağlama ve tıbbi hataları önleme çalışmaları başlatılmıştır. Toplumun da hasta güvenliği konusundaki farkındalığını artırmayı amaçlayan bu çalışmalar resmi ve özel birçok kurum tarafından yürütülmektedir. Çoğu ABD'de bulunan bu organizasyonlardan bazıları şunlardır: "National Patient Safety Agency", İngiltere sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini geliştirmek için 2001 yılında tıbbi hataları raporlama ve hatalardan öğrenme konusunda çalışmalar yapmak amacıyla kurulmuştur. Toplumun tıbbi hatalar konusunda bilgilendirme çalışmaları da yapmaktadır. ABD'de "The Joint Commission" sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini geliştirmeye yönelik olarak kurumları akredite etmektedir. Ayrıca, hastaların kendi bakımlarına katılımlarını sağlayarak ve hasta güvenliği konularında onları eğiterek tıbbi hataları azaltmayı amaçlayan eğitim programları uygulamaktadır. ABD'de resmi bir kuruluş olan "Agency for Healthcare and Research" (AHRQ) de hasta ve ailelerini hasta güvenliğinin sağlanmasındaki rolleri konusunda eğitmek üzere materyaller geliştirmiştir. Kanada'da 2003

yılında kurulan “Canadian Patient Safety Institute” hasta güvenliği konusunda kapsamlı çalışmalar yürütmektedir (Golder 2007).

2.2.4.1.5. Hekim ve Hemşirelerin Çalışma Koşulları

IOM’un raporunda sağlık çalışanlarının güvenliğinin çoğu zaman hasta güvenliği ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Raporda, çalışanların güvenliği ne kadar fazla olursa, hasta güvenliği de o ölçüde artar denilmektedir (Kohn ve ark 2000).

Uzun ve dinlenmesiz çalışma saatleri çalışanların sağlığını olumsuz etkilediği gibi, hata yapma ihtimalini artırarak hastaların nitelikli sağlık hizmeti almalarını da engellemektedir. Uyku düzensizlikleri ve yorgunluğun hata yapma ihtimalini artırdığı bilinmektedir (Weinger ve Ancoli-Israel 2002). 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa göre (1965) haftalık çalışma süresi 40 saat olarak belirlenmiştir. 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanunda (1980) haftalık çalışma süresi 45 saat olarak belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliği, personel dağılımındaki yetersizlik, personel eksikliği gibi hususlar sağlık personelinin çalışma sürelerini etkilemektedir.

Hekimler, özellikle asistanlar, çoğu zaman haftada 40-45 saatin üzerinde çalışmaktadır. Uzun çalışma saatlerine bağlı yorgunluk nedeniyle hekimlerin hata yapma olasılıkları artmaktadır. Bazı ülkelerde fazla mesai çalışma süreleri sınırlandırılmıştır (Jason ve Daniel 2007).

Sağlık hizmetleri sunumunda hemşireler diğer sağlık çalışanları içinde oran olarak en büyük grubu oluşturmaktadırlar. Hasta güvenliğini geliştirici faaliyetler hemşirelik bakımıyla önemli derecede ilişkilidir (Milligan ve Dennis 2004). Hasta bakımında kalitenin korunması sağlıklı istihdamın göstergesidir. Hemşire sayısının yetersiz olduğu ortamlarda güvenli hasta bakımından söz edilemez. Hemşire istihdamı sadece hastaya bakım verecek personelin sayısına bağlı olmayıp iş yükü, iş ortamı, hasta durumunun karmaşıklığı, hemşirelerin bilgi ve beceri düzeyi, görev ve yetki dağılımı ile de ilgilidir (NCNA 2005). Yeterli hemşire istihdamı hastanede yatan hastalarda ölüm oranını azaltmakta ve hastanede kalış süresini kısaltmaktadır (Lang ve ark 2004). Hasta başına günlük ilave bir hemşire mesaisinin 30 günlük ölüm oranında % 50’lik bir azalma meydana getirdiği belirtilmektedir (Aiken ve ark 1999). Dimick ve arkadaşları (2001) gece şiftinde hemşire sayısının daha az olması ile ameliyat sonrası pulmoner komplikasyonların artışı arasında ilişki olduğunu tespit etmiştir.

Yeterli istihdamın sağlanması hemşirelerin sağlığını da olumlu yönde etkiler. Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olduğu durumlarda ve sürekli mesaiye kalan hemşirelerde iş doyumunun yetersiz olduğu, işe devamsızlık ve sağlık sorunlarının da daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Sheward ve ark 2005, Aiken ve ark 2002).

Aşırı fazla mesai yapılması durumunda; hastanın durumundaki değişikliği fark etmede azalma, hemşirelerin reaksiyon hızında azalma, ilaç hataları, klinik karar vermede hatalar, hastane enfeksiyonunda artış, yatak yaralarında artışlar görülmektedir. IOM'un son raporlarından birinde (2004) hemşirelerin gönüllü olarak çalıştıkları fazla mesaiye bile sınırlama getirilmesi önerilmektedir. Ülkemizde kamu sağlık personelinin fazla mesai üst sınırı için bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Sadece fazla çalışmanın karşılığının ödenmesinde üst sınır belirtilmiştir (Resmi gazete 1965).

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 ve Cummins 2003). Ülkemizde hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki yaklaşımları yeterince bilinmemektedir.

2.2.4.1.6. Hasta Güvenliği Kültürü

Sağlık hizmeti verilirken hastaların zarar görmesine yol açan tıbbi hatalar, insan hatasından, teknolojik hatalardan veya bunların oluşturduğu sistemler bütününden kaynaklanabilmektedir (Bernstein ve ark 2003).

"Kültür", bir organizasyondaki ortak tutumlar, deneyimler, inançlar ve değerler bütünüdür ve kurumda işlerin nasıl yürütüldüğünü gösterir. Basitçe güvenlik kültürü, gelişmeye ihtiyaç duyulan konuları içeren, "Bizim, burada bir şeyleri yaparken kullandığımız yol" olarak tanımlanabilir (HRC 2005, Clarke 2006).

Hasta güvenliği kültürü ise; hasta güvenliğinin en öncelikli konu ve ortak değer olarak kabul edilmesidir (Akalin, 2005). Bir başka tanımla hasta güvenliği kültürü, tüm çalışanların katılımı ile "hasta güvenliği" anlayışını organizasyon kültürü haline getirmektir (Yıldırım, 2007).

Güvenlik kültürünün birden fazla tanımlaması mevcuttur. En genel tanımlama olarak güvenlik kültürü kişisel ve grupların değerleri ve davranış tutumları ve güvenlik

performansında izledikleri davranış biçimidir. Gelişmesi gereken, gelişme ihtiyacı bulunan, güvenlik kültürlerini kapsayan, hasta güvenlik kültürü için şu tanımlama yapılabilir: hasta güvenliği kültürü, yaptığımız işin nasıl yapıldığı ile ilgilidir (www.ecri.org).

Hasta güvenliği kültürünün en başta gelen göstergeleri şunlardır (Akalin, 2005):

- Yüksek riskli ve hata yapılabilecek aktivitelerin belirlenmesi
- Tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden rapor edilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortamın yaratılmış olması
- Riske açık uygulamalarda her düzeyde çözümlerin üretiliyor olması
- Hasta güvenliği konusuna kuruluşun kaynak ayırması

Hasta güvenliği kültürünü geliştirmek demek, mevcut örgüt kültürünün değişimi anlamına gelmektedir. Örgüt kültürü kazanıldıktan ve benimsendikten sonra kolay değişim gösterememektedir. Kültürel bir değişimin yapılması için vizyon sahibi bir lidere, bu vizyonu çalışanlara iletecek bir lidere, etkili ve olumlu iletişime ve ekip üyeleri arasında işbirliğine gereksinim bulunmaktadır. Hasta güvenliği kültürü tüm bu kültürel değişim sonucu gelişen, tüm ekip üyelerince benimsenen değerlerden oluşan kalite kavramı içindeki en önemli aşamalardan biridir. Kurum kültürüne ilişkin çalışmalarda, kültürel bir değişime başlamak için öncelikle çalışanlar arasındaki değerlerin açık olmasının ve bu değerlere bağlı olarak çalışmanın önemi vurgulanmaktadır (Seren, 2007).

Hasta güvenliği kültürü geliştirmedeki esas hedef süreçlerdeki basit hataların hastaya zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek yeniden tasarlama veya iyileştirmeleri yapmak ve hatalar hastaya ulaşmadan önce yakalanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemler almaktır (Yıldırım, 2007).

Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün yerleşmesi, gelişmesi ve iyileştirilmesinin şu hizmet başlıkları ile çok iç içe olduğu bir gerçektir (Göl, 2007):

- Güvenli sağlık hizmeti,
- Etkili sağlık hizmeti,
- Hasta odaklı sağlık hizmeti,

- Zamanında verilen sağlık hizmeti,
- Verimli sunulan sağlık hizmeti,
- Eşit dağımlı sağlık hizmeti

Hasta Guvenliğini sağlamada liderlik çalışmaları, çalışanların hasta guvenliği konusundaki sorumluluklarını kabul etmelerinde ve görüşlerini paylaşmalarında en önemli faktördür. Liderler hasta guvenliğini destekleyen uygulamaları arttırarak, klinisyenlerin ve tüm çalışanların hasta guvenliğini sağlamada karşılaştığı engellere yönelik zmler üreterek, hasta guvenliğini sağlamak için kaynaklar sağlayarak, belirlenen hedeflere ulaşmak için organizasyon içindeki girişimleri öncelik sırasına göre düzenleyerek, kurumda hasta guvenliğine ilişkin değerler oluşturarak alışmaldırlar (Aksayan, 2007).

Hasta guvenliği kültürü geliştirmede belirlenecek belli hasta guvenliği stratejileri olmalıdır. Liderlik, hasta guvenliği odaklı sağlık bakım hizmeti kültürü, hasta guvenliği eğitimi, i denetimler, çalışanın hasta guvenliği sorumlulukları, interdisipliner yaklaşım ve çalışanı cesaretlendirme bu stratejiler arasında sayılabilir (Yıldırım, 2007).

Hasta guvenliği kültüründe yer alan liderlik stratejileri arasında daha fazla hasta guvenliğine yönelen hareket, proaktif sistem analizi ve risk azaltma uygulamaları, süreç ve ekipmanların standardizasyonu, yetkin ve etkili çalışan sağlanması, tüm çalışanlar için takım eğitimi gerçekleştirilmesi, hasta bağlılığını teşvik etmek ve desteklemek, programı yönetecek kişi ya da kişileri belirlemek, programın kapsamını tanımlamak, hastanenin tamamında uygulatmak ve koordine etmek, mevcut prosedürlere cevap vermek, raporlama sistemi oluşturmak, proaktif risk azaltmayı ve olumsuz olayları iletecek mekanizma kurmak, gözcü olayla ilgili, çalışanlara destek vermek ve yıllık risk değerlendirme yapmak sayılabilir (Yıldırım, 2007). Yöneticiler, klinik yöneticileri ve orta düzey yöneticiler hastanenin farklı alanlarını ziyaret ederek hasta guvenliğiyle ilgili temel, basit ama belli sorularla durum değerlendirmesi yapmalıdır (www.ecri.org).Hasta guvenliği kültürü lider davranışları ise şunlardır (Akalın, 2005):

- Hasta guvenliği konusunun herkesin sahiplenmesi gereken bir konu olduğunun ilan edilmesi,

- Hasta güvenliği konusunda liderler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimin teşvik edilmesi,
- Çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk devri,
- Hasta güvenliği için kaynak ayrılması,
- Tüm alışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitiminin sağlanması.

Hasta güvenliği kültürünün gelişmesinde ve benimsenmesinde atılacak adımlardan başında mevcut sağlık organizasyonun sistem ve süreçlerinin sistematik değerlendirmesi gelir. Bu değerlendirme kapsamında hasta güvenliği ve bakımın kalitesini etkileyen/etkileyecek potansiyel riskleri belirlemek ve hasta güvenliği ve bakımın kalitesinin değerini artıracak sistem ve süreçlerin yeniden tasarlanmasına odaklanmak düşünülebilir (Yıldırım, 2007).

Açık olmayan klinik ve kurumsal değerler, hatalar karşısında cezalandırılma ve suçlanma korkusu, hataların sistematik analiz edilmemesi, işlerin karmaşıklığı, prosedürlerin net olmaması, yetersiz ekip çalışması, öğrenen organizasyon olamamak hasta güvenliğini engelleyen faktörler arasında yer almaktadır. Hatalar karşısında çalışanların alay edilme korkusu, çalışma arkadaşları arasında saygı azalmasından korkması, hata yapan kişinin yöneticiler arasındaki saygınlığının azalması korkusu ve işini kaybetme korkusu bireysel faktörler arasında sayılabilir. Hastalıklardaki artış, yatış sresinin kısalması, hasta devrinin artması, uzun çalışma saatleri, çalışan devir hızındaki artış ve çalışma sırasındaki kesintiler hasta güvenliğini engelleyen prosedürler arasında yer almaktadır (Seren, 2007).

Her ne kadar etkili bir güvenlik kültürü nelere bağlı olduğu konusunda net bir fikir olmasa da bir çok etkenin hayati derecede önemli olduğu karşımıza çıkmaktadır. Güvenlik uyumlu kültür için gerekli genel kabul görmüş karakteristikleri, güvenlik kültürü komponentlerini inceleyeceğiz (www.ecri.org).

Güvenlik Kültürünün Komponentleri;

- Organizasyona ait güvenlikle ilgili en st seviyedeki güvenlikle ilgili konuları sorumluluğunu alarak bunu tüm seviyelerdeki değer yargıları, inanç ve kişisel davranış normlarına dönüştürebilmek.

- Bu uygulamanın gerçekleşmesini sağlamak amacıyla ihtiyaç duyulan kaynak güdülenme ve dlendirmelerin organizasyon tarafından sağlanması.
- Güvenlik retim masrafını ve etkinliğinin zeinde olsa bile öncelikli değer olarak vurgulanmalı personel hata yapsa dahi güvenlik anlamında hassas ise dlendirilmelidir.
- Çalışanlar ve organizasyonun farklı seviyesindeki kişiler arasındaki iletişim açık ve samimi olmalıdır.
- Üst seviyeli üretimler olmasına rağmen güvensiz davranışlar çok nadir olmalıdır.
- Bir hata veya problem yaşandığında bu hata ile ilgili açık olunmalı, oluştuğu zaman derhal rapor edilmelidir.
- Organizasyonel eğitim değerlidir, bu yüzden kişisel suçlamalar yerine sistem performansını gclendirecek problem çözümlerine odaklanmalıdır.

Güvenlik kültürünün sağlık organizasyonlarındaki karakteristik yapısı itibariyle aşağıdaki tanımlamaları barındırır, içerir (www.ecri.org) :

- Zarar vermek kabul edilemez,
- İletişime açık olmak ve sorunları tartışabilmek,
- Diğerlerinin bir sorunu varken onları dinleme zorunluluğu
- Kişisel ve organizasyonel riskleri kabullenmek
- Bir takım olarak çalışma zorunluluğu
- Kişisel suçlamalara odaklanma yerine problemin süreç içerisinde nasıl çözüleceğine yönelik bir analiz güvenlik sistemi yaklaşımıyla çalışmak.
- Sistem içerisinde sorumlulukları kabul edebilme.

Tıbbi hataların ortaya çıkması durumunda hekimlerin hemşirelerden daha az cezalandırıldığı ve ses tonuyla cezalandırmanın ilk sırada yer aldığı (%21) tespit edilmiştir. Sorulara tahammülsüzlük, acele, açık olmayan cevaplarla karşılaşma oranı %87 iken sorulara cevap vermeme ve telefonlara isteksiz cevaplarla karşılaşmanın oranı %79 olarak bulunmuştur (Seren, 2007).

“Institute of Medicine” 21. yüzyıl için sağlık sisteminde iyileştirilmesi amaçlanan konuları şu şekilde sıralamıştır(Akalın, 2004):

- Güvenli bir sağlık hizmeti (hasta güvenliği): Hastalara yardım ederken zarar vermeden 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: İsrafın önlendiği, maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunumu
- Eşit dağılım: Sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşit olması.

Hasta güvenliği kültürünü geliştirmek hastanın güvenliğini geliştirmekle başlar. Tüm işlem basamaklarını belirledikten sonra bütün bunların çalışan ve yöneticiler tarafından sağlanması gereklidir. Bir tesis için stratejik bir plan yaparak güvenliği geliştirmek gereklidir. Bunun için önce ön planda olan işi yapan çalışanlarla yöneticiler arasında fikir birliğinin sağlanması gerekir. Güvenlik kültürünü bir literatür içerisinde uygulamak gerekir. Çünkü tek tiplilik güvenliğin gelişmesi için organizasyon tarafından ihtiyaç duyulan bir gerçeklik ve netlik kazandırır çalışanlar için.

Sağlık kuruluşlarındaki hasta sağlığı gelişimiyle ilgili konuları arka plana atılan hasta gelişimiyle ilgili konuları konuşmak, tartışmak ve onlarla ilgili çözümler geliştirmek üzere 2005 yılında ulusan hasta güvenliği kültürü kongresi yapılmıştır. Alınan kararlar içerisinde alternatif değerler ve yöneticilik, kapasite eksikliği ve kaynak yetersizliği, güç ve otonom durumlar, korku ve hata yapma korkusu gibi konular hasta güvenliği için tolere edilemeyecek konular olarak kabul edilmiştir (www.ecri.org) .

Hasta güvenliği kültürü de, hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesidir (Cooper, 2000). Kurumsal kültür basitçe, “bir kurumda işlerin nasıl yürüdüğü”dür. Diğer bir deyişle “burada işler böyle yapılır” şeklinde tanımlanabilir. İşlerin yapılış şekli eski üyeler tarafından yeni üyelere gösterilir. Kurumsal kültür inançlar, değerler, adetler, uygulamalar, öğrenilen işlemler ve paylaşılan ödüllerin tümü ile yoğrulmuştur. Kurumsal kültür kolay değiştirilebilecek bir değer değildir. Değişime kolay uyabilecek üyeler olabileceği gibi şiddetli direnç gösterecekler de vardır, hatta bazı kurumlarda bu grup çoğunlukta olabilir. Önemli olan kurumsal liderliğin bu değişimin ne kadar önemli olduğunu önce kendisinin kabul etmesi, daha sonra da tüm kurumla bu değişimin gereğini ve neler getireceğini açık bir şekilde anlatması ve paylaşmasıdır.

2.2.4.1.7. Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi

Güvenlik kültürünü oluşturmada başlangıç noktası, sağlık hizmeti veren organizasyonda mevcut kültürün değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmalardır (Pronovost ve ark 2004). Güvenlik kültürü değerlendirmesi, bir kurumda çalışanların ve yöneticilerin güvenlikle ilgili algılamalarını ve tutumlarını anlamayı sağlar. Kültür değerlendirmesi, kurumda geliştirilmesi gereken potansiyel birçok başlangıç noktasından en problemlili alanları tanılamada yardımcıdır (Nieva ve Sorra 2003). Değerlendirme için uygun pek çok araç geliştirilmiştir (Colla ve ark 2005, Flin ve ark 2006). Bu araçlarda iletişim, ekip çalışması, yönetimin desteği ve genel güvenlik değerlendirmeleri yer almaktadır. Flin ve arkadaşları (2006) sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünü ölçmede kullanılan ve çoğu ABD’de geliştirilmiş 12 anket tanımlamıştır. Bu çalışmada, AHRQ’nun hastanede hasta güvenliği kültürünü değerlendirmek amacıyla geliştirdiği anketin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının diğerlerinden daha yeterli olduğu belirtilmiştir. Ankette hasta güvenliği kültürünün boyutlarını ünite/birim düzeyinde ve hastane düzeyinde ölçen sorularla, sonuç değişkenlerinin yer aldığı sorular bulunmaktadır (Sorra ve Nieva 2004).

Kurumda hasta güvenliği kültürünü ölçen ilk incelemeden sonra, hasta güvenliği faaliyetleri için öncelikleri belirleme ve sağlık hizmeti sunumunu geliştirici hedefleri belirleme çalışmalarıyla organizasyon üyelerinin hasta güvenliği konusunda ortak görüşü sağlanmalıdır. Güvenlik kültürü ve güvenliğin gelişimi devam eden bir süreçtir ve değerlendirme-analiz-eğitim-strateji geliştirme ve yeniden değerlendirme şeklinde sürekli ve periyodik olmalıdır (Pronovost ve ark 2004).

IOM tarafından tıbbi hataların önlenmesi için yapılan önerilerin başında;

- Ulusal Hasta Güvenliği Merkezi'nin kurulması, bu merkezin konu ile ilgili yapılacak çalışmaların amaçlarını belirlemesi, liderlik ve araştırma planlanmasında rol alması,
- Tüm sağlık kuruluşlarında isteğe bağlı veya zorunlu tıbbi hata bildirim sisteminin kurulması,
- Sağlık hizmetlerini ödeyen kuruluşların hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapan kurumlara öncelik tanınması ve
- Sağlık hizmeti veren organizasyonlarda “hasta güvenliği” kültürünün oluşturulması gelmektedir (Kohn ve ark 2000).

Hasta güvenliğinin sağlanması, sağlık çalışanlarının hasta güvenliğini tehdit eden durumları bilmeleri ve kurumlarında güvenlik kültürünü geliştirmeleri ile mümkündür. Tıbbi hatalar konusunda genel algılamalar ve yaşanan tecrübeler ülkelerin toplumları ve sağlık çalışanları arasında farklılıklar göstermektedir. Her ülke, kendi sağlık kurumlarında kültür surveyi yaparak hasta güvenliği konusunda öncelikle geliştirmesi gereken konuları saptamalıdır.

2.2.4.2. Çalışan Güvenliği Kavramı

Sağlık personeli, sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alan, bu hizmeti vermek için öncesinde donanımlı bir eğitimden geçen, görevini yerine getirirken hukuki ve etik kurallara bağlı olarak çalışan bir ekibin her bir üyesi olarak tanımlayabiliriz. Hasta hakları yönetmeliğine göre sağlık personeli tanımı; hizmetin, resmi veya özel sağlık kurumlarında ve kuruluşlarında veya serbest olarak sunulmasına bakılmaksızın, sağlık hizmetinin verilmesine iştirak eden bütün sağlık meslekleri mensuplarını ve sağlık meslekleri mensubu olmasa bile sağlık hizmetinin verilmesine sorumlu olarak iştirak eden kimseleri” olarak yapılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin etkin ve kaliteli sunumunun sağlanabilmesi için hekim/sağlık çalışanı ile hasta arasında iyi bir ilişkinin var olması gerekmektedir (Saraç: 2009: 26).

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı (SCS) konusu ilk kez Amerika Birleşik Devletleri'nde 1958 yılında American Medical Association (AMA) ve American Hospital Association (AHA)'ın yayınladıkları ortak bildiri ile gündeme gelmiştir. Daha sonra National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) 1974 – 1976 yıllarında hastanelerde meslek sağlığı konusunun yürütülmesi için etkin kriterler tanımlamıştır (Dokuzoğuz; 2011: 155).

Ülkemizde 1930 yılında yayımlanan Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 180'inci maddesinde, İş Kanununda ve 1973 yılında yayımlanan İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları Hakkında Tüzük'te çalışanların sağlığının korunması, bunun için oluşturulacak programlar, işverene düşen sorumluluklar vb. konulara yer verilmiştir. Ancak bu yasal yapılanmada sağlık çalışanları için ayrı bir tanımlamaya gidilmemiştir. Diğer taraftan sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun bağlı olduğu 657 sayılı Devlet Memurları Yasası, çalışanların sağlık güvencesini sağlarken tedavi edici hizmetleri ele almış, iş güvenliği ve meslek hastalıklarına, koruyucu hizmetlere ve önlemlere yer vermemiştir. Ülkemizde halen sağlık çalışanlarının sağlığının korunması programlarına ve bu programların oluşturulup yürütülmesini sağlayacak yasal yapılanmaya ihtiyaç vardır (Dokuzoğuz; 2011: 155).

2.2.4.2.1. Sağlık Çalışanlarının Maruz Kaldıkları Riskler

Sağlık personeli çalıştıkları ortam ve koşullar dikkate alındığında çoğu meslekten daha fazla risk altındadırlar.

Sağlık çalışanları, sağlığı koruma, sürdürme, geliştirme amacına yönelik hizmet verirken, akut sağlık sorunu ve buna bağlı kriz yaşantısından, terminal dönemi yaşayan hastalara kadar uzanan bir çok farklı durumdaki hasta ve hasta yakınları ile karşılaşmaktadır (İncesesli; 2005:16).

Hastaneler kadar kompleks iş yeri azdır. Çok çeşitli işleri ve görevleri olan sağlık çalışanlarının iş yerinde karşılaştıkları tehlikelerin sayısı ve çeşidi de çok fazladır. İlk akla gelenler infeksiyon ve kesici delici alet yaralanmaları olmakla birlikte, radyasyon, toksik kimyasal maddeler, biyolojik ajanlar, ısı, gürültü dahil olmak üzere fizik ajanlar, ergonomik sorunlar, stres, şiddet ve kötü muamele gibi risk ve tehlikeler sağlık çalışanlarının her gününde yer alabilmektedir (Dokuzoğuz; 2011: 155).

Sağlık mesleği mensuplarının çalışmalarını ve verimliliğini etkileyen, iş kazalarının ve meslek hastalıklarının gelişmesine zemin hazırlayan faktörleri inceleyecek olursak şu başlıklar altında toplayabiliriz (İnceseli; 2005:17-19);

- **Mekanik Faktörler-Travmalar:** Hastaların taşınması, kaldırılması, ağır tüp ve aletlerin taşınması işlerinde yeterli kaldırıcı (tekerlekli veya motorlu kaldırıcı) olmayışına bağlı olarak bakım personeli ve teknisyenlerin bedenlerini zorlamalarına bağlı sorunlar hastanede yaygındır. Kirlenmiş eşyanın taşınması, çamaşıra hazırlanması veya yok edilmesi işlemlerinde kumaşlar arasında kalmış kesici – delici alet ve materyalin sebep olduğu kazalar sıkça görülmektedir. Bunlar genellikle hastane çalışanlarının yaklaşık %60'ına ulaşan yardımcı ve teknik personelin sıkça uğradığı zararlardır.

Tablo 2.1. Sağlık Görevlilerini Etkileyen Genel Mekanik Zararlar-Travmalar

| Zarar | Etkilenen Personel |
|--|---|
| Travmalar Bistüri, cam kesiği, iğne batması | Kirli materyalin atılması işlerinde çalışan sağlık hizmet personeli |
| Düşme – kayma | Hızlı dolaşmayı gerektiren işlerde çalışanlar-hemşireler, hizmet personeli |
| Ergonomik sorunlar, Sırt ve bel, omuz ağrısı | Eğilme, kaldırma, zorlayıcı pozisyonlarda çalışan personel, Geriatri, parapleji, yanık servisleri hemşire ve bakımcıları, diş hekimleri |
| Yangın ve Patlamalar | Gaz tüpleri, elektrik tesisatını bağlayan, otoklav sterilizasyonu gibi işleri yapan hizmet personeli |

- **Fiziksel Faktörler:** İnsan yaşadığı ortamın fiziksel özelliklerinden etkilenir. Fiziksel etkenlerin nitelik ve nicelikleri insanda zorlanma yaratan nedenlerden biridir. Fiziksel

kökenli iş ortamı zararları, elektrik ve elektromanyetik alanlar, iyonize ışınlar, lazerler, gürültü, aydınlatma, titreşim ve ısı-nem dir.

- **Kimyasal Faktörler:** Tıp alanında, pek çok çalışma ortamında kimyasal maddelerle zaman zaman veya kronik karşılaşmalar yaygındır. Ameliyathanelerde, laboratuvarlarda, sterilizasyon birimlerinde ve kanser tedavisi uygulayan birimlerde kimyasal maddelerle karşılaşma oranı diğer birimlere oranla daha yüksektir.

Kimyasal zarar veren maddeleri genel olarak şu şekilde sınıflandırabiliriz;

- Anestezi gazlar
 - Dezenfektanlar ve sterilizasyon maddeleri
 - Çevre temizleme maddeleri
 - Sitotoksik ajanlar (kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar)
- **Biyolojik Faktörler:** İnsan vücudunda hastalık (enfeksiyon) yapabilen çeşitli mikroorganizmaların yaptığı zararlardır. İnsan vücudunda hastalık (enfeksiyon) yapabilen çeşitli mikroorganizmaların yaptığı zararlardır. Sağlık çalışanları, günlük çalışma ortamında hastalardan bulaşabilecek bir çok enfeksiyon hastalığı açısından risk altındadır. Bu enfeksiyonlar içinde kanla bulaşanlar, gerek sıklık gerekse yarattıkları olumsuz etkiler nedeni ile özel bir öneme sahiptir. Hastaların kan veya kanla kontamine vücut sıvıları ile başlıca 4 tür viral hastalığın bulaşması söz konusudur. Bunlar; HIV (Human Immunodeficiency Virus), Hepatit B (HBV), Hepatit C (HCV), Hepatit D (delta HDV) virüsleridir.

Tablo 2.2. Sağlık Görevlilerini Etkileyen Bazı Enfeksiyonlar ve Bulaşma Yolları

| Enfeksiyon veya Etken | Bulaşma Yolu |
|---|---------------------|
| Hemorajik ateşler | Kan |
| Hepatit B, C | Kan |
| HIV (AIDS) | Kan |
| Tüberküloz (Akciğer) | Solunum |
| Suçiçeği, kızamık, kızamıkçık | Solunum (Temas ?) |
| Meningokok Menenjit | Temas (Solunum ?) |
| Difteri | Temas/Damlacık |
| İmpetigo, zona, herpes simpleks, viral konjunktivit | Temas |
| Hepatit A Poliomyelit Viral Diyareler Dizanteri Salmonellosis Kolera | Fekal-oral |

Sağlık personeline bulaşma açısından günlük uygulamada en sık karşılaşılan sorunlar; hastalarda kullanılan iğnelerin ele batması, kanla kontamine kesici aletlerle yaralanma veya enfekte kan ya da vücut sıvılarının mukozalara sıçramasıdır.

- **Psikolojik ve Sosyal Faktörler:** İnsan fiziksel, sosyal, duygusal ve entelektüel gereksinimleriyle bir bütündür. Abraham Maslow 1954 'te temel insan gereksinimlerini temelden yukarı doğru bir hiyerarşiye göre sıralamıştır. İnsanın söz konusu bu sıralamadaki temel gereksinimleri herhangi bir engelle karşılaştığında bireyin sağlığında gerek fiziksel gerekse duygusal ve sosyal birtakım bozukluklar meydana getirir. Bu gereksinimlerin karşılanması çalışan bireylerde daha da önem kazanır. Nitekim çalışan bireyin verimliliği, iş gücü dolayısıyla kurum ve devletin kazancı, bu gereksinimlerin doğru ve yeterli bir şekilde karşılanmasıyla maksimum seviyeye çıkmaktadır.

Çalışanları hastanın ve ailenin sağlık denge durumunu yeniden kurması ve sürdürmesinde sorumluluk alırken, hastanın bakımı yanında hasta ve yakınlarına destek ve danışmanlık hizmetlerini de yürütmektedir. Fiziksel ve duygusal alanda oldukça yoğun gereksinimlerin yaşandığı bu süreç hasta ve yakınları kadar sağlık mesleği mensuplarında da gerginlik ve zorlanma yaşamalarına neden olabilmektedir.

- **Beslenme:** Sağlık çalışanları düzensiz çalışma saatleri sonucu beslenme bozukluğu çekerler. Vardiya değişimi nedeniyle yemek yemesi gereken zamanlarda yiyemezler. Yoğun çalışma, servis işlerinin çokluğu, lojmanda kalanların çoğu kez kendilerine yemek hazırlama zamanı bulamamaları, servisteki fizik çevre, hastane yemeklerinin görünüşü, çeşit ve lezzeti hemşirelerin beslenmesi üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilir.
- **Uyku bozuklukları:** Sağlık hizmetlerinde, gündüz ritminde çalışan kişiler için uyku sorunlarını görülme olanağı hemen hemen diğer mesleklerle aynıdır. 08-16, 16-24, 24-08 şeklinde değişen vardiyalarla çalışan ya da 16 veya 24 saat süreyle nöbet tutan çalışanlarda uyku ritmindeki bozukluklar nedeniyle uykusuzluk ya da uyku sorunları ortaya çıkabilir. Buna bağlı olarak ortaya çıkan anksiyete sürekli uykusuzluk nedeni olacaktır. Görülebilecek uyku sorunları, uykuya dalmada güçlük, sık uyanma, erken uyanma, sürekli uyumadır.

Sağlık çalışanlarının bu tehlikelerin her biri ile karşılaşma olasılığı mesleğine, yaptığı işe, çalıştığı bölüme göre değişiklik göstermektedir. Teknik elemanlar, mutfak - çamaşırhane çalışanlarında ısı, elektrik, gürültüden kaynaklanan fizik riskler on plana çıkarken kat hizmetlilerinde deterjanların oluşturduğu irritasyon, uygun atılmayan iğnelerin neden olduğu

kesici- delici yaralanmalar, burkulma, zorlanma gibi kas- iskelet sistemi sorunları dikkat çekmektedir. Radyasyon, en fazla Radyoloji, Nükleer Tıp bölümlerinde çalışanlar için risk oluşturmaktadır. Ameliyathane çalışanları için ilk akla gelen toksik gazların etkisi olmaktadır. Ancak bunların yanında, meslek ve branş ne olursa olsun, hasta ve hasta materyali ile temas, risk spektrumunu genişletmektedir (Dokuzoğuz; 2011: 155).

2.2.4.2.2. Hekim/Sağlık Çalışanının Hakları

Sağlık çalışanları için “meslek sağlığı ve iş güvenliği” konusunda öncelikle ulusal politikaların geliştirilmesine ihtiyaç vardır. 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 (Dokuzoğuz; 2011: 155).

Sağlık hizmetinin sunumu bir ekip işidir. Çağdaş hizmet anlayışında ise, sağlığı ilgilendiren değişik konularda eğitim almış kişilerle birlikte bu hizmetlerin verilmesi gerekliliği benimsenmiştir. Bu ekibin birer halkası olan her bir sağlık çalışanı hastalar gibi bazı haklara sahiptirler. Bu haklar aşağıdaki sıralanmaktadır (Saraç: 2009: 26):

- Hekimlerin/sağlık çalışanlarının nitelikli bir eğitim görme ve kendini yenileme hakkı
- Hekimlerin çağdaş bilimsel tıp olanaklarını uygulama hakkı
- Hekimlerin/sağlık çalışanlarının mesleğini uygularken etik ilkelere bağlı olma hakkı
- Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının baskı altında olmadan mesleklerini uygulama hakkı
- Hekimlerin/sağlık çalışanlarının kendi değerlerine ters düşen durumlardan kaçınma hakkı
- Hekimlerin/sağlık çalışanlarının kendi ve ailelerinin sağlığını koruma hakkı
- Hekimlerin/sağlık çalışanlarının yeterli bir gelir düzeyi talep etme hakkı
- Hekimlerin/sağlık çalışanının yönetsel süreçlere katılma hakkı tanıklıktan çekilme hakkı

- Acil hizmetlerin hızlı ambulans sistemi ile gerçekleştirilmesi
- Hekimin hastayı reddetme hakkı ve tedavi yöntemini seçme hakkı
- Hekimin danışma/ konsültasyon isteme hakkı
- İyileşme garantisi vermeme hakkı
- Hastalara yeterli zaman ayırma hakkı

2.2.4.2.3. Çalışan Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Olarak Yapılabilecekler

Batı toplumlarında sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği, sağlık kuruluşlarında oluşturulan “Meslek Sağlığı ve Güvenliği Komiteleri“ tarafından programlanmakta ve yürütülmektedir (Dokuzoğuz; 2011: 155).

Ülkemizde bazı sağlık kurumlarında buna benzer yapılanmalar oluşturma çalışmaları başlamıştır. Birçok merkezde İnfeksiyon Kontrol Komiteleri'nin sağlık çalışanlarının sağlığı konusunda da etkinlik gösterdiği bilinmektedir.

Meslek Sağlığı ve Güvenliği Komitesi (MSGK), iki temel öge üzerinde yapılanmaktadır:

- İş güvenliği; iş güvenliği çalışmaları, kurum içinde sağlık çalışanları için risk oluşturan öğelerin tanımlanması, riskin ortadan kaldırılması veya en aza indirilmesi etkinlikleridir.
- Personel sağlığı; MSGK'den beklenen, hastane için bir “Sağlık Çalışanları Sağlığı (SCS)” programının oluşturulması, yürütülmesi ve yönetilmesidir.

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.

SCS programı için öncelikle ihtiyaç olan bir “personel sağlığı merkezi”dir. Personel sağlığı merkezinin organizasyonu; sağlık kuruluşunun yapısı, hasta potansiyeli, ürettiği hizmetlerin çeşitliliği gibi çeşitli faktörlere bağlıdır. Bu faktörler kurulacak merkezin büyüklüğünü, yerini, çalışacak personeli belirleyecektir. Büyük hastanelerde tam gün çalışacak hekim, hemşire ve idari memurların görev alması önerilmektedir (3).

Bu merkezde, kimyasal riskler, radyasyon, enfeksiyon riskleri, fizik riskler, ergonomik sorunlar, psikolojik riskler tanımlanmış program ve prosedürlere göre izlenir, tanı, korunma ve tedavi akışı yürütülür. Programın oluşturulması aşamasında konunun şu başlıklar altında ele alınması yararlı olacaktır (Dokuzoğuz; 2011: 156).

- Giriş muayenesi
- Periyodik değerlendirme muayeneleri
- Sağlık ve güvenlik eğitimi
- Bağışıklama
- Görev sırasında gelişen hastalık ve yaralanmaların bakımı
- Sağlık danışmanlığı
- Çevre kontrolü ve surveyans
- İş sağlığı ve güvenliği kayıt sistemi
- Hastane bölümleri arasında koordinasyon

MSGK'nin, etkin bir personel sağlığı programı oluşturup yürütebilmesi için Enfeksiyon kontrol komitesi (EKK) ile işbirliği içinde çalışmasına ihtiyaç vardır. Bu işbirliğini kurup yürüten, MSGK'nin alt ünitesi olan “personel sağlığı ekibi” ile EKK'nin alt ünitesi olan “enfeksiyon kontrol ekibi”dir (Dokuzoğuz; 2011: 156).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

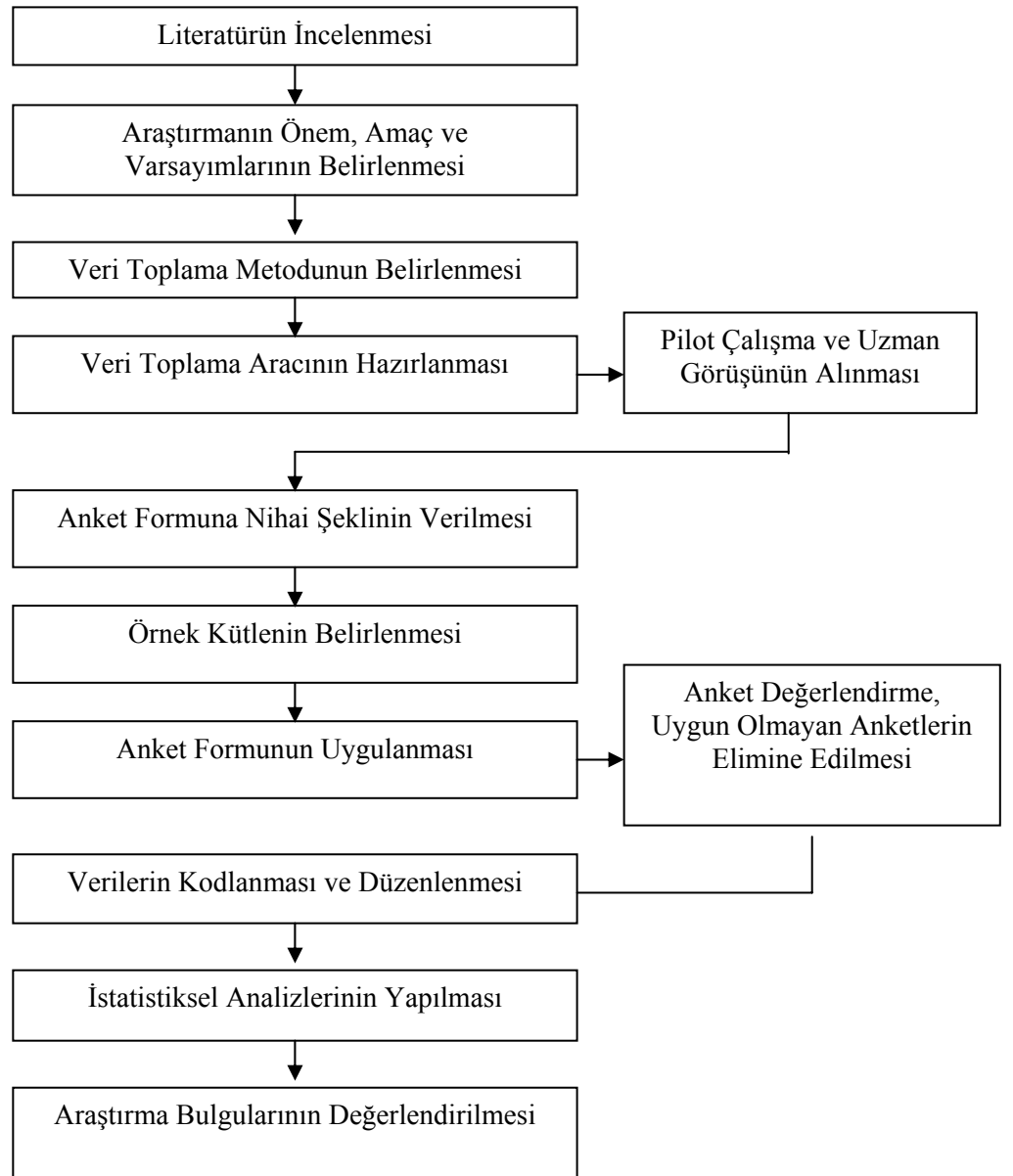
SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ÖRGÜT KÜLTÜRÜNÜN BİR BOYUTU OLARAK HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİ ÖLÇMEYE YÖNELİK KONYA İLİNDEKİ HASTANELERDE BİR ARAŞTIRMA

Çalışmamızın üçüncü bölümünde Konya ilinde faaliyet gösteren hastanelere yönelik olarak yapmış olduğumuz araştırma ve bu araştırmanın sonuçları ortaya konulmaya çalışılacaktır.

3.1. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmadan elde edilen sonuçlarının etkin ve tutarlı bir şekilde ortaya konulabilmesi araştırma sürecinde izlenen yöntemle doğrudan ilgilidir. Araştırmamızda izlenen başlıca yöntemler Şekil 3.1. de belirtilmiştir.

Şekil 3.1. Araştırmada Uygulanan Yöntemler



3.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ, AMACI VE VARSAYIMLARI

3.2.1. Araştırmanın Önemi

Çağımızda sağlık hizmetlerinin halka iletilmesinin her aşamasında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, tıbbi hataların önlenmesi ve bu unsurların sağlık işletmelerinin yönetiminde örgüt kültürünün bir parçası olarak benimsenmesi sağlık sisteminin öncelikleri arasındadır. Bu bağlamda diğer bir husus ise; hasta ve çalışan güvenliğinin öneminin kavranması ve örgüt kültürünün bir parçası olarak benimsenmesinin sağlanması; sadece bir meslek grubuyla ve tek başına kurumlarla sınırlı olmayıp, sağlık sistemi aktör ve paydaşlarının tamamının, ortak çabalarını; insan davranışlarının ve kültürün ağır bastığı, ortak bir dil etrafında bilgi paylaşımını gerektirmektedir.

Ayrıca sağlık hizmetlerinde kalitenin temel belirleyicilerinin hasta ve çalışan güvenliği ve gerekçeli/kanita dayalı hizmet sunabilmek olduğu görüşü tüm dünyada yayılmaktadır. Gerekçeli hizmet faktörü daha çok finansman ve geri ödeme tarafında ön planda görülürken, hasta güvenliği hem tanı, tedavi ve bakım maliyetlerinin kontrol altına alınarak düşürülmesi hem de hizmetin kalitesi açısından kritik önem taşımaktadır. Buna göre hizmetin kalitesi için olduğu kadar, maliyetler açısından da tıbbi hataların oldukça hatırı sayılır bir düzeye geldiğinin gözlemlenmesiyle; hataları önleme yönünde yapılabileceklerin sistemleştirilmesi hemen hemen dünyanın her tarafında sağlık sektörü paydaşlarının gündeminde yerini aldı. Birçok ülkede konunun kalite çalışmalarının önüne bile geçtiği, diğer bir deyişle kalite çalışmaları içerisinde hasta güvenliğinin ana belirleyici olarak belirginleştiği gözlemlendi. Ülkeler bu konuda ulusal programlar oluşturmanın yollarını aramaya başladılar.

Sonuç olarak ülkemizde hasta ve çalışan güvenliği konusu önemli ve ülkemiz sağlık sektörü uygulamalarının etkinliğinin artırılması noktasında da üzerinde dikkatle durulması gereken bir alan haline gelmiştir.

3.2.2. Araştırmanın Amacı

Hasta ve çalışan güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere ve çalışanlara vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır. Hasta ve çalışan güvenliğinin amacı ise, hasta, hastane personeli ve hasta yakınlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak, güvenliği sağlamaktır. Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı ve çalışanı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunun her aşamasında, hasta

ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almalıdır.

Dikkat edilmesi gereken diğer önemli bir husus ise hasta ve çalışan güvenliği konusunu sağlık kurumlarında örgüt kültürünün bir parçası haline getirebilmektir. Hasta ve çalışan güvenliği kültürü, hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili olarak çalışanların paylaştığı değerler, tutumlar, inançlar, algılar ve davranışlardan meydana gelir. Hasta ve çalışan güvenliği kültürünün özellikleri; liderin güvenlik konusundaki kararlılığını, hasta güvenliği için örgütsel kaynakların ayrılmasını, üretim yada verimlilik pahasına bile olsa güvenliğin öncelikli değer olmasını, iletişimin etkili ve açık olmasını, ekip çalışmasına önem verilmesini, yüksek düzeyde üretime rağmen güvensiz faaliyetlerin çok seyrek olmasını, hatalar ve problemler konusunda açıklığı ve meydana geldiğinde bunların bildirilmesini, örgütsel öğrenmeye değer verilmesini, sorunlar karşısında bireyleri suçlamak yerine sistemin performansını artırmaya odaklanılmasını içerir.

Güvenlik kültürünü geliştirmek için öncelikle onu anlamak ve şimdiki durumunu değerlendirmek gerekir. Kültür değerlendirme araçları böyle bir anlayışa olanak sağlar. Bu tür araçlarla iyileştirme yapılacak alanlar belirlenerek hasta güvenliğini destekleyen bir kültür oluşturma yönünde çalışmalara başlanabilir. Hasta ve çalışan güvenliği kültürünün geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması şarttır. Hasta güvenliği konusunda eğitimin artırılması, mesleki yanlış davranışların saptanması ve düzeltilmesi gereklidir. Tüm personel tarafından korkmadan, çekinmeden yapılmış, fark edilmiş olan hataların bildirilmesinin sağlanması zorunludur.

Sonuç olarak hasta ve çalışan güvenliği kültürünün geliştirilmesi girişimlerinin sağlık hizmetleri kalitesinin iyileştirilmesinde ilgi odağı haline gelmesi ve hasta güvenliğinde istenen iyileştirmelerin, sağlık hizmetlerinde kültür değişimini gerektirdiği noktasından hareketle, ülkemizdeki hasta güvenliği kültürünün incelenmesi ve yapılacak olan uygulama çalışmasıyla bulguların desteklenmesi çalışmamızın amacını oluşturmaktadır.

Bu bağlamda çalışmamızın amacı Konyada faaliyet gösteren üniversite, kamu ve özel hastanelerde örgüt kültürünün bir boyutu olarak hasta ve çalışan güvenliği kavramının ne derecede dikkate alındığını ve söz konusu kavramları etkileyen unsurları tespit etmek; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışılan birim, meslek, mesleki deneyim, haftalık ortalama çalışma süresi ve günlük bakım verilen ortalama hasta sayısına göre hasta güvenliği ve çalışan güvenliği düzeylerinde anlamlı farklılaşmanın olup olmadığını belirlemektir.

Böylece Konya da faaliyet gösteren sağlık işletmelerinde hasta ve çalışan güvenliği düzeyi konusunda literatüre de katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

3.2.3. Araştırmanın Varsayımları ve Sorunsalları

Araştırmanın varsayımları şunlardır;

- Hastane çalışanlarının “Sağlık İşletmelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü” anketinde sorulan soruları okuyup anlayabildikleri,
- Araştırmamıza katılan çalışanların anketin amacına uygun olarak seçildikleri,
- Veri toplamak için kullanılan ölçeklerin araştırmanın amacını yansıttığı,
- Veri toplamak için kullanılan hasta ve çalışan güvenliği ölçeğine çalışanların tarafsız olarak cevap verdikleri kabul edilmiştir.

Araştırmanın Sorunsalları ise şunlardır;

- İkinci grupta (soru 11-18) bulunan sorulara verilen cevaplar açısından her birinin cinsiyete, medeni duruma, öğrenim durumuna, çalışılan birime, mesleğe, mesleki deneyime, haftalık ortalama çalışma saatine, günlük bakım verilen ortalama hasta sayısı ve hastalarla doğrudan etkileşimde bulunup bulunmadığı hususlarında gruplar arasında fark olup olmadığının ortaya konması.
- Hasta güvenliğine ilişkin hastanede yapılan uygulamaların (20. soruda) katılımcıların çalıştıkları hastanede ne derecede uygulandığının ortaya konması.
- Çalışanların görev yaptıkları birimin sahip olduğu örgüt kültürüne ilişkin algılamalarının ortaya konması (21. soru). Bu bağlamda söz konusu ölçeği toplanabilirliğe bakılmış toplam puan elde edildikten sonra cinsiyete, medeni duruma, öğrenim durumuna, çalışılan birime, meslek, mesleki deneyim, haftalık ortalama çalışma saatleri, günlük hizmet verilen hasta sayısına göre farklılık olup olmadığına bakılması.
- Çalışanların kendi birimlerinde güvenliklerinin ne ölçüde sağlandığına ilişkin algılarının ortaya konması (22. soru).
- Çalışanların kendi birimlerinde maruz kaldıkları tehlikelerin risk oranını öğrenmek.
- Çalışanların kendi birimlerinde güvenliklerinin ne ölçüde sağlandığına ilişkin uygulamaların ortaya konması (24. soru)

3.3. VERİ TOPLAMA METODUNUN BELİRLENMESİ

Ampirik araştırma yaparken kullanılacak veriler/kaynakların seçimi büyük önem taşımaktadır. Veriler genel anlamda Birincil Veriler (gözlem, görüşme, anket, deney, alan çalışması) ve İkincil Veriler (başkaları tarafından derlenmiş birincil veriler) olmak üzere iki gruba ayrılırlar (Gürak; 2004:15). Bizim araştırmamızda da hem birincil verilerden hem de ikincil verilerden yararlanılmıştır. İkincil veriler, birincil verilerin toplanmasında gerçekleştirecek faaliyetlerin ve elde edilecek sonuçların daha iyi anlaşılması için gerekli ve önemlidir. Bu bağlamda araştırmada birincil verilerin oluşturulmasında öncelikle ikincil veriler kullanılmıştır. İkincil verilerin elde edilmesinde, üniversite kütüphaneleri, konuyla ilgili kurum, kuruluş ve birliklerin süreli veya süresiz yayınları, üniversitelerin kullanımına açık olan uluslararası veritabanları, konuyla ilgili daha önce yapılan yüksek lisans ve doktora tez çalışmaları ile yine kurumsal temelde yapılan uzmanlık tezlerinden yararlanılmıştır. Ayrıca internet konuyla ilgili güncel bilgilere ulaşmada etkin bir araç olmuştur (Çağlıyan; 2009: 200).

Araştırmada ihtiyaç duyulan birincil veriler gözlem, deney ve anket yöntemi kullanılarak elde edilebilir. Araştırmalarda birincil verilerin toplanmasının amaçlandığı durumlarda en çok başvurulan tekniklerinden birisi anket tekniğidir. Anket tekniğine durum saptama, bir ilişkiyi araştırma veya bir hipotezi test etme amacıyla yapılan çalışmalarda sık sık başvurulmaktadır. Anket tekniği örneklemin alınmasında, soruların hazırlanmasında, uygulama ve değerlendirmede gerekli özen gösterildiğinde sonuçları oldukça güvenilir ve hata payı en az olan tekniktir (Aziz; 2008: 82). Bizde araştırmamızda birincil veri olarak anket yönteminden yararlanmaktayız.

Buna göre, standart bir anket formunun örnek kütleye gönderilmesine dayalı bir yöntemin bu çalışma için en uygun yöntem olduğuna karar verilmiştir. Bu kararın alınmasında etkili olan faktörler ise aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Çağlıyan; 2009: 204):

- Anket yöntemi araştırma sonuçlarının genelleştirilmesine olanak tanımaktadır.
- Geniş bir örnek kütleden yararlanma olanağı sağlamaktadır.
- Çok sayıda değişken hakkında bilgi toplanabilmektedir.
- Cevaplayıcıların zaman sınırlamasına tabi tutulmasından kaynaklanacak eksik okuma, hatalı veya yanlış bilgi verme gibi durumları büyük ölçüde ortadan kaldırmaktadır.
- Elde edilen veriler istatistiksel analizler için daha elverişlidir.

3.4. VERİ TOPLAMA ARACININ HAZIRLANMASI

Araştırmada kullanılacak olan anket formunun belirlenmesi sürecinde, hasta güvenliği kültürü ve çalışan güvenliği kültürü düzeylerini ölçmek amacıyla daha önce geliştirilmiş olan literatürdeki çeşitli ölçekler incelenerek, araştırmanın yapısına en uygun olduğu düşünülen ölçekler anket formunda kullanılmak üzere belirlenmiştir. Çalışmamızın ilk kısmını oluşturan hasta güvenliği kültürü ölçeği için The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından 2004 yılında geliştirilen “Hospital Survey on Patient Safety Culture” anketinin Türkçesi (Sorra ve Nieva 2004) ve Öğr. Gör. Emel Filiz’in yapmış olduğu “Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi” başlıklı yüksek lisans tez çalışmasında kullanılmış olduğu anketten faydalanılmıştır (Filiz 2009). AHRQ tarafından hazırlanan anket ABD’deki hastanelerde yaygın olarak kullanıldığından AHRQ hastane sonuçlarını karşılaştırmak için 2007 yılında ilk karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmuş, 2008 yılında anketi yeni ve yeniden uygulayan hastanelerin sonuçlarını karşılaştırarak veri tabanını güncellemiştir. Karşılaştırmalı verilerin her yıl güncellenerek en azından 2012 yılına kadar devam edeceği bildirilmektedir.

Çalışmamızın ikinci kısmını oluşturan çalışan güvenliği kültürüyle ilgili olarak literatürde ciddi anlamda bir boşluk vardır. Bundan dolayı çalışan güvenliği ile ilgili olarak ölçek oluşturmada sıkıntı çekilmiştir. Ölçek olarak “The Employee Core Module of the NIOSH National Exposures at Work Survey” den faydalanılmıştır. Söz konusu anket The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) tarafından oluşturulmuştur (Boiano ve Hull; 2001).

Bu doğrultuda oluşturulan anket formunun birinci grubu, çalışanların demografik özelliklerini belirlemek üzere yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalıştıkları birim, meslek, mesleki deneyim, haftalık ortalama çalışma saatleri, günlük bakım verilen ortalama hasta sayısı, ve çalışanların hastalarla doğrudan etkileşimde bulunup bulunmadıkları olmak üzere toplam on sorudan oluşturulmuştur.

Anket formunun ikinci, üçüncü ve dördüncü bölümlerinde çalışanların, hasta güvenliği kültürünün boyutlarıyla ilgili algılamalarını birim düzeyinde ve hastane düzeyinde ölçen sorularla, sonuç değişkenlerinin yer aldığı sorular bulunmaktadır. Buna göre anketin ikinci grubunda çalışanların hasta güvenliği algılamalarını ölçmek amacıyla dokuz adet soru sorulmuştur, üçüncü grupta çalışanların, hastanelerinde hasta güvenliğine ilişkin mevcut uygulamalara yönelik algılamalarını öğrenmek amacıyla likert tipi onbeş maddeli bir soru sorulmuştur. Dördüncü grupta ise çalışanların görev yaptıkları birimin sahip olduğu örgüt

kültürüne yönelik algılamalarına ilişkin beş boyutlu, likert tipi toplam yirmiyedi maddeli bir soruyla öğrenilmeye çalışılmıştır.

Çalışmamızın beşinci grubu çalışan güvenliği ile ilgili algılamaları ölçmek amacıyla sorulmuş sorulardan oluşmaktadır. Söz konusu bu sorulardan 22., 23. ve 24. sorular likert tipi ölçek olup, diğer 25-31 arasındaki sorular ise yine çalışan güvenliğini ölçmeye yönelik ölçeksiz sorulardır.

3.5. PİLOT ÇALIŞMA VE UZMAN GÖRÜŞÜNÜN ALINMASI

Araştırmanın amaç ve hipotezleriyle uygun olduğu kanaati oluştuğunda taslak anket formuna nihai halini vermek için ön test süreci gerçekleştirilmiştir. Burada amaç soruların yeterli olup olmadığına, seçilen kelimelerin anlaşılabilir olup olmadığına, soru kök ve cümlelerinde bir uyumsuzluk olup olmadığına karar vermektir (Çağlıyan; 2009: 209). Bu bağlamda taslak anket formu, ön test için birbirini takip eden iki süreçten geçirilmiştir.

Birinci aşamada anket formu alanlarında uzman akademisyenler tarafından incelenmiş ve anket formunun geliştirilmesi ve iyileştirilmesi bağlamında öneriler yapılmıştır. Yapılan öneriler doğrultusunda sorulara yeni maddeler eklenip/çıkarılmış veya sorular yeniden düzenlenmiştir.

İkinci aşama hastanelerde yapılan pilot çalışma uygulamasıdır. Pilot çalışma için Konya ilinde faaliyet gösteren Meram Tıp Fakültesi, Özel Anıt, Özel Akademi ve Özel Büyükşehir hastaneleriyle irtibat kurulmuş ve pilot çalışma ile ilgili bir işbirliği talebi iletilmiştir.

Yapılan pilot çalışma kapsamında 40 adet anket geri dönmüştür. Söz konusu anketlere uygulanan analizler sonucu anket formunda gerekli düzenlemeler yapılmış ve yedi sayfadan oluşan anket beş sayfaya indirilmiştir.

3.6. ANKET FORMUNA NİHAİ ŞEKLİNİN VERİLMESİ

Yukarıda anlatılan kapsamlı çalışma sürecinin sonucunda anket formundaki ölçekler ve maddelerin neler olacağı nihai bir biçimde kararlaştırılmıştır. Anket formunun tasarımı yapılırken soru sırasının belirlenmesi, konu akışında belli bir mantık olması, anket formunun görünüşü gibi konular dikkate alınarak bu konudaki uzman görüşlerine uyulmaya çalışılmıştır.

Bu bağlamda beş sayfa olarak nihai hali verilmiş “Sağlık İşletmelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü” anketimiz alt maddelere ayrılmış otuzbir sorudan oluşmaktadır (EK2). Anketin genel başlıkları ise; demografik özellikler, çalışanların hasta güvenliği algılamaları, çalışanların görev yaptıkları birimde hasta güvenliği uygulamalarına karşı algılamaları, çalışanların görev yaptıkları birimin sahip olduğu örgüt kültürüne ilişkin

algılamaları, çalışanların çalıştıkları birimde çalışan güvenliğine ilişkin algılamalarından oluşmaktadır.

Ankete nihai hali verildikten sonra gerekli izin işlemlerini tamamlayabilmek ve anketi uygulamaya başlayabilmek için örnek kütleinin tespiti aşamasına geçilmiştir.

3.7. ÖRNEK KÜTLENİN BELİRLENMESİ

Araştırmamızın evrenini Konya ilinde faaliyet gösteren Meram Eğitim Araştırma, Konya Numune, Meram Tıp Fakültesi, Özel Akademi, Özel Anıt ve Özel Büyükşehir hastanesi olmak üzere toplam altı hastane oluşturmaktadır.

Araştırmamızın örneklem büyüklüğünün ve kapsamının belirlenmesi aşamasında söz konusu hastanelerin büyüklükleri ve çalışan sayıları dikkate alınmıştır. Bu bağlamda bu hastanelerde çalışan (Meram Tıp Fakültesi 2500, Konya Numune 996, Meram Eğitim Araştırma 1277, Özel Büyükşehir 129, Özel Akademi 100, Özel Anıt 49) toplam 5051 hastane personeli mevcuttur.

Örnek kütleyle göre örneklem büyüklüğünün seçiminde, $\alpha= 0.05$ için ± 0.03 , ± 0.05 ve ± 0.10 örnekleme hataları için farklı evren büyüklüklerini gösteren tablodan yararlanılmıştır (Yazıcıoğlu ve Erdoğan; 2004:50)

Tablo 3.1. $\alpha= 0.05$ İçin Örneklem Büyüklükleri

| Evren Büyük- lüğü | ± 0.03 örnekleme hatası (d) | | | ± 0.05 örnekleme hatası (d) | | | ± 0.10 örnekleme hatası (d) | | |
|-------------------------|--------------------------------|----------------|----------------|--------------------------------|-----------------|----------------|--------------------------------|-----------------|----------------|
| | p=0.5 q=0.5 | p=0.8 q=0.2 | p=0.3 q=0.7 | p=0.5 q=0.5 | p=0.8 q= 0.2 | p=0.3 q=0.7 | p=0.5 q=0.5 | p=0.8 q= 0.2 | p=0.3 q=0.7 |
| 100 | 92 | 87 | 90 | 80 | 71 | 77 | 49 | 38 | 45 |
| 500 | 341 | 289 | 321 | 217 | 165 | 196 | 81 | 55 | 70 |
| 750 | 441 | 358 | 409 | 254 | 185 | 226 | 85 | 57 | 73 |
| 1000 | 516 | 406 | 473 | 278 | 198 | 244 | 88 | 58 | 75 |
| 2500 | 748 | 537 | 660 | 333 | 224 | 286 | 93 | 60 | 78 |
| 5000 | 880 | 601 | 760 | 357 | 234 | 303 | 94 | 61 | 79 |
| 10000 | 964 | 639 | 823 | 370 | 240 | 313 | 95 | 61 | 80 |
| 25000 | 1023 | 665 | 865 | 378 | 244 | 319 | 96 | 61 | 80 |
| 50000 | 1045 | 674 | 881 | 381 | 245 | 321 | 96 | 61 | 81 |
| 100000 | 1056 | 678 | 888 | 383 | 245 | 322 | 96 | 61 | 81 |
| 1000000 | 1066 | 682 | 896 | 384 | 246 | 323 | 96 | 61 | 81 |
| 100 milyon | 1067 | 683 | 896 | 384 | 245 | 323 | 96 | 61 | 81 |

Kaynak: Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004, s.50

Tabloya 3.1.'e göre $\pm 0,05$ hata payıyla 357 adet anket yaklaşık 5000 adet olan örnek kütleimizi temsil açısından yeterli olacaktır.

Örnekleme seçiminde personelin görev yerleri, çalışma saatleri, çalışma şekilleri, meslekteki kıdemleri, görev riski, yaş ve cinsiyet durumları, özellikle de hastayla birebir etkileşim ve temasda bulunması göz önünde bulundurulmuştur.

Bu bağlamda belirlediğimiz hastanelerden, anketimizi uygulayabilmek için izin alma süreci başlamıştır. Söz konusu süreç yaklaşık üç hafta sürmüştür. Uygulamanın yapıldığı hastanelerden alınan izin belgeleri (EK1) de gösterilmiştir.

3.8. ANKET FORMUNUN UYGULANMASI

Anket formunun nihai şekli verildikten, örnek kütle seçildikten ve gerekli izinler alındıktan sonra 17.06.2011 tarihinden itibaren anket formlarının elden hastanelere dağıtılmasına başlanmış, ve yirmibir gün içinde geri dönüş hedeflenmiştir. Toplam 900 anket dağıtılmış ve geri dönen anketlerden 558 tanesi araştırmamızda kullanılabilmiştir. Bu da yüzde 62'lik bir geri dönüş oranını karşılık gelmektedir. Söz konusu oran genel olarak kabul edilebilir bir geri dönüş oranıdır.

Anket uygulanmasında bir diğer husus anketin uygulanacağı kişilerin daha çok hastayla birebir ilgilenen doktor, hemşire vb. sağlık personeli olması hedeflenmiş olmasına rağmen doktorlar iş yoğunluğunu ve anketin uzunluğunu sebep göstererek anketi uygulamak istememişlerdir, bu yüzden ankete katılan doktor sayısı hedeflediğimiz düzeye ulaşmamıştır.

3.9. ANKET DEĞERLENDİRME, UYGUN OLMAYAN ANKETLERİN ELİMİNE EDİLMESİ

İki haftalık süre sonunda dağıtılan 900 anketten toplam 570 i geri dönmüştür. Bunlardanda 12 tanesi eksik doldurulduğu ya da boş teslim edildiği için kullanılamamıştır. Buna göre yukarıda belirttiğimiz gibi geri dönen anketlerden 558 adedi değerlendirilmiştir.

3.10. VERİLERİN KODLANMASI VE DÜZENLENMESİ

Araştırmada kullanılacak istatistiksel tekniklerin belirlenmesinden sonra veriler kontrol edilerek analize uygun biçimde düzenlenmiştir. İlk olarak veri girişinde yapılan olası hataları tespit etmek ve varsa düzeltmek amacıyla tüm verilerin sıklık tabloları, en küçük değerleri ve en yüksek değerleri alınarak incelenmiştir. Daha sonra madde puanlarından yararlanarak bazı ölçeklerin kümülatif puanının hesaplanmasını ve kullanılacak istatistiksel tekniklere göre bazı verilerin gruplanmasını içeren veri düzenlenmesi yapılmıştır.

3.11. İSTATİSTİKSEL ANALİZLERİNİN YAPILMASI

Toplanan verilerin nasıl analiz edileceği ve hangi analiz tekniklerinin kullanılacağı araştırma sonuçlarının doğru yorumlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Bir araştırmada, belirlenen araştırma sorularının türü ve araştırmanın amacına göre istatistiksel süreçte farklılık kazanacaktır.

Toplanan 558 ankete ait veriler üzerinde araştırma sorularına yönelik ilgili analizler yapılmıştır. Araştırma için toplanan anket verileri SPSS for Windows 15.0 programı kullanılarak analiz edilmiş ve yorumlanmıştır.

3.12. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırmanın evren ve örnekleme, Konya da faaliyet gösteren üniversite, kamu ve özel hastanelerde görev yapmakta olan hastane personelinin bir kısmını kapsamaması nedeniyle, araştırma bulgularının ve sonuçlarının tüm hastaneler için genellenmesi mümkün olmayabilir. Bu nedenle sonuçların genellenmesinde bu hususun dikkate alınması gerekir.

Araştırmanın sınırlılığıyla önemli bir diğer husus ise çalışanların kamu, özel ya da üniversite hastanesi olarak çalıştıkları hastaneyi belirtmek istememiş olmalarıdır. Ankette bu hususla ilgili soruyu cevaplayan örneklem sayısının yok denecek kadar az olması kamu, özel ve üniversite hastaneleri olarak bir karşılaştırma yapmamıza engel olmuştur.

Ayrıca daha önce belirttiğimiz gibi doktorların iş yoğunluklarını, anketin uzunluğunu sebep göstererek çalışmaya katılmada istekli olmamışlardır. Bundan dolayı çalışmamızda doktor sayısı olmasını arzu ettiğimiz düzeyde olamamıştır. Bu da araştırmamızın sınırlılıklarından birini oluşturmuştur.

Toplanan nicel verilerin güvenilirlik ve geçerliliği, kullanılan anket tekniğinin özellikleriyle ve sınırlı olmaktadır.

Bu araştırma sosyal bilimlerde yapılan araştırmaların genel sınırlılıkları ve sosyal beğenirlik etkisi ile sınırlıdır.

3.13. GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ

Çalışmada kullandığımız anket tek bir anketin birleşiminden oluşmadığı için anketin geçerlilik analizi özellikle yapılmıştır. Böylece ölçmek istediğimiz hususlardaki tüm unsurların aynı amaca hizmet edip etmediğini öğrenmek de hedeflenmiştir. Buna göre anketteki söz konusu likert tipi ölçeklerin her biri için geçerlilik analizi yapılmıştır.

Sıralanan uygulamaların çalışılan bölümde ne ölçüde yapılmakta olduğuna ilişkin onbeş maddeli 20. soru için yapılan geçerlilik analizinde tüm maddelerin tek faktörde toplanabildiği gözlenmiş ve buna göre her bir madde aynı konuyu ölçtüğü için hiç bir madde çıkartılmamıştır.

Çalışanların görev yaptıkları birimin sahip olduğu örgüt kültürüne ait algılarının sorulduğu 21. soru beş boyutlu olup toplam yirmi yedi maddeden oluşmaktadır. Söz konusu sorunun her boyutu için ayrıca yapılan geçerlilik analizinde tüm maddelerin tek faktörde toplanabildiği gözlenmiş ve buna göre her bir madde aynı konuyu ölçtüğü için hiç bir madde çıkartılmamıştır.

Çalışanların, sıralanan unsurları çalışma birimleriyle ilgili olarak değerlendirmeleri istenen on maddeli 22. soru için yapılan geçerlilik analizinde tüm maddelerin tek faktörde toplanabildiği gözlenmiş ve buna göre her bir madde aynı konuyu ölçtüğü için hiç bir madde çıkartılmamıştır.

Çalışanların, çalıştıkları birimle ilgili olarak maruz kaldıkları sağlık ve güvenlik tehlikelerinin risk seviyesi algılamalarının sorulduğu oniki maddeli 23. soru için yapılan geçerlilik analizinde tüm maddelerin tek faktörde toplanabildiği gözlenmiş ve buna göre her bir madde aynı konuyu ölçtüğü için hiç bir madde çıkartılmamıştır.

Çalışanların birimleri ile ilgili bazı unsurların yorumlanmasının istendiği ondört maddeli 24. soru için yapılan geçerlilik analizinde tüm maddelerin tek faktörde toplanabildiği gözlenmiş ve buna göre her bir madde aynı konuyu ölçtüğü için hiç bir madde çıkartılmamıştır.

Çalışmada kullandığımız hasta güvenliği ve çalışan güvenliği ölçekleri için güvenilirlik analizleri yapılarak ölçeklerin güvenilirlikleri test edilmiştir. Güvenirlik aynı değişkenin bağımsız ölçümleri arasındaki tutarlılık-kararlılık durumudur (www.egitim.aku.edu.tr). Yani güvenilirlik, çalışma yapılırken oluşabilecek rastgele hataları dışlamaktır. Aynı çalışma farklı zamanlarda tekrar tekrar yapıldığında aynı cevaplar alınıyorsa yapılan çalışma güvenilirdir. Ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş yöntemlere güvenilirlik analizi ve bu ölçekte yer alan soruların irdelenmesine ise soru analizi (İtem Analysis) denilmektedir. Güvenilirliğin incelenmesinde en yaygın kullanılan yöntem Cronbach's Alpha Katsayısıdır. Cronbach's Alpha Katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan değerlendirme kriteri; (Özdamar; 2004:633).

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Çalışmamızda kullanmış olduğumuz likert tipi ölçekli sorular ile ilgili olarak yapmış olduğumuz güvenilirlik analizi Tablo 3.2. de gösterilmiştir.

Tablo 3.2. Sağlık İşletmelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü Anketi Güvenilirlik Analizi

| Soru Numarası | Cronbach's Alpha | Madde Sayısı |
|---------------|------------------|--------------|
| 20 | ,956 | 15 |
| 21A | ,901 | 7 |
| 21B | ,784 | 4 |
| 21C | ,876 | 6 |
| 21D | ,923 | 3 |
| 21E | ,932 | 7 |
| 22 | ,943 | 10 |
| 23 | ,957 | 12 |
| 24 | ,927 | 14 |

Tablo 3.2. ye göre, çalışmamızda kullanmış olduğumuz Sağlık İşletmelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü Anketi ölçekleri için güvenilirlik değerleri 21B ve 21C için oldukça güvenilir, kalan diğerleri içinse yüksek derecede güvenilir olarak hesaplanmıştır.

3.14. ARAŞTIRMA BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu başlık altında araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analizleri tablolar yardımıyla açıklanmaya çalışılmıştır. Sonuçların istatistiki bakımdan anlamlı olup olmadıkları değerlendirilmiş ve varsayımları doğrulayıp doğrulamadığı sınanmıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin yaş gruplarına göre dağılımları aşağıda bir tablo halinde gösterilmiştir.

Tablo 3.3. Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

| | Sayı | Yüzde |
|---------------------|-------------|--------------|
| 0-19 yaş (1) | 13 | 2,3 |
| 20-30 yaş (2) | 339 | 60,8 |
| 31-40 yaş (3) | 173 | 31,0 |
| 41-50 yaş (4) | 28 | 5,0 |
| 51 ve üzeri yaş (5) | 4 | ,7 |
| Belirtilmeyen | 1 | ,2 |
| Toplam | 558 | 100,0 |

Tablo 3.3. e göre araştırmaya katılanların yüzde 60,8 gibi büyük çoğunluğunu 20-30 yaş arasındaki katılımcılar oluşturmasına karşılık, cevap verenlerin sadece yüzde 7 si 51 ve üstü yaş grubunda yer almaktadır.

Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine ilişkin dağılımı aşağıda Tablo 3.4. de gösterilmiştir.

Tablo 3.4. Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

| | Sayı | Yüzde |
|---------------|-------------|--------------|
| Bayan | 469 | 84,1 |
| Bay | 87 | 15,6 |
| Belirtilmeyen | 2 | ,3 |
| Toplam | 558 | 100,0 |

Tablo 3.4. e göre araştırmaya katılan kişilerin yzde 15,6'sı erkek, yzde 84,1'i ise bayanlardan oluşmaktadır. Bayan sayısının fazla olması örneklemimizin önemli bir kısmının hemşirelerden oluşmasının bir sonucudur.

Araştırmaya katılan kişilerin medeni durumlarına ilişkin dağılımları aşağıda Tablo 3.5.de gösterilmiştir.

Tablo 3.5. Araştırmaya Katılanların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

| | Sayı | Yzde |
|---------------|-------------|--------------|
| Bekar | 149 | 26,7 |
| Evli | 398 | 71,3 |
| Belirtilmeyen | 11 | 2,0 |
| Toplam | 558 | 100,0 |

Tablo 3.5. e göre araştırmaya katılan kişilerden yzde 26,7'si bekar ve yzde 71,3' ise evlidir.

Araştırmaya katılan kişilerin öğrenim durumlarına ilişkin dağılımları aşağıda Tablo 3.6. da gösterilmiştir.

Tablo 3.6. Araştırmaya Katılanların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

| | Sayı | Yüzde |
|----------------------|-------------|--------------|
| İlköğretim | 14 | 2,5 |
| Önlisans | 101 | 18,1 |
| Lisans | 270 | 48,4 |
| Lisansüstü | 29 | 5,2 |
| Sağlık Meslek Lisesi | 96 | 17,2 |
| Diğer Liseler | 35 | 6,3 |
| Belirtilmeyen | 13 | 2,3 |
| Toplam | 558 | 100,0 |

Tablo 3.6. ya göre araştırmaya katılan kişilerden yüzde 48,4'ü lisans, yüzde 18,1'i önlisans, yüzde 17,2'si sağlık meslek lisesi, yüzde 6,3'ü diğer liseler, yüzde 5,2'si ise lisansüstü ve yüzde 2,5'i ilköğretim mezunudur.

Araştırmaya katılan kişilerin çalıştıkları birimlere ilişkin dağılımları aşağıda Tablo 3.7. de gösterilmiştir.

Tablo 3.7. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Birimlere Göre Dağılımı

| | Sayı | Yüzde |
|-----------------------|-------------|--------------|
| Cerrahi Tıp Bilimleri | 171 | 30,6 |
| Dahili Tıp Bilimleri | 142 | 25,4 |
| İdari Birimler | 10 | 1,8 |
| Diğer | 88 | 15,8 |
| Belirtilmeyen | 147 | 26,3 |
| Toplam | 558 | 100,0 |

Tablo 3.7. yi açıklamaya geçmeden önce hastanelerdeki genel sınıflandırmayı dikkate alarak **Cerrahi Tıp Bilimleri** başlığı altında; ameliyathane, anestezi, beyin, cerrahi, genel cerrahi, göz, kadın doğum, kulak burun boğaz, kalp damar, üroloji, ortopedi birimleri, **Dahili Tıp Bilimleri başlığı** altında; acil, çocuk, dahiliye, radyoloji, intaniye, nöroloji, psikoloji, onkoloji birimleri, **Diğer** başlığı altında ise; genel servis, yoğun Bakım, laboratuvar birimleri kabul edilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan kişilerden yüzde 30,6 sı cerrahi tıp bilimleri, yüzde 25,4'ü dahili tıp bilimleri, yüzde 1,8'i idari bilimler, yüzde 15,8'i ise diğer olarak adlandırdığımız çalışma biriminde yer almaktadır. Burada önemli bir husus katılımcıların yüzde 26,3 gibi önemli bir kısmı çalıştıkları birimi belirtmekten kaçınmıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin mesleklerine ilişkin dağılımları aşağıda Tablo 3.8.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.8. Araştırmaya Katılanların Mesleklerine Göre Dağılımı

| | Sayı | Yüzde |
|---|------------|--------------|
| 1.Grup (Uzman Doktor, Pratisyen Doktor, Uzmanlık Öğrencisi) | 20 | 3,6 |
| 2.Grup (Hemşire, Sağlık Memuru) | 356 | 63,8 |
| 3.Grup (Sağlık Teknisyeni, Hasta Bakıcı) | 56 | 10,0 |
| 4.Grup (İdari Memur, Teknik Personel, Diğer) | 115 | 20,6 |
| Belirtilmeyen | 11 | 2,0 |
| Toplam | 558 | 100,0 |

Tablo 3.8. e göre katılımcıların yüzde 3,6'sı uzman doktor, pratisyen doktor, uzmanlık öğrencisi olarak sınıflandırdığımız 1. grupta; yüzde 63,8'i hemşire ve sağlık memuru olarak sınıflandırdığımız 2. grupta; yüzde 10'u sağlık teknisyeni ve hasta bakıcı olarak sınıflandırdığımız 3. grupta ve yüzde 20,6 sı ise idari memur, teknik personel ve diğer olarak sınıflandırdığımız 4. grupta yer almaktadır. Bu gruplandırmayı yaparken hastanelerde yapılan faaliyetler açısından birbiriyle benzer mesleklerin gruplanmasına dikkat edilmiştir. Buna göre araştırmamıza katılanların önemli bir kısmı hemşire ve sağlık memurlarından oluşmaktadır. Daha önce araştırmamızın sınırlılıkları kısmında belirttiğimiz gibi çalışmamıza katılan doktor sayısı sınırlı kalmıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin mesleki deneyimleri açısından dağılımları aşağıda Tablo 3.9. da gösterilmiştir.

Tablo 3.9. Araştırmaya Katılanların Mesleki Deneyimlerin Göre Dağılımı

| | Sayı | Yüzde |
|-----------------|------------|--------------|
| 0-5 yıl (1) | 211 | 37,8 |
| 6-10 yıl (2) | 203 | 36,4 |
| 11-20 yıl (3) | 125 | 22,4 |
| 21 ve üzeri (4) | 19 | 3,4 |
| Toplam | 558 | 100,0 |

Tablo 3.9. da görüldüğü gibi katılımcıların yüzde 37,8 i 0-5 yıl, yüzde 36,4 ü 6-16 yıl, yüzde 22,4 ü 11-20 yıl ve sadece yüzde 3,4 ü 21 yıl ve daha fazlası mesleki deneyime sahiptir.

Araştırmaya katılan kişilerin haftalık ortalama çalışma saatlerine ilişkin dağılımları aşağıda Tablo 3.10. da gösterilmiştir.

Tablo 3.10. Araştırmaya Katılanların Haftalık Ortalama Çalışma Saatlerine Göre Dağılımı

| | Sayı | Yüzde |
|-----------------|------------|--------------|
| 0-35 (1) | 55 | 9,9 |
| 36-40 (2) | 307 | 55,0 |
| 41 ve üzeri (3) | 196 | 35,1 |
| Toplam | 558 | 100,0 |

Tablo 3.10. a göre araştırmaya katılanların yüzde 55,0 ı haftalık 36-40 saat, yüzde 35,1 haftalık 41 ve daha fazla saat ve de 9,9 u haftalık 0-35 saat çalışmaktadır.

Araştırmaya katılan kişilerin günlük bakım verdikleri ortalama hasta sayılarına ilişkin dağılımları aşağıda Tablo 3.11. de gösterilmiştir.

Tablo 3.11. Araştırmaya Katılanların Günlük Bakım Verdikleri Ortalama Hasta Sayılarına Göre Dağılımı

| | Sayı | Yüzde |
|-----------------|-------------|--------------|
| 0-25 (1) | 216 | 38,7 |
| 26-40 (2) | 215 | 38,5 |
| 41 ve üzeri (3) | 56 | 10,0 |
| Belirtilmeyen | 71 | 12,7 |
| Toplam | 558 | 100,0 |

Tablo 3.11 e göre araştırmaya katılanların yüzde 38,7'si 0-25 arası hastayla, yüzde 38,5'i 26-40 arası hastayla, yüzde 10'u ise 41 ve üzeri hastayla ilgilenmekte olduklarını ifade etmişlerdir.

Hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içindemisiniz şeklindeki 10. soruya katılımcıların yüzde 85,1'i gibi önemli bir kısmı evet cevabını vermiştir. Buda hastayla direk temas halindeki çalışanlara ulaşmak hedefimize önemli ölçüde ulaştığımızı göstermektedir.

Anketimizin 11. sorusunda sizce tıbbi hataları en sık hangi meslek grupları yapıyor şeklindeki soruya katılımcıların yüzde 55'i hekimler, yüzde 17,9'u ise hemşireler cevabını vermiştir.

Tıbbi hataların meydana gelme sebeplerine ilişkin verilen cevaplar aşağıda Tablo 3.12. de sunulmuştur.

Tablo 3.12. Tıbbi Hataların Meydana Gelme Sebeplerine İlişkin Katılımcıların Görüşlerinin Dağılımı

| | Sayı | Yüzde |
|--|-------------|--------------|
| Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres | 428 | 76,7 |
| Hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması | 370 | 66,3 |
| İletişim bozuklukları | 302 | 54,1 |
| Doktorların hastalara yeterince vakit ayırmaması | 129 | 23,2 |
| Ekip çalışmasının olmaması | 126 | 22,6 |
| Doktorların el yazılarının okunaklı olmaması | 115 | 20,6 |
| Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması | 101 | 18,1 |
| Mesleki eğitiminin yetersiz olması | 93 | 16,7 |
| Diğer | 18 | 3,2 |

Tablo 3.12. ye göre tıbbi hataların meydana gelme sebeplerinden katılımcıların önemli olarak attığı hususlar sırasıyla; uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres (yüzde 76,7), hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması (yüzde 66,3) ve iletişim bozuklukları (yüzde 54,1) olarak belirtilmiştir.

Tıbbi hata durumunda tutum ne olmalıdır şeklindeki soruya ilişkin verilen cevaplar aşağıda Tablo 3.13. de sunulmuştur.

Tablo 3.13. Tıbbi Hata Durumunda Tutum Ne Olmalıdır Sorusuna Verilen Cevabın Dağılımı

| | Sayı | Yüzde |
|--|------|-------|
| Sağlık çalışanları yapılan hataları hastaya açıklamalıdır. | 426 | 76,3 |
| Hata yapıldığında hastadan özür dilenmelidir. | 252 | 45,2 |
| Hataya uğrayanlar sağlık çalışanlarını dava etmelidir. | 60 | 10,8 |
| Diğer | 36 | 6,5 |

Tablo 3.13. e göre katılımcıların yüzde 76,3 gibi önemli bir kısmı tıbbi hatalar gerçekleştiğinde sağlık çalışanlarının yapılan hataları hastaya açıklaması gerektiğini belirtmişlerdir.

Yapılan hatalardan kim sorumlu tutulmalıdır şeklindeki soruya katılımcıların yüzde 50,4'ü hem hatanın yaşandığı kurum hem de hatayı yapan kişi, yüzde 42,3'ü ise hatayı yapan kişi şeklinde cevaplandırırken, katılımcıların sadece yüzde 5'i hatanın yaşandığı kurumun sorumlu tutulması gerektiğini belirtmiştir.

Katılımcıların yüzde 65,1'i tıbbi hataları önlemede hastaların da sorumluluğu olduğunu düşünürken, yüzde 23,7'si söz konusu soruya kısmen ve yüzde 7'si hayır cevabını vermiştir.

Hastalar kendilerini tıbbi hatalardan ne derece koruyabilir şeklindeki soruya, katılımcıların yüzde 53,9'u biraz koruyabilir, yüzde 27,2'si koruyamaz ve yüzde 16,8'i ise büyük oranda koruyabilir şeklinde cevap vermişlerdir.

Katılımcılar tıbbi hatalar konusunda ne sıklıkla duyum alıyorsunuz şeklindeki soruya yüzde 64.5 gibi bir oranla nadiren cevabını vermişlerdir. Bu da kişilerin sorumlu tutulacakları korkusuna ya da meydana gelen olayı önemsemedikleri için tıbbi hataları daha az rapor ettikleri şeklinde yorumlanabilir.

Tıbbi hatalardan korunmak için kendi bilgi ve farkındalığınıza ne derece güveniyorsunuz sorusuna katılımcıların 78,1'i çok güvenirim cevabını verirken sadece yüzde 17,7'si biraz güvenirim şeklinde cevap vermişlerdir.

Katılımcılara son 12 ayda kaç kez hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili olay raporu yazıp idarecinize verdiniz şeklinde sorulan 19. soruya katılımcıların yüzde 97,1'i sıfır şeklinde cevap vermiştir. Bu da daha önce bahsettiğimiz tıbbi olayların raporlanmasına yönelik olumsuz bir tutum şeklinde yorumlanabilir.

Çalışanlara görev yaptıkları birimde hasta güvenliği uygulamalarına karşı algılamalarını öğrenmek amacıyla sorulan 20. soruya ilişkin değerlendirmeler Tablo 3.14. de gösterilmiştir.

Tablo 3.14. Çalıştığınız Bölümde Aşağıdaki Uygulamalar Ne Ölçüde Yapılıyor

| | Ort. | Std.Sapma |
|---|--------|-----------|
| Kan ve kan ürünlerinin yazılı prosedürlere uygun verilmesi | 2,6201 | ,86364 |
| Yapılan tüm uygulamaların kaydedilmesi | 2,6147 | ,83908 |
| Hastaya yapılan tüm uygulamalar hakkında açıklayıcı bilgi verilmesi | 2,6039 | ,75258 |
| Kesici ve delici maddelerin uygun şekilde toplanması | 2,6022 | ,88644 |
| Yapılan uygulamalarda asepsi ve sterilizasyon koşullarına uyulması | 2,5986 | ,83899 |
| Hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere bildirilmesi, dikkat çekecek şekilde kaydedilmesi | 2,5914 | ,83767 |
| Tıbbi cihazların kalibrasyonunun düzenli aralıklarla yapılması | 2,5717 | ,88335 |
| Hastanın düşme ve yaralanması konusunda önlemlerin alınması | 2,5663 | ,86944 |
| Sözel direktif alma/verme kriterlerinin yazılı olarak belirlenmesi | 2,5430 | ,88724 |
| Hasta transferlerinin hemşire refakatinde yapılması | 2,5072 | ,90824 |
| Taburcu olacak hastaya eğitim verilmesi | 2,4534 | ,92665 |
| Hasta ameliyata girmeden önce girişimde bulunulacak operasyon bölgesinin tespiti için hasta dosyasına bakılması | 2,4319 | ,99632 |
| Hasta ameliyata girmeden önce girişimde bulunulacak operasyon bölgesinin tespiti için hastaya sorulması | 2,3728 | ,99412 |
| Hasta tabelası ve orderları doktorlar tarafından okunaklı ve anlaşılabilir şekilde yazılması | 2,2634 | 1,01892 |
| Radyasyon güvenliği sağlamaya yönelik gerekli tedbirlerin alınması | 2,1541 | 1,02285 |

Üçlü likert ölçeği şeklinde sorulan ölçekte 1 hayır, 2 kısmen ve 3 evet anlamındadır. Buna göre maddeler ve ortalamaları incelendiğinde genel olarak tüm maddeler uygulanırlığına yönelik olarak evet ve kısmen cevapları yoğunluktadır.

Çalışma birimiyle ilgili olarak belirtilen konulara ilişkin çalışanların yorumlarının sorulduğu 21. soru 5 boyuttan oluşmaktadır. Sorular beşli likert ölçeği şeklinde sorulmuştur. Ölçekte 1 hiçbir zaman ve 5 her zaman anlamındadır. Araştırmaya katılanların birimleriyle

ilgili olarak çalışanların görüşlerinin değerlendirilmesi Tablo 3.15. de gösterilmiştir. Yorumlamalar ise her bir boyutun altında verilmiştir.

Tablo 3.15. Çalışılan Birimlerle İlgili Olarak Çalışanların Görüşlerinin Değerlendirilmesi

| <u>A. Bölüm Bilgileri</u> | Ort. | Std. Sapma |
|--|-------------|-------------------|
| Lütfen <u>çalışma biriminizle ilgili olarak</u> aşağıda belirtilen konuları değerlendiriniz | | |
| Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir. | 3,6075 | 1,46843 |
| Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır. | 3,5430 | 1,38889 |
| Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız. | 3,3710 | 1,49338 |
| Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler yoktur. | 3,3423 | 1,43164 |
| Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz. | 3,2491 | 1,49588 |
| Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duymazlar. | 3,0878 | 1,59144 |
| Burada daha ciddi hataların oluşmaması tesadüfe bağlı değildir. | 2,9606 | 1,43008 |

Tablo 3.15. A ya göre katılımcıların çoğu zaman olarak nitelendirdiğini kabul edebileceğimiz iki madde; “hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir” (3,61) ve “uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır” (3,54) olmuştur. Katılımcıların bazen olarak nitelendirdiğini kabul edebileceğimiz maddeler ise sırasıyla; “yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız” (3,37), bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler yoktur (3,34), “hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz” (3,25), “çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duymazlar” (3,08), “burada daha ciddi hataların oluşmaması tesadüfe bağlı değildir” (2,96) olmuştur.

| <u>B. Yöneticileriniz/süpervizör</u> | Ort. | Std. Sapma |
|---|-------------|-------------------|
| Yönetici/süpervizör veya doğrudan bağlı olduğunuz kişiler ile ilgili aşağıdaki konulara katılma derecenizi belirtiniz. | | |
| Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır. | 3,2025 | 1,50530 |
| Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelmezler. | 3,1667 | 1,62868 |
| Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister. | 3,1004 | 1,49348 |
| Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder. | 3,0735 | 1,37559 |

Tablo 3.15. B ye göre katılımcıların değerlendirmelerinin ortalamasına baktığımızda tüm değerlerin 3,5 dan düşük olduğu görülmekte ve buna göre katılımcılar yöneticilerle ilgili sorulan tüm maddeleri bazen şeklinde yorumlamakta ve tamamen katılmamaktadırlar.

| <u>C. İletişim</u> | Ort. | Std. Sapma |
|---|-------------|-------------------|
| Bölümünüzde aşağıdakiler ne sıklıkta oluyor? | | |
| Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir. | 3,7061 | 1,23953 |
| Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz. | 3,5645 | 1,28041 |
| Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkmazlar. | 3,5072 | 1,33686 |
| Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız. | 3,5054 | 1,34357 |
| Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz. | 3,3333 | 1,31556 |
| Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder. | 3,1111 | 1,40089 |

Tablo 3.15. C ye göre katılımcıların değerlendirmelerinin ortalamasına baktığımızda, katılımcıların çoğu zaman olarak değerlendirdiği unsurlar sırasıyla; “çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir” (3,71), “bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz” (3,56), “çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkmazlar” (3,51), “bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız” (3,50) olmuştur. Katılımcıların bazen olarak yorumladıkları son iki madde ise; “raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz” (3,33), “çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder” (3,11) olmuştur.

| <u>D. Raporlanmış Olayların Sıklığı</u> | Ort. | Std. Sapma |
|---|-------------|-------------------|
| Biriminizde aşağıdaki hatalar olduğunda ne sıklıkla rapor ediliyor? | | |
| Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor? | 2,9552 | 1,47260 |
| Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor? | 2,9516 | 1,40766 |
| Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor? | 2,8638 | 1,37276 |

Tablo 3.15. D ye göre katılımcıların değerlendirmelerinin ortalamasına baktığımızda, katılımcılar raporlanan olaylarla ilgili olarak sorulan her üç ifadede çoğunluk olarak bazen cevabını vermişlerdir. Buda hasta güvenliğine ait olayların raporlanmasında sorun olduğu anlamındadır.

| <u>E. Hastaneniz</u> | Ort. | Std. Sapma |
|--|-------------|-------------------|
| Hastaneniz ile ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz. | | |
| Hasta güvenliği konusunda çalıştığım birim yeterlidir. | 3,6738 | 1,23434 |
| Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda değil her zaman hasta güvenliği ile ilgilidir. | 3,5484 | 1,30335 |
| Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir. | 3,4964 | 1,40625 |
| Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır. | 3,4892 | 1,30833 |
| Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor. | 3,4444 | 1,29616 |
| Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır. | 3,4176 | 1,18011 |
| Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışır. | 3,4050 | 1,27851 |

Tablo 3.15. E ye göre katılımcıların çoğu zaman olarak değerlendirdiği unsurlar sırasıyla; “hasta güvenliği konusunda çalıştığım birim yeterlidir” (3,67), “yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda değil her zaman hasta güvenliği ile ilgilidir” (3,55) olmuştur. Katılımcıların bazen olarak değerlendirdiği maddeler ise sırasıyla; “bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir” (3,50), “hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır” (3,49), “yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor” (3,44), “hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır” (3,42), “hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışır” (3,40) olmuştur.

Çalışan güvenliği ile ilgili soruların bulunduğu V. Grupda 22. soru on madde ile çalışma birimiyle ilgili olarak belirtilen konuları değerlendirmeleri istenmiştir. Buna göre bulunan ortalamalar Tablo 3.16. da gösterilmiştir. Ölçekte 1 hiçbir zaman ve 5 her zaman anlamındadır.

Tablo 3.16. Çalışılan Birimlerle İlgili Olarak Çalışanların Görüşlerinin Değerlendirilmesi

| | Ort. | Std.Sapma |
|--|--------|-----------|
| Güvenlik ekipmanlarını nasıl kullanacağımı ve standart iş prosedürlerini biliyorum. | 3,5806 | 1,32770 |
| İşyerinde kaza ve vakaların riskini nasıl azaltacağımı biliyorum. | 3,5358 | 1,29408 |
| Mevcut işverenimden işimdeki sağlık ve güvenlik tehlikelerini anlamaya yönelik yeterince eğitildim. | 3,4677 | 1,38271 |
| İşimi nasıl etkileyeceğinden endişe duymadan yaralanmaları müdüre bildirebilirim. | 3,4355 | 1,39064 |
| İşverenim uygun kişisel koruma ekipmanını hazır eder. | 3,3889 | 1,31734 |
| Görevlerimi yerine getirirken genellikle güvenlik önlemleri almaya ayıracağım zamanım olur. | 3,3799 | 1,33954 |
| Güvenli olmayan çalışma şartları makul bir zaman içinde düzeltilir. | 3,3387 | 1,35786 |
| Departmanımda ya da birimimde çalışanlar sık sık tehlikeli ve riskli durumlara maruz kalmazlar. | 3,3244 | 1,33203 |
| Mevcut işverenim tarafından işyerinde olası şiddet olaylarını nasıl göreceğim ve başa çıkacağım konusunda eğitildim. | 3,1613 | 1,46257 |
| Bu işyerinde, işçilerin sağlık ve güvenliği çok iyi yönetilen büyük bir önceliktir. | 3,1111 | 1,23031 |

Tablo 3.16. ya göre çalışanların çoğu zaman olarak nitelendirdiği maddeler sırasıyla; “güvenlik ekipmanlarını nasıl kullanacağımı ve standart iş prosedürlerini biliyorum” (3,58), “işyerinde kaza ve vakaların riskini nasıl azaltacağımı biliyorum”(3,54) olmuştur. Katılımcılar değerlendirmelerine göre ortaya çıkan ortalaalara doğrultusunda bazen olarak yorumladıkları maddeler sırasıyla; “mevcut işverenimden işimdeki sağlık ve güvenlik tehlikelerini anlamaya yönelik yeterince eğitildim” (3,47), “işimi nasıl etkileyeceğinden endişe duymadan yaralanmaları müdüre bildirebilirim” (3,43), “işverenim uygun kişisel koruma ekipmanını hazır eder” (3,39), “görevlerimi yerine getirirken genellikle güvenlik önlemleri almaya ayıracağım zamanım olur” (3,38), “güvenli olmayan çalışma şartları makul bir zaman içinde düzeltilir” (3,34), “Departmanımda ya da birimimde çalışanlar sık sık tehlikeli ve riskli durumlara maruz kalmazlar” (3,32), “mevcut işverenim tarafından işyerinde

olası şiddet olaylarını nasıl göreceğim ve başa çıkacağım konusunda eğitildim” (3,16), “bu işyerinde, işçilerin sağlık ve güvenliği çok iyi yönetilen büyük bir önceliktir” (3,11) olmuştur.

Anketimizin 23. sorusunda çalışanlara çalışma esnasında maruz kaldığı risk unsurlarının derecesi sorulmuştur. Ölçekte 1 hiç risk yok ve 5 çok risk var anlamındadır. Buna göre Tablo 3.17. de söz konusu unsurların değerlendirilmesi incelenmiştir.

Tablo 3.17. Çalışılan Birim Açısından Sağlık ve Güvenlik Tehlikelerinin Risk Düzeyleri

| | Ort. | Std.Sapma |
|--|--------|-----------|
| Kan kaynaklı patojenler (HIV ve hepatit) | 3,0000 | 1,58426 |
| Bulaşıcı hastalık ajanları (tüberküloz) | 2,7688 | 1,56784 |
| Lateks alerjanlar (eldivenler) | 2,7258 | 1,62402 |
| İyonlaşan radyasyon (röntgen ışınlar, hidrojen peroksit) | 2,5950 | 1,53034 |
| Genel kimyasal maddeler (asitler, aşındırıcılar, çözeltiler) | 2,5842 | 1,44159 |
| Zararlı ilaçlar (anti-neo-plastik ajanlar) | 2,5376 | 1,51279 |
| Yüksek seviye dezenfektanlar (glutaral dehyde) | 2,5125 | 1,51320 |
| Sterileştiriciler (etilen oksit, hidrojen peroksit) | 2,4749 | 1,50829 |
| Makine güvenlik riskleri (hareketli parçalar maruz kalma vb.) | 2,4498 | 1,49451 |
| Anestezik gazlar | 2,3978 | 1,51455 |
| Lazer dumanı ve elektro cerrahi aletleri | 2,3297 | 1,52497 |
| Diğer | ,4319 | 1,17493 |

Tablo 3.17. ye göre katılımcıların bazen risk olarak gördükleri unsurlar sırasıyla; “kan kaynaklı patojenler (HIV ve hepatit)” (3,00), “bulaşıcı hastalık ajanları (tüberküloz)” (2,77), “Lateks alerjanlar (eldivenler)” (2,72), “İyonlaşan radyasyon (röntgen ışınlar, hidrojen peroksit)” (2,59), “genel kimyasal maddeler (asitler, aşındırıcılar, çözeltiler)” (2,58) olmuştur. Katılımcıların risk yok olarak değerlendirdiği unsurlar ise sırasıyla; zararlı ilaçlar (anti-neo-plastik ajanlar) (2,53), “yüksek seviye dezenfektanlar (glutaral dehyde)” (2,51), “sterileştiriciler (etilen oksit, hidrojen peroksit) (2,47), “makine güvenlik riskleri (hareketli parçalar maruz kalma vb.) (2,45), “anestezik gazlar” (2,40), “lazer dumanı ve elektro cerrahi aletleri” (2,33) olmuştur.

Likert tipi ölçekli sorularımızın sonuncusu olan 24. soruda ise çalışanlara birimleri ile ilgili ondört maddeden oluşan sorular sorulmuştur. Elde edilen değerlendirme sonuçları Tablo 3.18. de gösterilmektedir. Üçlü likert ölçeği şeklinde sorulan ölçekte 1 hayır, 2 kısmen ve 3 evet anlamındadır.

Tablo 3.18. Çalışanların Çalıştıkları Birim Açısından Çalışan Güvenliğine**İlişkin Algıları**

| | Ort. | Std.Sapma |
|---|-------------|------------------|
| Bu işyerinde, gözle görülür bir şekilde kan, idrar, gaita ya da kusmuk bulaşmış yatak örtüsü, elbise, çarşaf ya da diğer malzemeleri ele alırken izlemeniz gereken evrensel önlemleri takip etme konusunda eğitim aldınız mı? | 2,0108 | 1,09506 |
| Bu işyerinde işinizi yaparken iğne ,IV insertion ya da file botomi yapıyor musunuz? | 1,9283 | 1,14883 |
| Son 7 takvim günü içerisinde gözle görülür bir şekilde kan, idrar, gaita ya da kusmuk bulaşmış yatak örtüsü, elbise, çarşaf ya da diğer malzemeleri elinize alırken her zaman kişisel korunma ekipmanı giydiniz mi? | 1,8692 | 1,10121 |
| Bu işyerinizdeki işinizde, gözle görülür bir şekilde kan, idrar, gaita ya da kusmuk bulaşmış yatak örtüsü, elbise, çarşaf ya da diğer malzemeleri elinize alıyor musunuz? | 1,8620 | 1,08555 |
| İşim hızlı ve sürekli fiziksel etkinlik gerektirir. | 1,8226 | 1,07145 |
| İşimi yapmak için sıklıkla eğilmek veya diz çökmek gerekir. | 1,7993 | 1,01295 |
| Sıklıkla fiziksel olarak sıkıntılı pozisyonlarda uzun süre çalışmam gerekir. | 1,7724 | 1,05000 |
| Geçen 1 yıl içerisinde bu iş vereninizden tıbbi bir değerlendirme aldınız mı (bu tür bir değerlendirme tıbbi bir anket fiziksel muayene, kan ve/veya idrar testleri içerir)? | 1,6774 | 1,05498 |
| Çalışırken sık sık ağır yükler (insanlar ya da nesnelere) hareket ettirmek ya da kaldırmak zorunda kalırım. | 1,5394 | ,96680 |
| İşteyken size bağırdı, küfür edildi, isim takıldı veya sözlü olarak meydan okundu mu? | 1,5323 | ,98728 |
| Başka birisine vurulması, tekme atılması, itilmesi , tutulması veya bir şey fırlatılmasına şahit oldunuz? | 1,4444 | ,95102 |
| İşteyken size vuruldu, tekme atıldı, itildiniz, ısırıldınız, tutuldunuz veya bir şey fırlatıldı? | 1,3853 | ,91679 |
| Bu işyerinde işverene hiç şiddet vakası bildirdiniz mi? | 1,3566 | ,87662 |
| İşteyken fiziksel şiddet veya silah ile (tabanca, bıçak,keskin bir nesne) ile tehdit edildiniz mi ? | 1,3369 | ,84813 |

Tablo 3.18. e göre çalıştıkları birimde çalışan güvenliği açısından kısmen uygundığını düşündükleri hususları sırasıyla; “bu işyerinde, gözle görülür bir şekilde kan, idrar, gaita ya da kusmuk bulaşmış yatak örtüsü, elbise, çarşaf ya da diğer malzemeleri ele alırken izlemeniz gereken evrensel önlemleri takip etme konusunda eğitim aldınız mı?” (2,01), “bu işyerinde işinizi yaparken iğne ,IV insertion ya da file botomi yapıyor musunuz?” (1,93), “son 7 takvim günü içerisinde gözle görülür bir şekilde kan, idrar, gaita ya da kusmuk bulaşmış yatak örtüsü, elbise, çarşaf ya da diğer malzemeleri elinize alırken her zaman kişisel korunma ekipmanı

giydiniz mi?” (1,87), “bu işyerinizdeki işinizde, gözle görülür bir şekilde kan, idrar, gaita ya da kusmuk bulaşmış yatak örtüsü, elbise, çarşaf ya da diğer malzemeleri elinize alıyormusunuz?” (1,86), “işim hızlı ve sürekli fiziksel etkinlik gerektirir.” (1,82), “İşimi yapmak için sıklıkla eğilmek veya diz çökmek gerekir.” (1,80), “Sıklıkla fiziksel olarak sıkıntılı pozisyonlarda uzun süre çalışmam gerekir.” (1,77), “geçen 1 yıl içerisinde bu iş vereninizden tıbbi bir değerlendirme aldınız mı (bu tür bir değerlendirme tıbbi bir anket fiziksel muayene, kan ve/veya idrar testleri içerir)? (1,68)”, “çalışırken sık sık ağır yükler (insanlar ya da nesnelere) hareket ettirmek ya da kaldırmak zorunda kalırım.” (1,54) , “işteyken size bağırıldı, küfür edildi, isim takıldı veya sözlü olarak meydan okundu mu?” (1,53) maddelerinden oluşmaktadır. Yine tabloya göre katılımcıların hayır olarak değerlendirdiği maddeler sırasıyla; “başka birisine vurulması, tekme atılması, itilmesi , tutulması veya bir şey fırlatılmasına şahit oldunuz?” (1,44), “işteyken size vuruldu, tekme atıldı, itildiniz, ısırıldınız, tutuldunuz veya bir şey fırlatıldı?” (1,38), “bu işyerinde işverene hiç şiddet vakası bildirdiniz mi?” (1,36), “İşteyken fiziksel şiddet veya silah ile (tabanca, bıçak, keskin bir nesne) ile tehdit edildiniz mi?” (1,34) olmaktadır.

Çalışanlara her zaman güvenli ekipman kullanmama nedenlerine ilişkin olarak sorulan 25. soruya ilişkin değerlendirme Tablo 3.19. da görülmektedir.

Tablo 3.19. Güvenli Ekipman Kullanmama Nedenleri

| | Sayı | Yüzde |
|---|--------|-------|
| Risklere maruz kalma potansiyeli çok az | 168,00 | 30,1 |
| İşveren gerek duymuyor | 93,00 | 16,7 |
| Maruz kalmam olası fakat sağlık riski çok az | 83,00 | 14,9 |
| Çok zaman alıcı | 78,00 | 14,0 |
| İşveren bunları sağlamıyor | 55,00 | 9,9 |
| İş alanında hazır halde veya her zaman bulunmuyor | 54,00 | 9,7 |
| Kullanması çok sıkıntılı veya zor | 45,00 | 8,1 |
| Çok rahatsız edici | 42,00 | 7,5 |
| Alet ticari olarak mevcut değil | 30,00 | 5,4 |
| Hastalar kullanmayı kabul etmeye hazır değil | 20,00 | 3,6 |
| Diğer | 10,00 | 1,8 |

Tablo 3.19. a göre katılımcıların yüzde 30'u risklere maruz kalma potansiyelinin az olduğunu düşündüğü için güvenlik iğne ekipmanı kullanmadıklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcılardan 26. soruda son 12 ay içinde çalışırken kaç tane iğne ya da diğer kesici aletlerle yaralanma yaşadınız sorusuna cevap istenmiştir. Yapılan frekans analizine göre araştırmaya katılan 558 kişiden 447 si (yüzde 80.1) hiç yaralanma yaşamadığını belirtmiştir. Verilen cevaplara göre diğer oranlar şu şekildedir; bir adet yaralama vakası yaşayan 42 kişi (yüzde 7,5), iki adet yaralanma vakası yaşayan 30 kişi (yüzde 5,4), üç adet yaralanma vakası yaşayan 16 kişi (yüzde 2,9), dört adet yaralanma vakası yaşayan 13 kişi (yüzde 2,3), beş adet yaralanma vakası yaşayan 2 kişi (yüzde 0,04), altı adet yaralanma vakası yaşayan 4 kişi (yüzde 0,07) ve sırasıyla yedi, dokuz, on ve yirmi adet yaralanma vakası geçiren 1 kişi mevcuttur.

Ankette 27. soruda ise söz konusu maruz kalınan bu yaralanmaların kaçının üst yönetime rapor edildiği öğrenilmek istenilmiştir. Buna göre sonuçlar Tablo 3.20. de görülmektedir.

Tablo 3.20. İşverene Rapor Edilen Yaralanma Vakası Sayıları

| | Sayı | Yüzde |
|---------------|-------------|--------------|
| 0 aded | 543 | 97,3 |
| 1 aded | 7 | 1,3 |
| 2 aded | 6 | 1,1 |
| 3 aded | 2 | ,4 |
| Toplam | 558 | 100,0 |

Tablo 3.20. ye göre katılımcıların yüzde 97,3'ü herhangi bir yaralanma vakası bildirmediklerini ifade etmişlerdir. Bu sonuç bir önceki soruya verilen cevabı desteklese de yaralanmaya maruz kalan kişilerin bu olayların çoğunu üstlerine bildirmedikleri söylenebilir.

Araştırmanın 28. sorusunda katılımcılara söz konusu yaralanma olaylarını rapor etmeme nedenleri sorulmuştur. Katılımcıların değerlendirmelerine ilişkin sonuçlar Tablo 3.21. de gösterilmiştir.

Tablo 3.21. Yaralanmalarının İşverene Rapor Edilmeme Nedenleri

| | Sayı | Yüzde |
|--|-------------|--------------|
| Yaralanmanın rapor edecek kadar önemli olmadığını düşündüm. | 181,00 | 32,4 |
| Çok meşguldüm ve yaralanmayı rapor etmeye zamanım olmadı. | 99,00 | 17,7 |
| İğnenin steril olduğunu düşündüm. | 95,00 | 17,0 |
| Güvenli olmayan iş uygulamalarından dolayı suçlanmaktan endişe duydum. | 15,00 | 2,7 |
| Rapor etmeye gitseydim işimi görecek başkası yoktu. | 15,00 | 2,7 |
| Diğerlerini lütfen belirtin. | 14,00 | 2,5 |
| İş yerinde iğne yaralanmalarını rapor etmeye yönelik bir prosedür yok. | 12,00 | 2,2 |

Tablo 3.21. e göre çalışanların söz konusu yaralanmaları yöneticilerine bildirmemelerinin temel nedeni yaralanmanın rapor edecek kadar önemli olmadığını düşünmeleridir (yüzde 32,4).

Anketimizin 29. sorusunda katılımcılara, işyerinde çalışan güvenliğini sağlamak amacıyla yöneticilerinin kendilerinden kullanmalarını istedikleri koruyucu alet ve ekipmanlar sorulmuştur. Buna göre katılımcıların değerlendirmeleri Tablo 3.22. de gösterilmiştir.

Tablo 3.22. Çalışanlardan Kullanmaları İstenen Ekipmanlar

| | Sayı | Yüzde |
|--|--------|-------|
| Cerrahi maske | 237,00 | 42,5 |
| El koruma(örneğin eldivenler, el pedleri,baryer kremleri vb) | 156,00 | 28,0 |
| Kulak koruyucu (kulak tıkaçları,) | 129,00 | 23,1 |
| Göz koruyucu (güvenlik gözlükleri vb) | 105,00 | 18,8 |
| Hiçbiri | 80,00 | 14,3 |
| Tekrar kullanılabilir koruyucu giysi (örneğin apronlar, röntgen önlükler laboratuvar önlükleri, fırça vb) | 44,00 | 7,9 |
| Ayakkabı ve bot örtüleri | 43,00 | 7,7 |
| Respiratörler(cerrahi maskeler dahil değil) | 38,00 | 6,8 |
| Diz koruyucular | 28,00 | 5,0 |
| Kullan at koruyucu elbiseler (örneğin izalasyon önlükler, tulumlar vb) | 27,00 | 4,8 |
| Yüz koruyucu (örneğin yüz zırhı kaynak kasklar vb) | 26,00 | 4,7 |
| Ayak koruma (örneğin çelik topuk ayakkabılar kimyasal dayanan botlar vb) | 18,00 | 3,2 |
| Sırt bel veya lomber destek | 4,00 | ,7 |
| Diğer | 3,00 | ,5 |

Tablo 3.22. ye göre sağlık çalışanlarının güvenliklerini sağlamak amacıyla kullandıkları en önemli araçlar; cerrahi maske, el koruma(örneğin eldivenler, el pedleri,baryer kremleri vb), kulak koruyucu (kulak tıkaçları,) ve göz koruyucu (güvenlik gözlükleri vb) olarak sıralanmıştır.

Katılımcıların söz konusu ekipmanların kullanımına ilişkin eğitim alıp almadıklarına yönelik olarak sorulan 30. soru için yapılan değerlendirmeler Tablo 3.23. de belirtilmiştir.

Tablo 3.23. Çalışanların Kullanmaları İstenen Ekipmanlara Yönelik Olarak Aldıkları Eğitim

| | Sayı | Yüzde |
|--|--------|-------|
| El koruma(örneğin eldivenler, el pedleri,baryer kremleri vb) | 262,00 | 47,0 |
| Cerrahi maske | 216,00 | 38,7 |
| Göz koruyucu (güvenlik gözlükleri vb) | 109,00 | 19,5 |
| Hiçbiri | 101,00 | 18,1 |
| Tekrar kullanılabilir koruyucu giysi (örneğin apronlar, röntgen önlükler laboratuvar önlükleri, fırça vb) | 68,00 | 12,2 |
| Kulak koruyucu (kulak tıkaçları,) | 63,00 | 11,3 |
| Yüz koruyucu (örneğin yüz zırhı kaynak kasklar vb) | 51,00 | 9,1 |
| Kullan at koruyucu elbiseler (örneğin izalasyon önlükler, tulumlar vb) | 48,00 | 8,6 |
| Diz koruyucular | 44,00 | 7,9 |
| Respiatörler(cerrahi maskeler dahil değil) | 20,00 | 3,6 |
| Ayak koruma (örneğin çelik topuk ayakkabılar kimyasal dayanan botlar vb) | 20,00 | 3,6 |
| Ayakkabı ve bot örtüleri | 19,00 | 3,4 |
| Sırt bel veya lumbar destek | 12,00 | 2,2 |
| Diğer | 4,00 | ,7 |

Tablo 3.23. e baktığımızda bir önceki soruya verilen cevapları doğrular nitelikte olduğunu söyleyebiliriz. Buna göre katılımcıların kendilerinden kullanmaları beklenen ekipmanlardan hangilerine yönelik eğitim aldıklarına ilişkin sorulan soruya verilen cevaplar bir öncekine benzer nitelikte olup; el koruma(örneğin eldivenler, el pedleri,baryer kremleri vb), cerrahi maske, göz koruyucu (güvenlik gözlükleri vb) olarak sıralanmıştır.

Anketimizin son sorusunda ise katılımcılara, sıralanan bazı tıbbi testler ve muayenelerden hangilerinin kendi kurumlarında uygulandığı sorulmuştur. Katılımcıların değerlendirmeleri tablo 3.24. de belirtilmiştir.

Tablo 3.24. Çalışanların Kurumlarında Kendilerine Uygulanan Tıbbi Testler ve Muayeneler Hakkındaki Görüşleri

| | Sayı | Yüzde |
|----------------------|-------------|--------------|
| Standart tıbbi anket | 281,00 | 50,4 |
| Fiziksel muayene | 217,00 | 38,9 |
| Kan testi | 215,00 | 38,5 |
| İdrar testi | 154,00 | 27,6 |

Tablo 3.24. e göre sıralanan tıbbi testler ve muayenelerden hastanelerde tarafından en çok kullanılanlar sırasıyla; “standart tıbbi anket” (yüzde 50,4), “fiziksel muayene” (yüzde 38,9), “kan testi” (yüzde 38,5), “idrar testi” (yüzde 27,6) olarak belirtilmiştir. Genel bir yorumla söz konusu faktörlerin hepsinin belirli bir oranda kullanıldığı söylenebilir.

Çalışmanın yüzdeler değeri yapıldıktan sonra, araştırma kısmında, ikinci grupta (soru 11-18) bulunan sorulara verilen cevaplar açısından her birinin cinsiyete, medeni duruma, öğrenim durumuna, çalışılan birime, mesleğe, mesleki deneyime, haftalık ortalama çalışma saatine, günlük bakım verilen ortalama hasta sayısı ve hastalarla doğrudan etkileşimde bulunup bulunmadığına göre gruplar arasında fark olup olmadığı crosstab yöntemiyle karşılaştırılmıştır. Ve gruplar açısından önemli bir farka rastlanmamıştır. Sonuçlar (Ek3) de tablolar halinde gösterilmiştir.

21. soru beş boyut ve yirmiyedi maddeden oluşmakta olup çalışanların görev yaptıkları birimin sahip olduğu örgüt kültürüne ilişkin algılamaları ortaya konmak istenmiştir. Bu bağlamda söz konusu ölçeği toplanabilirliğe bakılmış toplam puan elde edildikten sonra cinsiyete, cinsiyete, medeni duruma, öğrenim durumuna, çalışılan birime göre farklılık olup olmadığına bakılmıştır.

Bulunan sonuçlar ve yorumları tablolar halinde aşağıda verilmiştir.

Tablo 3.25. Örgüt Kültürüne İlişkin Boyutların Cinsiyete Göre Farklılık Gösterip Göstermediği

Group Statistics

| | cinsiyet | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|-----------|----------|-----|---------|----------------|-----------------|
| soru21a_1 | erkek | 87 | 19,9540 | 10,13962 | 1,08708 |
| | kadın | 469 | 23,7399 | 7,63011 | ,35233 |
| soru21b_1 | erkek | 87 | 11,2184 | 5,35143 | ,57373 |
| | kadın | 469 | 12,7846 | 4,52468 | ,20893 |
| soru21c_1 | erkek | 87 | 18,6437 | 7,45370 | ,79912 |
| | kadın | 469 | 21,1066 | 5,90861 | ,27283 |
| soru21d_1 | erkek | 87 | 7,1954 | 4,39566 | ,47126 |
| | kadın | 469 | 9,0597 | 3,81807 | ,17630 |
| soru21e_1 | erkek | 87 | 23,0345 | 9,45792 | 1,01400 |

Independent Samples Test

| | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|-----------|---|------|------------------------------|---------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|---------|
| | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | Lower | Upper |
| soru21a_1 | 15,959 | ,000 | Equal variances assumed | 554 | ,000 | 3,78585 | ,94215 | 5,63646 | 1,93523 |
| | | | Equal variances not assumed | 104,804 | ,001 | 3,78585 | 1,14275 | 5,05176 | 1,51994 |
| soru21b_1 | 1,770 | ,184 | Equal variances assumed | 554 | ,004 | 1,56626 | ,54428 | 2,63537 | -,49715 |
| | | | Equal variances not assumed | 109,966 | ,012 | 1,56626 | ,61059 | 2,77631 | -,35620 |
| soru21c_1 | 9,380 | ,002 | Equal variances assumed | 554 | ,001 | 2,46293 | ,72069 | 3,87855 | 1,04731 |
| | | | Equal variances not assumed | 106,951 | ,004 | 2,46293 | ,84441 | 4,13689 | -,78897 |
| soru21d_1 | 7,686 | ,006 | Equal variances assumed | 554 | ,000 | 1,86430 | ,45681 | 2,76159 | -,96700 |
| | | | Equal variances not assumed | 111,356 | ,000 | 1,86430 | ,50316 | 2,86131 | -,86728 |
| soru21e_1 | 8,368 | ,004 | Equal variances assumed | 554 | ,056 | 1,69686 | ,88686 | 3,43888 | ,04516 |
| | | | Equal variances not assumed | 105,280 | ,115 | 1,69686 | 1,06716 | 3,81277 | -,41905 |

(sig<0,05 olması fark olduğu anlamına gelir)

Tabloya göre 21B hariç diğer toplam puan türleri cinsiyete göre farklılık göstermiştir. Erkek ya da kadınların hangisinin daha büyük puana sahip olduğu yukarıda tablodan bakılabilir.

Tablo 3.26. Örgüt Kültürüne İlişkin Boyutların Medeni Duruma Göre Farklılık Gösterip Göstermediği

Group Statistics

| medenidur | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|-----------------|-----|---------|----------------|-----------------|
| soru21a_1 bekar | 149 | 23,9396 | 7,61775 | ,62407 |
| evli | 398 | 22,9271 | 8,34593 | ,41834 |
| soru21b_1 bekar | 149 | 12,5235 | 4,18101 | ,34252 |
| evli | 398 | 12,5704 | 4,86584 | ,24390 |
| soru21c_1 bekar | 149 | 20,5436 | 5,89948 | ,48330 |
| evli | 398 | 20,8090 | 6,36099 | ,31885 |
| soru21d_1 bekar | 149 | 9,0738 | 3,67808 | ,30132 |
| evli | 398 | 8,6558 | 4,05188 | ,20310 |
| soru21e_1 bekar | 149 | 24,4497 | 7,37915 | ,60452 |

Independent Samples Test

| | Levene's Test for Equality of Variance | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|-------------------------|--|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|--------|
| | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | Lower | Upper |
| soru21a | ,340 | ,560 | 1,293 | 545 | ,197 | 1,01246 | ,78318 | ,52596 | ,55089 |
| Equal variances assumed | | | 1,348 | 89,132 | ,179 | 1,01246 | ,75132 | ,46628 | ,49120 |
| soru21b | 1,490 | ,223 | -1,104 | 545 | ,917 | -,04686 | ,45041 | ,93162 | ,83790 |
| Equal variances assumed | | | -1,111 | 06,740 | ,911 | -,04686 | ,42049 | ,87427 | ,78054 |
| soru21c | ,045 | ,832 | -,443 | 545 | ,658 | -,26542 | ,59921 | ,44246 | ,91162 |
| Equal variances assumed | | | -,458 | 84,757 | ,647 | -,26542 | ,57900 | ,40509 | ,87425 |
| soru21d | 3,783 | ,052 | 1,101 | 545 | ,271 | ,41805 | ,37974 | ,32788 | ,16397 |
| Equal variances assumed | | | 1,150 | 90,665 | ,251 | ,41805 | ,36338 | ,29714 | ,13323 |
| soru21e | ,002 | ,967 | -,010 | 545 | ,992 | -,00762 | ,73383 | ,44910 | ,43386 |
| Equal variances assumed | | | -,011 | 77,343 | ,992 | -,00762 | ,71820 | ,42144 | ,40620 |

sig<0,05 olması fark olduğu anlamına gelir

Soru 21 A,B,C,D,E için medeni duruma göre farklılığa bakılmış ve tabloya göre tüm puanlarda fark gözlenmemiştir. Yani medeni durum 21. ci sorulara verilen cevabı etkilememektedir.

Tablo 3.27. Örgüt Kültürüne İlişkin Boyutların Öğrenim Duruma Göre Farklılık Gösterip Göstermediği

| ANOVA | | | | | | |
|-----------|----------------|----------------|-----|-------------|--------|------|
| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
| soru21a_1 | Between Groups | 2481,414 | 5 | 496,283 | 7,763 | ,000 |
| | Within Groups | 34455,981 | 539 | 63,926 | | |
| | Total | 36937,394 | 544 | | | |
| soru21b_1 | Between Groups | 690,499 | 5 | 138,100 | 6,708 | ,000 |
| | Within Groups | 11096,279 | 539 | 20,587 | | |
| | Total | 11786,778 | 544 | | | |
| soru21c_1 | Between Groups | 1261,198 | 5 | 252,240 | 6,962 | ,000 |
| | Within Groups | 19527,536 | 539 | 36,229 | | |
| | Total | 20788,734 | 544 | | | |
| soru21d_1 | Between Groups | 895,532 | 5 | 179,106 | 12,764 | ,000 |
| | Within Groups | 7563,558 | 539 | 14,033 | | |
| | Total | 8459,090 | 544 | | | |
| soru21e_1 | Between Groups | 1731,927 | 5 | 346,385 | 6,296 | ,000 |
| | Within Groups | 29653,695 | 539 | 55,016 | | |
| | Total | 31385,622 | 544 | | | |

sig<0,05 olması fark olduğu anlamına gelir

Soru 21 A,B,C,D,E için toplanabilirliğe bakılmış toplam puan elde edildikten sonra öğrenim durumuna göre farklılığa bakılmıştır. Toplam puan türleri öğretim durumuna göre farklılık göstermiştir.

Faktör sayısı 2 den fazla olduğundan öğrenim durumunun kıyaslamasında anova testi kullanılmıştır. Bulunan farkın hangi faktörden kaynaklandığını anlamak için ikili karşılaştırmalar yapılmış bu test sonucunda lisans lisansüstü ve sağlık meslek liselerinin diğer ve ilk öğretim durumuna göre daha yüksek puana sahip olduğunu göstermiştir. Yapılan ikili karşılaştırmalara ilişkin değerlendirme sonuçları (Ek3) de tablolar halinde gösterilmiştir.

Tablo 3.28. Örgüt Kültürüne İlişkin Boyutların Çalışılan Birime Göre Farklılık Gösterip Göstermediği

ANOVA

| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-----------|----------------|----------------|-----|-------------|-------|------|
| soru21a_1 | Between Groups | 559,070 | 3 | 186,357 | 2,605 | ,051 |
| | Within Groups | 29113,431 | 407 | 71,532 | | |
| | Total | 29672,501 | 410 | | | |
| soru21b_1 | Between Groups | 54,641 | 3 | 18,214 | ,773 | ,510 |
| | Within Groups | 9594,356 | 407 | 23,573 | | |
| | Total | 9648,998 | 410 | | | |
| soru21c_1 | Between Groups | 37,911 | 3 | 12,637 | ,289 | ,833 |
| | Within Groups | 17803,116 | 407 | 43,742 | | |
| | Total | 17841,027 | 410 | | | |
| soru21d_1 | Between Groups | 26,462 | 3 | 8,821 | ,524 | ,666 |
| | Within Groups | 6849,830 | 407 | 16,830 | | |
| | Total | 6876,292 | 410 | | | |
| soru21e_1 | Between Groups | 337,483 | 3 | 112,494 | 1,678 | ,171 |
| | Within Groups | 27285,164 | 407 | 67,040 | | |
| | Total | 27622,647 | 410 | | | |

sig<0,05 olması fark olduğu anlamına gelir

Soru 21 A,B,C,D,E için toplanabilirliğe bakılmış toplam puan elde edildikten sonra çalıştığı birim durumuna göre farklılığa bakılmıştır. Toplam puan türleri çalışılan birime göre farklılık göstermemiştir.

Tablo 3.29. Örgüt Kültürüne İlişkin Boyutların Mesleğe Göre Farklılık Gösterip Göstermediği

ANOVA

| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-----------|----------------|----------------|-----|-------------|-------|------|
| soru21a_1 | Between Groups | 94,275 | 3 | 31,425 | ,468 | ,704 |
| | Within Groups | 36425,184 | 543 | 67,081 | | |
| | Total | 36519,459 | 546 | | | |
| soru21b_1 | Between Groups | 94,240 | 3 | 31,413 | 1,438 | ,231 |
| | Within Groups | 11861,500 | 543 | 21,844 | | |
| | Total | 11955,740 | 546 | | | |
| soru21c_1 | Between Groups | 35,191 | 3 | 11,730 | ,304 | ,823 |
| | Within Groups | 20968,151 | 543 | 38,615 | | |
| | Total | 21003,342 | 546 | | | |
| soru21d_1 | Between Groups | 32,047 | 3 | 10,682 | ,683 | ,563 |
| | Within Groups | 8491,844 | 543 | 15,639 | | |
| | Total | 8523,890 | 546 | | | |
| soru21e_1 | Between Groups | 407,320 | 3 | 135,773 | 2,388 | ,068 |
| | Within Groups | 30876,662 | 543 | 56,863 | | |
| | Total | 31283,982 | 546 | | | |

sig<0,05 olması fark olduğu anlamına gelir

Soru 21 A,B,C,D,E için toplanabilirliğe bakılmış toplam puan elde edildikten sonra meslek durumuna göre farklılığa bakılmıştır. Toplam puan türleri mesleğe göre farklılık göstermemiştir.

Tablo 3.30. Örgüt Kültürüne İlişkin Boyutların Mesleki Deneyime Göre Farklılık Gösterip Göstermediği

| ANOVA | | | | | | |
|-----------|----------------|----------------|-----|-------------|-------|------|
| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
| soru21a_1 | Between Groups | 62,534 | 3 | 20,845 | ,311 | ,817 |
| | Within Groups | 37108,950 | 554 | 66,984 | | |
| | Total | 37171,484 | 557 | | | |
| soru21b_1 | Between Groups | 174,264 | 3 | 58,088 | 2,669 | ,047 |
| | Within Groups | 12056,204 | 554 | 21,762 | | |
| | Total | 12230,468 | 557 | | | |
| soru21c_1 | Between Groups | 139,030 | 3 | 46,343 | 1,198 | ,310 |
| | Within Groups | 21429,565 | 554 | 38,682 | | |
| | Total | 21568,595 | 557 | | | |
| soru21d_1 | Between Groups | 309,539 | 3 | 103,180 | 6,780 | ,000 |
| | Within Groups | 8431,099 | 554 | 15,219 | | |
| | Total | 8740,638 | 557 | | | |
| soru21e_1 | Between Groups | 31,687 | 3 | 10,562 | ,182 | ,909 |
| | Within Groups | 32169,462 | 554 | 58,068 | | |
| | Total | 32201,149 | 557 | | | |

sig<0,05 olması fark olduğu anlamına gelir

Soru 21 A,B,C,D,E için toplanabilirliğe bakılmış toplam puan elde edildikten sonra mesleki deneyim durumuna göre farklılığa bakılmıştır. toplam puan türleri mesleki deneyim durumuna göre 21B ve 21D hariç farklılık göstermemiştir. Her iki boyut için bulunan farkın hangi faktörden kaynaklandığını anlamak için ikili karşılaştırmalar yapılmış bu test sonucunda mesleki deneyimi 0 ve 10 yıl arası olanların mesleki deneyimleri 11 yıl ve üstü olanlara göre daha fazla puana sahip olduğu görülmüştür. Yalnızca 21B ve 21D için yapılan yorumdur. Buna göre mesleki deneyim arttıkça yöneticilere ilişkin ve raporlanmış olaylara ilişkin maddelerin puanları düşüş göstermiştir diyebiliriz. Yapılan ikili karşılaştırmalara ilişkin değerlendirmeler sonuçlar (Ek3) de tablolar halinde gösterilmiştir.

Tablo 3.31. Örgüt Kültürüne İlişkin Boyutların Çalışma Saatlerine Göre Farklılık Gösterip Göstermediği

ANOVA

| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-----------|----------------|----------------|-----|-------------|--------|------|
| soru21a_1 | Between Groups | 181,086 | 2 | 90,543 | 1,358 | ,258 |
| | Within Groups | 36990,398 | 555 | 66,649 | | |
| | Total | 37171,484 | 557 | | | |
| soru21b_1 | Between Groups | 85,033 | 2 | 42,516 | 1,943 | ,144 |
| | Within Groups | 12145,435 | 555 | 21,884 | | |
| | Total | 12230,468 | 557 | | | |
| soru21c_1 | Between Groups | 328,071 | 2 | 164,036 | 4,286 | ,014 |
| | Within Groups | 21240,524 | 555 | 38,271 | | |
| | Total | 21568,595 | 557 | | | |
| soru21d_1 | Between Groups | 320,254 | 2 | 160,127 | 10,554 | ,000 |
| | Within Groups | 8420,384 | 555 | 15,172 | | |
| | Total | 8740,638 | 557 | | | |
| soru21e_1 | Between Groups | 437,022 | 2 | 218,511 | 3,818 | ,023 |
| | Within Groups | 31764,126 | 555 | 57,233 | | |
| | Total | 32201,149 | 557 | | | |

sig<0,05 olması fark olduğu anlamına gelir

Soru 21 A,B,C,D,E için toplanabilirliğe bakılmış toplam puan elde edildikten sonra haftalık ortalama çalışma saatlerine göre farklılığa bakılmıştır. Toplam puan türleri çalışma saatine göre 21C, 21D ve 21E puan türlerinde farklılık göstermiştir. Her üç boyut için bulunan farkın hangi faktörden kaynaklandığını anlamak için ikili karşılaştırmalar yapılmış bu test sonucunda genel olarak haftada ortalama 36-40 saat arası çalışan kişilerin daha yüksek puanlara sahip olduğu söylenebilir. Söz konusu ikili testlere ilişkin tablolar (Ek3) de verilmiştir.

Tablo 3.32. Örgüt Kültürüne İlişkin Boyutların Hasta Sayısına Göre Farklılık Gösterip Göstermediği

| ANOVA | | | | | | |
|-----------|----------------|----------------|-----|-------------|--------|------|
| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
| soru21a_1 | Between Groups | 147,740 | 2 | 73,870 | 1,317 | ,269 |
| | Within Groups | 27157,414 | 484 | 56,110 | | |
| | Total | 27305,154 | 486 | | | |
| soru21b_1 | Between Groups | 306,388 | 2 | 153,194 | 7,716 | ,001 |
| | Within Groups | 9609,402 | 484 | 19,854 | | |
| | Total | 9915,791 | 486 | | | |
| soru21c_1 | Between Groups | 400,663 | 2 | 200,331 | 5,623 | ,004 |
| | Within Groups | 17244,996 | 484 | 35,630 | | |
| | Total | 17645,659 | 486 | | | |
| soru21d_1 | Between Groups | 95,442 | 2 | 47,721 | 3,453 | ,032 |
| | Within Groups | 6689,170 | 484 | 13,821 | | |
| | Total | 6784,612 | 486 | | | |
| soru21e_1 | Between Groups | 1064,112 | 2 | 532,056 | 10,663 | ,000 |
| | Within Groups | 24150,196 | 484 | 49,897 | | |
| | Total | 25214,308 | 486 | | | |

Soru 21 A,B,C,D,E için toplanabilirliğe bakılmış toplam puan elde edildikten sonra hizmet verilen hasta sayısına göre farklılığa bakılmıştır. Toplam puan türleri çalışma saatine göre 21B, 21C, 21D ve 21E puan türlerinde farklılık göstermiştir. Her dört boyut için bulunan farkın hangi faktörden kaynaklandığını anlamak için ikili karşılaştırmalar yapılmış bu test sonucunda genel olarak 21B için 26-40 adet hasta, 21C için 0-40 arası hasta, 21D için 26-40 arası hasta ve 21E için 0-40 arası hasta cevabını veren katılımcıların puanlarının daha yüksek olduğu hesaplanmıştır. Söz konusu ikili testlere ilişkin tablolar (Ek3) de verilmiştir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık işletmelerinde örgüt kültürünün bir boyutu olarak hasta ve çalışan güvenliği kavramlarının incelendiği araştırmamızdan elde ettiğimiz önemli bulgular şu şekilde sıralanabilir;

- Katılımcılara göre tıbbi hataları en sık hekimler yapmaktadır. Bu sonucun katılanların önemli bir kısmının hemşirelerden oluşmasının bir yansıması olduğu dikkate alınmalıdır.
- Katılımcılar tıbbi hataların meydana geliş sebepleri olarak uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres, hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması ve iletişim bozukluklarını görmekte-dirler. Buna göre tıbbi hataların meydana geliş nedenlerinden en önemlisi iş yoğunluğu, hemşire sayısının yetersiz olması ve maruz kalınan stres oranının yüksekliği şeklinde yorumlayabiliriz.
- Katılımcılar herhangi bir hata durumunda yapılması gerekenin yapılan hataların hastaya açıklanması ve hastadan özür dilenmesi olduğunu vurgulamışlardır. Bu durum çalışanların meydana gelen hasta güvenliğine ilişkin olayları raporlamaktan kaçınmaları hususuyla kısmen çelişmektedir.
- Katılımcılar tıbbi hatalardan sadece kişi ya da kurumun değil her ikisinin de sorumlu tutulması gerektiğini belirtmişlerdir. Ancak sadece hatayı yapan kişinin sorumlu tutulması gerektiğini düşünün katılımcı sayısı da dikkate alınması gereken düzeydedir.
- Katılımcıların önemli bir kısmı tıbbi hataları önlemede hastalarında sorumluluğunun bulunduğunu belirtmektedir.
- Katılımcılar tıbbi hatalar konusunda nadiren duyum aldıkları cevabını vermişlerdir. Bu da tıbbi hatayı yapan kişilerin sorumlu tutulacakları korkusuyla ya da olayı yeteri kadar önemsemediklerinden dolayı tıbbi hataları daha az rapor ettikleri şeklinde yorumlanabilir.
- Katılımcılar tıbbi hatalardan korunmak için kendi bilgi ve farkındalıklarına çok güvenmektedirler. Bu olumlu bir şey olmasına karşın ne kadar gerçekçi olduğu tartışılabilir.
- Katılımcıların çok önemli bir kısmı son 12 ay içinde hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin herhangi bir olay raporlamadıklarını belirtmişlerdir. Bu da tıbbi hatayı yapan

kişilerin sorumlu tutulacakları korkusuyla ya da olayı yeteri kadar önemsemedikleri için şeklindeki düşüncemizi desteklemektedir.

- Katılımcılara 20. soruda sıralanan hasta güvenliğine ilişkin hastanede yapılan uygulamaların kendi çalıştıkları hastanelerde ne derecede uygulandığı öğrenilmeye çalışılmıştır. Verilen cevapların değerlendirilmesi sonucunda tüm sıralanan faktörlerin kısmen uygulandığı görülmüştür.
- Çalışanların görev yaptıkları birimin sahip olduğu örgüt kültürüne ilişkin algılamalarının ortaya konduğu beş boyutlu 21. soruda cinsiyete göre farklılığa bakılmış ve yönetici, süpervizör veya doğrudan bağlı olunan kişiler ile ilgili değerlendirmeler hariç diğer toplam puan türlerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.
- 21 sorunun tüm boyutları açısından medeni duruma göre farklılığa bakılmış ve tabloya göre tüm puanlarda fark gözlenmemiştir. Yani medeni durum çalışma birimiyle ilgili olarak istenen değerlendirmeyi etkilememektedir.
- 21 sorunun tüm boyutları açısından öğrenim durumuna göre farklılığa bakılmıştır. Toplam puan türleri öğrenim durumuna göre farklılık göstermiştir. Buna göre lisans, lisansüstü ve sağlık meslek liselerinin diğer ve ilköğretim durumuna göre daha yüksek puana sahiptir.
- 21. sorunun tüm boyutları açısından çalışılan birim durumuna göre farklılığa bakılmıştır. Toplam puan türleri çalışılan birime göre farklılık göstermemiştir.
- 21 sorunun tüm boyutları açısından meslek durumuna göre farklılığa bakılmıştır. Toplam puan türleri mesleğe göre farklılık göstermemiştir.
- 21 sorunun tüm boyutları açısından mesleki deneyim durumuna göre farklılığa bakılmıştır. Toplam puan türleri mesleki deneyim durumuna göre; yönetici, süpervizör veya doğrudan bağlı olunan kişiler ve raporlanmış olayların sıklığı boyutları ile ilgili değerlendirmeler hariç farklılık göstermemiştir. Her iki boyut için bulunan farkın hangi faktörden kaynaklandığını anlamak için ikili karşılaştırmalar yapılmış bu test sonucunda mesleki deneyimi 0 ve 10 yıl arası olanların mesleki deneyimleri 11 yıl ve üstü olanlara göre daha fazla puana sahip olduğu görülmüştür. Buna göre ankete katılanların vermiş oldukları cevaplardan mesleki deneyim arttıkça yöneticilere ilişkin ve raporlanmış olaylara ilişkin maddelerin puanları düşüş göstermiştir diyebiliriz.

- 21. sorunun tüm boyutları açısından haftalık ortalama çalışma saatleri durumuna göre farklılığa bakılmıştır. Toplam puan türleri çalışma saatine göre; iletişim, raporlanmış olayların sıklığı ve hastane ile ilgili yapılan değerlendirmelerin puan türlerinde farklılık göstermiştir. Her üç boyut için bulunan farkın hangi faktörden kaynaklandığını anlamak için ikili karşılaştırmalar yapılmış bu test sonucunda genel olarak haftada ortalama 36-40 saat arası çalışan kişilerin daha yüksek puanlara sahip olduğu gözlenmiştir. Buna göre haftalık ortalama çalışma saati 41 saati aşan kişilerin iletişim boyutuna ilişkin, raporlanmış olaylara ilişkin ve hastaneye ilişkin maddelerin puanlarında düşüş gösterdiğini söyleyebiliriz.
- 21. sorunun tüm boyutları açısından hizmet verilen hasta sayısına göre farklılığa bakılmıştır. Toplam puan türleri çalışma saatine göre; yönetici, süpervizör veya doğrudan bağlı olunan kişiler, iletişim, raporlanmış olayların sıklığı ve hastane ile ilgili yapılan değerlendirmeler farklılık göstermiştir. Her dört boyut için bulunan farkın hangi faktörden kaynaklandığını anlamak için ikili karşılaştırmalar yapılmış bu test sonucunda genel olarak 21B için 26-40 adet hasta, 21C için 0-40 arası hasta, 21D için 26-40 arası hasta ve 21E için 0-40 arası hasta cevabını veren katılımcıların puanlarının daha yüksek olduğu hesaplanmıştır. Buna göre genelleme yapacak olursak günlük hasta sayısı 41 i geçen katılımcılarda söz konusu boyutların oranları düşük çıkmaktadır.
- Katılımcılar çalışan güvenliği ile ilgili olarak sorulan on maddeli 22. sorunun tüm unsurlarını çoğu zaman ya da bazen şeklinde yorumlamışlardır ve ölçek puanı çok yüksek çıkmamıştır. Buna göre söz konusu unsurlar kısmen uygulandığı ve çalışan güvenliğine gereken önemin tam olarak verilmediği söylenebilir.
- Katılımcılardan çalıştıkları birimde maruz kaldıkları risk unsurlarını değerlendirmeleri istenmiştir. Buna göre sıralanan unsurların hemen hemen hepsi risk yok yada bazen şeklinde yorumlanmıştır. Bu bize göre çalışma ortamının gerçekten güvenliği olduğu ya da çalışanların söz konusu risk faktörlerine gereken önemi vermediği olarak iki farklı şekilde yorumlanabilir.
- Katılımcılara çalışma birimlerindeki güvenlikleriyle ilgili unsurların sorulduğu ondört maddeli 24. soruda çalışanlar tüm unsurları ya hayır ya da kısmen şeklinde cevaplamıştır. Soruların niteliği açısından çoğunlukla istenmeyen unsurlar olduğu

düşünülürse çalışan güvenliğiyle ilgili çok fazla bir sıkıntıyla karşılaşmadıkları şeklinde yorumlanabilir.

- Katılımcılar neden güvenli iğne ekipmanı kullanmadıklarına yönelik olarak sorulan soruya risklere maruz kalma potansiyelinin az olduğunu düşündükleri cevabını çoğunlukla vermişlerdir. Bu da daha önceki bulgularımızı destekler niteliktedir.
- Katılımcılardan son on iki ay içinde herhangi bir iğne ya da kesici alet yaralanmalarına maruz kalmadıklarını ve kalanlarında bu olayı üst yönetime rapor etmeye değer bulmadıkları anlaşılmıştır.
- Katılımcıların 29. ve 30. sorulara verdikleri cevapların analizine göre çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik olarak yöneticilerinin kullanmalarını istediği ekipmanlar ve bu kullanımı için aldıkları eğitim birbiriyle tutarlı olup daha çok cerrahi maske, el koruma, kulak koruyucu ve göz koruyucu unsurlar üzerinde yoğunlaşmıştır.
- Son olarak sorulan çalışanlara uygulanan tıbbi testler ve muayenelere baktığımızda, bunların daha çok standart tıbbi anketler olmak üzere ve diğer kan testleri, fiziksel muayene ve idrar testlerinin hepsinin belirli dönemlerde uygulandığını söyleyebiliriz.

Bu sonuçların ışığında, araştırma yaptığımız hastanelere aşağıdaki hususlar önerilebilir;

- Tıbbi hataların görülme sıklığı ve sonuçları hakkında sağlık çalışanlarında farkındalık oluşturulması, bu amaçla eğitim programları düzenlenmesi,
- Hastanelerdeki hasta güvenliğini ve çalışan güvenliğini artırmak amacıyla yapılan uygulamaların daha etkin şekilde yürütülmesinin sağlanması,
- Çalışanların tıbbi hatalara karşı daha duyarlı olmalarının sağlanması,
- Çalışanların çalıştıkları iş ortamlarındaki risk unsurlarına daha fazla önem vermesinin ve dikkate almasının sağlanması,
- Söz konusu çalışanların güvenliğini etkileyecek unsurlara yönelik olarak daha fazla eğitim verilmesi ve gerekirse çalışanların koruyucu madde kullanımının zorunlu hale getirilmesi,
- Çalışanların iş yüklerini olabildiğince azaltabilmek ve iş yükünün getirdiği yorgunluk ve stresten kaynaklanan hataları en aza indirebilmek amacıyla gerekirse daha fazla personel istihdam ederek çalışma saatlerini ve kişi başına düşen hasta sayısının azaltılmasının sağlanması,

- Bu doğrultuda yeterli ve eğitimi personel çalıştırılması ve çalışma saatlerinin düzenlenmesi,
- Sağlık alışanları arasında daha etkin iletişimin sağlanması, bunun için iletişim araçları ve standartların geliştirilmesi,
- Hasta ve ailesine, tıbbi hatalardan korunma, ilaçların güvenli kullanımı gibi konularda eğitimler verilmesi,
- Kurumlarda hasta güvenliği ile ilgili sorunları bildirme, tartışma ve hatalardan ders almayı kolaylaştıracak sistemler geliştirilmesi,
- Hata raporlamayı destekleyecek ortamlar (gizlilik, elektronik ortamda raporlama gibi) oluşturulması,
- Hata bildiren sağlık çalışanını güvence altına alan yasal düzenlemeler yapılması,
- Hasta güvenliği konularında yöneticilerin personele desteğinin artırılması,
- Hastanelerde “Hasta ve alışan Güvenliği Komitesi” kurulması ve hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik çalışmalar yapılması,
- Hasta ve çalışan güvenliğinin tüm kurum çalışanları tarafından benimsenerek örgüt kültürünün bir parçası haline getirilmesinin sağlanması.

KAYNAKÇA

AIKEN LH, Clarke SP, Sloane DM.; **Hospital Staffing Organization And Quality Of Care: Cross-National Findings**; Int J Qual Health Care 2002;14:5-13.

AIKEN LH, Sloane DM, Lake ET, Sochalski J, Weber AL.; **Organization And Outcomes Of Inpatient Aids Care**; Medical Care 1999; 37:760-72.

AK Bilal; **Hastane Yöneticiliği**; Özkan Matbaacılık, Ankara 1990.

AKALIN H.Erdal; **Hasta Güvenliği**; T.C. Erciyes Üniversitesi Hasta Güvenliği Semineri, www.hastaneler.erciyes.edu.tr/orta_haber/erdal_akalin_Hasta_guvenligikayseri.ppt), Kayseri 2005.

AKDUR Recep; **SAĞLIK SEKTÖRÜ; Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu**; Güncellenmiş ve Genişletilmiş İkinci Baskı; ATAUM Araştırma Dizisi No:25; Ankara Üniversitesi Basımevi; Ankara 2006.

AKSAYAN Seçil; **Hasta Güvenliğinde Liderlik**; 1.Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi'07, Antalya 2007.

AKTAŞ Arzu; **Hastane İşletmelerinde Ev İdaresi Hizmetlerinden Sağlık Çalışanlarının Memnuniyeti Üzerine Bir Araştırma (KTÜ Farabi Hastanesi Örneği)**; T.C. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı İşletme Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trabzon 2007.

AKYILDIZ Naciye; **Sağlık Bilgisi**; Ya-Pa Yayınları; İstanbul 1999.

ALPTEKİN Caner; **Sağlık Kurumlarında Performans Yönetimi: İkinci Basamağa İlişkin Bir Uygulama**; T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; İzmir 2007.

ALPTEKİN Kamil; **Sağlık Hakkı ve İnsan Hakları Üzerine Bir Değerlendirme**, Türk Klinikleri Tıp Etiği Hukuku Tarihi Dergisi; 12; 2004.

ALTAY Asuman; **Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi**, Sayıştay Dergisi, Ocak-Mart 2007, Sayı 64 <http://www.sayistay.gov.tr/dergi/icerik/der64m2.pdf>, (10.01.2011).

ARMITAGE G, Knapman H.; **Adverse Events In Drug Administration: A Literature Review**; J Nurs Manag.;11:130-40; 2003.

ASLANTEKİN Filiz, Bayram GÖKTAŞ, Mesude ULUŞEN, Ramazan ERDEM; **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği**, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:6, 2007.

AŞTI T., R. ACAROĞLU; **Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar**; C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi; 2000.

ATAMAN Göksel; **İşletme Yönetimi**; Türkmen Kitabevi; İstanbul 2001.

ATAY Osman; **Örgüt Kültürü Ve Süreci**; <http://iktisat.uludag.edu.tr/dergi/3/atay/atay2.html>; 01.08.20003

AYDIN Mustafa; **Eğitim Yönetimi**; Hatipoğlu Yayınevi; Ankara 1991.

AZİZ A.; **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri ve Teknikleri**, 4. Basım, Nobel Yayınları, Ankara 2008.

BALOĞLU Burhan; **Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık**; Der Yayınları; İstanbul 2006.

BARAN Tunç; **Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tanımı, Mahiyeti Ve Gelişimi**; T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Seminer Çalışması; İzmir 2005.

BARBER N, Rawlins M, Franklin BD.; **Reducing Prescribing Error: Competence, Control And Culture**; Qual Saf Health Care 2003;12: 29-32.

BATES DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, Laffel G, Sweitzer BJ, Shea BF, Hallisey R, et al; **Incidence of adverse drug events and potential**

- adverse drug events: implications for prevention.** ADE Prevention Study Group. JAMA;274:29-34, 1995.
- BERNSTEIN M, Hebert PC, Etchells E.; **Patient Safety In Neurosurgery: Detection Of Errors, Prevention Of Errors, And Disclosure Of Errors;** Neurosurgery Quarterly 2003;13:125-37.
- BERWICK D.M.; **Errors Today and Errors Tomorrow;** New Engl J Med.; 2003; <http://content.nejm.org/cgi/content/full/348/25/2570?ck=nck>; (10.01.2011).
- BİRCAN Hasan; **Sağlık Hizmetlerinde İş Analizinin Etkileri Ve Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi Uygulaması;** T.C. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; Zonguldak 2005.
- BIYIKLI Hikmet; **Sağlık İşletmelerinin Kurumsal Birleşmelerinin Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi;** T.C. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; Ankara 2007.
- BULUN Mustafa, Fatih DEMİRBAŞ, M. İ. Safa KAPICIOĞLU; **Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Bilişim Teknolojileri Kullanımının Önemi,** <http://www.ab.org.tr/ab02/tammetin/57.doc>, (10.01.2011).
- ÇAĞLIYAN Vural; **Yenilikçilik, Tedarikçi Katılımı Ve İşletme Performansı Üzerine Değer Zinciri Yönetimi Temelli Bir Yaklaşım: Otomotiv Sektöründe Görgül Bir Araştırma,** S.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Konya 2009.
- ÇATALCA Huriye; **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi;** Beta yayınları; İstanbul 2003.
- ÇELİK Fatih; **Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta İle Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma;** T.C. Selçuk üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; Konya 2008.

CEYHAN Ali; **Sağlık Kurumlarında İmaj Yönetimi Açısından Web Sayfası Tasarımlarının Kategorik Analizi Ve Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Uygulaması**, T.C. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Yönetim Ve Organizasyon Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya 2007.

CEYLAN Adnan, Lütfihak ALPKAN, Meral ELÇİ; **Örgüt Kültürü İle Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkilere Yönelik Bir Çalışma**; Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi; Cilt:16 Sayı:5-6, Erzurum 2002.

CEYLAN Canan, Zerrin Y. FIRAT, Nuran BAYRAM; **Mesleki Bağlılığın Örgütsel Bağlılık ve Örgütten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkileri**, 12. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı, Bursa 2004.

ÇIRPAN Hüseyin; **Örgütsel Öğrenme İklimi ve Örgüte Bağlılık İlişkisi: Bir Alan Araştırması**; İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul 1999.

CLARKE SP.; **Organizational Climate And Culture Factors**; Fitzpatrick JJ, Stone PW, Hinton-Walker P. Annual review of nursing research. Springer Publ; 2006: p.258.

CLASSEN DC, Pestotnik SL, Evans RS, Lloyd JF, Burke JP.; **Adverse Drug Events In Hospitalized Patients: Excess Length Of Stay, Extra Costs, And Attributable Mortality**; JAMA; 277:301-6, 1997.

COHEN M.; **Patient Safety Alert: "High-Alert" Medications And Patient Safety**; Int J Qual Health Care; 13:339-40, 2001.

COLLA JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB.; **Measuring Patient Safety Climate: A Review Of Survey**. Qual Saf Health Care 2005;14:364-6.

COOPER MD.; **Towards A Model Of Safety Culture**; Safety Science; 2000.

CORNISH PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Jurlink DN, Etchells EE.; **Unintended Medication Discrepancies At The Time Of Hospital Admission**; Arch Int Med;165:424-9; 2005.

Culture of Safety, Risk and Quality Management Strategies; 2005;
https://www.ecri.org/Documents/Patient_Safety_Center/HRC_CultureofSafety.pdf

DANIŞMAN Ali, Hüseyin ÖZGEN; **Örgüt Kültürü Çalışmalarında Yöntem Tartışması: Niteliksel-Niceliksel Yöntem ikileminde Niceliksel Ölçümler ve Bir Ölçek Önerisi;** Yönetim Araştırmaları Dergisi; Cilt:3 Sayı:2; 2003.

DEAL, T.E. ve KENNEDY A.A.; **Corporata Cultures,** Reading, MA Addison-Wesley, 1982.

DEMİR Kamile, Cevat ELMA; **Öğrenen Örgütlerin Dinamikleri;** Sandal Yayınları; Ankara 2004.

DEMİR Nurdan; **Hastanelerde Örgüt Kültürü ve Hastane Yöneticilerinin Örgüt Kültürü Oluşturmadaki Yeterlilik Derecesi;** T.C. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2005.

DENİSON Daniel R.; **What Is The Difference Between Organizational Culture And Organizational Climate? A Native's Point Of View On A Decade Of Paradigm Wars;** Academy of Management Review; Sayı:21; 1996.

DEVEBAKAN Nevzat; **Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı Ve Güvenliği;** T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi Ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi; İzmir 2007.

DİENEMANN A.J.: **Nursing Administration: Managing Patient Care;** Appleton and Lange, Stamford/Connecticut;1998.

DİNÇER Ömer; **Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası,** Genişletilmiş 6. baskı, Beta Yayınları, İstanbul 2003.

DOKUZOĞUZ Başak; **Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri Ve Kontrolü;** <http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/10/10.53.pdf>; (10.01.2011)).

DURMUŞ S. Hakan, Adem ÖZDEMİR; **Sağlık Bilgisi El Kitabı;** Zeus Kitapevi Yayınları; İzmir 2005.

EREN Erol, Hülya Gündüz ÇEKMECELİOĞLU; **Örgüt Yaratıcılığı ve Verimliliğinin Sağlanmasında Örgüt İkliminin Rolü**; 10. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı; 2002.

EREN Erol; **Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi**; Beta Yayınları; İstanbul 2004.

ERENGÜL Bilge; **Kültür Sihirbazları, Rekabet Üstünlüğü Sağlayan Yönetim**; Evrim Yayınevi; İstanbul 1997.

ERGİN Meral; **Uluslar arası Hasta Güvenliği Bağlamında Konya Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi İle Osmangazi Üniversitesinde Hasta Güvenliği Kültürü Olgusu: Teori ve Karşılaştırmalı Bir Uygulama**, T.C. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; Konya 2008.

ERKMEN Turhan, Güven ORDUN; **Örgüt Kültürü Tipleri ile yönetim Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma**; 9.Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler; 2001; www.isletme.istanbul.edu.tr/duyurular/kongrebook/7/kongre20.htm; 24.01.2005.

ERTEKİN Yücel; **Örgüt İklimi**; Doğan Basımevi; Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları No: 174; Ankara 1978.

ERTEKİN Yücel; **Örgüt İklimi**; Doğan Basımevi; Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları No: 174; Ankara 1978.

ERTEKİN Yücel; **Örgüt İklimi**; Yönetim Psikolojisi I. Ulusal Sempozyumunda Sunulan Bildiriler-Tartışmalar; 1977.

FİLİZ Emel; **Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi**; T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı; Konya 2009.

FLIN R, Burns C, Meams K, Yule S, Robertson EM.; **Measuring Safety Climate In Health Care**; Qual Saf Health Care 2006;15:109-15

GENÇ Nurullah, Fatih KARCIOĞLU; **Örgüt İkliminin Gücü, Aşkale Çimento Örneği**; Karizma Yayınları; İstanbul 2000.

GİRAY Arslan Ümit; **Avrupa Birliği'nde Sağlık Yönetimi**, http://traccess.tubitak.gov.tr/fp6_yeni/Abcpb.aspx, (10.01.2011).

GOLDER S, Light K, Stirk L.; **What's On The Web. Patient Safety**; J Health Serv Res Policy 2007;12: 252-4.

GÖKTAŞ S.; **Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi**, T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; İstanbul 2007.

GÖL Gülizar; **Bayındır Hastanelerinde Hasta Güvenliği Yöntemleri**; 1. Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi, Antalya, 2007.

GÜÇLÜ Sevinç; Nursel ADAK; Eğitim, **Gelir Ve Yaşanılan Yerin, Kadınların Sağlık Ve Hastalık Davranışları Üzerindeki Etkileri**; http://findarticles.com/p/articles/mi_hb1390/is_1_3/ai_n28974434/; (10.01.2011).

GÜLLÜLÜ Uğur, Sevtap ÜNAL, Aysel ERCİŞ, Şükrü YAPRAKLI, **Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti**, Detay Yayıncılık, Ankara 2008.

GÜMÜŞ Önder; **Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hastane Yöneticilerinin Yaklaşımları**; T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; 2005 İzmir.

GÜNEY Salih; **Açıklamalı Yönetim-Organizasyon ve Örgütsel Davranış Terimler Sözlüğü**; 2004

GÜRAK H.; **Bilimsel Araştırma -Hazırlama, Eleştiri ve Sunuş Yöntemleri**; Sakarya 2004 .

GÜRBÜZ Fatoş; **Hemşirelik Hataları**; 1. Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi; Antalya 2007.

GÜRBÜZ Fatoş; **Hasta Güvenliğinde Hemşireliğin Örgütsel Yapısı Ve Yeri**; 3.Ulusal Hemşirelik Yönetimleri Kongresi, 2007.

GÜVENÇ Bozkurt; **İnsan ve Kültür**; Remzi Kitapevi; İstanbul 1991.

HAYRAN Osman, Haydar SUR; **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**; Yüce Yayınları; İstanbul 2007.

HAYRAN Osman, Haydar SUR; **Sağlık İşletmelerinde Yönetim**; Sayed Yayınları; İstanbul 2005.

HAYRAN Osman; **Sağlık ve Hastalık Kavramları**; <http://www.merih.net/m1/wosmhay11.htm>; (10.01.2011).

Healthcare Risk Control (HRC). **Risk Analysis, Culture Of Safety**; ECRI Institute; 2005; https://www.ecri.org/Documents/Patient_Safety_Center/HRC_CultureofSafety.pdf

HELLRİEGEL Don, John W. SLOCUM; **Organizational Climate: Measures, Research and Contingencies**; Academy of Management Journal; Sayı:17; 1974.

Hizmetlerinde Bilişim Teknolojileri Kullanımı; www.ab.org.tr/ab02/tammetin/57.doc, (10.01.2011).

HUME M.; **Changing Hospital Culture, Systems Reduce Drug Errors**; Exec Solut Healthc Manage 1999;2: 4–9.

İnançlar, Tutumlar Ve İş Ahlakı : İş Tatmini Ve Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisi; www.insankaynaklari.com/cn/ContentBody.asp?BodyID=564; 30.07.2003.

İNCESESLİ Aynur; **Çalışma Ortamında Hemşirelerin Sağlığını Ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk Faktörlerinin İncelenmesi**, T.C. Çukurova Üniversitesi

Institute of Medicine (IOM) **Committee on Identifying and Preventing Medication Errors**, Aspden P, Wolcott JA, Bootman JL, Cronenwett LR, eds. Preventing Medication Errors. Washington DC: National Academy Press; 2007.

Institute of Medicine (IOM). **Committee on Quality of Health Care in America Crossing The Quality Chasm: A New Health System For The 21st Century**, Washington DC: National Academy Press; 2001.

Institute of Medicine (IOM). **Committee On The Work Environment For Nurses And Patient Safety**. Page A. ed. Keeping patient safe: transforming the work environment of nurses IOM: National Academy Press; 2004.

İPEK Cemalettin; **Resmi Liseler ile Özel Liselerde Örgütsel Kültür ve Öğretmen Öğrenci İlişkisi**; Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Yönetimi ve Planlaması Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi; Ankara 1999.

İsmail BAKAN vd. , **Örgüt Sırlarının Çözümünde Örgüt Kültürü Teorik ve Ampirik Bir Yaklaşım**, İstanbul: Aktüel Yayınları, Ağustos 2004.

JASON NE, Daniel CV.; **Three Measures Of Sleep, Sleepiness, And Sleep Deprivation And The Risk Of Injury: A Case-Control And Case-Crossover Study**; JABFP 2007;20:16-22.

JCI, Joint Commision International; **Uluslararası Birleşik Komisyon Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları**; Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu; ABD.; 2003.

KARACA Ayşe; **Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Dış Kaynak Kullanımı Ve Sağlık İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımına Yönelik Bir Uygulama**, T.C. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Üretim Yönetimi Ve Pazarlama Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; Denizli 2006.

KARAHAN Atilla; **Çalışanların Örgüt Kültürünü Algılamalarına Yönelik Ampirik Bir Çalışma**;

<http://www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/Dergi%20say%C4%B1%2020/say%C4%B1%2020/KARAHAN,%20Atilla.pdf>, (10.01.2011).

KARAHAN Atilla; **Çalışanların Örgüt Kültürünü Algılamalarına Yönelik Ampirik Bir Çalışma**;

<http://www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/Dergi%20say%C4%B1%2020/say%C4%B1%2020/KARAHAN,%20Atilla.pdf>; (10.01.2011).

KAVUNCUBAŞI Şahin, Selami YILDIRIM; **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**; Siyasal Kitapevi; Ankara 2010.

KAVUNCUBAŞI Şahin; **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**; Siyasal Kitapevi; Ankara 2000.

KAYA Esin; **Sağlık Kurumlarında Örgüt Kültürü (Burdur-Isparta Örneği)**; T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; Isparta 2007.

KIRILMAZ Utku, Deniz ÇANKAYA, Özdemir ÖZDEMİR, Joida MADANİ, Gereltuya CHOIJILJAV, Serkan AKBULUT, Dilek ASLAN; **Bir Meslek Eğitim Merkezi Üçüncü Sınıfında Okuyan Öğrencilerin Sağlık Hizmeti Kullanım Durumlarının Saptanması**, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 12(1) 19-24, 2005.

KORTEN Volkan; **Nosokomiyal Enfeksiyonlar**; 1. Uluslar arası Hasta Güvenliği Kongresi'07, Antalya 2007.

KURTULMUŞ Sevgi; **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**; Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul 1998.

LANG TA, Hodge M, Olson V, Romano PS, Kravitz RL.; **Nurse-Patient Ratios; A Systematic Review On The Effects Of Nurse Staffing On Patient, Nurse Employee And Hospital Outcomes**; J Nurs Admin 2004; 34:326-37.

LEAPE LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA et al.; **The Nature Of Adverse Events In Hospitalized Patients. Results Of The Harvard Medical Practice Study II**. N Engl J Med;324:377-84; 1991.

MAYO MA, Duncan D.; **Nurse Perceptions Of Medication Errors What We Need To Know For Patient Safety**; J Nurs Care Qual 2004;19: 209-17.

MILLIGAN F, Dennis S.; **Improving Patient Safety And Incident Reporting**; Nurse Stand 2004;19:33-36.

MOLLAHALİLOĞLU Salih, Ünal HÜLÜR, Nazan YARDIM, Hüseyin ÖZBAY, Ali Kemal ÇAYLAN, Necdet ÜNÜVAR, Sabahattin AYDIN; **Türkiye’de Sağlık Bakış 2007**; <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200708281545440.TurkiyedeSagligaBakisKitabi2007web.pdf>, (10.01.2011).

MUTLU Ayşegül, A. Kadir IŞIK; **Sağlık Ekonomisinin Temel Kavramları**; Ekin Kitapevi Yayınları; Bursa 2005.

NADZAM M.D.; **Güvenlik Kültüründe Hizmet Sunma: Hemşirelik Bakımının Güçlükleri**; 1.Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi’07, Antalya 2007.

NARLI Yaşar; **Sağlık Sektöründe Hasta Memnuniyetini Arttırıcı Süreç İyileştirme Çalışmaları Üzerine Örnek Bir Uygulama: Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği**; T.C. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim Organizasyon Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; 2009 Konya.

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP). **The First Ten Years. Defining The Problem And Developing Solutions**. 2005; <http://www.nccmerp.org/>

NIEVA VF, Sorra J.; **Safety Culture Assessment: A Tool For Improving Patient Safety In Health Care Organizations**; Qual Saf Health Care 2003;12:17-23.

OCAKCI Ayşe; **Sağlığın Korunma Ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü**; <http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm>; (10.01.2011).

OKAY Ayla; **Kurum Kimliği**; 3. Baskı; MediaCat Kitapları; İstanbul Nisan 2002.

OKAY Ayla; **Sağlık İletişimi**; MediaCat Yayınları, İstanbul 2009.

OKTAY Mahmut; **İletişimciler İçin Davranış Bilimlerine Giriş**; Der Yayınları, İstanbul 2000.

PALA Kayıhan; **Sağlık Hizmetleri İçinde İşyeri Hekimliğinin Yeri**; İşyeri Hekimliği Ders Notları; 8.Basım; Türk Tabipleri Birliği Yayını; 2004.

PHILLIPS J, Beam S, Brinker A, Holquist C, HonigP, Lee LY, Pamer J., **Retrospective Analysis Of Mortalities Associated With Medication Errors**; Am J Health Syst Pharm;58:1835-41, 2001.

PRONOVOST PJ, Weast B, Bishop K, Paine L, Griffith R, Rosenstein BJ, Kidwell RP, Haller KB, Davis R.; **Senior Executive Adopt-Awork-Unit: A Model For Safety Improvoment**. Jt Comm J Qual Saf 2004;30:59-68.

ROGERS AE, Hwang WT, Scott LD, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF.; **The Working Hours Of Hospital Staff Nurses And Patient Safety**; Health Aff ;23:202-12; 2004.

SABUNCUOĞLU Zeyyat, Melek TÜZ; **Örgütsel Psikoloji**; Furkan Ofset; Bursa 2003.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilimdalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; Adana 2005.

Sağlık Hizmetleri Ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları; Modern Yönetim Semineri, Türk-İş Yayınları No:144, 1982, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html#top, (10.01.2011).

Sağlık Sosyolojisinin Gelişimi;

http://www.hekimsaltik.com/modules.php?name=Dizi_Yazilari&file=yazdir&sid=61, (10.01.2011)

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sağlık Eğitimi, I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu (Uluslar arası Katılımlı); 24-26 Kasım 2004 Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Eğitimi Bölümü; Ankara; <http://www.tedavirehberi.net/saglikta-donusum-programi-ve-saglik-egitimi>; (10.01.2011).

ŞAHİN Sakine Gülöz; **Türkiye’de Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı Ve Sağlık Hizmeti**; İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü, Eğitim-Öğretim Yönetmeliği’nin Kamu Yönetimi Anabilim Dalı İçin Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Malatya 2006.

ŞAHİN Ümit; **Hastane İşletmeciliği**; Eskişehir 1999.

SEÇİM Hikmet; **Hastane Yönetimi ve Organizasyonu: Türkiye'de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi**; T.C. İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yayın No: 145, İstanbul 1991.

ŞENOL Vesile; **Kayseri İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Algılanan Sağlık ile İlişkisi**, T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi; Kayseri 2006.

SEREN Şeyda; **Hasta Güvenliği Kültürünün Geliştirilmesi, Kültürel – Örgütsel Engeller ve Yaklaşımlar**; 1.Uluslararası Hasta Güvenliği Kültürü Kongresi'07, Antalya 2007.

SEZGİN Burcu; **Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi**; T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi; İstanbul 2007.

SHEWARD L, Hunt J, Hagen S, Macleod M, Ball J.; **The Relationship Between Uk Hospital Nurse Staffing And Emotional Exhaustion And Job Dissatisfaction**; Journal of Nursing Management 2005;13:51-60.

ŞİMŞEK M. Şerif, Tahir AKGEMCİ, Adnan ÇELİK; **Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış**; Nobel Yayın-Dağıtım; Ankara 2001.

SORRA JS, Nieva VF.; **Hospital Survey On Patient Safety Culture**; Rockville; MD: AHRQ Publ. No. 04-0041. 2004.

SÖZEN Cemil, Mahmut ÖZDEVECİOĞLU; **Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık İşletmelerinde Yönetim**, Nobel Yayınları, Ankara 2002.

T.C. Sağlık Bakanlığı Aday Memur Hazırlayıcı Eğitim Ders Notları, Ankara 2002, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-799/aday-memur-hazirlayici-egitim-ders-notlari.html>; (10.01.2011).

TABAK Ruhi Selçuk; **Sağlık Kültürü Ve Gençlik**, <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m112.htm>, (10.01.2011).

TABAK, Ruhi Selçuk; **Sağlık İletişimi**; Literatür Yayıncılık; İstanbul 1999.

TANYERİ E.; **Özel Sektörde Yöneticilerin Örgüt İklimine Etkisi**; T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2000.

TATARLI Nefiye; **Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Unsurlar Ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama**, T.C. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; Bolu 2007.

TENGİLİMOĞLU Dilaver, Oğuz IŞIK, Mahmut AKBOLAT; **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**; Nobel Yayınları; Ankara 2009.

TERZİ Ali Rıza; **Örgüt Kültürü**; Nobel Yayınları, Ankara 2000.

The Joint Commission. **Universal Protocol For Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery**; 2008;
<http://www.jointcommission.org/PatientSafety/UniversalProtocol/>

TİPİ Çiğdem Belgin; **Tıp Fakültesi Hastanelerinin Erişebilirlik, Kullanışlılık Ve Kullanıcı Memnuniyeti Kapsamında Değerlendirilmesine Yönelik Bir Yöntem Önerisi**; T.C. Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi; Ankara 2007.

TURAN Nurcan; **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları**; T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No:155, İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları, No:182, Eskişehir 2004.

TÜRK Mehmet Sezai; **Bir İletişim Sistemi Olan Örgüt Kültürünün İş Tatmini Üzerindeki Etkisi ve Önemi**; Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; Yayınlanmamış Doktora Tezi; Konya 2003.

ULUDAĞ Ayhan; **Sağlık Hizmetlerinde Halkla İlişkiler**; Tablet Kitapevi; Konya 2010.

UNUTKAN Göksel Ataman; **İşletmelerin Yönetimi ve Örgüt Kültürü**; Türkmen Kitabevi; İstanbul 1995.

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.

VAROL Nezih; Hasta Güvenliği İhlallerinin Sağlık Hukuku Açısından Değerlendirilmesi (Bildiri). 1. Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi; Antalya 2007.

VEFİKULUÇAY Duygu, Ömer KUTLU; **Üreme Fizyolojisi Bilgi Testinin Geliştirilmesi**, HIV AIDS Dergisi; 7(3); 92–105 (2004).

VURAL Z. Beril Akıncı; **Kurum Kültürü**; İletişim Yayınları; İstanbul 1998.

VURAL Z. Beril Akıncı; **Kurum Kültürü**; İletişim Yayınları; İstanbul 1998.

WEINGER MB, Ancoli-Israel SA.; **Sleep Deprivation And Clinical Performance**; JAMA 2002; 287:955-7.

WILLCOCKS Stephen G.; **Organizational Analysis: A Health Service Commentary**, Leadership & Organization Development Journal, MCB University Press, Vol.15, No:1; 1994.

World Health Organization. **Launch of nine patient safety solutions**; Washington DC; 2007b.

World Health Organization; **The Conceptual Framework For The International Classification For Patient Safety Version 1.0 For Use In Field Testing 2007-2008 Icps.**, http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_form/en/index.html, WHO 2007c.

World Health Organization; **World Alliance For Patient Safety. Implementation Manual Who Surgical Safety Checklist (First Edition). Safe Surgery Saves Lives.** Geneva, Switzerland; WHO Press: 2008.

YAZICIOĞLU Yahşi, Saniye ERDOĞAN, S.; **Spss Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri**; Detay Yayıncılık, Ankara 2004.

YAZIHAN Nuray; Hakkı Hakan YILMAZ; **Türkiye’ De Meme Kanseri: Ekonomik Etkinlik Ve Maliyet Etkililik**; <http://www.ukdk.org/pdf/kitap/32.pdf>, (10.01.2011).

YELKİKALAN Nazan, Erdal AYDIN; **Aile İşletmelerinde İlk Kuşak Girişimcilerin Örgüt Kültüründe Belirleyiciliklerinin Araştırılması**; 1.Aile İşletmeleri Kongresi Bildiri Kitabı; 2004.

YILDIRIM Erhan; **Stratejik Yönetim ve Örgüt Kültürü İlişkisi**; T.C. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002

YILDIRIM Ruşen. **Hasta Güvenliği**; 1. Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi; Antalya 2007.

ZERENLER Muammer, Adem ÖĞÜT; **Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği**; T.C. S.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 18, Konya 2007.

ÖCEK Zeliha, Ata SOYER; **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı**; Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2007.

ÖGE Serdar; **Örgüt İklimi**, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; Konya 1996.

ÖZDAMAR K.; **Paket Programlar ve İstatistiksel Veri Analizi (Çok Değişkenli Analizler)**, 4. Baskı. Kaan Yayınları, Eskişehir 2002.

ÖZDEMİR Mahmut; **Türkiye’de Hastaneler İçin Yeni Organizasyon Modeli İhtiyacı**; 2007; <http://mahmutozdemir.com/mahmutozdemir/turkiyede-hastaneler-icin-yeni-organizasyon-modeli-ihtiyaci>; (01.03.2009).

ÖZGEN Hüseyin; **Çağdaş Hastane Yönetim Anlayışı ve Türkiye’deki Uygulamalar**; Editör: Hikmet Seçim; Hastane İşletmeciliği Seçme Yazılar, Eskişehir 1995.

ÖZGENER Şevki, Fatma KÜÇÜK; **Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama**; http://www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos_mak/makaleler/%C5%9Eevki%20%C3%96ZGENER%20-

%20Fatma%20K%C3%9C%C3%87%C3%9CK/%C3%96ZGENER,%20%C5%9E
EVK%C4%B0%20VD..pdf, (10.01.2011).

ÖZGENER Şevki; **Organizasyonlarda İş Ahlakının Kurumsallaşması;**
www.bahadirakin.tripod.com/isahlaki.htm; 30.07.2003.

ÖZGENER Şevki; **Organizasyonlarda İş Ahlakının Kurumsallaşması;**
www.bahadirakin.tripod.com/isahlaki.htm; 30.07.2003.

ÖZKALP Enver, Çiğdem KIREL; **Örgütsel Davranış;** T.C. Anadolu Üniversitesi Eğitim,
Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı Yayınları, Eskişehir 2001.

ÖZSARI S. Haluk; **Sağlık Ve Milli Güce Etkisi;** Milli Güvenlik Akademisi Müdavimleri
için verilen seminer notu, 1999.

ÖZTEK Zafer; **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi;** Palme
Yayıncılık, Ankara 2004.

EK1. İZİN BELGELERİ

ÖZEL ANIT HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

KONYA

Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bilim Dalı'nda Doktora öğrencisiyim. "SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ÖRGÜT KÜLTÜRÜNÜN BİR BOYUTU OLARAK HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ: KURAM VE KONYA İLİNDEKİ HASTANELERDE BİR UYGULAMA" isimli doktora tezim için kurumunuzda çalışanlara yönelik olarak ekte yer alan "Sağlık İşletmelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü" konulu anket çalışması yapmam için gerekli iznin verilmesini saygılarımla arz ederim.

Adres: Selçuk Üniversitesi İktisadi ve
İdari Bilimler Fakültesi Kampus-Konya
Tel: 0332 2233095
0533 4791737

Arş. Gör. Aydan YÜCELER


Hasibe GUMUŞ
Hastane Müdürü

Ek: Müşteri (Hasta) Memnuniyeti Anketi.

ÖZEL AKADEMİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

KONYA

Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bilim Dalı'nda Doktora öğrencisiyim. "SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ÖRGÜT KÜLTÜRÜNÜN BİR BOYUTU OLARAK HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ: KURAM VE KONYA İLİNDEKİ HASTANELERDE BİR UYGULAMA" isimli doktora tezim için kurumunuzda çalışanlara yönelik olarak ekte yer alan "Sağlık İşletmelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü" konulu anket çalışması yapmam için gerekli iznin verilmesini saygılarımla arz ederim.

Adres: Selçuk Üniversitesi İktisadi ve
İdari Bilimler Fakültesi Kampus-Konya
Tel: 0332 2233095
0533 4791737

Arş. Gör. Aydan YÜCELER



Ek: Müşteri (Hasta) Memnuniyeti Anketi.

ÖZEL BÜYÜKŞEHİR HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE
KONYA

Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bilim Dalı'nda Doktora öğrencisiyim. "SAĞLIK İŞLETMELERİNDE ÖRGÜT KÜLTÜRÜNÜN BİR BOYUTU OLARAK HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ: KURAM VE KONYA İLİNDEKİ HASTANELERDE BİR UYGULAMA" isimli doktora tezim için kurumunuzda çalışanlara yönelik olarak ekte yer alan "Sağlık İşletmelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü" konulu anket çalışması yapmam için gerekli iznin verilmesini saygılarımla arz ederim.

Adres: Selçuk Üniversitesi İktisadi ve
İdari Bilimler Fakültesi Kampus-Konya
Tel: 0332 2233095
0533 4791737

Arş. Gör. Aydan YÜCELER



Ek: Müşteri (Hasta) Memnuniyeti Anketi.



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ



Sayı : B.30.2.SEL.0.20.00.00 - 128
Konu : Hasta ve Çalışan Güvenliği Anketi

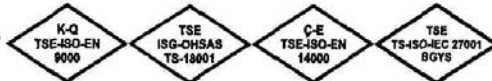
Tarih: 18.05.2011

S.Ü. SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ'ne

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı'nda Arş.Gör. Aydan Yüceler'in yürütmekte olduğu "Sağlık İşletmelerinde Örgüt Kültürünün Bir Boyutu Olarak Hasta ve Çalışan Güvenliği: Kuram ve Konya İlindeki Hastanelerde Bir Uygulama" başlıklı doktora tezinin uygulama kısmı için "Sağlık İşletmelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü" anketinin hastanemizde uygulanması uygun görülmüştür.

Kubilay ÖZER
BAŞMÜDÜR Y.

Adres: S.Ü. Meram Tıp Fak.Hastanesi, Akyokuş 42080-Meram / KONYA,
Tel: (0332) 223 60 00, Faks: (0332) 223 61 84,
Elektronik posta : mtiphos@selcuk.edu.tr,
Web Adresi : www.meramtıp.com.tr
Bilgi için : Bilgi İşlem Merkezi, Tel : 223 67 97



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hiz.Gen.Müd.Performans
Yön.ve Kalite Geliş.Daire
07 Haziran 2011 16:47:56 /25395

Sayı: B-10-0-THG-0-70-00-03/ 25395
Konu: Akademik Destek




KONYA VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi: 18/05/2011 tarihli ve 20842 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda Aydan YÜCELER tarafından araştırma izni istenen "Sağlık İşletmelerinde Örgüt Kültürünün Bir Boyutu Olarak Hasta ve Çalışan Güvenliği: Kuram ve Konya İlindeki Hastanelerde Bir Uygulama" isimli doktora tez çalışması için kullanacağı anket uygun görülmüş olup, çalışmanın nihai halinin bir nüshasının da Birimimize gönderilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Dr. Hasan GÜLER
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı

İL SAĞLIK BAKANLIĞI
Vali Y.
13 HAZİRAN 2011
Konya Valiliği
Evrak Gelir
Sayı: 43360 Ek:.....

Konya İl Sağlık Müdürlüğü
Tarih / Sayı: 14.06.2011 028095
Şube Adı : EĞİTİM ŞUBE MÜDURLÜĞÜ

Gelen Evrak



Kayıt Yapan : AYRANCI

SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
İrtibat: Şb.Md. Ö.ÖNDER, Tel: (312) 458 50 08, Fax: (312) 435 16 79, Web: www.performans.saglik.gov.tr

EK2.ANKET

"Sağlık İşletmelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü" Anketi

I. Grup: Demografik Özellikler

- Yaşınız:
- Cinsiyetiniz: () Erkek () Kadın
- Medeni durumunuz: () Bekâr () Evli
- Öğrenim Durumunuz:
() İlköğretim () Ön Lisans () Lisans () Lisansüstü
() Sağlık Meslek Lisesi () Diğer Liseler
- Çalıştığınız Birim:
- Mesleğiniz:
() Uzman Doktor/Öğretim Üyesi () Pratisyen Doktor () Uzmanlık Öğrencisi () Hemşire
() Sağlık Teknisyeni () İdari Memur () Sağlık Memuru () Teknik Personel () Hizmetli
() Diğer.....
- Mesleki Deneyiminiz: (yıl)
- Haftalık Ortalama Çalışma Saatiniz: (saat)
- Günlük Bakım Verdiğiniz/ Tedavisinde Bulduğunuz Ortalama Hasta Sayısı:
- Bulduğunuz görevde genellikle hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içinde misiniz?
() Evet () Hayır () Bazen

II. Grup: Çalışanların Hasta Güvenliği Algılamaları

- Sizce tıbbi hataları en sık hangi meslek grubundakiler yapıyor?
() Hekimler () Hemşireler
() Diğer (yazınız).....
- Tıbbi hataların meydana gelme sebepleri neler olabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
() 1.Hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması
() 2.Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres
() 3.İletişim bozuklukları
() 4.Ekip çalışmasının olmaması
() 5.Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması
() 6.Doktorların hastalara yeterince vakit ayırmaması
() 7.Mesleki eğitiminin yetersiz olması
() 8.Doktorların el yazılarının okunaklı olmaması
() 9.Diğer.....
- Tıbbi hata durumunda tutum ne olmalıdır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
() 1.Sağlık çalışanları yapılan hataları hastaya açıklamalıdır.
() 2.Hata yapıldığında hastadan özür dilenmelidir.
() 3.Hataya uğrayanlar sağlık çalışanlarını dava etmelidir.
() 4.Diğer (belirtiniz).....
- Sizce yapılan hatalardan kim sorumlu tutulmalıdır?
() Hatayı yapan kişiler () Hatanın yaşandığı kurumlar () Her ikisi de
- Tıbbi hataları önlemede hastaların da sorumluluğu var mıdır? () Evet () Hayır () Kısmen
- Sizce hastaların tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilme payı nedir?
() Büyük oranda koruyabilir () Biraz koruyabilir () Koruyamaz
- Tıbbi hatalar konusunda ne sıklıkla duyum alıyorsunuz?
() Hiç duymadım () Nadiren () Ara sıra () Çok sık
- Tıbbi hatalardan korunmak için kendi bilgi ve farkındalığınıza ne kadar güveniyorsunuz?
() Çok güvenirim () Biraz güvenirim () Güvenmem
- Son 12 ayda kaç kez hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili olay raporu yazıp idarecilerinize verdiniz? adet

III. Grup: Çalışanların Görev Yaptıkları Birimde Hasta Güvenliği Uygulamalarına Karşı Algılamaları

20. Çalıştığınız bölümde aşağıdaki uygulamalar ne ölçüde yapılabiliyor? (Uygun yere X işareti koyunuz)

| | Evet | Hayır | Kısmen |
|---|------|-------|--------|
| Hastaya yapılan tüm uygulamalar hakkında açıklayıcı bilgi verilmesi | | | |
| Taburcu olacak hastaya eğitim verilmesi | | | |
| Hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere bildirilmesi, dikkat çekecek şekilde kaydedilmesi | | | |
| Yapılan uygulamalarda asepsi ve sterilizasyon koşullarına uyulması | | | |
| Kan ve kan ürünlerinin yazılı prosedürlere uygun verilmesi | | | |
| Hastanın düşme ve yaralanması konusunda önlemlerin alınması | | | |
| Hasta transferlerinin hemşire refakatinde yapılması | | | |
| Yapılan tüm uygulamaların kaydedilmesi | | | |
| Sözel direktif alma/verme kriterlerinin yazılı olarak belirlenmesi | | | |
| Tıbbi cihazların kalibrasyonunun düzenli aralıklarla yapılması | | | |
| Kesici ve delici maddelerin uygun şekilde toplanması | | | |
| Hasta ameliyata girmeden önce girişimde bulunulacak operasyon bölgesinin tespiti için hasta dosyasına bakılması | | | |
| Hasta ameliyata girmeden önce girişimde bulunulacak operasyon bölgesinin tespiti için hastaya sorulması | | | |
| Radyasyon güvenliği sağlamaya yönelik gerekli tedbirlerin alınması | | | |
| Hasta tabelası ve orderları doktorlar tarafından okunaklı ve anlaşılabilir şekilde yazılması | | | |

IV. Grup: Çalışanların Görev Yaptıkları Birimin Sahip Olduğu Örgüt Kültürüne İlişkin Algılamaları

21. Çalışma biriminizle ilgili olarak aşağıda belirtilen konuları değerlendiriniz. (Uygun yere X işareti koyunuz)

| A. Bölüm Bilgileri | Hiçbir Zaman | Nadiren | Bazen | Çoğu Zaman | Her Zaman |
|--|--------------|---------|-------|------------|-----------|
| Lütfen <i>çalışma biriminizle ilgili olarak</i> aşağıda belirtilen konuları değerlendiriniz | | | | | |
| Burada daha ciddi hataların oluşmaması tesadüfe bağlı değildir. | | | | | |
| Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz. | | | | | |
| Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız. | | | | | |
| Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir. | | | | | |
| Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duymazlar. | | | | | |
| Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler yoktur. | | | | | |
| Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır. | | | | | |

| B. Yöneticileriniz/süpervizör | Hiçbir Zaman | Nadiren | Bazen | Çoğu Zaman | Her Zaman |
|---|--------------|---------|-------|------------|-----------|
| Yönetici/süpervizör veya doğrudan bağlı olduğunuz kişiler ile ilgili aşağıdaki konulara katılma derecenizi belirtiniz. | | | | | |
| Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapmış bir işi gördüğünde takdir eder. | | | | | |
| Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır. | | | | | |
| Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister. | | | | | |
| Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelmezler. | | | | | |

| C. İletişim | | | | | |
|---|---------------------|----------------|--------------|-------------------|------------------|
| Bölümünüzde aşağıdakiler ne sıklıkta oluyor? | Hiçbir Zaman | Nadiren | Bazen | Çoğu Zaman | Her Zaman |
| Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz. | | | | | |
| Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir. | | | | | |
| Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz. | | | | | |
| Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder. | | | | | |
| Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız. | | | | | |
| Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkmazlar. | | | | | |

| D. Raporlanmış Olayların Sıklığı | | | | | |
|---|---------------------|----------------|--------------|-------------------|------------------|
| Biriminizde aşağıdaki hatalar olduğunda ne sıklıkla rapor ediliyor? | Hiçbir Zaman | Nadiren | Bazen | Çoğu Zaman | Her Zaman |
| Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor? | | | | | |
| Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor? | | | | | |
| Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor? | | | | | |

| E. Hastaneniz | | | | | |
|--|---------------------|----------------|--------------|-------------------|------------------|
| Hastaneniz ile ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz. | Hiçbir Zaman | Nadiren | Bazen | Çoğu Zaman | Her Zaman |
| Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır. | | | | | |
| Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışır. | | | | | |
| Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor. | | | | | |
| Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda değil her zaman hasta güvenliği ile ilgilidir. | | | | | |
| Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır. | | | | | |
| Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir. | | | | | |
| Hasta güvenliği konusunda çalıştığım birim yeterlidir. | | | | | |

V. Grup: Çalışanların Çalıştıkları Birimde Çalışan Güvenliğine İlişkin Algılamalar

22. Çalışma biriminizle ilgili olarak aşağıda belirtilen konuları değerlendiriniz. (Uygun yere X işareti koyunuz)

| | Hiçbir Zaman | Nadiren | Bazen | Çoğu Zaman | Her Zaman |
|--|---------------------|----------------|--------------|-------------------|------------------|
| Bu işyerinde, işçilerin sağlık ve güvenliği çok iyi yönetilen büyük bir önceliktir. | | | | | |
| Görevlerimi yerine getirirken genellikle güvenlik önlemleri almaya ayıracağım zamanım olur. | | | | | |
| İşverenim uygun kişisel koruma ekipmanını hazır eder. | | | | | |
| İşyerinde kaza ve vakaların riskini nasıl azaltacağımı biliyorum. | | | | | |
| Departmanımda ya da birimde çalışanlar sık sık tehlikeli ve riskli durumlara maruz kalmazlar. | | | | | |
| Güvenlik ekipmanlarını nasıl kullanacağımı ve standart iş prosedürlerini biliyorum. | | | | | |
| Güvenli olmayan çalışma şartları makul bir zaman içinde düzeltilir. | | | | | |
| Mevcut işverenimden işimdeki sağlık ve güvenlik tehlikelerini anlamaya yönelik yeterince eğitildim. | | | | | |
| Mevcut işverenim tarafından işyerinde olası şiddet olaylarını nasıl göreceğim ve başa çıkacağım konusunda eğitildim. | | | | | |
| İşimi nasıl etkileyeceğinden endişe duymadan yaralanmaları müdüre bildirebilirim. | | | | | |

23. Lütfen aşağıdaki sağlık ve güvenlik tehlikelerinin çalıştığınız bölüm açısından risk seviyesini belirtiniz. (Uygun yere X işareti koyunuz)

| | Hiç Risk Yok | Risk Yok | Bazen | Risk Var | Çok Risk Var |
|--|--------------|----------|-------|----------|--------------|
| Genel kimyasal maddeler (asitler, aşındırıcılar, çözeltiler) | | | | | |
| Anestezik gazlar | | | | | |
| Zararlı ilaçlar (anti-neo-plastik ajanlar) | | | | | |
| Yüksek seviye dezenfektanlar (glutaral dehyde) | | | | | |
| Sterileştiriciler (etilen oksit, hidrojen peroksit) | | | | | |
| İyonlaşan radyasyon (röntgen ışınlar, hidrojen peroksit) | | | | | |
| Makine güvenlik riskleri (hareketli parçalar maruz kalma vb.) | | | | | |
| Lazer dumanı ve elektro cerrahi aletleri | | | | | |
| Bulaşıcı hastalık ajanları (tüberküloz) | | | | | |
| Kan kaynaklı patojenler (HIV ve hepatit) | | | | | |
| Lateks alerjanlar (eldivenler) | | | | | |
| Diğer sağlık ve güvenlik meseleleri (Lütfen belirtin) | | | | | |
| Belirtin: | | | | | |

24. Çalışma biriminizle ilgili olarak aşağıda belirtilen konuları değerlendiriniz. (Uygun yere X işareti koyunuz)

| | Evet | Hayır | Kısmen |
|---|------|-------|--------|
| Bu işyerinde işinizi yaparken iğne ,IV insertion ya da file botomi yapıyor musunuz? | | | |
| Bu işyerinizdeki işinizde, gözle görülür bir şekilde kan, idrar, gaita ya da kusmuk bulaşmış yatak örtüsü, elbise, çarşaf ya da diğer malzemeleri elinize alıyor musunuz? | | | |
| Bu işyerinde, gözle görülür bir şekilde kan, idrar, gaita ya da kusmuk bulaşmış yatak örtüsü, elbise, çarşaf ya da diğer malzemeleri ele alırken izlemeniz gereken evrensel önlemleri takip etme konusunda eğitim aldınız mı? | | | |
| Son 7 takvim günü içerisinde gözle görülür bir şekilde kan, idrar, gaita ya da kusmuk bulaşmış yatak örtüsü, elbise, çarşaf ya da diğer malzemeleri elinize alırken her zaman kişisel korunma ekipmanı giydiniz mi? | | | |
| İşteyken size vuruldu, tekme atıldı, itildiniz, ısırıldınız, tutulduunuz veya bir şey fırlatıldı? | | | |
| Başka birisine vurulması, tekme atılması, itilmesi , tutulması veya bir şey fırlatılmasına şahit oldunuz? | | | |
| İşteyken fiziksel şiddet veya silah ile (tabanca, bıçak,keskin bir nesne) ile tehdit edildiniz mi ? | | | |
| İşteyken size bağırıldı, küfür edildi, isim takıldı veya sözlü olarak meydan okundu mu? | | | |
| Bu işyerinde işverene hiç şiddet vakası bildirdiniz mi? | | | |
| Çalışırken sık sık ağır yükler (insanlar ya da nesnelere) hareket ettirmek ya da kaldırmak zorunda kalırsınız. | | | |
| İşim hızlı ve sürekli fiziksel etkinlik gerektirir. | | | |
| Sıklıkla fiziksel olarak sıkıntılı pozisyonlarda uzun süre çalışmam gerekir. | | | |
| İşimi yapmak için sıklıkla eğilmek veya diz çökmek gerekir. | | | |
| Geçen 1 yıl içerisinde bu iş verene tıbbi bir değerlendirme aldınız mı (bu tür bir değerlendirme tıbbi bir anket fiziksel muayene, kan ve/veya idrar testleri içerir)? | | | |

25. Her zaman, güvenli iğne ekipmanı kullanmamanızın nedenleri nedir? Size uyanların hepsini işaretleyin lütfen.

- 1.Risklere maruz kalma potansiyeli çok az
 2.Maruz kalmam olası fakat sağlık riski çok az
 3.İşveren gerek duymuyor
 4.İşveren bunları sağlamıyor
 5.Çok zaman alıcı
 6.Kullanması çok sıkıntılı veya zor
 7.Çok rahatsız edici
 8.Hastalar kullanmayı kabul etmeye hazır değil
 9.İş alanında hazır halde veya her zaman bulunmuyor
 10.Alet ticari olarak mevcut değil
 11.Diğer (Lütfen belirtin):_____

26. Son 12 ay içinde, bu iş yerinde çalışırken kaç tane iğne ya da diğer kesici aletlerle (stril olmayan iğne ya da kesici alet batması) ile ilgili yaralanma yaşadınız?.....adet

27. Son 12 ay içinde kaç tane iğne yada kesici alet yaralanmasını(örneğin cildinizi steril olmayan bir iğne veya kesici bir aletle delinmesi) iş verene (işçi, sağlık görevlisi,süpervizör ya da herhangi bir yetkiliye) rapor ettiniz?

28. En son yaşadığınız iğne yaralanmasını rapor etmeme nedenlerinizi işaretleyiniz. Lütfen size uygun olanlarını işaretleyiniz.

- 1 Yaralanmanın rapor edecek kadar önemli olmadığını düşündüm.
 2 İğnenin steril olduğunu düşündüm.
 3 Çok meşguldüm ve yaralanmayı rapor etmeye zamanım olmadı.
 4 Güvenli olmayan iş uygulamalarından dolayı suçlanmaktan endişe duydum.
 5 Rapor etmeye gitseydim işimi görecekti başkası yoktu.
 6 İş yerinde iğne yaralanmalarını rapor etmeye yönelik bir prosedür yok.
 7 Diğerlerini lütfen belirtin.

29. Aşağıdaki kişisel koruyucu aletler ve ekipmanlardan hangisi ya da hangilerinin giyilmesi iş verentiniz tarafından istenilmektedir? Size uyanları işaretleyin lütfen.

1. Hiçbiri
 2. Respilatörler(cerrahi maskeler dahil değil)
 3. Cerrahi maske
 3. Göz koruyucu(güvenlik gözlükleri vb)
 4. Yüz koruyucu (örneğin yüz zırhı kaynak kasklar vb)
 5. Ayak koruma (örneğin çelik topuk ayakkabılar kimyasal dayanan botlar vb)
 6. Ayakkabı ve bot örtüleri
 7. Tekrar kullanılabilir koruyucu giysi (örneğin apronlar, röntgen önlükler laboratuvar önlükleri, fırça vb)
 8. Kullan at koruyucu elbiseler (örneğin izalasyon önlükler, tulumlar vb)
 9. Kulak koruyucu (kulak tıkaçları,)
 10. El koruma(örneğin eldivenler el pedleri,baryer kremleri vb)
 11. Diz koruyucular
 12. Sırt bel veya lomber destek
 13. Diğer (lütfen belirtin:_____)

30. Aşağıdaki kişisel korunma aletleri konusunda işvereninize size uygun seçim, kullanım, bakım, değiştirme, konusunda eğitim verdi mi?

1. Hiçbiri
 2. Respilatörler(cerrahi maskeler dahil değil)
 3. Cerrahi maske
 4. Göz koruyucu(güvenlik gözlüklerin vb)
 5. Yüz koruyucu (örneğin yüz zırhı kaynak kasklar vb)
 6. Ayak koruma (örneğin çelik topuklu ayakkabılar kimyasala dayanan botlar vb)
 7. Ayakkabı ve bot örtüleri
 8. Tekrar kullanılabilir koruyucu giysi (örneğin apronlar, röntgen önlüğü, laboratuvar önlükleri, fırçalar vb)
 9. Kullan at koruyucu elbiseler (örneğin izalasyon önlükler, tulumlar, vb)
 10 Kulak koruyucu (kulak tıkaçları)
 11. El koruma(örneğin eldivenler el pedleri,bariyer kremleri vb)
 12. Diz koruyucular
 13. Sırt bel veya lomber destek
 14. Diğer (lütfen belirtin:_____)

31. Aşağıdaki tıbbi testler veya muayeneler bu iş veren tarafından sağlananlar arasında mıdır?

- 1.Standart tıbbi anket
 2. Fiziksel muayene
 3. Kan testi
 4. İdrar testi

İSİM :.....
TELEFON :.....
KURUM :.....

EK3. CROSSTABLAR

Cinsiyet Açısından 21. Soruda Farklılık

Group Statistics

| cinsiyet | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|-----------------|-----|---------|----------------|-----------------|
| soru21a_1 erkek | 87 | 19,9540 | 10,13962 | 1,08708 |
| soru21a_1 kadın | 469 | 23,7399 | 7,63011 | ,35233 |
| soru21b_1 erkek | 87 | 11,2184 | 5,35143 | ,57373 |
| soru21b_1 kadın | 469 | 12,7846 | 4,52468 | ,20893 |
| soru21c_1 erkek | 87 | 18,6437 | 7,45370 | ,79912 |
| soru21c_1 kadın | 469 | 21,1066 | 5,90861 | ,27283 |
| soru21d_1 erkek | 87 | 7,1954 | 4,39566 | ,47126 |
| soru21d_1 kadın | 469 | 9,0597 | 3,81807 | ,17630 |
| soru21e_1 erkek | 87 | 23,0345 | 9,45792 | 1,01400 |
| soru21e_1 kadın | 469 | 24,7313 | 7,20342 | ,33262 |

Independent Samples Test

| | Levene's Test for quality of Variance: | | t-test for Equality of Means | | | | | | | |
|----------|--|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|---------|---------|
| | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | | |
| | | | | | | | | Lower | Upper | |
| soru21a_ | 15,959 | ,000 | Equal varianc assumed | -4,018 | 554 | ,000 | -3,78585 | ,94215 | 5,63646 | 1,93523 |
| | | | Equal varianc not assumed | -3,313 | 104,804 | ,001 | -3,78585 | 1,14275 | 6,05176 | 1,51994 |
| soru21b_ | 1,770 | ,184 | Equal varianc assumed | -2,878 | 554 | ,004 | -1,56626 | ,54428 | 2,63537 | -,49715 |
| | | | Equal varianc not assumed | -2,565 | 109,966 | ,012 | -1,56626 | ,61059 | 2,77631 | -,35620 |
| soru21c_ | 9,380 | ,002 | Equal varianc assumed | -3,417 | 554 | ,001 | -2,46293 | ,72069 | 3,87855 | 1,04731 |
| | | | Equal varianc not assumed | -2,917 | 106,951 | ,004 | -2,46293 | ,84441 | 4,13689 | -,78897 |
| soru21d_ | 7,686 | ,006 | Equal varianc assumed | -4,081 | 554 | ,000 | -1,86430 | ,45681 | 2,76159 | -,96700 |
| | | | Equal varianc not assumed | -3,705 | 111,356 | ,000 | -1,86430 | ,50316 | 2,86131 | -,86728 |
| soru21e_ | 8,368 | ,004 | Equal varianc assumed | -1,913 | 554 | ,056 | -1,69686 | ,88686 | 3,43888 | ,04516 |
| | | | Equal varianc not assumed | -1,590 | 105,280 | ,115 | -1,69686 | 1,06716 | 3,81277 | ,41905 |

Medeni Durum Açısından 21. Soruda Farklılık

Group Statistics

| medenidur | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|-----------------|-----|---------|----------------|-----------------|
| soru21a_1 bekar | 149 | 23,9396 | 7,61775 | ,62407 |
| evli | 398 | 22,9271 | 8,34593 | ,41834 |
| soru21b_1 bekar | 149 | 12,5235 | 4,18101 | ,34252 |
| evli | 398 | 12,5704 | 4,86584 | ,24390 |
| soru21c_1 bekar | 149 | 20,5436 | 5,89948 | ,48330 |
| evli | 398 | 20,8090 | 6,36099 | ,31885 |
| soru21d_1 bekar | 149 | 9,0738 | 3,67808 | ,30132 |
| evli | 398 | 8,6558 | 4,05188 | ,20310 |
| soru21e_1 bekar | 149 | 24,4497 | 7,37915 | ,60452 |
| evli | 398 | 24,4573 | 7,73601 | ,38777 |

Independent Samples Test

| | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|----------------------------------|---|------|------------------------------|---------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|---------|
| | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | Lower | Upper |
| soru21a_1 Equal variance assumed | ,340 | ,560 | 1,293 | 545 | ,197 | 1,01246 | ,78318 | -,52596 | 2,55089 |
| Equal variance not assumed | | | 1,348 | 289,132 | ,179 | 1,01246 | ,75132 | -,46628 | 2,49120 |
| soru21b_1 Equal variance assumed | 1,490 | ,223 | -,104 | 545 | ,917 | -,04686 | ,45041 | -,93162 | ,83790 |
| Equal variance not assumed | | | -,111 | 306,740 | ,911 | -,04686 | ,42049 | -,87427 | ,78054 |
| soru21c_1 Equal variance assumed | ,045 | ,832 | -,443 | 545 | ,658 | -,26542 | ,59921 | -1,44246 | ,91162 |
| Equal variance not assumed | | | -,458 | 284,757 | ,647 | -,26542 | ,57900 | -1,40509 | ,87425 |
| soru21d_1 Equal variance assumed | 3,783 | ,052 | 1,101 | 545 | ,271 | ,41805 | ,37974 | -,32788 | 1,16397 |
| Equal variance not assumed | | | 1,150 | 290,665 | ,251 | ,41805 | ,36338 | -,29714 | 1,13323 |
| soru21e_1 Equal variance assumed | ,002 | ,967 | -,010 | 545 | ,992 | -,00762 | ,73383 | -1,44910 | 1,43386 |
| Equal variance not assumed | | | -,011 | 277,343 | ,992 | -,00762 | ,71820 | -1,42144 | 1,40620 |

Öğretim durumu Açısından 21. Soruda Farklılık

ANOVA

| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-----------|----------------|----------------|-----|-------------|--------|------|
| soru21a_1 | Between Groups | 2481,414 | 5 | 496,283 | 7,763 | ,000 |
| | Within Groups | 34455,981 | 539 | 63,926 | | |
| | Total | 36937,394 | 544 | | | |
| soru21b_1 | Between Groups | 690,499 | 5 | 138,100 | 6,708 | ,000 |
| | Within Groups | 11096,279 | 539 | 20,587 | | |
| | Total | 11786,778 | 544 | | | |
| soru21c_1 | Between Groups | 1261,198 | 5 | 252,240 | 6,962 | ,000 |
| | Within Groups | 19527,536 | 539 | 36,229 | | |
| | Total | 20788,734 | 544 | | | |
| soru21d_1 | Between Groups | 895,532 | 5 | 179,106 | 12,764 | ,000 |
| | Within Groups | 7563,558 | 539 | 14,033 | | |
| | Total | 8459,090 | 544 | | | |
| soru21e_1 | Between Groups | 1731,927 | 5 | 346,385 | 6,296 | ,000 |
| | Within Groups | 29653,695 | 539 | 55,016 | | |
| | Total | 31385,622 | 544 | | | |

soru21a_1

Tukey HSD^{a,b}

| öğretim_dur | N | Subset for alpha = .05 | | |
|---------------|-----|------------------------|---------|---------|
| | | 1 | 2 | 3 |
| diğer | 35 | 16,7143 | | |
| ilköğretim | 14 | 18,4286 | 18,4286 | |
| ön lisans | 101 | 21,7723 | 21,7723 | 21,7723 |
| sağlyk meslek | 96 | | 23,3021 | 23,3021 |
| lisansüstü | 29 | | | 24,0000 |
| lisans | 270 | | | 24,5185 |
| Sig. | | ,067 | ,087 | ,668 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 37,854.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

soru21b_1

Tukey HSD^{a,b}

| öğretim_dur | N | Subset for alpha = .05 |
|---------------|-----|------------------------------|
| | | 1 |
| ön lisans | 101 | 10,8911 |
| ilköğretim | 14 | 10,9286 |
| lisansüstü | 29 | 11,3448 |
| diğer | 35 | 11,3714 |
| sađlýk meslek | 96 | 12,6042 |
| lisans | 270 | 13,5778 |
| Sig. | | ,105 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- Uses Harmonic Mean Sample Size = 37,854.
- The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

soru21c_1

Tukey HSD^{a,b}

| öğretim_dur | N | Subset for alpha = .05 | | |
|---------------|-----|------------------------|---------|---------|
| | | 1 | 2 | 3 |
| ilköğretim | 14 | 16,2143 | | |
| diğer | 35 | 17,0286 | 17,0286 | |
| lisansüstü | 29 | 17,9310 | 17,9310 | 17,9310 |
| ön lisans | 101 | | 20,8317 | 20,8317 |
| sađlýk meslek | 96 | | | 21,0521 |
| lisans | 270 | | | 21,7111 |
| Sig. | | ,817 | ,068 | ,071 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- Uses Harmonic Mean Sample Size = 37,854.
- The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

soru21d_1Tukey HSD^{a,b}

| öğretim_dur | N | Subset for alpha = .05 | |
|---------------|-----|------------------------|--------|
| | | 1 | 2 |
| diğer | 35 | 5,9143 | |
| ilköğretim | 14 | 6,5714 | |
| ön lisans | 101 | 7,4257 | 7,4257 |
| lisansüstü | 29 | 7,6552 | 7,6552 |
| sađlýk meslek | 96 | | 9,1771 |
| lisans | 270 | | 9,8407 |
| Sig. | | ,331 | ,058 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- Uses Harmonic Mean Sample Size = 37,854.
- The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

soru21e_1Tukey HSD^{a,b}

| öğretim_dur | N | Subset for alpha = .05 | |
|---------------|-----|------------------------|---------|
| | | 1 | 2 |
| lisansüstü | 29 | 20,4483 | |
| diğer | 35 | 21,5429 | 21,5429 |
| ön lisans | 101 | 22,4950 | 22,4950 |
| ilköğretim | 14 | 22,7857 | 22,7857 |
| lisans | 270 | | 25,6519 |
| sađlýk meslek | 96 | | 25,7292 |
| Sig. | | ,744 | ,140 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- Uses Harmonic Mean Sample Size = 37,854.
- The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Çalıştığı Birim Açısından 21. Soruda Farklılık

ANOVA

| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-----------|----------------|----------------|-----|-------------|-------|------|
| soru21a_1 | Between Groups | 559,070 | 3 | 186,357 | 2,605 | ,051 |
| | Within Groups | 29113,431 | 407 | 71,532 | | |
| | Total | 29672,501 | 410 | | | |
| soru21b_1 | Between Groups | 54,641 | 3 | 18,214 | ,773 | ,510 |
| | Within Groups | 9594,356 | 407 | 23,573 | | |
| | Total | 9648,998 | 410 | | | |
| soru21c_1 | Between Groups | 37,911 | 3 | 12,637 | ,289 | ,833 |
| | Within Groups | 17803,116 | 407 | 43,742 | | |
| | Total | 17841,027 | 410 | | | |
| soru21d_1 | Between Groups | 26,462 | 3 | 8,821 | ,524 | ,666 |
| | Within Groups | 6849,830 | 407 | 16,830 | | |
| | Total | 6876,292 | 410 | | | |
| soru21e_1 | Between Groups | 337,483 | 3 | 112,494 | 1,678 | ,171 |
| | Within Groups | 27285,164 | 407 | 67,040 | | |
| | Total | 27622,647 | 410 | | | |

Meslek Açısından 21. Soruda Farklılık

ANOVA

| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-----------|----------------|----------------|-----|-------------|-------|------|
| soru21a_1 | Between Groups | 94,275 | 3 | 31,425 | ,468 | ,704 |
| | Within Groups | 36425,184 | 543 | 67,081 | | |
| | Total | 36519,459 | 546 | | | |
| soru21b_1 | Between Groups | 94,240 | 3 | 31,413 | 1,438 | ,231 |
| | Within Groups | 11861,500 | 543 | 21,844 | | |
| | Total | 11955,740 | 546 | | | |
| soru21c_1 | Between Groups | 35,191 | 3 | 11,730 | ,304 | ,823 |
| | Within Groups | 20968,151 | 543 | 38,615 | | |
| | Total | 21003,342 | 546 | | | |
| soru21d_1 | Between Groups | 32,047 | 3 | 10,682 | ,683 | ,563 |
| | Within Groups | 8491,844 | 543 | 15,639 | | |
| | Total | 8523,890 | 546 | | | |
| soru21e_1 | Between Groups | 407,320 | 3 | 135,773 | 2,388 | ,068 |
| | Within Groups | 30876,662 | 543 | 56,863 | | |
| | Total | 31283,982 | 546 | | | |

Mesleki Deneyim Açısından 21. Soruda Farklılık

ANOVA

| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-----------|----------------|----------------|-----|-------------|-------|------|
| soru21a_1 | Between Groups | 62,534 | 3 | 20,845 | ,311 | ,817 |
| | Within Groups | 37108,950 | 554 | 66,984 | | |
| | Total | 37171,484 | 557 | | | |
| soru21b_1 | Between Groups | 174,264 | 3 | 58,088 | 2,669 | ,047 |
| | Within Groups | 12056,204 | 554 | 21,762 | | |
| | Total | 12230,468 | 557 | | | |
| soru21c_1 | Between Groups | 139,030 | 3 | 46,343 | 1,198 | ,310 |
| | Within Groups | 21429,565 | 554 | 38,682 | | |
| | Total | 21568,595 | 557 | | | |
| soru21d_1 | Between Groups | 309,539 | 3 | 103,180 | 6,780 | ,000 |
| | Within Groups | 8431,099 | 554 | 15,219 | | |
| | Total | 8740,638 | 557 | | | |
| soru21e_1 | Between Groups | 31,687 | 3 | 10,562 | ,182 | ,909 |
| | Within Groups | 32169,462 | 554 | 58,068 | | |
| | Total | 32201,149 | 557 | | | |

soru21b_1

Tukey HSD^{a,b}

| mes_deneyim | N | Subset for alpha = .05 |
|-------------|-----|------------------------|
| | | 1 |
| 3,00 | 125 | 11,5360 |
| 4,00 | 19 | 12,2632 |
| 1,00 | 211 | 12,7583 |
| 2,00 | 203 | 12,9655 |
| Sig. | | ,360 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- Uses Harmonic Mean Sample Size = 56,901.
- The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

soru21d_1Tukey HSD^{a,b}

| mes_deneyim | N | Subset for alpha = .05 | |
|-------------|-----|------------------------|--------|
| | | 1 | 2 |
| 4,00 | 19 | 7,6316 | |
| 3,00 | 125 | 7,7520 | 7,7520 |
| 1,00 | 211 | 8,6445 | 8,6445 |
| 2,00 | 203 | | 9,6355 |
| Sig. | | ,509 | ,050 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- Uses Harmonic Mean Sample Size = 56,901.
- The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Çalışma Saati Açısından 21. Soruda Farklılık**ANOVA**

| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-----------|----------------|----------------|-----|-------------|--------|------|
| soru21a_1 | Between Groups | 181,086 | 2 | 90,543 | 1,358 | ,258 |
| | Within Groups | 36990,398 | 555 | 66,649 | | |
| | Total | 37171,484 | 557 | | | |
| soru21b_1 | Between Groups | 85,033 | 2 | 42,516 | 1,943 | ,144 |
| | Within Groups | 12145,435 | 555 | 21,884 | | |
| | Total | 12230,468 | 557 | | | |
| soru21c_1 | Between Groups | 328,071 | 2 | 164,036 | 4,286 | ,014 |
| | Within Groups | 21240,524 | 555 | 38,271 | | |
| | Total | 21568,595 | 557 | | | |
| soru21d_1 | Between Groups | 320,254 | 2 | 160,127 | 10,554 | ,000 |
| | Within Groups | 8420,384 | 555 | 15,172 | | |
| | Total | 8740,638 | 557 | | | |
| soru21e_1 | Between Groups | 437,022 | 2 | 218,511 | 3,818 | ,023 |
| | Within Groups | 31764,126 | 555 | 57,233 | | |
| | Total | 32201,149 | 557 | | | |

soru21c_1

Tukey HSD^{a,b}

| calýs_saati | N | Subset for alpha = .05 |
|-------------|-----|------------------------------|
| | | 1 |
| 1,00 | 55 | 19,7818 |
| 3,00 | 196 | 19,9082 |
| 2,00 | 307 | 21,4202 |
| Sig. | | ,115 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 113,032.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

soru21d_1

Tukey HSD^{a,b}

| calýs_saati | N | Subset for alpha = .05 | |
|-------------|-----|------------------------|--------|
| | | 1 | 2 |
| 3,00 | 196 | 7,7602 | |
| 1,00 | 55 | 8,8909 | 8,8909 |
| 2,00 | 307 | | 9,3941 |
| Sig. | | ,075 | ,595 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 113,032.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

soru21e_1

Tukey HSD^{a,b}

| calýs_saati | N | Subset for alpha = .05 | |
|-------------|-----|------------------------|---------|
| | | 1 | 2 |
| 1,00 | 55 | 21,8000 | |
| 3,00 | 196 | | 24,7296 |
| 2,00 | 307 | | 24,7915 |
| Sig. | | 1,000 | ,998 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 113,032.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Hasta sayısı Açısından 21. Soruda Farklılık

ANOVA

| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-----------|----------------|----------------|-----|-------------|--------|------|
| soru21a_1 | Between Groups | 147,740 | 2 | 73,870 | 1,317 | ,269 |
| | Within Groups | 27157,414 | 484 | 56,110 | | |
| | Total | 27305,154 | 486 | | | |
| soru21b_1 | Between Groups | 306,388 | 2 | 153,194 | 7,716 | ,001 |
| | Within Groups | 9609,402 | 484 | 19,854 | | |
| | Total | 9915,791 | 486 | | | |
| soru21c_1 | Between Groups | 400,663 | 2 | 200,331 | 5,623 | ,004 |
| | Within Groups | 17244,996 | 484 | 35,630 | | |
| | Total | 17645,659 | 486 | | | |
| soru21d_1 | Between Groups | 95,442 | 2 | 47,721 | 3,453 | ,032 |
| | Within Groups | 6689,170 | 484 | 13,821 | | |
| | Total | 6784,612 | 486 | | | |
| soru21e_1 | Between Groups | 1064,112 | 2 | 532,056 | 10,663 | ,000 |
| | Within Groups | 24150,196 | 484 | 49,897 | | |
| | Total | 25214,308 | 486 | | | |

soru21b_1

Tukey HSD^{a,b}

| hasta_sayısı | N | Subset for alpha = .05 | |
|--------------|-----|------------------------|---------|
| | | 1 | 2 |
| 3,00 | 56 | 11,2679 | |
| 1,00 | 216 | 12,3750 | 12,3750 |
| 2,00 | 215 | | 13,5953 |
| Sig. | | ,155 | ,105 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- Uses Harmonic Mean Sample Size = 110,546.
- The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

soru21c_1

Tukey HSD^{a,b}

| hasta_sayısı | N | Subset for alpha = .05 | |
|--------------|-----|------------------------|---------|
| | | 1 | 2 |
| 3,00 | 56 | 18,4821 | |
| 2,00 | 215 | | 20,9349 |
| 1,00 | 216 | | 21,4815 |
| Sig. | | 1,000 | ,775 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- Uses Harmonic Mean Sample Size = 110,546.
- The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

soru21d_1

Tukey HSD^{a,b}

| hasta_sayısı | N | Subset for alpha = .05 | |
|--------------|-----|------------------------|--------|
| | | 1 | 2 |
| 3,00 | 56 | 7,9821 | |
| 1,00 | 216 | 8,9630 | 8,9630 |
| 2,00 | 215 | | 9,4233 |
| Sig. | | ,123 | ,628 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 110,546.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

soru21e_1

Tukey HSD^{a,b}

| hasta_sayısı | N | Subset for alpha = .05 | |
|--------------|-----|------------------------|---------|
| | | 1 | 2 |
| 3,00 | 56 | 20,8571 | |
| 2,00 | 215 | | 24,3535 |
| 1,00 | 216 | | 25,7130 |
| Sig. | | 1,000 | ,326 |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 110,546.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.