



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**HASTANELERDE TESİS YÖNETİMİ VE
GÜVENLİĞİ KONUSUNDA YÖNETİCİLERİN
GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİNE
YÖNELİK BİR ÇALIŞMA**

MEHMET KARAKUŞ

**İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE İŞLETMECİLİĞİ BİLİMDALI**

MAYIS 2015



**HASTANELERDE TESİS YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ KONUSUNDA
YÖNETİCİLERİN GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR
ÇALIŞMA**

Mehmet KARAKUŞ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE İŞLETMECİLİĞİ BİLİMDALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

MAYIS 2015

Mehmet KARAKUŞ tarafından hazırlanan “ Hastanelerde Tesis Yönetimi ve Güvenliği Konusunda Yöneticilerin Görüşlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma ” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Gazi Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman-Başkan: Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

İşletme Anabilim Dalı, Atılım Üniversitesi

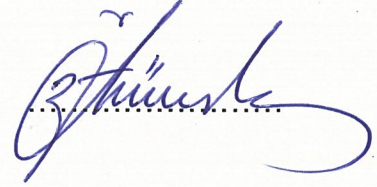
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye : Doç.Dr. Zekai ÖZTÜRK

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

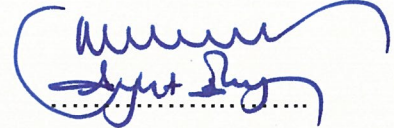
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye : Yrd.Doç.Dr. Aykut EKİYOR

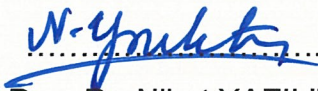
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Tez Savunma Tarihi : 29 / 05 / 2015

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.



Doç. Dr. Nihat YAZILITAŞ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdür Vekili

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

29.05.2015

Mehmet KARAKUS



HASTANELERDE TESİS YÖNETİMİ ve GÜVENLİĞİ KONUSUNDA
YÖNETİCİLERİN GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA
(Yüksek Lisans Tezi)

Mehmet KARAKUŞ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Mayıs 2015

ÖZET

Ülkemizde iyileştiren hastane tasarımları ve akreditasyon konularındaki çalışmalar ile sağlıkta dönüşüm programı sektörde gün geçtikçe tesis yönetiminin önemini artırmaktadır. Bu çalışmada hastane tasarımı, tesisin yönetimi, güvenliği ile çevre bilinci konularında yeni yaklaşım ve anlayışların hastane işletmesine yansımaları ve hastane yöneticilerinin görüşleri incelenmiştir. Tesis yönetimi ve güvenliğine ilişkin kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında çalışan yöneticilerin görüşleri açısından karşılaştırılması ve demografik değişkenlerin tesis yönetimi ve güvenliği bakımından değişim meydana getirip getirmediğinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada örneklem seçilmemiş, Türkiye genelindeki tüm kamu ve özel hastanelerin yöneticilerine online anket yöntemi kullanılarak ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen “Hastanelerde Tesis Yönetimi ve Güvenliği” anketi kullanılmıştır. Araştırma sonucunda hastanenin mülkiyet durumu ile yönetici görüşleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Kamu hastanelerinde acil durum yönetimi ile çevre ve atık yönetimi görüşlerinin ortalamasının özel sektöre nazaran düşük olduğu, üniversite hastanesi yöneticilerinin örgütsel yönetim görüşlerindeki düzeyin ise özel ve kamuya göre yüksek olduğu görülmüştür. Bunların yanı sıra hastane binasının yaşı arttıkça tesis güvenliği algı düzeyinin düştüğü gözlenmiştir. Aynı durumun hastanenin yatak kapasitesinin artışıyla da yaşandığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca kalite belgesi varlığının yönetici görüşlerini etkilediği, yöneticilerin tecrübe süresi arttıkça tesis teknik yönetimine ilişkin olumlu görüşlerinin arttığı görülmüştür.

Bilim Kodu : 1167.2.102
Key Words : Tesis Güvenliği, Tesis Yönetimi, Hastane Yöneticisi, Risk Yönetimi, Çevre Yönetimi, Atık Yönetimi, Bina Yönetimi.
Sayfa Adedi : 84
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

A STUDY FOR THE DETERMINATION OF MANAGERS OPİNİONS WITH
REGARDS TO FACILITY MANAGEMENT AND SAFETY IN THE
HOSPITALS (M.Sc. Thesis)

Mehmet KARAKUŞ

GAZİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
Mayıs 2015

ABSTRACT

Studies related to hospital designs and accreditation have been carried out effectively in our country with the help of Health Transition Program and the importance of facility management has increased therewith. In this study, the reflections of new approaches and perceptions, which are related to hospital design, facility management and safety and environment, on facility management were examined and hospital manager's view was assessed. It is aimed to compare managers who work in public and private health facilities with regards to their opinions about facility management and safety and to determine whether demographic variables create changes in the perception of facility management and safety. There was no sample and instead It was tried to reach all managers in public and private hospitals all around Turkey by using an online survey tool. The survey tool titled as " Facility management and Safety in The Hospitals" which was developed by the researcher were used as a data gathering tool. It was identified that there was a correlation between the ownership status of hospitals and the perception of managers.. It was identified that the perception of emergency, environment and waste management in public sector were relatively less than private sector and it was seen that the perception level of university hospital's managers related to organizational management were relatively higher than public ones. In addition to these, It was observed that the level of perception regarding facility management was decreasing as the age of hospital building goes up. It was also concluded that bed rates increased due to the same situation. Moreover, It was seen that perception was affected quality status of hospitals and the level of experience of managers were positively correlated with the perception of technical facility management.

Science Code : 1167.2.102
Key Words : Facility Safety, Facility Management, Hospital Manager, Risk Management, Environmental Management, Waste Management, Building Management
Page Numbers : 84
Thesis Advisor : Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

TEŞEKKÜR

Çalıőmam sırasında sürekli yol gösterici kararlarıyla ilerlememi sağlayan, desteğini esirgemeyen saygıdeğer hocam Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU'na, sürecin başından sonuna kadar her türlü lojistik desteği sunan ve katkılarıyla bana motivasyon kaynağı olan değerli arkadaőım Ali Rıza DEMİRBAŞ ve değerli dostum Elif İŐLEK'e minnet duygularımı ifade etmek isterim. Araştırmaya değerli görüşleriyle katkı sağlayan, zaman ayıran tüm hastane yöneticilerine tek tek teşekkür ederim. Ayrıca hayatımın her alanında varlığını hissettiğim aileme ve beni her zaman her őartta destekleyen sevgili eőim eőim Sanem KARAKUŞ'a ve oğlum Karahan'a sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELER LİSTESİ	ix
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sağlık Tesislerine Genel Bakış	3
1.1.1. Hastane Binalarının Tarihsel Gelişimi	4
1.1.2. Fizibilite Çalışmaları	5
1.1.3. Mimari Tasarım	7
1.1.4. Hastane Ergonomisi	8
1.2. Tesis Yönetimi ve Güvenliği Kavramı.....	9
1.2.1. Tesis Yönetimi ve Güvenliğinde Amaç ve Kapsam	11
1.2.2. Tesisi Güvenliği ve Yönetiminin Önemi.....	12
1.3. Tesis Yönetimi ve Güvenliği İçerikleri.....	13
1.3.1. Emniyet ve Güvenlik	13
1.3.2. Teknik Hizmetler Yönetimi	15
1.3.3. Tıbbi Cihaz Yönetimi	16
1.3.4. Acil Durum Yönetimi.....	19
1.3.4.1. Afetlere Hazırlık- Hastane Afet Planı	21
1.3.4.2. Deprem Güvenliği	23

	Sayfa
1.3.4.3. Yangın Güvenliği.....	24
1.3.4.4. Tatbikat Plan ve Uygulamaları	26
1.3.5. Çevre ve Atık Yönetimi.....	27
1.3.6. Risk Yönetimi	30
1.4. Kalite Çalışmalarında Tesis Yönetimi Ve Güvenliğinin Yeri	36
1.4.1. JCI Perspektifinde Tesis Yönetimi ve Güvenliği Standartları	36
1.4.2. Hizmet Kalite Standartları Açısından Tesis Yönetimi ve Güvenliği.....	38

İKİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ, BULGULAR VE YORUMLAR “HASTANELERDE TESİS YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ KONUSUNDA YÖNETİCİLERİN GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA”

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	41
2.2. Araştırmada Problem Cümlesi.....	41
2.3. Araştırmada Evren ve Örneklem	42
2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	43
2.5. Araştırmada Veri Toplama Aracı	43
2.6. Araştırmada Verilerin Toplanması	44
2.7. Araştırmada Verilerin Analizi	44
2.8. Bulgular ve Yorumlar	44

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

KAYNAKÇA	71
EKLER	75
EK-1. Bakanlık İzin Dilekçesi	76
EK- 2. Hastanelerde Tesis Yönetimi ve Güvenliği	77
ÖZGEÇMİŞ.....	84

ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 1.1. Bazı Ülkelerin Yatak Başına Tıbbi Atık Üretim Oranları.....	28
Çizelge 1.2. Risk Seviyesi Çizelgesi.....	33
Çizelge 2.1. Katılımcıların Sosyodemografik Durumları ile Hastanelerin Özellikleri.....	45
Çizelge 2.2. Hastanelerin Kalitesi Belgesi Olma Durumlarına Göre Dağılımı.....	47
Çizelge 2.3. Tesis Yönetimi ve Güvenliği ile İlgili Katılımcıların Cevaplarının Dağılımı.....	48
Çizelge 2.4. Cinsiyet Durumuna Göre Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Ortalaması.....	50
Çizelge 2.5. Cinsiyet Durumuna Göre Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	51
Çizelge 2.6. Yaş Gruplarına Göre Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Ortalaması.....	51
Çizelge 2.7. Yaş Gruplarına Göre Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	52
Çizelge 2.8. Eğitim Durumuna Göre Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Ortalaması.....	53
Çizelge 2.9. Eğitim Durumuna Göre Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	54
Çizelge 2.10. Kurumdaki Görev Süresine Göre Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Ortalaması.....	55
Çizelge 2.11. Kurumdaki Görev Süresine Göre Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	56
Çizelge 2.12. Hastanedeki Pozisyonuna Göre Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Dağılımı.....	57
Çizelge 2.13. Hastanedeki Pozisyonuna Göre Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	58
Çizelge 2.14. Hastanelerin Mülkiyet Durumlarına Göre Dağılımı.....	58
Çizelge 2.15. Hastanelerin Mülkiyet Durumlarına Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi Ve Güvenliği Görüşlerinin Dağılımı.....	59

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.16. Hastanelerin Mülkiyet Durumlarına Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	59
Çizelge 2.17. Hastanenin kalite belgesinin varlığına göre dağılımları.....	60
Çizelge 2.18. JCI Belgesinin Varlığına Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Dağılımları.....	60
Çizelge 2.19. JCI Belgesinin Varlığına Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması	61
Çizelge 2.20. ISO Belgesinin Varlığına Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Dağılımları.....	61
Çizelge 2.21. ISO Belgesinin Varlığına Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması	62
Çizelge 2.22. TÜRKAK Belgesinin Varlığına Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Dağılımları.....	63
Çizelge 2.23. TÜRKAK Belgesinin Varlığına Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması	63
Çizelge 2.24. Hastanelerin Hizmet Süresine/Binanın Yaşına Göre Dağılımları	64
Çizelge 2. 25. Hastanenin Hizmet Süresine/Binanın Yaşına Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Dağılımı.....	64
Çizelge 2.26. Hastanenin Hizmet Süresine / Binanın Yaşına Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması	65
Çizelge 2.27. Hastanelerin Yatak Kapasitesine Göre Dağılımları.....	65
Çizelge 2.28. Hastanelerin Yatak Kapasitesine Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Dağılımı	66
Çizelge 2.29. Hastanelerin Yatak Kapasitesine Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	67

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1.1. Hata Türü ve Etki Analizi Döngüsü	27
Şekil 1.2. Risk Yönetimi Süreci Basamakları	34

GİRİŞ

Günümüzde sağlık kuruluşları toplum yararı için yönetilmesi gereken hayati ve zorunlu işletmelerdir. Toplumsal yarar ön planda olduğu için, hizmet kalitesinden ödün vermemek gerekir. Ancak yüksek kalitede hizmet vermenin maliyetler üzerindeki etkileri de göz ardı edilmemelidir. Hastanelerin her gün başvuru alan kurumlar haline gelmeleri ve iyileşmeye fiziksel yapılarıyla katkı sağlayan birer yapı olmaları için sahip olmaları gereken özellikler ortaya konmuştur. Bu bağlamda, gerek fiziksel özellikleriyle iyileşme sürecine katkıda bulunabilen, gerekse toplumu sağlıklı zamanlarında da kendilerine yönlendirebilme becerisiyle donatılmış olan sağlık merkezleri gün geçtikçe artmaktadır.

Şu anda içinde bulunduğunuz binalar dünyadaki benzerleriyle birlikte malzeme ve enerjinin doğru kullanılmaması nedeniyle işletme maliyetini gereksiz arttırmaktadır. Bunun yanısıra binalar atmosfere salınan karbondioksitin (CO₂) % 33'ünden sorumlu tutulmaktadır (Atılğan, 2009). Doğanın ekoloji dengesinin bozulmasının bedeli de küresel ısınma sayıldığından bunun olası etkilerinden sadece birisinin salgın hastalıkların artması olduğu bilinmektedir. Bu nedenle dünyayı tehdit eden küresel ısınmayı engellemek için herkes kendi payına düşeni yapmak zorundadır.

Çevre sağlığını koruma anlamında en hassas kurumlardan biri de kuşkusuz hastanelerdir. Hastaneler aynı zamanda; tıbbi atık, enfeksiyon, kapalı ortam kirliliği, radyasyon gibi çok sayıda sağlığı tehdit eden zararlı maddeler üreten kuruluşlardır. Dolayısıyla hastane ortamları; sağlık çalışanlarını ve diğer hastane personelini, şifa almak için gelen hastaları, hasta yakınlarını, çevreyi ve son noktada toplumun tamamını olumsuz anlamda etkilemektedir. Bunların yanı sıra baş döndürücü hızla ilerleyen teknolojik tıbbi cihazlarla donatılan bugünün hastaneleri sürekli enerji tüketerek çevreyi kirleten bir yapı olarak çıkmaktadırlar. Yataklı hastanelerin 24 saat kesintisiz hizmet verdiğini de düşünürseniz enerji tüketiminin boyutu daha da önemli hale gelmektedir

Konfor ve sağlık konularında beklentilerin artması ve daha iyi yaşam standartlarına yönelik talebin oluşu, birçok özellikleri itibari ile sıradan konfor uygulamalarından farklı olan hastane mimarisi uygulamalarını daha da özel hale getirmektedir. Uluslararası standartlar sürekli daha iyisini talep etmektedir. Hastaneler insanların şifa aradıkları yerlerdir ve bu açıdan bakıldığında sağlık tesisinden beklentiler de doğal olarak sadece konfor talebinin çok ötesindedir. Hastanelerin her bir bölümü çoğu zaman kendi içinde özeldir. Temiz olarak dizayn edilsin veya edilmesin mahaller arasında hava akışı çok büyük önem arz etmektedir. İyi planlanmış mekanlar çoğunlukla hastayı ve hastane ekibini enfekte olma riskinden korurken bazı durumlarda enfekte olmuş hastaların ilişki de oldukları insanlara enfeksiyon bulaştırma ihtimaline karşı ayrıca korunmaları gerekir.

Bu çalışmada hastane yöneticilerinin tesis yönetimi ve güvenliği ile ilgili görüşlerinin belirlenmesine çalışılmış ve bunların belirli bir takım değişkenlere göre durumları araştırılmıştır. “Hastanelerde Tesis Yönetimi ve Güvenliği Konusunda Yöneticilerinin Görüşlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir alışma” başlıklı bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde tesis yönetimi ve güvenliğinin kavramsal çerçevesinden bahsedilmiş ve bu kapsamda sağlık tesislerine genel bir bakış, sağlık kuruluşlarının mimari tasarım ve tesisin kuruluş amaçları aktarılmıştır. Çalışmanın ikinci bölümünde yapılan araştırmanın gereç ve yöntemi anlatılmakta, elde edilen bulgular ve bu bulgular ile ilgili tartışmalara yer verilmektedir. nc bölümde ise bu çalışmadan çıkarılan sonuç ve öneriler sunulmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sağlık Tesislerine Genel Bakış

Hastane tasarımı için oluşturulan ölçütlerin; mekan standartları ve teknik detayları yanında, çevresel standartlar ve kalite konularını da içermesi gerekmektedir. Son yıllarda dünyada gittikçe önem kazanan ve ülkemizde de önemini daha fazla hissedeceğimiz bir konu olan hastane akreditasyonu, tesis yönetimi kalitesinde de büyük rol oynamaktadır.

Bir hastane yapısının yeri, kolay ulaşılabilir olması, acil servis girişinin kolay bulunabilir ve önünü kapatabilecek engellerin önlenmesi hasta hayatının kurtarılması açısından önemlidir. Mutlaka bir otopark ve hasta naklini kolaylaştırmak amacıyla mümkünse bir helikopter pisti planlanmalıdır.

Bir başka düşünülmesi gerek konu ise ilgili kurumun doğa ile uyumlu olmasıdır. Çevre bilincinin küresel ısınma sebebi ile daha da arttığı, doğaya katkının tüketiciler tarafından dikkatle incelendiği bir süreçte hastanelerin bundan uzak olması düşünülemez. Tüketilen doğal kaynaklar (enerji, su vb.), karbon salınımına olan katkı, tıbbi ve diğer atıkların yönetimi gibi konular açısından hastaneler çevre bilincinin etkin olarak uygulanması gereken kurumlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Kalite çalışmalarının International Organization for Standardization (ISO) ve Joint Commission Accreditation (JCI) ile belli bir olgunluğa geldiği sağlık sektöründe, çevre yönetimi konusuna da olan ilginin artması gerekmektedir.

Hastanelerin; çevre sağlığı adına atık yönetiminden su kullanımına, enfeksiyondan korunmadan radyasyon zararlarını azaltmaya, havalandırmadan enerji tüketimini azaltmaya, hatta temiz enerji kullanımına varana kadar bir dizi önlemi alarak çevre dostu bina olması mümkündür. Tesisteki su ve enerji tasarrufuna imkan veren sistemler, binada üretilen atıkların çevreye zarar vermeden imha edilebiliyor ya da bertaraf tesisine taşınıyor olması gerekmektedir.

1.1.1. Hastane Binalarının Tarihsel Gelişimi

İnsanın yaradılışı ile sağlık sorunlarının da başladığını düşünürsek sağlık yapıları ve tedavi merkezlerinin tarihinin insanlık tarihi ile eşit olduğu bilinmektedir. İnsanlık tarihi ile beraber hastaneler ve sağlık yapıları da günümüze kadar hızla gelişim göstermektedir.

Tarih öncesi çağlardaki tedavi merkezlerine ait veriler sınırlı olsa da, mağaralarda bulunan resimler, bulunan cerrahi aletler ve trepane edilmiş kafatasları bu dönemdeki tıbbi müdahalelere dair bilgi vermektedir. Büyüsel tecrübenin mekanı olan kâhinlerin evleri ya da yaşamlarını sürdürdükleri mağaralar hastalıkların tedavi edildiği yerler olarak adlandırılmaktadır. Buna ilave olarak sağlık sorunlarının çözüldüğü ev aynı zamanda hasta bakımının gerçekleştirildiği mekan olma özelliğine de sahip olmaktadır. İyileşme sağlanamadığında hekimlerin eve çağrıldığı, hasta bazen de diğer insanlardan ayrı bir kulübe de tutularak böylece hastalığın diğer insanlara bulaşması engellenmektedir. Yerleşik hayatın organize oluşuyla medeniyet havzalarında birçok mimari eser yapılmaya başlanmış, bunların belki de en önemlisi tapınaklardı. Milattan önce 1122-221 yılları arasında, Türk oldukları belirtilen Chou sülalesi zamanında Çin'de hastanelerin ilkel şekli olan tıp mabetlerinin inşa edildiği, milattan önce 300'lü yıllara gelindiğinde ise, Çin'in baş şehrinde körler, deliler, topallar ve felçliler için özel sağlık tesislerinin bulunduğu ileri sürülmektedir (Uzunay, 2011: 14). Tanrıya yaklaşmak için ibadetlerin icra edildiği ve belirlenmiş ritüeller eşliğinde kurbanların sunulduğu bu mekanlarda bazı cerrahi müdahalelerin de yapıldığı bilinmektedir. Dini inançlar her zaman tedavi uygulamalarında yer almış, özellikle ortaçağda tedavi yöntemleri ile dini birlikte kullanmak çok yaygınlaşmıştır. Bundan dolayı kurulan ilk hastanelerin kiliseler tarafından kurulduğu bilinmektedir. Bu dönemde manastırlarda din ve tedavi işlemleri beraber yürütülmektedir.

Budist Türklerin yoğun olarak Horasan, Kuzey Batı Hindistan, Doğu Türkistan bölgelerinde yaşadığı buralarda Vihara (nevbahar) adı verilen manastırlar kurduğu, bu manastırların aynı zamanda hastane görevi gördüğü bilinmektedir. Kahire'de 1283 yılında kurulan bir hastanenin günümüz modern hastane

yapılarında görülen bölümlerle benzerlik gösterdiği de tespit edilmiştir. Bu hastane de ateşli hastalıklar, kadın hastalıkları, göz hastalıkları gibi bölümler yer aldığı görülmüştür. Cumhuriyet öncesi dönemde genel olarak Anadolu Türk mimarisinde sağlık yapılarına baktığımızda hijyenik açıdan uygun, din, dil, ırk farkı gözetmeksizin sağlık hizmeti veren yapılar görülmektedir. Bu dönemde tedavide kullanılan ilaçlar hastane bünyesinde yapılmakta, müzikle psikolojik tedavi uygulanmaktadır. Bilgiler usta-çırak ilişkisi şeklinde aktarılmakla beraber şuan ki diplomaya yakın bir yetkinlik belgesi almak için eğitim de verilmekteydi. Cumhuriyetin ilanından sonra, önceleri umum müdürlük, daha sonra da bakanlık seviyesine çıkarılan sağlık teşkilatının ana siyasetine daha çok koruyucu hekimliğe yönelik bir anlayışın hakim olduğu görülmektedir. Hastanelerin yapım ve idaresi ise belediyeler, özel idareler ve vakıflar gibi mahalli teşkilata bırakılmıştır. Sadece hastane tedavisini teşvik bakımından 1924 yılında alınan bir kararla Ankara, İstanbul-Sivas, Trabzon, Erzurum ve Diyarbakır illerinde birer örnek (numune) hastane yaptırılmış ve o ilin veya yerin adı ile anılmak üzere numune hastaneleri hizmete açılmıştı. (Uzunay, 2011:15).

1.1.2. Fizibilite Çalışmaları

Sağlık kuruluşlarının en temel amaçları, bireylerin ve toplumun sağlıklı olmasıyla birlikte yaşam kalitesinin yükseltilmesini temin etmektir. Hastane yöneticileri bu amacın gerçekleştirilmesini sağlamanın yanı sıra sağlık kuruluşunun geleceğini de planlamak zorundadır. Bu doğrultuda sundukları hizmet ve teknolojileri ile ayrıcalık yaratmak için çalışmakta, tüm bunları gerçekleştirebilmek için yatırım yapılması zorunluluğu doğmaktadır (Beech, 2001).

İyi bir fizibilite hazırlanmadan ve yatırımdan beklenen sonuçlar etraflı bir şekilde planlanmadan uygulamaya geçen yatırımların büyük bir çoğunluğunda gereksiz harcamalar yapılabilmektedir. Bununla birlikte yapıların başarısız olma olasılıkları da bulunmaktadır (Kabukçuoğlu, 2005).

Hastaneler oldukça karmaşık yapı türleri olduğundan planlama aşamasında fonksiyonellik, düzen, hijyen ve estetik gibi unsurlar önem taşımaktadır. Önceleri

hastaneler sadece tıbbi kurumlar olarak planlanırken günümüzde daha modern ve otel karakteri taşıyan mimarı tasarımlar yapılmaktadır.

Bir hastane planlaması yapılırken göz önünde bulundurulması gereken etmenleri şu şekilde sıralayabiliriz (Arcan ve Manisa, 2002);

a) Dış çevre koşulları;

- Toplumun sağlık gereksinimleri ve toplumsal kaynaklar
- Bölgesel düzeyde sağlanan sağlık hizmetleri
- İşgücü bulmada sıkıntı yaşanmayacak yerlerin seçimi

b) İç çevre koşulları;

- Ünitenin yeri
- Hasta günü öngörüsü
- Hastaların ortalama kalış süresi
- Hasta günü maliyeti
- Hastaların hastane içindeki seyri
- Yeni programın finansmanı
- Klinik ve destek hizmetler için ayrılan alan
- Destek hizmetleri
- Personel kaynakları
- Bölümler arası mesafe, bölüm içinde olması gereken bilimler
- Başvurulacak istatistiksel veriler

Günümüzde nüfusun çoğunluğu kentlerde yaşamaktadır. Artan nüfus ile birlikte ortaya çıkan barınma sorunu, bununla birlikte kent içindeki alanların azalmasıyla beraber hastane yapıları dar alanlara hapsedilmiştir. Bunun sonucu olarak, ekonomik faktörlerinde etkisiyle hastane yapılarının planlanmasında fonksiyonellik geri plana atılmıştır. Çalışan ve hasta psikolojisi göz ardı edilmiş, ticari kaygılar duyularak özellikle özel hastanelerde çok daha fazla hasta kabul etmek amaçlanmıştır.

1.1.3. Mimari Tasarım

Sağlık sektörünün hızla değişen ve yenilenen ihtiyaç ve hizmetleri sektörün tüm dallarının da yenilenmesini gerekli kılmaktadır. Karmaşık fonksiyonlu yapı grubuna giren hastane binaları, sağlık sistemindeki değişiklikler, teknolojik ve bilimsel gelişmeler, organizasyon değişiklikleri, kapasite artışı, standartların yenilenmesi gibi esneklikleri karşılamak zorundadır. Bu değişen dinamiklerin içinde en fazla yeniliğe ihtiyaç duyan teşhise yönelik olan tıbbi teknolojiler, doğrudan mimari yapılandırmayı da etkilemektedir. Bu bakış açısıyla örneğin, radyoloji bölümlerinin değişen ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik eklenen ve çıkartılan her cihaz mimari yapıyı da yenilenmeye zorlamaktadır. Yeniden mimari yapılandırma da yüksek para ve zaman maliyetlerini beraberinde getirmektedir. Bu maliyetlerin azaltılması ve değişimlere beklenen hızla yanıt verilebilmesi için mimaride esneklik anlayışı günümüz koşullarında bir zorunluluğa dönüşmüştür. Ancak daha da önemlisi; gelecekte tüm bu değişkenlerin ne yönde ve nasıl gelişeceği konusunun bilinmesi veya saptanması pek mümkün görülmemektedir.

Planlama, programlama hatta uygulama aşamasında bile tasarımda önemli rol oynayacak birçok veri çeşitli nedenlerden dolayı netleştirilememektedir. Sözelimi, teknolojik gelişmelerin hızı düşünüldüğünde radyoloji bölümü için alınacak cihazların 2-5 yıl arasında eskimesi nedeniyle hastane henüz yapım aşamasındayken gelişmiş modellerinin üretiliyor olmasından dolayı, çoğu zaman cihaz seçimi ve alımı ile ilgili kararların uygulama süreci sonuna bırakılması gerçeğiyle karşı karşıya kalınmaktadır. Bu durum yapının kendi iç bünyesinde karmaşık işlevsel ilişkilerinin doğru çözümlenebilmesi zorluğunun yanı sıra hastane planlamacılarının ve tasarımcıların en önemli sorunlarından biri olarak bütün bir süreci de karmaşık hale getirmektedir. Hastaneler bu sebeple hem karmaşık fonksiyonlu yapı grubuna giren, hem de karmaşık tasarım süreci olan yapılar olarak adlandırılmaktadır. Hastane yapılarının tasarımı dışında tasarım sürecinin de tasarlanması zorunluluğu konuyu, çözümü daha da zor bir problem haline dönüştürmektedir. Tüm bu gerekçelerle bilinmeyen tahminine yönelik yaklaşımlarla tasarlamak yerine, yapıların değişimlere uyum sağlayabilmesi için esnek planlama temel tasarım ilkesi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık sisteminin temelini oluşturan hastane binaları, sağlık bakımında uzmanları, yardımcı personeli, diğer elemanları ve gerekli donanım ile malzemeyi bulunduran toplumun gerek koruyucu, gerekse teşhis, tedavi ve bakım hizmetini yüklenen kuruluşlardır ve son derece karmaşık yapılardır. Bundan dolayı tasarım süreçleri de oldukça karmaşıktır. Bir hastane yapısı tasarlanırken, fonksiyonellik, estetik, hijyen ve düzen aynı anda düşünülmelidir. Hastane kompleksi tasarlamak özel bir bilgi birikimi ve uzmanlık gerektiren mekanik, elektrik sistemleri konusunda deneyimli olmayı gerektirmektedir.

Sonuç olarak yapı içerisindeki klinik, acil servis, laboratuvar, radyoloji cerrahi, hasta yatak bölümleri, yemek ve temizlik hizmetleri, idare bölümü gibi fonksiyonlar arası sirkülasyonun dikkatli ve gerekli yönetmelikler doğrultusunda hazırlanması büyük önem taşımaktadır.

1.1.4. Hastane Ergonomisi

Hastane ortamında çalışanlar, sabit ve taşınabilir aletler başta olmak üzere teknoloji ile daima bir etkileşim içerisinde. Bu etkileşim, insan performansını önemli derecede etkilemektedir. Aydınlatma, sıcaklık, gürültü, radyasyon, karmaşa, hastaya erişim ve uygun alet kullanımında yetersizlik gibi fiziksel, sözlü ve sözsüz iletişim, iş yükü ve stresi, karar verme, insan-makine etkileşimi, sistem tasarımı gibi bilişsel, işe uygun insan yerleşimi, işveren ve çalışan eğitimi, çalışan gözetimi, vardiya usulü çalışma, çalışma ve dinlenme sürelerinin düzenlenmesi, davranış modifikasyonu, koruyucu donanım kullanımı gibi organizasyonel alanlar hastane ortamında sistem performansını direkt etkileyen unsurlar olarak sayılmaktadır.

Eğer işin fiziksel gereksinimleri ve işçinin fiziksel kapasitesi arasında bir uyumsuzluk varsa işle ilişkili hastalıkları ortaya çıkabilmektedir. İşe bağlı hastalıklar içinde en sık kas-iskelet sistemi hastalıkları (işe bağlı yeni hastalık olgularının %50'si) görülmektedir. Avrupa'da her dört çalışandan birisi sırt (%24,7) ve kas ağrısından (%22,8) yakınmaktadır. İngiltere'de ise çalışanların %85'i hastalık ve yaralanma riskinin en fazla kas-iskelet sisteminde olduğu düşünülmektedir. İşe bağlı kas-iskelet sistemi hastalıkları, işin özelliğine ve

koşullarına göre bazı iş kollarında ön plana çıkmaktadır. Riskin yüksek olduğu iş kolları hemşirelik, hava taşımacılığı, madencilik, gıda işleme, deri tabaklama ve mobilya, otomobil, elektrik-elektronik ürün, tekstil, giysi-ayakkabı üretimidir. ABD'de 2006 yılında eğitim ve sağlık sektöründe işe bağlı kas-iskelet sistemi hastalıklarının sıklığının %0,055 olduğu görülmektedir (Babayiğit ve Kurt, 2013). Bu yüzden hekimleri ve diğer sağlık çalışanlarını üretkenliğin düşmesinden ve erken emekliliklerden korumak önem arz etmektedir.

Hekimlerde çalışma koşullarına ve mesleğe bağlı olarak ortaya çıkan kas-iskelet sistemi problemlerinin araştırıldığı bir araştırmada; çalışmaya katılan 123 hekimden 41'inde kas- iskelet sistemi problemine rastlanmıştır. En fazla kas-iskelet sistemi problemi olan gruplar sırasıyla genel cerrahlar (%17,07), beyin cerrahları (%14,63), çocuk hastalıkları uzmanları (%9,76) olarak bulunmuştur. Samsun merkezinde dört hastanede yapılan bir başka çalışmada; araştırmaya katılan 305 hekimin %62'sinin en az bir bölgede kas iskelet sistemine ait yakınması olduğunu belirtilmiş, sırasıyla bel (%50,3), boyun (%49,7), sırt (%38,6), omuz (%36,5) ağrıları en sık yakınmalar olarak tespit edilmiştir. Yapılan bir başka çalışmada ise; kas-iskelet sistemi gibi kümülatif travma hastalıklarının son dönemde özellikle endüstri ve sağlık sektöründe giderek arttığı, işe bağlı rahatsızlıkların en sık görüldüğü 9 iş kolundan 7. sırayı, hemşirelik ve hastabakıcılığın aldığı vurgulanmaktadır (Babayiğit ve Kurt, 2013).

Yapılan çalışmalar göstermektedir ki; sağlık çalışanlarıyla ilgili mesleki ağrı ve hastalıkların oluşumunda duruş, pozisyon ve korunma prensiplerine dikkat edilmemesinin yanında çevresel ergonomik faktörlerin de rolü büyüktür.

1.2. Tesis Yönetimi ve Güvenliği Kavramı

Tesis yönetimi kavramının tanımı üzerinde literatürde henüz ortak bir görüş olmamakla birlikte bu kavram için en açıklayıcı tanımlama "Centre for Facilities Management at Strathclyde Graduate Business School" tarafından yapılmıştır. Tesis yönetimi, Organizasyonun amaçlarına en iyi maliyetlerle ulaşabilmesi için gereken kaliteli çalışma ortamı ile destek hizmetlerinin sağlanması sürecidir. American Congress Library ise, Tesis yönetimini "işletme, mimari, davranış ve

mühendislik bilimleri ile ilgili prensiplerin entegrasyonu sayesinde fiziksel işyerinin insan ve iş ile uyumlaştırılması faaliyeti” olarak tanımlamıştır (Dikmen ve Üstündağ, 2002)

Tesisler organizasyonun temel işi ile ilgili faaliyetleri desteklemek zorundadır. Bu faaliyetler, organizasyonun belirli mal veya hizmetlerinin üretilmesini yönlendiren faaliyetler olarak kabul edilmektedir. Genelde tesis kavramı, sadece binaları veya diğer belirli unsurları tarif etmemektedir. Soyut bir kavram olarak kullanılmakta ve açık bir şekilde fonksiyonel bir anlam taşımaktadır. Organizasyonun temel işini destekleyen belirli bir amacı olmasıyla birlikte yönetilmeye ihtiyaçları bulunmaktadır. Yönetim, bir şeyi beceriyle bir amaca yöneltmede kullanılan idare sanatı veya işi olarak tanımlanmaktadır. Buna göre tanımlayacak olursak, Tesis yönetimi, özel bir amaca hizmet etmek üzere kurulmuş, tesis edilmiş veya yapılandırılmış bir şeyi beceriyle bir amaca yöneltmede kullanılan idare sanatı veya işi olarak ta tanımlanabilmektedir. Bu, işyerinin faaliyetini, işleyişini veya uygulamalarını kolaylaştırmaya yardımcı olan bir olgu olarak açıklanmaktadır.

Tesis yönetimi, hızla değişen bir dünyada, rekabette başarı sağlayabilmek için organizasyonun yeteneklerini arttıran faaliyetlerden biri olan, bina yönetim sistemi, donanım ve mobilyalarının tasarım, planlama ve yönetimi ile ilgili tüm çalışmaları koordine etmektedir. Birbirinden farklı tüm faaliyetlerin iyi koordine edilmesi gerekliliği bilgisi ışığında Tesis yönetiminin genel yönetim düzeyinde yer alması gerekmektedir. Tesis yönetimi, tesisin tasarımı öncesinde etkili olmaya başlar ve özellikle tesisin tesliminden sonra daha çok önemli hale gelmektedir.

Hastalar, hasta yakınları, ziyaretçiler ve çalışanlar için güvenli ve işlevsel sağlık tesisinin oluşturulması, tehlike ve risklerin azaltılıp kontrol altına alınması, kazaların ve yaralanmaların önlenmesi, emniyet koşullarının sağlanması için etkin bir tesis yönetim sisteminin oluşturulması gerekmektedir. Akreditasyon standartlarının bir bölümünü oluşturan tesis yönetimi ve güvenlik kriterleri ile hastane yöneticileri, tehlike ve riskleri azaltmak ve kontrol altına almak için gerekli programları hayata geçirmeleri gerekmektedir (Şen, 2005:47). Hastane yöneticileri, kurumlarına müracaat eden hasta, hasta yakınları, personel ve

ziyaretçilere güvenli, işlevsel ve etkili bir sağlık tesisi oluşturmak için aynı zamanda tesis güvenliğini de temin etmeleri gerekmektedir.

Özellikle yönetim aşağıdakiler için gayret göstermelidir (Ceylan, 2009);

- Tehlike ve riskleri azaltmak ve kontrol etmek,
- Kazaları ve yaralanmaları önlemek
- Güvenlik koşullarını muhafaza etmek,
- Planlama, eğitim ve izleme,
- Sunulan klinik hizmetleri güvenli ve etkili bir şekilde desteklemek için gerekli alan, ekipman ve kaynakları sunmak,
- Tüm çalışanları tesiste risklerinin nasıl azaltılacağı ve risk oluşturan durumların nasıl izleneceği ve bildirileceği hakkında eğitmek,
- Önemli sistemleri izlemek ve gerekli iyileştirmeleri belirlemek için performans kriterlerini kullanmak.

Kanunlar, düzenlemeler ve yerel yetkililer tarafından yapılan denetlemeler büyük oranda bir tesisin nasıl tasarlandığını, kullanıldığını ve bakıldığını belirlemektedir. Büyüklüğü ne olursa olsun tüm sağlık tesisleri hastalarına, ailelerine, çalışanlarına ve ziyaretçilerine karşı sorumluluğunun bir parçası olarak bu koşullara uymak zorundadır. Tesis yönetimi ve güvenliğinde ilk olarak kanunlara ve yerel düzenlemelere uyumluluğu sağlamak daha sonra ise sağlık kuruluşunun emniyet ve güvenlik açısından fiziksel ayrıntıları hakkında daha fazla önleyici faaliyetlerin hayata geçirilmesi amaçlanmaktadır. Sonraki aşamada ise ileriye dönük veriler toplamanın yanısıra, riskleri azaltmak ve hasta bakım ortamını iyileştirmek için stratejiler geliştirilmelidir (Akyurt, 2007: 112).

1.2.1. Tesis Yönetimi ve Güvenliğinde Amaç ve Kapsam

Hastanelerde tesis güvenliğinden amaç, hastalar, hasta yakınları, ziyaretçiler ve çalışanlar için güvenli ve işlevsel sağlık tesisinin oluşturulmasıdır. Bu, sağlık tesisinde; tehlike ve risklerin azaltılıp kontrol altına alınması, kazaların ve

yaralanmaların önlenmesi, emniyet koşullarının sağlanması için etkin bir yönetim oluşturulması çalışmaları ile mümkündür.

1.2.2. Tesisi Güvenliği ve Yönetiminin Önemi

Bina ve tesis yönetimi, organizasyonunun ana faaliyetlerini yürütebilmesi için uygun maliyetlerle, kaliteli çalışma ortamının ve destek servislerinin sağlanması işlemleridir. Kaliteli çalışma ortamı kavramı gerek fiziksel, gerek yönetsel gerekse de sosyal boyutları içeren, bilgi teknolojileriyle desteklenen üretim aktivitelerini kapsamaktadır. Bina ve tesis yönetim hizmetleri, firmaların ana faaliyetlerinin yürütülmesinde stratejik ve taktik önem arz eden bu boyutların tek elden yönetilmesini, güvenilir bilgiye hızlı ulaşılmasını ve destek servislerine yapılan harcamalarda ciddi tasarruflar elde edilmesini sağlamak için geliştirilmiştir.

Sağlık sistemi, sosyal sistemler içinde belki de en karmaşık sistem olma özelliğini taşımaktadır. Yüzeysel bir bakış açısıyla sağlık sistemi incelendiğinde, birbirinden çok farklı yönelime sahip kurum ve kişinin karmaşık ilişkileri ile karşılaşılmaktadır. Ancak derinlemesine bir analiz yapıldığında çok sayıdaki kurum ve kişinin belirli bir düzen içinde etkileşimde bulunduğu gözlenmektedir (Kaluzny ve diğerleri, 1982; 355).

Hastane yönetimi, hastanelerin ileri düzeyde uzmanlaşmış işlevlerinden kaynaklanan karmaşık bir örgüt yapısına sahip olması nedeniyle diğer örgütlerin yönetimine göre farklılıklar göstermektedir. Hastane yönetimi, tıbbi yönetim ve idari 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. İdari yönetim ise diğer organizasyonlardaki yönetim işlevlerinin yanı sıra büro yönetimi, mali yönetim, personel yönetimi ve hasta bakımına yardımcı olan diyet, yiyecek-içecek, ev idaresi, arşiv, çamaşırhane gibi destek hizmeti veren birimlerden oluşmaktadır (Menderes, 1995: 63).

Hastaların hastane içinde maruz kaldıkları stres, endişe ve sıkıntıdan kurtulabilmeleri ve sağlıklı ortamlara kavuşabilmelerinde hastane binalarının

kalitesi ve tasarımı çok önemlidir. Ayrıca iyi yönetilen, rahat ve konforlu binalar çalışanların performansını da olumlu etkilemektedir. Hastanenin verdiği hizmetin kalitesinin ölçülmesinde, hastane binalarının kalitesi ve hastane bina hizmetlerinin yönetimi ile ilgili ölçütler artık önemli hale gelmiştir. Buna karşılık sağlık tesislerinin etüt-proje hizmetleri için yeterli kaynak ayrılmadığından çoğu zaman tip proje kullanılmaktadır. Bu uygulama ile arazinin jeolojik, jeoteknik etütleri, topografik yapısı, coğrafik ve çevresel özellikleri göz ardı edilmektedir (Konakçı, 2006:44).

Dünyada değişen sağlık politikalarının, sağlık binalarının kalitesini önemli ölçüde etkileyeceği görülmektedir. Geleceğin hastane binaları, hastanın kendi kendine yardımı ve hastalıklardan korunması yönünde eğilim gösteren; spor salonları, toplum için buluşma noktası olabilecek mekanlar, sosyal hizmet büroları, danışma merkezleri, kişisel bakım hizmetleri veren mekanlar gibi başka işlevleri de içereceklerdir. (Sungur, Ergenoğlu ve Aytuğ, 2007:49)

Binanın kullanım amacı ve bina genel gereksinimleri (bireylerin gereksinimleri, mal sahibinin gereksinimleri, yerel otoriteler (belediye vs.) ve çevre gereksinimleri) belirlenmeli, bina alt yapı sistemleri tasarımı yapılmalı ve sonrasında mekanik tasarım ve otomasyon projesi yapılmalıdır.

1.3. Tesis Yönetimi ve Güvenliği İçerikleri

Sağlık kuruluşlarında genel olarak tesis yönetimi, emniyet güvenlik, teknik hizmetler yönetimi, tıbbi cihaz yönetimi, acil durum yönetimi, çevre ve atık yönetimi ile risk yönetimi konu başlıkları altında incelenmiştir.

1.3.1. Emniyet ve Güvenlik

İyileştiren hastane tasarımında önemli bir yere sahip olan güvenlik, kurumun hastalar ziyaretçiler ve personel için güvenli bir fiziksel ortam yaratması, hastane içindeki enfeksiyon kontrolü, düşme ve yaralanmalar, emniyet, hırsızlık, gasp olayları, doğal ve diğer afetlere hazırlık, yangın korunması, su ve elektrik kesintileri konularını kapsamaktadır.

Hastaneler ve sağlık merkezleri insanların tedavi olmak ve sağlıklarını geri kazanmak amacıyla gittikleri tesisler olarak hayati önem taşıyan binalardır. Yapılan istatistiklerde büyük bir afet sonrasında ilk 24 ile 48 saat arasında hastane acil servislerinin tamamen dolduğu görülmektedir. Hastaneye ulaştıklarında sıklıkla görülen, oluşan hasardan hastanenin boşaltılması ve servislerin ciddi ölçüde kısıtlanmış olması ya da tamamen servis dışı kalması durumudur. Tesisteki operasyonel ve fonksiyonel elemanlar hasar almış ve bunun neticesinde hizmet veremez durumda kalılabilmektedir (Kalafat ve Yücerman, 2011).

Bununla beraber, büyük bir hastanede içlerinden su, yakıt, tıbbi gaz, tıbbi atık ve diğer maddeler geçen yüzlerce kilometre uzunluğunda tesisatlar bulunmaktadır. Bu tesisatların hasar görmesi durumunda yangınlar, su baskınları, biyolojik ve kimyasal kirlenmeler ve yaşamsal sistemlerin durması söz konusu olabilmektedir. Hastanelerin boşaltılması genellikle tercih edilmeyen riskli bir durumdur. En istenildiği anda mevcut hastalara sağlanan desteği kesmek, halka açık tıbbi servisleri durdurmak başlı başına kabul edilemez bir durumdur. Bu koşullar altında hastalar daha ileri tıbbi komplikasyonlara maruz kalabilmekte hatta hayatlarını kaybetmektedirler.

Yukarıda bahsedilen hassasiyetler nedeniyle hastane binasının yönetiminde enerji ve çevre yönetiminin yanı sıra afet planı ve deprem güvenliği gibi konulara da ayrıca değinilecektir.

Sağlık yatırımcılarının fonksiyonel bir hastanenin uygunluk, konfor, rahatlık ve ekonomik avantajlar sağladığının, diğer yandan hatalı bir tasarımın her türlü hastane faaliyetini engellerken, hizmet kalitesini düşürdüğünün ve gerek proje taahhüt maliyetleri gerekse uzun dönem işletme maliyetlerini kabul edilemez seviyelere çıkardığının bilincinde olması gerekmektedir. Planlama aşamasında operasyonel verimliliği artıracak ilave yatırımlar proje maliyetlerini artırması sebebiyle birçok projede uygulanmamaktadır. Başlangıçta maliyet olarak değeriendirilen bu türlü yatırımlar ne yazık ki işletme döneminde kuruma daha fazla finansal yük getirmektedir.

1.3.2.Teknik Hizmetler Yönetimi

Hastanelerde teknik hizmetler servisi, mekanik ve elektronik olarak hastane binasının ve bina içindeki her tür tesisatın faal halde bulundurulmasını sağlamak üzere bakım-onarım hizmetlerini yürütmekle görevlendirilmiştir.

Teknik bakım onarım hizmetleri; hastanedeki mekanik, elektrik, sıhhi tesisat, ısıtma-soğutma, jeneratör ve yangın sistemleri gibi sistemlerin bakım ve onarımının yanısıra, hastane binasında bina içi tadilat, boya, izolasyon ve dekorasyon uygulamaları gibi işleri de yürütmektedir. Teknik bakım-onarım hizmetleri içinde arıza müdahale, periyodik bakım, sarf malzeme yönetimi, yedek parça yönetimi, garanti takibi, sözleşme yönetimi gibi hizmetler de yer almaktadır.

Hastane binaları, yer seçiminden başlayarak, bu konuda uzman olan mimar, makine mühendisi, tıp doktoru vb. kişiler tarafından, standartlara ve yönetmeliklere uygun olarak, projelendirilmeli ve yapımı adım adım takip edilmelidir (Özçelebi, 2009:26). Her türlü binadaki havalandırma sistemlerinin, uygun bir ısı ve nem içerecek şekilde geliştirilmesi gerekir. Hastane ortamlarının havalandırma sistemleri hastaların ve hastane çalışanlarının sağlıklarının korunması ve hastane kaynaklı enfeksiyonların önlenmesi bakımından ayrı bir önem teşkil etmektedir (Parlar, 2008: 549).

Binalarda her türlü iklim koşulunda ısı konforunun sağlanması için ısıtma, havalandırma ve iklimlendirme (HVAC) sistemlerinin iyi kontrol edilmesi gerekir. Binalarda enerji tasarrufunun en iyi yollarından birisi, bina yönetim sistemleri ile etkin bir HVAC kontrolü sağlamaktır. Ancak HVAC sistemlerin kontrol stratejilerini belirlemek çoğu zaman oldukça zordur. Esas olan, ısı konforu ve iç hava kalitesini sağlarken, enerji giderlerini en aza indirerek, çevre kirleticileri en alt düzeyde tutmaktır (Canbay ve diğerleri, 2004:5).

Hastane ortamına ayaktan veya yatarak tedavi amaçlı gelen hastaları ve hatta hastane personelini bekleyen bazı tehlikeler söz konusudur ve hastanelerde bu tehlikeleri bertaraf edebilmek için genellikle ısı konfor şartlarının yerine getirilmiş olması yeterli olmamaktadır. Bu risklerin sonuçlarının neler olabileceğini

belirlemek adına rakamsal bazı veriler vermek gerekirse; Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre tanı ve tedavi amaçlı olarak hastanelere yatan her 100 hastadan 3-10'unda, hastanenin donanımı ve işletme şartlarına bağlı olarak enfeksiyon gelişmektedir. ABD'de yerleşik Center Of Diseases Control (CDC) adlı araştırma merkezinin yaptığı bir araştırma, Amerika'da her yıl yaklaşık 103.000, Kanada da ise 12.000 kişinin hastanede kapılan enfeksiyonlar ile öldüğünü göstermektedir. Bir başka araştırma ise Amerika Birleşik Devletleri'nde hastaneye yatan hastaların %5'inin, Fransa'da ise %8'inin enfeksiyona yakalandığını işaret etmektedir. Görünen o ki bu sorun sadece az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkeler için değil, aynı zamanda gelişmiş ülkeler için de önemli bir sorun olarak yerini korumaktadır (Özel ve Hançer, 2005:27-28).

Hastaneler 7 gün 24 saat süre ile hizmet vermeleri esasında destek hizmetlerini (içme suyu, elektrik enerjisi vb) planlamalı ve kontrollerini gerçekleştirmelidir. Arızalanma veya acil durumlardaki karşılama kapasitelerim belirlemeli ve gerektiğinde nasıl temin edileceğinin planlaması gerekmektedir.

1.3.3. Tıbbi Cihaz Yönetimi

Sağlık teknolojisi yönetimi Avrupa'da 1970'lerde ortaya çıkmış ve 1990'arda özellikle sağlık hizmetleri maliyetlerindeki hızlı artış ile birlikte gündemde daha fazla yer almaya başlamıştır. Avrupa'da çok genel anlamda ele alınacak olursa, iki koldan fakat etkileşimli olarak teknoloji yönetiminin yürütüldüğünü görmekteyiz. Bir taraftan bireysel ülkeler bazında kurumsallaşmış yapılar (kurumlar, yetişmiş insan gücü, mevzuat vb.) diğer taraftan bilimsel kurumlarca bu alanda bilgi üretilmesi söz konusudur (Yıldırım, 2008).

Sağlık teknolojisinin ulaştığı nokta, sağlık teknolojisinin Türkiye'de kullanım sıklığı, özellikle sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanmasından sonra sağlık hizmetleri planlamasındaki olumlu bir çıktı olarak değerlendirilebilecek olan ileri teknoloji ürünü cihazların kullanım yaygınlığı sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaşmasını göstermesi açısından önem taşımaktadır (Şener, 2005: 89). Sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaşması ile sağlık teknolojisinin kullanımının artması birbirini tetikleyen unsurlar haline gelmiştir. Sağlık teknolojisi denildiğinde

akla gelen ilk kavramlardan biri tıbbi cihazlardır. Tıbbi cihaz denildiğinde, dar ve geniş anlamda iki tanım yapılabilmektedir. Dar anlamda tıbbi cihaz, Tıbbi Cihaz Yönetmeliğinde yer aldığı şekli ile;

İnsanda kullanıldıklarında aslı fonksiyonunu farmakolojik, immünolojik veya metabolik etkiler ile sağlamayan fakat fonksiyonunu yerine getirirken bu etkiler tarafından desteklenebilen ve insan üzerinde;

Hastalığın tanısı, önlenmesi, izlenmesi, tedavisi veya hafifletilmesi,

Yaralanma veya sakatlığın tanısı, izlenmesi, tedavisi, hafifletilmesi veya mağduriyetin giderilmesi,

Anatomik veya fizyolojik bir işlevin araştırılması, değiştirilmesi veya yerine başka bir şey konulması,

Doğum kontrolü, amacıyla kullanılmak üzere imal edilmiş, tek başına veya birlikte kullanılabilen, imalatçısı tarafından özellikle tanı ve/veya tedavi amaçlı kullanılmak üzere imal edilmiş ve tıbbi cihazın amaçlanan işlevini yerine getirebilmesi için gerekli olan yazılımlar da dahil, her türlü araç, alet, teçhizat, yazılım, aksesuar veya diğer malzemeleri ifade etmektedir. Geniş anlamda tıbbi cihaz ise; Tıbbi Cihaz Yönetmeliği, Vücut Dışında Kullanılan (İn Vitro) Tıbbi Tanı Cihazları Yönetmeliği ile Vücut Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmeliği kapsamındaki cihazları ve/veya ürünleri ifade etmektedir (Resmi Gazete, 2011).

Tıbbi cihaz yönetimi denildiğinde geniş anlamda tıbbi cihazlar akla gelmelidir. Geniş anlamı ile tıbbi cihaz tanımının içine, pamuk, gazlı bez, yeniden kullanılabilen cerrahi el aletleri, enjektör, lens, lens solüsyonu, diyaliz solüsyonu, cerrahi iplik, tansiyon aleti, beden derecesi, Elektrokardiyografi (EKG) cihazı, anestezi cihazı, ultrason cihazı, işitme cihazı, ultrason jeli, Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR) cihazı, röntgen cihazı, stentler, kan grubu reaktifleri, gebelik testleri, biyokimya kitleri, oto analizörler, suni dişler, vücuda yerleştirilen implantlar, kalp pilleri gibi birbirinden farklı ve geniş yelpazedeki ürünlerin dahil olduğu göz önüne alındığında, sağlık hizmet sunumu sürecinde tıbbi cihazların sahip olduğu

tartışılmaz yer ve vazgeçilmez önem daha iyi anlaşılmaktadır (Şener, Çakmak, Demirbaş, 2010) .

Sağlık hizmetlerinin sunulması sürecinde tıbbi cihazların niteliksel ve niceliksel açıdan taşıdığı önem teknolojik gelişmelere paralel olarak her geçen gün artmaktadır. Tıbbi cihaz kavramının oldukça geniş bir içeriğe sahip olması, sağlık teknolojisinde yaşanan hızlı gelişmeler ve özellikle sağlık hizmetlerine erişimin ülke genelinde yaygınlaşması, yüksek teknolojiye sahip cihazlar başta olmak üzere tüm tıbbi cihazların tanı ve tedavide etkin ve yaygın olarak kullanılmasına yol açmıştır. Sağlık hizmetlerine tahsis edilebilecek kaynakların sınırsız olamayacağı göz önüne alındığında, tıbbi cihaz yönetiminden ziyade akılcı tıbbi cihaz yönetimi ve bu kapsamdaki uygulamalar sağlık hizmetleri sunumu sürecinde gittikçe daha ön plana çıkmaktadır. Akılcı tıbbi cihaz yönetimi, sağlık hizmeti düzenleyicileri tarafından, tıbbi ve teknik gereklilikler ya da yaşam kalitesinin yükseltilmesi çerçevesinde ihtiyaç sahiplerinin tıbbi cihazlara kolay ve ekonomik bir şekilde ulaşmasının sağlanmasını ve bunun sürdürülebilir kılınmasını, ayrıca, tıbbi cihazların kullanıcılar ve uygulayıcılar tarafından, üreticilerin öngördüğü çerçevede kullanılmasını ve uygulanmasını ifade etmektedir (Şener, Salim, Ünsal, Ebem, 2011).

Günümüzde tıbbi teknoloji hızla gelişmekte ve insanlığa yeni olanaklar, yeni çareler sunmaktadır. Özellikle tedavi edici hekimlik alanında yaratılan bu fırsatlar, tıbbin kendisini işlevi yönünden sorgulamayı gerektirecek bir duruma sokmaktadır (Gölmar ve Arda, 1995: 88-89). Dolayısı ile sağlık hizmetleri uygulamalarında bazı ciddi hatalardan kaçınmak, ölçüm süreci ve yüksek kaliteli hizmetlerin sunumunda kullanılan cihazların doğru çalışmasını incelemeyi, uygun ve doğru ölçüm yapmayı gerektirir. Bu nedenle, bazı konuların özellikle ve dikkatle ele alınması gerekir. Ölçüm noktalarını dikkatli bir şekilde kararlaştırmak, uygun ölçüm araçlarını seçmek, ölçüm koşullarını incelemek ve ilgili personelin eğitimi bu konulardan bazılarıdır (Karagöz ve Cecelioğlu, 2007:64).

Hastanede bulunan tıbbi cihazın denetimi, testi ve bakımı için planlama yapılmalı ve uygulanmalı, hasta bakımı ve tedavisinde kullanılacak olan cihazların kalibrasyon planları yapılmalıdır.

Sağlık hizmetlerinde, teknoloji yoğun hizmet sunumunun günümüzde geldiği düzeye bakıldığında, tanı ve tedavi süreci başta olmak üzere, tıbbi cihazların sağlık hizmetlerinde kullanımının olmazsa olmaz bir nitelik kazanması, tıbbi cihaz güvenliğinin tıbbi cihaz yönetiminin en önemli unsurlarından biri olması sonucunu ortaya çıkarmıştır. Tıbbi cihaz güvenliği;

1. Üretim güvenliği,
2. Dağıtım güvenliği,
3. Kurulum ve kullanım güvenliği,
4. İmha güvenliği gibi, aşamalardan oluşan temel bir süreçtir. Her bir aşamadaki herhangi bir unsur, sonraki aşamayı etkileyebilmekte ve genel anlamda tıbbi cihaz güvenliğini olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Şener, Turgut, Ertan, 2011).

Tıbbi cihaz güvenliğine yönelik süreçleri içermeyen bir tıbbi cihaz yönetiminin sürdürülebilir olmayacağı, bütünsel ve akılcı bir tıbbi cihaz yönetiminin sağlık yönetimin önemli bir bölümü olduğu ifade edilebilir.

1.3.4. Acil Durum Yönetimi

Dünya Sağlık Örgütü afeti beklenmeyen, kurumun olanakları ve kapasitesini aşan normal işleyişi bozan dışarıdan yardım gerektiren ani ekolojik olgu olarak tanımlamaktadır. Bir olayın afet tanımı içine girmesini belirleyen en önemli özellik, dış yardıma gereksinim duyulmasıdır. Dış yardımdan salt uluslararası yardım anlaşılmamalı, burada önemli olan, oluşan olay ile toplumun kendisinin baş edememesi ve olay yerinin dışından yardım alınmasının zorunlu olmasıdır.

Günümüzde literatürlerde afet kelimesi yerine olağan dışı durum kavramı kullanılmaktadır. Olağandışı durum, günlük yaşamın ve toplumsal düzenin bozulması, kesintiye uğraması ve işlevlerin yerine getirilememesi şeklinde tanımlanabilir. Olağandışı olaylar, diğer bir deyişle afet ve acil durumlar çok farklı

biçimlerde ortaya çıkar; ancak yine de bazı ortak özelliklere sahiptir. Söz konusu özellikler şöyle sıralanabilir:

- Yaşam kaynaklarına ve altyapıya zarar verir.
- Oluştığında şok etkisi yaratır.
- Bir bölümünün ne zaman olacağı tahmin edilemezken, bir bölümünün ki tahmin edilebilir.
- Bazıları ani olur, bazıları yavaş gelişir.
- İlk anlarda organize müdahale gerçekleştirilemez.

Afetler insan yaşamının ayrılmaz bir parçasıdır bu sebeple afetlere hem kişisel ve hem de kurumsal anlamda hazırlıklı olmak son derece önemlidir. Afetlerde kritik görevler alacak sağlık kuruluşları da bu hazırlıklarda büyük rol oynayacaktır. Dünyada maalesef hastanelerin afetler sonucu yıkıldığı ya da ağır zarar gördüğü çok sayıda olay yaşanmıştır. Hastanelere en çok ihtiyaç duyulduğu anlarda oluşan bu durum, hem hizmeti engellemiş hem de halkın güvenini sarsmıştır.

Türkiye sahip olduğu jeolojik, topografik ve meteorolojik koşulları nedeniyle büyük can ve mal kayıplarıyla sonuçlanan doğal afet olayları ile sıkça karşılaşmakta, afetlerle iç içe yaşamaktadır. Doğal afetler özellikle de deprem ülkemizin bir gerçeğidir. Türkiye'nin topraklarının %91'i, nüfusun da %95'i deprem kuşağı altında bulunmaktadır. Ayrıca ülkemiz politik, ekonomik ve sosyal olaylar bakımından istikrarlı olmayan bir coğrafyada bulunduğu için, kitlesel yaralanmalara neden olacak konvansiyonel, kimyasal ve hatta nükleer tehditlerle karşı karşıya kalabilir (Özmen, Türk ve Çetin-2010).

Sağlık hizmetlerinde afet nedeniyle oluşan kesintiler, halkın o kuruma olan güveni üzerine kalıcı olumsuz etkiler yaratabilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde gözlemlendiği üzere; hastalar afet sonrasında izleyen yıllarda, depremden zarar gören hastaneler yerine, depremde hasar görmeyen ve hizmet veren tesislere yönelmişlerdir.

Sağlık tesislerinin korunması için; tüm yeni sağlık tesislerinde inşaat riskini azaltmak maksadıyla uygun tasarım yapılmalıdır, mevcut sağlık tesislerinin yapısal olmayan riskleri ortadan kaldırılmalı ve fonksiyonel güvenlik durumlarının iyileştirilmesi sağlanmalıdır. Koruma düzeylerini artırmak için en kritik tesisler seçilmeli ve güçlendirme için yasal ve mali önlemler benimsenmelidir.

1.3.4.1. Afetlere Hazırlık- Hastane Afet Planı

Hastaneler olası deprem, bulaşıcı hastalık salgınları, fazla sayılı yaralanmalar veya kazalar ve benzeri gibi hastanenin günlük işleyişini değiştirecek boyutta gerçekleşebilecek olaylara hazırlıklı olmak zorundadır. Bu nedenle "Hastane acil durum planları" (HAP) hazırlanmalıdır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat 2011). Afetle mücadelede afet oluşmadan önceki sessiz dönem denilen evrede, örgütlenme, planlama, alarm sistemi ve kriz yönetimi kurma, toplumu hazır ve bilinçli kılma, alt yapının dayanıklı hale getirilmesi ve yasal düzenlemeler yapılır. İyi bir afet planının yapılabilmesi her şeyden önce eski afetlere ilişkin bilgilerin elde olmasına bağlıdır. Yani bir ülkedeki afet verilerinin çok iyi kaydedilmesi, mevcut afete karşı yapılacak işler için ve ayrıca gelecek afetlere karşı hazır olmak için gereklidir (Esin ve diğerleri, 2001).

Normal şartlarda çevresinin gereksinimlerini karşılayabilen bir bölge veya şehir hastanesi birden bire gelen deprem, sel, yangın, gibi doğal olaylar, hapishane miting çatışmaları, tren çarpışmaları, uçak düşmesi, cephaneye infilakı gibi afetler karşısında o an için yetersiz kalabilir. Olağanüstü bu gibi durumlarda olay yerinde ve sağlık kurumuna gelen acil hastaları muayene edecek, yatıracak sedye bile kalmayabilir ve mevcut hekim ve sağlık personeli ihtiyacı karşılayamaz durumda kalabilir. Yani olay yeri veya hastanedeki sağlık hizmetleri yetersiz kalabilir. Bu kötü zincir oluşumunu önlemek için, önceden olağanüstü durum planlaması yapmak ve plan çerçevesinde medikal tim ve ekiplerin oluşturulması, eğitimi ve donanımının sağlanmasının mecburiyeti vardır. Afet ve savaş gibi acil durumlar sonrası en fazla gereksinim duyulan birimlerin başında hiç şüphesiz sağlık kurumları ve özellikle hastaneler gelmektedir. Bu tür tehditler altındaki hastanelerimizin karşılaşılabilecekleri bu durumlara karşı hazırlıklı olmaları ile olası bir panik engellenebilecek ve daha fazla sayıda yaralıya müdahale edilebilecektir.

Hastanelerin de hazır olabilmesi için belli bir disiplin ve standart halinde plan yapılması ve afet olmadan önce bu planı gözden geçirerek tüm personeline aktarması ve öğretmesi gerekmektedir.

Hastane Afet Planı (HAP), afet sırasında kaos esnasında süratle olaya müdahale eden belirli bir sistem içinde olaya yaklaşan, müdahale eden kişilerin görevlerinin çok iyi tanımlandığı, düzenli kayıtların tutulduğu ve her alanda ortak dillini kullanıldığı bir afetle mücadele sistemidir. HAP, afet anında her türlü sağlık kuruluşunca uygulanabilecek sistematik yaklaşımı öneren bir afetle mücadele planıdır.

Ağustos 2006'da, Ege Üniversitesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı'ndan Dr. Ersel, Dr. Aksay ve Dr. Kıyan tarafından yapılan Türkiye Acil Tıp Anabilim Dallarını Afetlere Hazırlık Düzeyleri hakkındaki çalışması sonucunda ulaşılan bulgular şu şekildedir;

Toplam 9 acil serviste en az 1 afet yaşanmıştı ki bunlar; "deprem, sel ya da su baskını, patlamalar, toplu gıda zehirlenmeleri sıcak çarpmaları, yangınlar, çoklu yaralanmalı trafik kazaları ve bina çökmeleri" idi. Yapılan bu anket çalışmasında; 15 (% 53. 5) hastanede bir afet planı var olduğu, 9 (% 32. 1) Acil Tıp Anabilim Dalı'nın hastane afet planı oluşum sürecine katılmış olduğu 3 (% 20. 0) hastanede hastane afet planı öncesi risk analizi yapılmış olduğu, 4 (%26. 7) hastanede hastane afet planı tatbikatları yapılmış olduğu görülmüş, hastane afet planına sahip hastanelerden sadece 9'u (% 60. 0) afet planının bir kopyasına nasıl ulaşabileceğini bildiğini belirtmiş, bu planlardan sadece 6 (%40) sının bir örneğinin acil servislerde saklandığı bildirilmiş. Ayrıca, 10 Acil Tıp Anabilim Dalında (%35. 0) afet tıbbi ile ilgili ders konuları eğitim müfredatında, ortalama 5.70 ± 5.6 saat/yıl olarak yer alırken, sadece 4 Acil Tıp Anabilim Dalında (%15) acil servis ile sınırlı bir afet tatbikatı mevcut olduğu belirtilmiştir. Hastane Afet Planına sahip hastanelerin ise sadece 10' unda (%65) triaj ve hasta bakım alanları belirlenmiş, sadece 6' sında (%40) dekontaminasyon ile ilgili bir hazırlık yapılmış, bunların da sadece 4'ünde (%25) dekontaminasyon için ayrı bir oda var olduğu görülmüş, sadece 6 (%40) Acil Tıp Anabilim Dalında personele dekontaminasyon ile ilgili eğitim verildiği saptanmıştır. Yapılan bu araştırmanın sonunda; hastanelerimizde hastane afet planı bulunmadığı, hastane afet planı bulunanların tozlu raflarda

kaldığı, acil tıbbın hastane afet planı oluşumuna katkısının yetersiz olduğu, hastane afet planının risk analizi yapılmadan hazırlandığı, yıllık hastane afet planı tatbikatlarının yetersiz ve sadece masa başı tatbikatları olduğu, personelin hastane afet planı içeriğine nasıl ulaşacağını bilmediği, yıllık müfredatta afet eğitimlerinin çok az olduğu, afetlerde hasta bakı alanları organizasyonu konusunda bilginin oldukça yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır (Ersel ve diğerleri 2006)

1.3.4.2. Deprem Güvenliği

Hastaneler ve sağlık merkezleri insanların tedavi olmak ve sağlıklarını geri kazanmak amacıyla gittikleri tesisler olarak hayati önem taşıyan binalardır. Yapılan istatistiklerde büyük bir deprem sonrasında ilk 24 ile 48 saat arasında hastane acil servislerinin tamamen dolduğu ve bunun yanında hasta ve yaralıların 77%'sinin depremi takip eden 3 gün içerisinde hastanelerde tedavi altına alındıkları görülmüştür (Kalafat ve Yücerman, 2011)

Hastanelerin, yaşanan bir depremin ardından, deprem sırasında içeride halihazırda bulunmakta olan hastalar ve sağlık personelinin güvenliğini sağlayabilmenin yanı sıra depremden zarar görmüş hastalara da acil olarak hizmet verebilecek durumda olması gerekmektedir. Bu çalışmada, hastanelerin yapısal anlamda deprem nedeniyle oluşacak sismik yüklere dayanıklı olduğu kabulü yapılmıştır. Fakat yapısal elemanların depreme dayanıklı olması yeterli değildir. Yakın geçmişte yaşanmış depremler göstermektedir ki yapısal olmayan bileşenlerin sismik açıdan ele alınması bir zorunluluktur.

Hastane kolayca hasar görebilen bir tesistir. İronik olarak en ileri teknoloji modern hastaneler sismik açıdan en savunmasız olanlardır. Yüksek teknoloji ürünü birçok ekipman çoğunlukla bilgisayar kontrolüne ve telekomünikasyon ağına bağımlı olup bozulmaya çok yatkındır ve çoğu zaman bu durum binanın boşaltılmasını gerektirmektedir. Bununla beraber, büyük bir hastanede içerinden su, yakıt, tıbbi gaz, tıbbi atık ve diğer maddeler geçen yüzlerce kilometre uzunluğunda tesisatlar bulunmaktadır. Bu tesisatların hasar görmesi durumunda

yangınlar, su baskınları, biyolojik, kimyasal kirlenmeler ve yaşamsal sistemlerin durması söz konusu olabilir.

Hastanelerin yapısal veya yapısal olmayan hasarlara maruz kalması hastanenin kapanmasıyla sonuçlanabilir. Hastanelerin boşaltılması genellikle tercih edilmeyen bir durumdur. Bir hastanenin kriz anında boşaltılması riskli bir iştir. En istenildiği anda mevcut hastalara sağlanan desteği kesmek, halka açık tıbbi servisleri durdurmak başlı başına kabul edilemez olmakla birlikte dışarı çıkarılan hastaların depremden hasar görmüş bir çevrede olacakları gerçeğini de unutmamak gerekir. Bu koşullar altında hastalar daha ileri tıbbi komplikasyonlara maruz kalabilir hatta hayatlarını kaybedebilirler.

1.3.4.3. Yangın Güvenliği

Hastanelerde yangın güvenlik önlemlerinin uygulanması diğer binalara göre daha karmaşık ve zordur. Çünkü hastaların hareket yetenekleri kısıtlıdır. Bu nedenle tahliyeleri önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastanelerde, yangınların % 53'ünün hizmet hacimlerinde, % 22'sinin özel bölümlerde, %10'unun hasta bakım ünitelerinde ve geri kalan % 15'inin ise destek hacimleri ile diğer bölümlerde çıktığı görülmüştür (Demirel ve Başdemir, 2012:27).

Çağdaş yapı, tesis elde etme sürecinde, yangın güvenliğini nasıl etkileyeceği saptanmamış bir uygulamanın, yangın güvenliğinin teknik ve idari gereklerini, koşullarını yeterince sağladığı ortaya konmamış bir uygulamanın hayata geçmesi imkânsızdır. Tüm gelişmiş ülkelerde devletler, yurttaşlarının yangına karşı can güvenliğini sağlama sorumluluğunu üstlenmişlerdir. Bunun için gerekli düzenlemeler yapılmakta ve bu tür düzenlemeler o ülkelerin uygarlık düzeylerinin birer göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Demirel ve Konur, 2006:294).

Ülkemizde bu amaçla 26 Temmuz 2002 tarihinde Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik çıkarılmıştır. Bu yönetmelik, ülke genelindeki tüm kamu ve özel kurum ve kuruluşlar ile gerçek kişilerce kullanılan her türlü yapı, bina tesis ve işletmeleri kapsamına almıştır. Yönetmeliğin 11. maddesi sağlık hizmeti amaçlı binaları, fiziksel veya zihinsel bir hastalık ya da yetersizlikten tedavisi,

bakımı ve küçük çocuklar, nekahat halindeki kişiler ya da bakıma muhtaç yaşlıların bakımları için kullanılan ve dört ya da daha fazla kişinin yatırılabilirdiği binalar ile binaların bu amaçla kullanılan bölümlerini kapsar şeklinde tanımlamaktadır. Buna ilave olarak, bakımevleri, doğumevleri, hastaneler, huzurevleri, sağlık merkezleri, sağlık ocakları, kreşler ve yuvalar sağlık hizmeti amaçlı binalar kapsamında sayılmaktadır (Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik, 2002).

Sağlık kuruluşlarında yangın güvenliği bakımından farklı detektörler kullanılmaktadır. Aşağıda bina güvenlik sistemlerinde kullanılan yangın bildirimine yönelik detektörler sınıflandırılmıştır (Çolak ve Irmak, 2003: 415).

- Duman detektörleri
- Isı detektörleri
- Alev detektörleri
- Gaz detektörleri
- Duman detektörleri çoğu zaman yangını diğer detektörlerden daha önce haber verir.
- Hastanelerde yangın güvenliği ile ilgili olarak şunlar yapılabilir:
- Hastanenin yangın güvenliği durumu saptanmalıdır.
- Yangın güvenliği emniyet planı hazırlanmalıdır. Bu plan yangına karşı koruyucu önlemleri, erken teşhis ve tespiti, bastırma, hafifletme ve tesisten emniyetli kaçıışı içermelidir. Yangın önleme ve emniyet sistemlerini ve malzemelerini denetleme, test ve bakım sıklığı planda belirtilmelidir. Ayrıca yangın ve duman durumunda tesisin emniyetli olarak hangi bölgelere boşaltılacağı plan olmalıdır.
- Acil durumlarda müdahale ekibinin, söndürme, kurtarma, koruma ve ilk yardım ekipleri belirlemeli, ilgili personele bu konularda gerekli eğitimler verilmelidir.
- Hastaları tahliye edecek personele gerekli eğitimler verilmelidir.
- Yılda en az iki defa olmak üzere yangın simülasyonu gerçekleştirilmesi ve bu sürecin raporlanması ve görülen aksaklıkların çözümüne yönelik faaliyetler

yapılmalıdır. Hastane büyüklüğüne ve hasta kapasitesine göre tesis yangın açısından düzenli olarak denetlenmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır.

1.3.4.4. Tatbikat Plan ve Uygulamaları

Sağlık tesislerinde doğal afetlerden korunma yolları, afet öncesi, afet anı ve sonrasında neler yapılması gerektiği konusunda teorik ve uygulamalı eğitim vermek amacıyla HAP eğitimi, masa başı ve saha tatbikatları yapılmalıdır. Tatbikatlarda olağan dışı gelişen yangın, deprem, toplu trafik kazaları, salgın ve tehlikeli hastalıklar gibi afetlerde sağlık çalışanlarının hareket tarzı, hastaneler afetlerde zarar gördüğünde hasta ve yaralıların tahliyesi, kurtarma çalışmaları, kurumlar arası koordinasyon, kurtarılan ve tahliye edilen hastaların triaj alanlarına yeşil, kırmızı, sarı' taşınmaları, kalabalık olan hastanelerde meydana gelen bebek kaçırma (pembe kod), kalabalık içerisinde kapkaç ve hırsızlık vakaları, hasta ve yaralı yakınlarının ani reaksiyonları gibi durumlarda HAP başkanına bağlı birimlerin görevlerini bilmeleri, kurumlararası koordinasyonun AFAD, UMKE, güvenlik, itfaiye sağlanabilmesi gibi hususlar tatbiki olarak gerçekleştirilmelidir.

Hastaneler afet durumlarında insanların müracaat edeceği önemli yerlerdir. Bu anlamda hastane çalışanları ve acil durumlarda görev alacak personellere olası bir afet durumuna karşı bilinçlendirmek için hastane afet planına göre düzenlenen yangın, kurtarma ve tahliye tatbikatlarında hasta ve yaralıların tahliyesi, yüksek katlardan hastaların indirilmesi gibi planların uygulanabilirliğini denemek, görevli personelin başarı seviyesini ölçmek ve her an doğal afetlere hazırlıklı olabilmek amacıyla gerçekleşen tatbikatlarda bilinçlenme fazlasıyla önem taşımaktadır.

Hastane afet planı hazırlandıktan sonra bu plan ile ilgili, yılda en az iki kez tüm hastane çalışanlarının katıldığı tatbikat yapılmalıdır. Eğitim amacıyla her yıl yapılan hastane afet planı tatbikatında eksikler ve hatalar tespit edilerek, bir sonraki tatbikatta bu eksikler giderilip tekrarlanmamasına dikkat edilmelidir. Mükemmel bir plan yoktur, ama her yıl yenilenen tatbikatlarla en iyi hedeflenmelidir.

senaryo dahilinde yapılan hastane afet planı tatbikatlarında karşılaşılan en önemli sorunlardan birisi de, bir önceki tatbikatta görevlendirilen sağlık personelinin tayin, görev veya yer değişikliği gibi nedenlerle çok sık olarak yenilenmesi ve yeni elemanların görev dağılımlarının yeniden düzenlenmesi gerekliliğidir. Sırf bu personel değişimindeki hızlı sirkülasyon bile hastanelerin afet tatbikatlarını her yıl en az bir kez yenilemesini gerektiren önemli bir sebeptir. Ayrıca yapılan tatbikatların kaydedilerek izlenmesi de yapılan hataların net bir şekilde görülerek bir sonraki tatbikatta bu hataların yapılmasının önlenmesiyle, eğitimin hedefine ulaşmasında katkı sağlamaktadır. Hata analizi aşağıdaki döngüde yer almaktadır.



Şekil 1.1. Hata Türü ve Etki Analizi Döngüsü

Kaynak: <http://en.wikipedia.org/wiki/File:FMEA.png>

1.3.5. Çevre ve Atık Yönetimi

Hastaneler topluma çeşitli sağlık hizmetleri sunan merkezlerdir. Hastanelerin faaliyetleri iyileştirici, rehabilite edici, koruyucu ve sağlık eğitimini destekleyici hizmetleri kapsamına alabilir. Bu girişimleri meydana getiren aktiviteler esnasında hastaneler tıbbi ve tıbbi olmayan faaliyetlerinden dolayı atık meydana getirmektedirler. Hastane atıklarındaki enfeksiyon bileşenleri; hastalar, komşu topluluklar, hastane personeli (özellikle atık işinde çalışanlar), ziyaretçiler ve hatta çevre için potansiyel risk oluşturabilir (Chaerul ve diğerleri, 2008:443).

Tıbbi atıklar, sağlıkla ilgili işlemler sırasında oluşan atıklardır. Bu atıkların %75-90'ı genel atık kapsamında yani günlük yaşam sırasında toplumda ortaya çıkan atıklara benzer yapıda iken, geri kalan kısım riskli atıklardan oluşur. Riskli veya tehlikeli atıklar, insan ve çevre sağlığını tehdit ederler (Özerol, 2005:434). Dolayısı ile tıbbi atıkların yönetimi gerekmektedir.

Bir hastanenin atık yönetim sisteminin planlaması atıkların dinamik yapısı ve belirsizliği; bunlara ilave olarak ekonomik, teknik ve çevresel yönleri kadar sağlık risklerini de dikkate almak gerektiğinden çok kompleks ve zordur (Chaerul ve diğerleri, 2008:444). Tıbbi atıkların yönetimi, sağlık birimlerinde atığın oluşumundan bertarafına kadar geçen süreci kapsamaktadır. Atık yönetim çalışmalarıyla, atıkların kaynağında ayrı toplanması ve taşınması uygulamaları düzenlenir ve bertaraf edilmesi gereken tehlikeli/tıbbi atık miktarı önemli ölçüde azaltılması sağlanmaktadır (Esmen ve diğerleri, 2009). O halde atık yönetiminin temel amacı, insan sağlığı ve çevreye zarar vermeden en ekonomik yolla atıkların toplanması, ayıklanması, kullanılacak şekle geri dönüştürülmesi, tekrar kullanılması ve son olarak, miktar ve hacminin azaltılarak güvenli bir şekilde bertaraf edilmesidir (Özerol, 2005:436).

Çizelge 1.1. Bazı Ülkelerin Yatak Başına Tıbbi Atık Üretim Oranları

Ülkeler	Yatak/kg-gün (%)	Çalışma/Referans
Nepal	0.53	(UNEP, 2012:25)
İran	1.04	(Taghipour ve Mosaferi, 2009:1531)
Vietnam	1.42	(Taghipour ve Mosaferi, 2009:1531)
Türkiye	1.53	2012 yılı Sağlık Bakanlığı verileri
Sırbistan	1.92	(Emenike, 2010:5)
Pakistan	2.07	(UNEP, 2012:23)
Birleşik Krallık	3.30	(Emenike, 2010:5)
Kuveyt	3.65	(Emenike, 2010:5)
Kanada	4.10	(Emenike, 2010:5)
ABD	4.40	(Emenike, 2010:5)

Kaynak: Küçük, 2013

Hastane atığı kavramı ile tıbbi atık kavramı birbirine karıştırılabilmektedir. Hastane atığı sağlık kuruluşlarından kaynaklanan tıbbi atıklar, evsel atıklar,

ambalaj ve kâğıt atıklar, kimyasal atıklar ve radyoaktif atıklar gibi birçok atık türünü içermektedir. Tıbbi atıklar hastane atıklarından sadece bir parçasını oluşturmaktadır.

Sağlık kuruluşlarında idari hizmetler, teşhis işlemleri, tıbbi araştırmalar ve tedavi işlemleri sonucunda farklı türde çeşitli atıklar meydana gelmektedir. Bu atıklar atıkların kaynağına, şekillerine, zararlı veya zararsız oluşlarına göre sınıflandırılmaktadır.

Sağlık kuruluşundan kaynaklanan atıklar içerik bakımından:

- a) Genel ya da tehlikeli olmayan atıklar
- b) Tehlikeli olan atıklardır.

Genel atıklar ya da tehlikeli olmayan atıklar; kan, vücut sıvıları ya da diğer enfekte materyallerle temas etmemiş, kauçuk eldiven, kağıtlar, kumaş parçaları, camlar, yiyecek atıkları ve taşıyıcıları gibi atıklardır. (Hakkı, 2009)

Tehlikeli atıklar ise sağlık kuruluşlarından kaynaklanan biyolojik ve kimyasal materyallerle kirlenmiş olan atıklar tehlikeli olarak değerlendirilmektedir. Bunlar yaklaşık tüm atıklar içinde % 10–25'i tehlikeli atık olarak addedilmektedir (WHO,2000).

Türkiye'de tıbbi atıkların kontrolü yönetmeliğine göre, her türlü sağlık kuruluşundan, veteriner klinikleri, özel muayenehanelerden kaynaklanan enfeksiyöz, patolojik ve kesici delici atıklar tıbbi atıkları oluşturmaktadır (Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, 2005).

Tıbbi Atıklar; tıbbi tesislerde (hastaneler, sağlık ocakları...), araştırma birimlerinde ve laboratuvarlarda oluşan tüm atıkları içermektedir. Bunlara ilave olarak, küçük veya dağılmış kaynaklar olarak görülen, örneğin evlerdeki tıbbi faaliyetler sonrasında oluşan atıkları da (dializ, insülin iğneleri, vb.) kapsamaktadır.

Sağlık Tesislerinde ortaya çıkan atıkların %75 - %90 kadarı, evsel atıklarla mukayese edildiğinde, risk taşımayan, diğer bir deyimle “genel” tıbbi atıklardır. Bunlar genelde tıbbi kuruluşlarının yönetimsel/idari işlevlerinden kaynaklanmakta olup tıbbi tesislerin; bina ve müstemilatlarının bakımları esnasında açığa çıkan atıkları içermektedir. Geriye kalan % 10–25 oranındaki tıbbi atıklar ise tehlikeli atık olarak nitelendirilmektedir ve bunlar sağlık için çeşitli riskler yaratmaktadır (WHO,1999).

1.3.6. Risk Yönetimi

Dünyada toplumsal hayatın gelişmesi ile birlikte insanlar da yeni birçok riskle karşı karşıya kalmıştır. Risklerle artan oranda karşı karşıya kalan insanoğlu kendilerini etkileyebilecek riskleri önceden tahmin edip, bu riskleri en aza indirgeyecek yöntem arayışı içine girmişlerdir. Zira bir hizmetin gerçekleştirilmesinde bütün risklerden uzak durmak durumunda hiçbir işi yerine getirememesi sonucuyla karşılaşılabilecektir.

Risk yönetimi, belirli bir düzende maddi veya manevi kayıp olasılığının planlı olarak en aza indirilmesi veya yok edilmesidir (Sur, 2007).

Sağlık hizmetlerinin sunumu da yangın, deprem gibi felaketlerden aşağı kalmayacak düzeyde risk içermektedir. Hizmetin sunumunda oluşabilecek riskler hastaları, çalışanları ve ziyaretçileri tehdit etmektedir. 50 yıldan fazla süredir endüstri sektörü için önem arz eden risk yönetimi, sağlık hizmetinin bu özelliğinden dolayı 1970’li yıllarda hastane yönetimi alanına girmiştir (Aksay, 2003: 15-16).

Bu bağlamda sağlık kurumlarında risk yönetimi, kurumun finansal durumunu tehdit eden risklere karşı kurumu koruyacak; sağlık açısından hastaları, ziyaretçileri ve de çalışanları zarara uğratabilecek risklere karşı farkındalık seviyesini yükseltecek örgütsel bir fonksiyondur (Byers ve White, 2004: 300).

Hastanelerde risk yönetiminin hedefi, hastalar, ziyaretçiler ve sağlık çalışanları için güvenli ve etkin bir sağlık hizmeti çevresi kurmak ve böylelikle örgütün olası kayıplarını önlemek veya azaltmaktır. Risk yönetimi, 2000’li yılların başından

itibaren özellikle kanun koyucuların hasta güvenliği üzerine yoğunlaşmaları ile birlikte, sağlık hizmeti sunumunun önemli bir parçası olmuştur (Carroll, 2001: 18).

Temelde risk yönetimi bir sağlık kurumunun finansal açıdan tıbbi hatalar nedeniyle finansal kayıp yaşamasının önlenmesi ile ilgili olsa da hastalar için de oldukça önemlidir. Risk yönetimi kapsamında kurum olası tıbbi hatalara karşı sigortalanırken bir yandan da kazaların önlenmesine yönelik faaliyetler ile hastaların hayatı korunmuş olur (Aksay, 2003: 15-16).

Sağlık kuruluşlarında, Toplam Kalite Yönetimi ve Risk Yönetimi aynı hedefi paylaşırlar ve bir bütünün ayrılmaz birer parçasıdır. Hedef, teşhis ve tedavi amaçlı teknolojilerin kullanımında, tesis ve organizasyon yönetim süreçlerinde performansı en üst düzeye çıkarmaktır. Toplam Kalite Yönetiminde, sürekli kalite iyileştirilmesi konusunda takım çalışmaları yapılarak karşılaşılan sorun ve güçlüklerin çözümü aranmaktadır. Nitekim, sürekli kalite iyileştirilmesi çalışmalarında risk yönetimi önemli bir yer tutmaktadır. Bugün, Amerika'da hastanelerin yaklaşık % 40'ı risk yönetimi programı uygulamakta; bu hastanelerde, hastane idaresi ile koordine çalışan bir hastane risk yöneticisi bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde risk yönetiminden amaç; hastaları, hastane personelini ve hastaneye gelen ziyaretçileri fiziki ve psikolojik bakımdan olumlu etkileyecek bir ortam yaratmak; kazaları önleme yönünde her türlü tedbiri almak ve bu tedbirleri alırken hastane kayıplarını ve harcamalarını minimize etmek; yaralanma hatta ölümlerle sonuçlanabilecek kazalara imkan vermeyerek tazminat giderlerini asgariye indirmektir. Bunun içinde aşağıdaki gibi risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Öncelikle tehlikenin tanımı yapılır, kimlerin etkileneceği kayıt altına alınır, Risk skorunun hesaplanabilmesi için, olasılık ve şiddet dereceleri birbiriyle çarpılarak hesaplanır.

Olasılık = Görülme sıklığı

Olasılık puanlaması:

5: Her gün (Çok yüksek olasılık)

4: Haftada Bir (Kuvvetle muhtemel)

3: Ayda Bir (Mümkün)

2: Üç Ayda Bir (Uzak İhtimal)

1: Yılda Bir (Çok düşük olasılık)

Şiddet = sonucun ciddiyet derecesi

Şiddet puanlaması;

5: Birden Çok Ölümlü ya da Ölümlü

4: Major Yaralanma

3: En Az 3 Gün İstirahat Gerektiren Yaralanma

2: İlk Yardım Gerektiren Minör Yaralanma

1: Yaralanmasız Basit Kaza ya da Olay

Risk skoru = Görülme sıklığı x Sonucun ciddiyet derecesi

Olasılık	Şiddet Derecesi				
	Çok hafif (1)	Hafif (2)	Orta Dereceli (3)	Ciddi (4)	Çok Ciddi (5)
Çok Küçük (1)	ANLAMSIZ 1	düşük 2	düşük 3	düşük 4	düşük 5
Küçük (2)	düşük 2	düşük 4	düşük 6	orta 8	orta 10
Orta Dereceli (3)	düşük 3	düşük 6	orta 9	orta 12	orta 15
Yüksek (4)	düşük 4	orta 8	orta 12	yüksek 16	yüksek 20
Çok Yüksek (5)	düşük 5	orta 10	orta 15	yüksek 20	tolere edilemez 25

Şekil 1.2. Risk Değerlendirme Matrisi

Kaynak : Şahan, 2014.

Ortaya çıkan risk skorunun yukarıdaki risk değerlendirme matrisindeki puantajına bakılarak sürece ne kadar seri bir şekilde müdahale edilmesi gerekliliği ortaya çıkar. Bu değerlendirme sürecinde acil önlemleri karşılayabilmek için multidisipliner bir stratejik önlem alınana kadar risk seviyeleriyle ilgili aşağıdaki önlemler alınır.

Çizelge 1.2. Risk Seviyesi Çizelgesi

Risk Seviyesi	Önlemler
Anlamsız	Önlem almaya ve kayıt tutmaya gerek yok.
Düşük risk (tolere edilebilir)	Ek kontrol gerekmiyor. Mevcut kontrollerin uygulanıp uygulanmadığının takibi gerekir.
Orta dereceli risk	Riski azaltmak için çaba gerekli. İncelemenin maliyeti dikkatle ölçülmeli. Ciddiyet derecesinin yüksek olduğu yerler için ileri değerlendirmeler gerekli olabilir.
Yüksek dereceli risk	Risk azaltılmadan çalışmaya başlanılmaz. Risk kaynakları daha az riskli yöntemlerle değiştirilmelidir. Acil önlem paketleri devreye sokulmalıdır.
Tolere edilemez	Risk tolere edilebilir düzeye getirilene kadar işe başlanmaz. Riski azaltmak mümkün değilse iş yasaklanmalıdır.

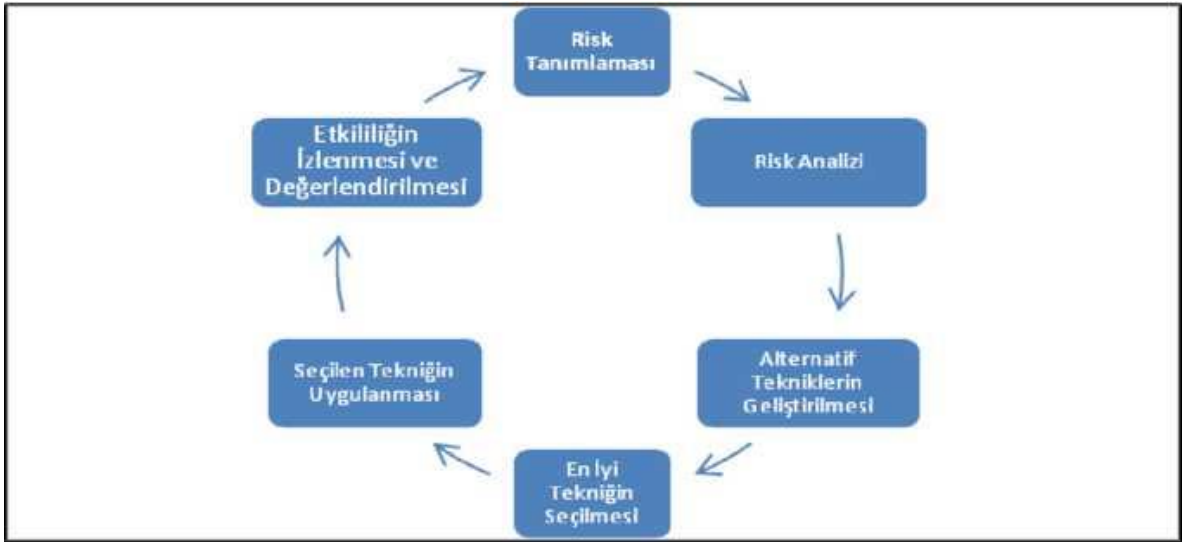
Kaynak : Şahan, 2014.

Risk yönetimi, yükümlülüğün (davalardan doğabilecek) potansiyel sebeplerinin tanımlanması ve bunların oluşumunu önleme amaçlı bir erken uyarı sistemidir. Risk yönetiminin öncelikli fonksiyonları hastanenin tümünü kapsayan bir koordinasyon, kayıp önleme faaliyeti ve düzeltici aktivitelerdir. Başka bir deyişle bu sistem sağlık kurumunun hastalar, ziyaretçiler ve çalışanlar üzerinden yükümlülüklerini azaltacaktır. Sistemin başka bir artısı ise kurumda meydana gelecek olay ve/veya kazaların güvenli bir şekilde raporlanmasını sağlamasıdır. Sistemde kullanılan olay raporları riskli bir durumun tanımlanmasında birincil araç olarak kullanılmaktadır (Aksay ve Orhan, 2013).

Risk yönetiminin tüm faaliyet alanlarının önemine rağmen hasta odaklı riskler programın çok önemli bir ayağını oluşturmaktadır. Şöyle ki hastaları tehdit edebilecek risklerin kontrol edilememesi beraberinde bir sağlık çalışanını, bir sağlık ekibini zarara uğratacak ya da kurumun maddi veya imaj kaybetmesine

neden olabilecektir. Genel anlamda doğrudan hastalarla ilgili riskler; uygun olmayan tıbbi tedaviden doğan sonuçlar (malpraktis, yanlış ilaç kullanım vb.), mahremiyet boyutu ve bilginin uygun kişilere uygun şekilde ulaştırılması, kötüye kullanım, taciz vb. tehlikelerden koruma, riskler hakkında hastanın bilgilendirilmesi, tedavide ayrımcılıktan uzak durma, hastanın maddi ve manevi değerlerinin zarara uğramasının önüne geçme, uygun triaj ve hastaların uygun nakli, tıbbi araştırmalarda da kişilerin tam olarak bilgilendirilmesi ve onamın alınması ve taburcu işlemlerinin ihmal veya suiistimalden uzak yapılmasıdır (Sur, 2007:4-6).

Risk yönetimi programında geleneksel olarak endüstri sektöründen adapte edilen altı adım vardır. Aşağıdaki şekilde görünen bu adımlar risk yönetimi için en temel karar alma modelidir (ECRI, 2003:1).



Şekil 1.2. Risk Yönetimi Süreci Basamakları

Kaynak: ECRI : Healthcare Risk Analysis, 2003.

Organizasyon için potansiyel olarak hastaları, ziyaretçileri ve çalışanları etkileyebilecek riskleri tanımlamak risk yönetiminde karar verme sürecinin birinci adımınıdır.

Risk tanımlaması, hasta bakım hizmetleri ve hastane için potansiyel kayıp teşkil eden diğer unsurlara dair güncel ve geçmiş verilerin toplanmasını içeren faaliyetlerdir.” Bu riskler malpraktis (tıbbi hata), kontrat iptali, sakatlanma, kuruma

atılan iftira, zimmete geçirme, çevreye verilen zarar, sahtekârlık ve taciz, borç, tehlikeli kimyasal madde, tıbbi atık sorunları, hastane enfeksiyonları ve tazminatlar gibi çok çeşitli konularla ilgili olabilir (Kavalier ve Spiegel, 1997).

Risk Analizi, tanımlanmış bir risk ile ilgili kayıpların şiddetini ve frekansını belirlemeye yönelik faaliyetlerdir. Tanımlanmış risklerin analizi hızlı değişim gösteren sağlık sektöründe devamlılık gösteren faaliyetler gerektirebilir. Hastanelerde meydana gelen bazı riskler yüksek frekansa/sıklığa sahip fakat düşük şiddet gösterirken hastanın özel eşyalarının kaybolması gibi, bazıları ise örneğin cerrahi ve anesteziye ait talihsizlikler düşük frekansa/sıklığa sahip olmasına rağmen hasta için ciddi bir hasara ve kurum için sonradan ortaya çıkabilecek kötü sonuçlara neden olabilmektedir.

Risk yöneticisi hastalar ve organizasyon için en büyük zararlara yol açacak alanlara öncelik vermelidir. Sıklığı ne kadar az olursa olsun şiddetli ve dramatik kayıplara yol açabilecek alanlar analiz edilerek prosedürler geliştirilir ve gerekli eğitimlere zaman ayrılır. Yöneticiler yüksek riskli bu alanlara yönelik risk analizi verilerinden yola çıkarak önleyici faaliyetler ile ilgili sistemlerini kurmalıdır. Hastane faaliyetlerine yönelik olarak riskin analiz edilmesi ile tanımlanmış riskler anlamlı bir hale gelir, analiz edilen riskin şiddetine ve frekansına göre, alternatif çözüm önerileri içinden uygun seçimler yapılmalıdır.

Sağlık kurumları, diğer kuruluşlarla karşılaştırıldığında gerek yerleşim düzeni, gerekse cihaz ve donanımlarda kullanılan teknoloji bakımından daha karmaşık bir görüntü çizmektedir. Teknoloji yönetimi bu nedenle büyük önem taşımaktadır. Sağlık kuruluşlarında, yüksek risk taşıyan servisler başlıca acil, ameliyathane, yoğun bakım ve radyoloji'dir. Bu servislerde, doktor ile hasta belirli bir prosedür için kısa süreli beraber olmakta; cihazlarda yüksek teknoloji kullanılması nedeniyle, cihaz arızaları ve kullanım hataları ile sık karşılaşılabilir. Tıbbi personel açısından, tecrübe ve zamanlama büyük önem taşımakta, çoğu kez çabuk karar vermeyi gerektirmektedir. Deneme yanılma periyoduna müsamaha yoktur. Klinik prosedürler genelde tehlikeli olup, hastanın anatomisinde ve fizyolojisinde ki değişimler sonucu hastanın tepkisi kimi zaman beklenenden çok daha farklı olabilmektedir. Hasta anestezi altında ise şuursuz ve hareketsiz yatıp konuşabilme

imkanına sahip değildir. Acil Servis'te ise, korku ve telaş neticesi hasta kendisini doğru ifade edememektedir (Sağlık Platformu, 2009).

Diğer taraftan, hastanede çoğunlukla gözden kaçabilen, yanlış zamanda, yanlış kişiye, yanlış ilaç verilmesi gibi medikasyon hataları da oldukça önem taşımaktadır. Değişik sebeplerden ötürü, yanılğı ve hataların çoğu üstü kapalı geçilmekte, çok azı rapor edilerek açığa çıkarılmaktadır.

1.4. Kalite Çalışmalarında Tesis Yönetimi Ve Güvenliğinin Yeri

Çoğunlukla resmi olmayan bağımsız bir kuruluş tarafından, sağlık kuruluşlarının bakım ve yönetim kalitesini iyileştirmek için tasarlanmış bir standartlar serisini karşılayıp karşılamadıklarını belirlemek amacıyla kuruluşları değerlendirmeye tabi tuttıkları süreç olarak tanımlanan akreditasyon hizmet kalitesini artırmada etkili bir değerlendirme aracı olarak dünya çapında önem kazanmıştır. Akreditasyon sağlık kuruluşu tarafından hasta bakım kalitesini artırmak, güvenli bir çevre sağlamak, hasta ve çalışanlar için var olan riskleri sürekli olarak azaltmak için, görünür bir taahhüt üstlenilmesini sağlar. JCI akreditasyon sistemi ülkemizde de bazı hastaneler tarafından uygulanmaktadır. Sürekli gelişimi teşvik eden sistemde tesis yönetimi ve güvenliğiyle ilgili standart maddelerine aşağıda değinilmiştir.

1.4.1. JCI Perspektifinde Tesis Yönetimi ve Güvenliği Standartları

JCI hastaneler tesis yönetimi ve güvenliği başlığı altında aşağıdaki standart maddelerinin varlığına bakmaktadır.

Bunlar ana başlıklar halinde şu şekildedir;

- A) Liderlik planlama
- B) Program oluşturma

- Güvenlik ve Emniyet

Güvenlik: Hastanenin binalarının, üzerinde bulunduğu arazinin ve ekipmanlarının hastalar, personel veya ziyaretçiler için herhangi bir tehlike veya risk oluşturmama düzeyi olarak tanımlanmaktadır.

Emniyet: Kayıp, tahrip, kurcalama veya yetkisiz erişim veya kullanımdan koruma

- Tehlikeli maddeler: Radyoaktif ve diğer maddelerin taşınması, depolanması ve kullanımı kontrol edilmeli ve tehlikeli atıklar güvenli bir şekilde bertaraf edilmelidir.
- Acil durumlar: Salgınlar, afetler ve acil durumlarda verilecek tepki planlanmalı ve etkili olmalıdır.
- Yangın güvenliği: Yangın ve dumana karşı can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.
- Tıbbi teknoloji: Teknoloji, riskleri azaltacak şekilde seçilmeli, bakımları yapılmalı ve kullanılmalıdır.
- Fenni ve sıhhi tesisat (altyapı) istemleri; Elektrik, su ve diğer altyapı sistemlerinin bakımları, arıza riskini asgari düzeyde tutacak şekilde yapılmalıdır.

Hastaneler; hastalar, yakınları, çalışanları ve ziyaretçiler için güvenli, işlevsel ve destekleyici bir tesis sunmak için gayret göstermelidir. Bu amaca ulaşabilmek için fiziksel tesisin, ekipmanların, tıbbi teknoloji ve insanların etkin bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Yönetimin özellikle de şu konularda çaba göstermesi şarttır:

- Tehlike ve risklerin azaltılması ve kontrol edilmesi,
- Kaza ve yaralanmaların önlenmesi,
- Güvenli koşulların sürdürülmesi.

Etkili bir yönetim, aşağıda belirtilen şekilde multidisipliner bir planlamayı, eğitimi ve takibi içerir:

- Hastane liderliği, sunulan klinik hizmetleri güvenli ve etkili bir şekilde destekleyecek mekan, teknoloji ve kaynakları planlamalıdır.
- Tüm çalışanlar; tesis, risklerin nasıl azaltılacağı ve risk teşkil eden durumların nasıl izleneceği ve rapor edileceği konularında eğitilmelidir.

- Önemli sistemleri değerlendirmek ve gerekli iyileştirmeleri saptamak için performans kriterleri kullanılmalıdır (Çarıkçı, 2011)

Hastanelerin, tesis yönetimi planlarının geliştirilmesi ve mekan, teknoloji ve kaynakların sağlanması yoluyla ortamdaki risklerin yönetilmesini ele alan bir tesis/ortam risk yönetimi programı geliştirmesi gerekmektedir. Bu program bir veya birden fazla kişinin gözetiminde olmalıdır. Küçük hastanelerde bu görevi yarı zamanlı çalışacak bir kişi üstlenebilir. Daha büyük hastanelerde birden fazla mühendis veya diğer uzmanlık eğitimi almış kişiler görevlendirilebilir. Görevlendirme nasıl olursa olsun, programın her yönünün etkili, tutarlı ve sürekli olarak yönetilmesi şarttır.

- C) Güvenlik ve emniyet
- D) Tehlikeli maddeler
- E) Afetlere hazırlık
- F) Yangın güvenliği
- G) Tıbbi teknoloji
- H) Altyapı sistemleri
- İ) Programın izlenmesi
- J) Personel eğitimi (JCI, 2014)

1.4.2. Hizmet Kalite Standartları Açısından Tesis Yönetimi ve Güvenliği

Sağlık Bakanlığı yıllık denetlemeye tabi tuttuğu hastanelerde tesisle alakalı aşağıdaki standart maddelerine göre puanlama yapmaktadır (Hastane Hizmet Kalite Standartları, 2011)

Bunlar;

- Bina turları yapılmalıdır.
 - Bina turlarında hastanedeki fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili aksaklıklar tespit edilmelidir.
 - Bina turları tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü ve teknik işler sorumlusunun yer aldığı bir ekip tarafından yapılmalıdır.

- En az 3 ayda bir yapılmalıdır.
- Tespit edilen aksaklıklara yönelik düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.
- Hasta ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.
 - Hastanede 24 saat güvenlik hizmeti verilmelidir.
 - Hastane genel kullanım alanları güvenlik kamerası ile izlenmeli,
 - Güvenlik kamerası kayıtları en az 2 ay süreyle saklanmalıdır.
- Çevre düzenlemesi yapılmalıdır.
 - Hastane bahçesinde oturma alanları bulunmalıdır.
 - Araç giriş-çıkışının kontrollü olmasını sağlayan bir düzenleme bulunmalıdır.
 - Çalışanlar ve hastaların kullanımı için otopark bulunmalıdır.
 - Araç park alanları çizgilerle belirlenmiş olmalıdır.
- Tesis kaynaklı düşmeleri engellemek için önlemler alınmalıdır.
 - Tesis kaynaklı düşme olaylarını engellemek için;
 - Merdivenlerde korkuluk bulunmalı,
 - Alçak tavan uyarıları bulunmalı,
 - Islak zemin uyarı levhaları kullanılmalı,
 - Zemindeki engellere karşı önlemler alınmalıdır.
 - Tesis kaynaklı düşme olayları kalite yönetim birimine bildirilmelidir.
- Hastanede su, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz olarak verilmelidir.
 - İçme suyu, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz olarak sunulmalı,
 - Bu hizmetlerin kesintiye uğraması durumunda diğer alternatiflerin ihtiyacı karşılama kapasiteleri belirlenmeli,
 - Gerekğinde bu hizmetlerin hangi yolla temin edileceği planlanmalıdır.
- Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
 - Asansör kullanım uygunluk belgesi bulunmalıdır.
 - Asansörlerde yardım çağrı sistemi bulunmalıdır.
 - Asansörlerde engellilere yönelik düzenleme yapılmalıdır.
 - Asansör bakımları aylık olarak ve gerektiğinde yapılmalıdır.

- Havalandırma sisteminin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
 - Merkezi havalandırma sisteminin ve klimaların bakım ve kontrolü yapılmalıdır.
- Elektrik sistemlerinin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
 - Hastane trafolarının periyodik bakımı ve kontrolü yapılmalıdır.
 - Jeneratörlerin ruhsatı olmalıdır.
 - Jeneratörlerin;
 - Günlük kontrolü,
 - 3 aylık, 6 aylık ve yıllık bakımları yapılmalıdır.
 - Kesintisiz güç kaynağına (UPS) bağlı prizler tanımlanmalıdır.
 - Prizler sabitlemiş olmalıdır.
 - Çocuk servislerinde priz koruması olmalıdır.
- Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
 - Su depoları çelikten veya betondan olmalı,
 - Beton yapıdaki su depolarının yüzeyi kolay temizlenebilir özellikte olmalı ve sızdırmaz malzemedir yapılmış olmalıdır.
 - Su depolarının periyodik bakımı yapılmalıdır.
 - Su depoları yılda en az bir kez boşaltılarak temizlenmeli,
 - Depolardan yılda en az iki defa su numuneleri alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizleri yaptırılmalıdır.
 - Haftalık klor ölçümleri yapılmalıdır.
- Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
 - Medikal gaz sistemlerinin bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.
 - Sıkıştırılmış gaz konteynırlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
 - Sıkıştırılmış gaz konteynırları sabitlemiş olmalıdır.
 - Üretici firma tarafından hastaneye teslim edilen sıkıştırılmış gaz konteynırlarının sertifikası bulunmalıdır ve kontrolleri yapılmalıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ, BULGULAR VE YORUMLAR “HASTANELERDE TESİS YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ KONUSUNDA YÖNETİCİLERİN GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA”

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmanın amacı tesis yönetimi ve güvenliğine ilişkin kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında çalışan yöneticilerin görüşlerinin karşılaştırılması ve demografik değişkenlerin tesis yönetimi ve güvenliği görüşünde değişim meydana getirip getirmediğinin belirlenmesidir. Yöneticilerin tesis yönetimi ve güvenliği açısından görüşlerinin belirlenmesi sağlık kuruluşunun hizmet kalitesinin artmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Son yıllarda artan hasta ve yakınlarının estetik dizayn ve mimari kalite beklentilerinin yanı sıra iyi yönetilen tesisleri tercih ettikleri bilgisi gün geçtikçe bu araştırmanın önemini ayrıca artırmaktadır.

2.2. Araştırmada Problem Cümlesi

Kamu ve özel sektör hastane yöneticilerinin tesis yönetimi ve güvenliğine ilişkin algılamaları arasında belirgin bir farklılık bulunmakta mıdır? ve demografik değişkenler tesis yönetimi ve güvenliğine ilişkin algılamayı değiştirmekte midir? soruları araştırmanın temel problem cümlelerini oluşturmaktadır. Bu bağlamda problem cümlelerinin test edilmesi amacıyla aşağıdaki hipotezler kurulmuş ve test edilmiştir.

H1: Hastane yöneticilerinin demografik özellikleri ile tesis yönetimi ve güvenliği görüşleri arasında anlamlı farklılıklar vardır.

H1.1. Cinsiyet durumuna göre tesis yönetimi ve güvenliği görüşleri

H1.2. Yaş gruplarına göre tesis yönetimi ve güvenliği görüşleri

H1.3. Eğitim durumuna göre tesis yönetimi ve güvenliği görüşleri

H1.4. Görev süresine göre tesis yönetimi ve güvenliği görüşleri

H1.5. Hastanedeki pozisyonuna göre tesis yönetimi ve güvenliğiyle ilgili görüşleri

H2: Hastanenin mülkiyet durumu ile yöneticilerin tesis yönetimi ve güvenliği görüşleri arasında anlamlı farklılıklar vardır.

H3: Hastanenin kalite belgesinin varlığı ile yöneticilerin tesis yönetimi ve güvenliği görüşleri arasında anlamlı farklılıklar vardır.

H4: Hastanenin hizmet süresi ile yöneticilerin tesis yönetimi ve güvenliği görüşleri arasında anlamlı farklılıklar vardır.

H5: Hastanenin yatak kapasitesi ile yöneticilerin tesis yönetimi ve güvenliği görüşleri arasında anlamlı farklılıklar vardır.

Araştırmada ayrıca tesis yönetimi ve güvenliğinin sağlanmasında kurumsal yapıların uygunluğu ve personel durumları da değerlendirilmiştir.

2.3. Araştırmada Evren ve Örneklem

Araştırmada örneklem seçilmemiş, Sağlık Bakanlığı 2013 verilerine göre Türkiye genelindeki 499 özel hastane ve 894 kamu hastanesi olmak üzere toplam 1393 hastaneye online olarak ulaşılmaya çalışılmıştır. Kamu hastaneleri arasında yer alan devlet hastanelerinin sayısı 764, eğitim ve araştırma hastanelerinin sayısı 67 ve üniversite hastanelerinin sayısı ise 63'tür. Örneklem seçimi yapılmamış olup her hastaneden en az bir yöneticiye ulaşılmaya çalışılmıştır. Toplam 1800 e-posta adresine ulaşılabilmiş ve bunlardan 290 tanesi doldurularak geri dönmüşse de 52 tanesi gerekli ölçütleri sağlamadığından dolayı değerlendirme dışı bırakılmıştır. Toplamda 228 anket geçerli kabul edilmiş, dolayısıyla evrenin %12,7'sine ulaşılmıştır.

2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma online anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirildiğinden dolayı araştırma sadece anketleri dolduran 228 adet yönetici ile sınırlı kalmıştır. Araştırmanın bir diğer sınırlılığı tüm yönetici personele ulaşamadığından sadece ulaşılan deneklerin görüşleri ile sınırlı kalmasıdır.

2.5. Araştırmada Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen “Hastanelerde Tesis Yönetimi ve Güvenliği” anketi (Ek 3) kullanılmıştır. Anket formunun ön uygulaması Adana ilindeki 10 adet kamu ve özel hastane yöneticisine uygulanarak sorular üzerinde revizyona gidilmiştir. Ankete son hali verildikten sonra anket formları 2014 yılının ilk yarısı içerisinde online anket gönderim yöntemi kullanılarak uygulanmıştır.

Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde bağımsız değişkenler olarak 17 adet demografik soruya yer verilmiştir. İkinci bölümde ise bağımlı değişkenler olarak 33 adet beşli likert tipi ölçeklendirme sorusundan oluşan ve tesis yönetimi ve güvenliğine ilişkin konuları ele alan ölçek kullanılmıştır.

Ölçeklendirme aracı olarak kullanılan 5’li likert tipi ölçekteki soruların puanlaması aşağıdaki gibi yapılmıştır.

- a) Tamamen Katılıyorum = 5
- b) Katılıyorum = 4
- c) Kararsızım = 3
- d) Katılmıyorum = 2
- e) Hiç Katılmıyorum = 1

Anketin güvenilirliği iç tutarlılık katsayılarına bakılarak her boyut için hesaplanmıştır.

2.6. Araştırmada Verilerin Toplanması

Araştırmada toplam 1800 e-posta adresine ulaşılabilmiş ve bunlardan 290 tanesi doldurularak geri dönmüşse de 52 tanesi gerekli ölçütleri sağlamadığından dolayı değerlendirme dışı bırakılmıştır. Toplamda 228 anket geçerli kabul edilmiş ve evrenin %12,7'sine ulaşılmıştır. Toplam 228 katılımcıya ait bulgular analiz edilmiştir.

2.7. Araştırmada Verilerin Analizi

Araştırmada veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Demografik değişkenler ölçekte bulunan örgütsel, teknik, acil durum ve çevre yönetimi boyutları açısından tek tek incelenmiştir. Araştırmacıların demografik değişkenleri bağımsız değişken, ölçekteki boyutlar bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdeler alınmış, standart sapma, anlamlılık testi ve f testi verilmiş ve ikiden fazla grup bulunduğundan bu gruplar arasındaki farkın belirlenebilmesi amacıyla tek yönlü varyans analizinden (ANOVA) yararlanılmıştır. Anlamlı görülen farklılıklarda tukey testi uygulanarak gruplar karşılaştırılmıştır.

2.8. Bulgular ve Yorumlar

Bu bölümde araştırma bulgularına ve bu bulgulara yönelik yorumlara yer verilmiştir. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin sosyodemografik durumları ve hastanelerin genel özelliklerini gösterir veriler Çizelge 2.1 de yer almaktadır.

Çizelge 2.1. Katılımcıların Sosyodemografik Durumları ile Hastanelerin Özellikleri

	Sayı	Yüzde
Yaşınız?		
35 Yaş Altı	74	32,5
36-45 arası	100	43,9
46 ve üzeri	54	23,6
Cinsiyetiniz?		
Erkek	152	66,7
Bayan	76	33,3
Eğitim Durumunuz Nedir?		
Önlisans ve Altı	18	7,9
Lisans	68	29,8
Yüksek lisans	96	42,1
Doktora	46	20,2
Sağlık Sektöründe Toplam Deneyim Süreniz?		
1-5 yıl	40	17,5
6-10 yıl	31	13,6
11-15 yıl	61	26,8
15 yıl üzeri	96	42,1
Halen Çalıştığınız Kurumda Ne Kadar Süredir Görev Yapıyorsunuz?		
0-5 yıl	107	46,9
6-10 yıl	52	22,8
11-15 yıl	32	14,1
15 yıl üzeri	37	16,2
Hastanedeki Pozisyonunuz/Göreviniz Nedir?		
Genel Müdür / Hastane Yöneticisi	70	30,7
Başhekim Yard. / Genel Müd Yard	97	42,5
Müdür / Yönetici	39	17,2
Diğer	22	9,6
Halen Çalıştığınız Pozisyonundaki Görev Süreniz?		
1 yıldan az	37	16,2
1-5 yıl	106	46,5
6-10 yıl	64	28,1
11 yıl ve üzeri	21	9,2
Tesisin Hizmet Süresi / Binanın Yaşı Ne Kadardır?		
0-5 yıl	39	17,1
6-10 yıl	62	27,2
11-15 yıl	31	13,6
16-20 yıl	31	13,6
20 yıl ve üzeri	65	28,5

Çizelge 2.2. (devam) Katılımcıların Sosyodemografik Durumları ile Hastanelerin Özellikleri

	Sayı	Yüzde
Hastanenizde Toplam Çalışan Sayısı Kaçtır?		
1-100	24	10,5
101-200	31	13,6
201-300	41	18,0
301-400	23	10,1
401-500	41	18,0
500 ve üzeri	68	29,8
Hastanenizin Toplam Kapalı Alanı Ne Kadardır?		
5000 m2 den az	48	21,1
5001-10000 m2	65	28,5
10001-20000 m2	63	27,6
20001 m2 üzeri	52	22,8
Hastanenizin Yatak Kapasitesi Kaçtır?		
1-50	37	16,2
51-100	46	20,2
101-200	69	30,3
201-400	29	12,7
401 ve üzeri	47	20,6
Hastanenizin Bulunduğu Bölge Hangisidir?		
Akdeniz Bölgesi	40	17,5
Doğu Anadolu / Güney Doğu	42	18,4
Ege Bölgesi	17	7,5
İç Anadolu Bölgesi	35	15,4
Karadeniz Bölgesi	29	12,7
Marmara Bölgesi	65	28,5
Hastanenizin Türü Nedir?		
Genel Hastane	168	73,7
Dal Hastanesi	25	11,0
Diğer	35	15,4
Toplam	228	100,0

Çizelge 2.1. İncelendiğinde genel olarak araştırmaya katılan yöneticilerin % 43,9'unun 36-45 arası yaşta olduğu, 35 yaş altının oranının % 32,5 ve 46 yaş üzerinin ise % 23,7 sini oluşturduğu görülmektedir. Katılımcıların 2/3'ünü (% 66,7) erkek yöneticilerinin oluşturduğu araştırmada % 42,1'inin yüksek lisans mezunu3 %

20,2'sinin doktora, % 37,7'sinin ise lisans ve önlisans mezunu olduğu görülmektedir. Yöneticilerin deneyim sürelerinde büyük çoğunluğunun 15 yıl ve üzeri tecrübeye sahip olduğu, yarısına yakınının yani % 42,5 'sinin başhekim yardımcısı / Genel müdür yardımcısı pozisyonunda olduğu, % 30,6'sında hastane yöneticisi / genel müdür olarak görev yaptığı görülmektedir. Yöneticilerin çalıştıkları hastanede toplam çalışan sayısında nerdeyse 1/3'ünün yani % 29,8'inin 500 ve üzeri sayıda personele sahip olduğu ve yatak kapasitesinde de aynı durumun 101-200 yatak seviyesinde olduğu görülmektedir (%30,3). Araştırmaya konu hastanelerin büyük çoğunluğunun % 28,5 oranla Marmara bölgesinde bulunduğu, hastanelerin % 73,7'sinin Genel hastane, % 11'inin Dal hastanesi ve % 15,4'ünün ise dispanser poliklinik vb gibi diğer kategorisinde olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastanelerin kalite belgelerinin varlığına göre dağılımları Çizelge 2.2'de gösterilmektedir.

Çizelge 2.3. Hastanelerin Kalitesi Belgesi Olma Durumlarına Göre Dağılımı

n=228	Var	Yok	Planlanıyor
JCI	20,2	71,5	8,3
ISO	48,2	42,1	9,6
TÜRKAK	8,8	83,3	7,9
Diğer	17,5	73,2	9,2

Çizelge 2.2 de araştırmaya konu hastanelerin yarısına yakınının (%48,2) ISO kalite belgesine sahip olduğu, % 20,2'sinin ise JCI akreditasyon belgesine sahip olduğu görülmektedir.

Araştırmanın anket kısmında yer alan tesis güvenliği ve yönetimiyle ilgili organizasyonel, teknik alt yapı, acil durum ve çevre atık yönetimi ana başlıkları altındaki katılımcı cevaplarının dağılımı Çizelge 2.3'te gösterilmektedir.

Çizelge 2.4. Tesis Yönetimi ve Güvenliği ile İlgili Katılımcıların Cevaplarının Dağılımı

n=228	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Ortalama
	%	%	%	%	%	%
Hastanenizin organizasyon şeması tüm hastaneyle paylaşılmaktadır.	0,9	6,1	10,1	36,4	46,5	4,2
Hastanenizin misyonu/vizyonu çalışan ve ziyaretçilerle paylaşılmaktadır.	7,0	3,5	10,5	40,8	38,2	4,0
Hastanenizin mimari projelendirmesinde ve ek inşai yenilemelerde katkıda bulunmanıza imkan verilmektedir.	22,4	18,4	16,7	22,8	19,7	3,0
Hastanenizde meslek hastalığı, iş kazası gibi bildirimler için çalışan güvenliği ofisi aktif çalışmaktadır.	10,5	16,7	9,2	28,1	35,5	3,6
Öneri ve şikayetlerin hastane yönetimine aktarıldığı mekanizma aktif çalışmaktadır.	2,2	7,5	12,7	27,2	50,4	4,2
Çalışma ortamında personel kendini konforlu ve güvende hissetmektedir	3,9	15,4	18,4	49,6	12,7	3,5
Hastanede iş güvenliği uzmanı bulunmakta ve düzenli eğitimler yapılmaktadır.	18,0	13,2	14,5	30,7	23,7	3,3
Hastane yönetimi komitelerin aldığı kararları uygulamaktadır	1,3	6,1	22,4	45,2	25,0	3,9
Hastanede tesis yönetimi ve güvenliği komitesi düzenli olarak toplanmaktadır.	2,2	3,1	5,3	43,0	46,5	4,3
İş kazalarının bildiri yapılmakta bildirimler sonucunda Döfi yapılmaktadır	1,8	3,1	14,9	34,2	46,1	4,2
Hastanede denetim ve aksaklıkların tespiti için düzenli alan/tesis turları yapılmaktadır.	1,8	3,5	7,9	42,5	44,3	4,2
Tesis turları sonrasında iyileştirilecek konularda kısa zamanda aksiyon alınmaktadır.	3,9	5,7	21,1	30,7	38,6	3,9
Hastaneniz risk analizi/değerlendirmesi belirli periyotlarda yapılmaktadır.	3,9	11,4	17,5	39,5	27,6	3,8
Teknik ve Tıbbi cihazların önleyici bakımları zamanında yapılmaktadır.	0,9	2,6	15,4	51,3	29,8	4,1
Tıbbi cihazların kullanıcı eğitimleri kayıt edilmektedir	1,8	5,3	14,5	46,1	32,5	4,0
Hastanede biyomedikal mühendisi görev yapmaktadır.	43,4	20,2	3,9	11,8	20,6	2,5
İnşaat ve yenileme çalışmaları sırasında gerekli önlemler alınmaktadır	3,5	5,7	16,2	51,3	23,2	3,8

Çizelge 2.3.(devam) Tesis Yönetimi ve Güvenliği ile İlgili Katılımcıların Cevaplarının Dağılımı

n=228	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Ortalama
	%	%	%	%	%	%
Hastanenin enerji yönetim planı bulunmaktadır	13,6	24,6	18,4	31,1	12,3	3,0
Hastanenin zemininde kullanılan malzemelerin kaygan maddeden olmamasına dikkat edilmektedir.	5,3	10,1	11,0	40,8	32,9	3,9
Hastanenin yangın söndürme, algılama ve alarm sistemi bulunmaktadır	6,6	2,2	4,8	35,1	51,3	4,2
Afet yönetimiyle ilgili eğitim ve tatbikatlar belirli aralıklarla yapılmaktadır.	2,2	4,8	10,5	43,4	39	4,1
Eğitim ve tatbikat sonrası değerlendirme kayıtları tutulmaktadır.	1,3	5,3	14,0	42,1	37,3	4,1
Yangın algılama sistemlerinin koruyucu bakımları zamanında yapılmaktadır.	7,0	4,4	14,0	39,5	35,1	3,9
Yangın yönlendirmeleri hastane genelinde uygun pozisyonlarda yeterli sayıda yerleştirilmektedir.	0,4	3,1	10,1	45,6	40,8	4,2
Yangın söndürücüleri/yangın dolapları kolay, ulaşılabilir alanlara yerleştirilmektedir.	1,3	2,2	0,9	50	45,6	4,4
Her personel muhakkak yılda bir tatbikat amaçlı yangın söndürme cihazı kullanmaktadır.	8,3	13,2	30,7	27,6	20,2	3,4
Hastanenin olağanüstü durumlarda organizasyon şeması ve görev tanımları bulunmaktadır.	10,0	2,2	9,7	44,1	44,1	5,3
Hastanenin içeriden ve dışarıdan maruz kalabileceği risk ve tehlikeleri belirlenmektedir.	2,6	5,3	23,2	40,4	28,1	3,9
Acil durum kodları tüm personel tarafından bilinmektedir.	3,9	4,8	16,2	42,5	32,5	3,9
Hastanenin atık yönetim planı bulunmaktadır.	1,3	2,6	4,8	47,4	43,9	4,3
Hastanenin çevre denetim görevlisi bulunmaktadır.	2,2	8,8	18,9	32,5	37,3	3,9
Hastanede her alanda ayrı ayrı oluşan atıkların envanter listesi güncel durumda tutulmaktadır.	1,8	7,0	18,4	41,7	30,7	3,9
Geri dönüşümlü atıklar doğru depolanmakta ve lisanslı firmalara verilmektedir.	1,8	4,8	14,5	35,1	43,9	4,1

Katılımcıların tesis yönetimi ve güvenliği görüşleri çeşitli demografik özelliklere ve tesislerin bazı özelliklerine göre test edilmiştir. Analizler tesis yönetimi ve güvenliğinin dört boyutu olan; örgütsel yönetim görüşü, tesisin teknik

yapısı ile ilgili görüşleri, yönetimi ve güvenliği görüşü, acil durum yönetimi görüşü, çevre ve atık yönetimi görüşü açısından değerlendirilmiştir. Algılar belirlenirken her katılımcının grup sorularının yani her bir boyutun ortalaması alınarak analiz edilmiştir. Soru formunda 1 puan hiç katılmıyorum, 5 puan ise tamamen katılıyorum olarak puanlandırılmıştır. Buna göre ortalama puanları yükseldikçe katılımcıların o boyutla ilgili görüşlerinin olumlu olduğu düşünülmelidir.

H.1. Hastane yöneticilerinin demografik özellikleri ile tesis yönetimi ve güvenliği görüşlerinin karşılaştırılması

H.1.1. Cinsiyet durumuna göre tesis yönetimi ve güvenliği görüşlerinin analizi

Araştırmada belirtilen hastane yöneticilerinin cinsiyetleri ile tesis yönetimi ve güvenliği konusundaki görüşleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz ile ilgili sonuçlar aşağıdaki Çizelgede gösterilmektedir.

Çizelge 2.5. Cinsiyet Durumuna Göre Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Ortalaması

Cinsiyet	Örgütsel Yönetim	Tesisin Teknik Yapısı	Acil Durum Yönetimi	Çevre ve Atık Yönetimi
Erkek	3,93	3,79	4,06	4,03
Kadın	3,59	3,51	4,00	3,91
Toplam	3,81	3,69	4,04	3,99

Çizelge 2.4’de, Tesisle ilgili 4 ana soru grubunda da erkek yöneticilerin tesis yönetimine ilişkin görüşlerinin ortalamasının kadın yöneticilere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum her ne kadar acil durum yönetimi ile çevre ve atık yönetimi konularında iki grup yönetici arasında değerler çok yakın olmasına rağmen genel olarak yönettikleri hastanede erkek yöneticilerin kadın yöneticilere göre tesis yönetimiyle ilişkili konularda daha aktif oldukları sonucunu ortaya koymaktadır.

Çizelge 2.6. Cinsiyet Durumuna Göre Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması

		Kareler		Kareler		F	p
		Toplamı	df	Ortalaması			
Örgütsel Yönetim	Gruplar arası	5,771	1	5,771	14,790	,000	
	Grup içi	88,189	226	,390			
	Toplam	93,961	227				
Tesisin Teknik Yapısı	Gruplar arası	3,930	1	3,930	10,560	,001	
	Grup içi	84,110	226	,372			
	Toplam	88,040	227				
Acil Durum Yönetimi	Gruplar arası	,149	1	,149	,518	,472	
	Grup içi	64,830	226	,287			
	Toplam	64,979	227				
Çevre ve Atık Yönetimi	Gruplar arası	,691	1	,691	,754	,386	
	Grup içi	207,108	226	,916			
	Toplam	207,799	227				

P <0,05

Çizelge 2.5'de görüldüğü gibi; hastane yöneticilerinin cinsiyet durumlarına göre tesis yönetimi ve güvenliği hakkındaki görüşlerinin karşılaştırılmasında, örgütsel yönetim görüşü ve tesisin teknik yapısı ile ilgili görüşleri açısından erkek ve kadın yöneticiler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir (P<0,05).

H.1.2. Yaş gruplarına göre tesis yönetimi ve güvenliği görüşlerinin analizi

Araştırmada belirtilen hastane yöneticilerinin yaş gurupları ile tesis yönetimi ve güvenliği konusundaki görüşleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz ile ilgili sonuçlar aşağıdaki çizelgede gösterilmektedir.

Çizelge 2.7. Yaş Gruplarına Göre Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Ortalaması

Yaş	Örgütsel Yönetim Görüşü	Tesisin Teknik Yapısı ile İlgili Görüşleri	Acil Durum Yönetimi Görüşü	Çevre ve Atık Yönetimi Görüşü
35 Yaş Altı	3,72	3,69	4,08	4,02
36 - 45 Yaş Arası	3,85	3,77	4,07	4,04
46 Yaş ve Üzeri	3,87	3,55	3,92	3,86
Toplam	3,81	3,69	4,04	3,99

Yaş gruplarına göre tesis yönetimi ve güvenliği görüşlerinin ortalamaların gösterildiği Çizelge 2.6'da 36-45 yaş grubundaki yöneticilerin görüşlerinin ortalamalarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu sonucu da dikkate değer bulunmuştur.

Çizelge 2.8. Yaş Gruplarına Göre Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması

		Kareler		Kareler		
		Toplamı	df	Ortalaması	F	P
Örgütsel Yönetim Görüşü	Gruplar Arası	,912	2	,456	1,102	,334
	Grup İçi	93,049	225	,414		
	Toplam	93,961	227			
Tesisin Teknik Yapısı ile İlgili Görüşleri	Gruplar Arası	1,693	2	,846	2,205	,113
	Grup İçi	86,347	225	,384		
	Toplam	88,040	227			
Acil Durum Yönetimi Görüşü	Gruplar Arası	,932	2	,466	1,636	,197
	Grup İçi	64,047	225	,285		
	Toplam	64,979	227			
Çevre ve Atık Yönetimi	Gruplar Arası	1,239	2	,620	,675	,510
	Grup İçi	206,560	225	,918		
	Toplam	207,799	227			

Çizelge 2.7'de Hastane yöneticilerinin yaş gruplarına göre tesis yönetimi ve güvenliği görüşlerinin örgütsel yönetim, teknik yönetim, acil durum yönetimi ile çevre ve atık yönetimi gruplarının hiçbirinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

H.1.3. Eğitim durumuna göre tesis yönetimi ve güvenliği görüşlerinin analizi

Araştırmada belirtilen hastane yöneticilerinin eğitim durumları ile tesis yönetimi ve güvenliği konusundaki görüşleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz ile ilgili sonuçlar aşağıdaki çizelgede gösterilmektedir.

Çizelge 2.9. Eğitim Durumuna Göre Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Ortalaması

Eğitim Durumu	Örgütsel Yönetim Görüşü	Tesisin Teknik Yapısı ile İlgili Görüşleri	Acil Durum Yönetimi Görüşü	Çevre ve Atık Yönetimi Görüşü
Doktora	3,65	3,65	3,99	3,96
Yüksek lisans	3,84	3,66	4,1	4,12
Lisans	3,9	3,73	4,01	3,83
Önlisans ve Altı	3,78	3,83	3,96	3,99
Toplam	3,81	3,69	4,04	3,99

Çizelge 2.8 'de hastane yöneticilerinin eğitim durumlarına göre görüşleri ele alındığında yüksek lisans mezunu hasta yöneticilerinin özellikle acil durum yönetimi ile çevre ve atık yönetimi konularında diğer eğitim gruplarındaki yöneticilere nazaran daha ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir. Buda eğitim seviyesi yükseldikçe bu konulara ilginin ve duyarlılığın arttığı kanun ve yönetmeliklerin gerektirdiği sorumlulukların taşındığı düşündürmektedir. Öte yandan örgütsel yönetimle ilgili görüşler bazında lisans mezunu yöneticilerin ortalamasının yüksek olduğu, önlisans ve altı eğitim seviyesindeki hastane yöneticilerinin ise tesisin alt yapısı ile ilgili konulardaki görüşlerin beklentilere daha yakın olduğu görülmektedir.

Çizelge 2.10. Eğitim Durumuna Göre Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması

		Kareler		Kareler		
		Toplamı	df	Ortalaması	F	P
Örgütsel Yönetim	Gruplar Arası	1,888	3	,629	1,531	,207
	Grup İçi	92,073	224	,411		
	Toplam	93,961	227			
Tesisin Teknik Yapısı ile İlgili Görüşleri	Gruplar Arası	,608	3	,203	,520	,669
	Grup İçi	87,431	224	,390		
	Toplam	88,040	227			
Acil Durum Yönetimi Görüşü	Gruplar Arası	,707	3	,236	,821	,483
	Grup İçi	64,272	224	,287		
	Toplam	64,979	227			
Çevre ve Atık Yönetimi	Gruplar Arası	3,376	3	1,125	1,233	,298
	Grup İçi	204,423	224	,913		
	Toplam	207,799	227			

Yukarıda hastane yöneticilerinin eğitim durumuna göre tesis yönetimi ve güvenliği görüşlerinin karşılaştırılmasının gösterildiği Çizelge 2.9'a göre eğitim grupları arasında tesis yönetimi ve güvenliği görüşünün boyutları açısından herhangi bir farklılık gözlenmemiştir.

H.1.4. Hastane yöneticilerinin halen çalıştığı kurumdaki görev süresine göre tesis yönetimi ve güvenliği görüşlerinin analizi

Araştırmada belirtilen hastane yöneticilerinin görev süreleri ile tesis yönetimi ve güvenliği konusundaki görüşleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz ile ilgili sonuçlar aşağıdaki çizelgede gösterilmektedir.

Çizelge 2.11. Kurumdaki Görev Süresine Göre Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Ortalaması

Çalışılan Kurumdaki Görev Süresi	Örgütsel Yönetim Görüşü	Tesisin Teknik Yapısı ile İlgili Görüşleri	Acil Durum Yönetimi Görüşü	Çevre ve Atık Yönetimi Görüşü
0-5 yıl	3,91	3,81	4,05	3,97
6-10 yıl	3,73	3,61	4,12	4,13
11-15 yıl	3,39	3,5	3,84	3,93
15 yıl üzeri	4,02	3,64	4,07	3,87
Toplam	3,81	3,69	4,04	3,99

Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin çalıştıkları kurumdaki görev sürelerine göre dört ana sorun grubunda da birbirine çok yakın değerler olsa da, yukarıda Çizelge 2.10'da görüldüğü üzere 15 yıl ve üzeri deneyime sahip hastane yöneticilerinin örgütsel yönetimle ilgili ortalamaları yüksek, tesisin teknik alt yapısı ile ilgili görüşlerinin derecesi en yüksek olan ise 3,81 ile 0-5 yıl tecrübeye sahip olanlardır. 6-10 yıl arası görev süresinde olanlar ise hem acil durum hem de çevre ve atık yönetiminde yüksek seviyelerde görülmektedir. Buna ilave olarak yöneticilerin kurumdaki görev seviyeleri arttıkça örgütsel yönetim görüşleri olumlu yönde artmakta fakat buna ters orantılı olarak çevreye olan duyarlılıklarının azaldığını ifade edebiliriz.

Çizelge 2.12. Kurumdaki Görev Süresine Göre Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması

		Kareler		Kareler		
		Toplamı	df	Ortalaması	F	P
Örgütsel Yönetim	Gruplar Arası	8,556	3	2,852	7,481	,000
	Grup İçi	85,404	224	,381		
	Toplam	93,961	227			
Tesisin Teknik Yapısı ile İlgili Görüşleri	Gruplar Arası	3,091	3	1,030	2,717	,046
	Grup İçi	84,949	224	,379		
	Toplam	88,040	227			
Acil Durum Yönetimi Görüşü	Gruplar Arası	1,731	3	,577	2,043	,109
	Grup İçi	63,248	224	,282		
	Toplam	64,979	227			
Çevre ve Atık Yönetimi	Gruplar Arası	2,243	3	,748	,815	,487
	Grup İçi	205,556	224	,918		
	Toplam	207,799	227			

Çizelge 2.11’de ise bu durumun karşılaştırması görülmektedir. Buna göre hastane yöneticilerinin mevcut çalıştıkları hastanede çalışma süreleriyle tesis yönetimi ve güvenliği görüşlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($P < 0,05$). Örgütsel yönetim ve tesisin teknik altyapısıyla ilgili hastane yöneticilerinin çalışma süreleri arttıkça doğru orantılı olarak algılama düzeyinin de arttığı gözlenmiştir. 11-15 yıl ve 15 yıl üzeri aynı kurumda görev alan hastane yöneticilerinin bu iki alanda daha etkin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna karşın acil durum yönetimi ile çevre ve atık yönetimi konularında yöneticilerin kurumdaki çalışma süreleri arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

H.1.5. Hastanedeki pozisyonuna göre tesis yönetimi ve güvenliğiyle ilgili görüşlerin analizi

Araştırmada belirtilen hastane yöneticilerinin mevcut pozisyonlarıyla tesis yönetimi ve güvenliği konusundaki görüşleri arasında anlamlı bir fark olup

olmadığını belirlemek için yapılan analiz ile ilgili sonuçlar aşağıdaki çizelgede gösterilmektedir.

Çizelge 2.13. Hastanedeki Pozisyonuna Göre Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Dağılımı

Pozisyon / Görev	Örgütsel Yönetim	Tesisin Teknik Yapısı ile İlgili	Acil Durum Yönetimi	Çevre ve Atık Yönetimi
Genel Müdür / Hastane Yöneticisi / Başhekim	4,08	3,84	4,13	4,14
Genel Müdür Yardımcısı	3,46	3,42	3,62	4
Direktör / İdari / Mali	3,43	3,8	4,21	4,08
Başhekim Yardımcısı	3,64	3,88	4,06	4,12
Müdür / Yönetici	3,83	3,64	4,01	4,09
Müdür Yardımcısı	3,94	3,58	3,94	3,67
Diğer	3,94	3,85	4,19	3,82
Ortalama	3,81	3,69	4,04	3,99

Çizelge 2.12’de üst düzey yöneticilerin örgütsel yönetimle ilgili görüşlerinin diğer pozisyonlarda görev alan yöneticilere göre daha yüksek olduğu görülmüş, diğer yandan çevre ve atık yönetimi gibi kurum dışı sosyal fayda sağlayacak tesis yönetimi boyutunda ise organizasyondaki hiyerarşik statüye paralel görüşleri saptanmıştır. Yani hastane yönetiminde alt kademedan tepeye yukarı doğru çıkıldıkça çevreye olan duyarlılığın arttığı tespit edilmiştir.

Çizelge 2.14. Hastanedeki Pozisyonuna Göre Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması

		Kareler		Kareler		
		Toplamı	df	Ortalaması	F	P
Örgütsel Yönetim	Gruplar Arası	2,314	3	,771	1,886	,133
	Grup İçi	91,646	224	,409		
	Toplam	93,961	227			
Tesisin Teknik Yapısı	Gruplar Arası	1,923	3	,641	1,665	,175
	Grup İçi	86,210	224	,385		
	Toplam	88,133	227			
Acil Durum Yönetimi	Gruplar Arası	1,079	3	,360	1,261	,289
	Grup İçi	63,898	224	,285		
	Toplam	64,977	227			
Çevre ve Atık Yönetimi	Gruplar Arası	6,235	3	2,078	2,310	,077
	Grup İçi	201,564	224	,900		
	Toplam	207,799	227			

Çizelge 2.13’de Hastane yöneticilerinin kurumdaki görevleri açısından tesis yönetimi ve güvenliği görüşlerinin karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($P > 0,05$).

Çizelge 2.15. Hastanelerin Mülkiyet Durumlarına Göre Dağılımı

Hastanenin Mülkiyet Durumu	Sayı	Yüzde
Kamu	140	61,4
Özel Sektör	73	32,0
Vakıf/Üniversite	15	6,6
Toplam	228	100,0

Yukarıda ankete katılan yöneticilerin çalıştıkları hastanelerin mülkiyet durumları açısından sayıları yer almaktadır. Çizelge 2.14’te araştırmaya konu olan hastanelerin büyük çoğunluğunun (% 61,4) kamu hastanesi, % 32 sinin özel sektör ve % 6,6’sının ise vakıf/üniversite hastanesi olduğu görülmektedir.

Çizelge 2.16. Hastanelerin Mülkiyet Durumlarına Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Dağılımı

Hastanenin Mülkiyet Durumu	Örgütsel Yönetim	Tesisin Teknik Yapısı	Acil Durum Yönetimi	Çevre ve Atık Yönetimi
Kamu	3,83	3,72	4,01	3,94
Özel Sektör	3,71	3,58	4,07	4,08
Vakıf/Üniversite	4,13	3,99	4,15	4,12
Ortalama	3,81	3,69	4,04	3,99

Hastane yöneticilerinin çalıştıkları hastanelerin mülkiyet durumlarına göre incelediğimizde vakıf/üniversite hastanelerinde görev yapan yöneticilerin dört ana soru grubunda da diğerlerine göre daha olumlu görüşlerinin olduğu, kamu hastane yöneticilerinin örgütsel yönetim ve tesis teknik yapısı ile ilgili görüşlerinin özel sektöre göre daha olumlu fakat acil durum ve çevre yönetimi ile ilgili görüşlerinin özel sektör yöneticilerine göre geliştirilmesi gerektiği tespit edilmiştir. Bu boyuttaki konulara kamu tarafından biraz daha özen gösterilmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır. Aynı çizelgede örgütsel yönetim açısından üniversite ve vakıf hastanelerinin yöneticilerinin daha yüksek ortalama da olduğu da tespit edilmiştir. Bu durumun akademik disiplinle bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

Çizelge 2.17. Hastanelerin Mülkiyet Durumlarına Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması

		Kareler		Kareler		
		Toplamı	df	Ortalaması	F	P
Örgütsel Yönetim	Gruplar arası	2,267	2	1,133	2,781	,064
	Grup içi	91,694	225	,408		
	Toplam	93,961	227			
Tesisin Teknik Yapısı	Gruplar arası	2,476	2	1,238	3,256	,040
	Grup içi	85,563	225	,380		
	Toplam	88,040	227			
Acil Durum Yönetimi	Gruplar arası	,419	2	,210	,730	,483
	Grup içi	64,560	225	,287		
	Toplam	64,979	227			
Çevre ve Atık Yönetimi	Gruplar arası	1,184	2	,592	,645	,526
	Grup içi	206,615	225	,918		
	Toplam	207,799	227			

Hastanelerin mülkiyet durumlarına göre yöneticilerin tesis yönetimi ve güvenliği görüşlerinin karşılaştırıldığı Çizelge 2.16'de anlamlı farklılık sadece tesisin teknik yapısı ile ilgili görüşleri boyutunda olduğu görülmektedir. ($P < 0,05$). Bu durumda üniversite hastaneleri yöneticilerinin bu konuda daha hassas oldukları belirtilebilir.

Çizelge 2.18. Hastanenin kalite belgesinin varlığına göre dağılımları

n=228	Var	Yok	Planlanıyor
JCI	20,2	71,5	8,3
ISO	48,2	42,1	9,6
TÜRKAK	8,8	83,3	7,9
Diğer	17,5	73,2	9,2

Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin görev yaptıkları hastanelerdeki kalite belgelerinin varlıklarına göre sınıflandırdığımızda, % 20,2'sinin JCI belgesine sahip olduğu, % 48,2'sinin ISO belgesine sahip olduğu ve % 8,8'inin TÜRKAK tarafından akredite edildiği tespit edilmiştir.

Çizelge 2.19. JCI Belgesinin Varlığına Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Dağılımları

JCI	Örgütsel Yönetim	Tesisin Teknik Yapısı	Acil Durum Yönetimi	Çevre ve Atık Yönetimi
Var	3,85	3,83	4,08	4,03
Yok	3,79	3,63	4	3,96
Planlanıyor	3,91	3,87	4,28	4,17
Ortalama	3,81	3,69	4,04	3,99

Çizelge 2.18'de JCI belgesi planlanan ve varolan hastane yöneticilerinin görüşlerinin tüm boyutlarda belgeye sahip olmayanlara oranla daha yüksek düzeyde olumlu olduğu görülmektedir. Genel olarak JCI belgesine sahip olmayan bir hastanede örgütsel yönetim, tesis teknik altyapısı, acil durum ve çevre yönetimi konularında diğer hastanelere göre standartların karşılanması zorlaşmaktadır.

Çizelge 2.20. JCI Belgesinin Varlığına Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması

		Kareler		Kareler		
		Toplamı	df	Ortalaması	F	P
Örgütsel Yönetim	Gruplar arası	,297	2	,149	,357	,700
	Grup içi	93,663	225	,416		
	Toplam	93,961	227			
Tesisin Teknik Yapısı	Gruplar arası	2,105	2	1,053	2,756	,066
	Grup içi	85,934	225	,382		
	Toplam	88,040	227			
Acil Durum Yönetimi	Gruplar arası	1,423	2	,712	2,519	,083
	Grup içi	63,556	225	,282		
	Toplam	64,979	227			
Çevre ve Atık Yönetimi	Gruplar arası	,816	2	,408	,444	,642
	Grup içi	206,983	225	,920		
	Toplam	207,799	227			

Çizelge 2.19'da hastanede JCI belgesinin varlığına göre yöneticinin tesis yönetimi ve güvenliğindeki görüşlerinin karşılaştırılmasında anlamlı fark tespit edilmemiştir ($P > 0,05$).

Çizelge 2.21. ISO Belgesinin Varlığına Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Dağılımları

ISO	Örgütsel Yönetim	Tesisin Teknik Yapısı	Acil Durum Yönetimi	Çevre ve Atık Yönetimi
Var	3,79	3,68	3,99	3,96
Yok	3,81	3,66	4,03	3,99
Planlanıyor	3,97	3,86	4,35	4,15
Toplam	3,81	3,69	4,04	3,99

Çizelge 2.20'de de görüldüğü gibi ISO kalite belgesi bulunan hastane yöneticilerinin görüşlerinin, ISO kalite belgesi olmayanlara göre beklenen standartlara daha yakın olduğu görülmektedir.

Çizelge 2.22. ISO Belgesinin Varlığına Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması

		Kareler Toplamı	df	Kareler Ortalaması	F	P
Örgütsel Yönetim	Gruplar arası	,635	2	,317	,765	,466
	Grup içi	93,326	225	,415		
	Toplam	93,961	227			
Tesisin Teknik Yapısı	Gruplar arası	,729	2	,364	,939	,393
	Grup içi	87,311	225	,388		
	Toplam	88,040	227			
Acil Durum Yönetimi	Gruplar arası	2,451	2	1,226	4,410	,013
	Grup içi	62,528	225	,278		
	Toplam	64,979	227			
Çevre ve Atık Yönetimi	Gruplar arası	,637	2	,318	,346	,708
	Grup içi	207,162	225	,921		
	Toplam	207,799	227			

Hastanelerde ISO kalite belgesinin varlığı acil durum yönetimi ile ilgili yönetici görüşlerinin olumlu olduğu sonucu gözlenmiştir. Fark anlamlı bulunmuştur ($P < 0,05$). ISO kalite belgesine sahip olan hastanelerin yöneticilerinin genel anlamda acil durum yönetimi konusunda standartların karşılanması noktasında daha olumlu görüşte oldukları ifade edilebilir.

Çizelge 2.23. TÜRKAK Belgesinin Varlığına Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Dağılımları

TÜRKAK	Örgütsel Yönetim Görüşü	Tesisin Teknik Yapısı ile İlgili Görüşleri		
		Yapısı ile İlgili Görüşleri	Acil Durum Yönetimi Görüşü	Çevre ve Atık Yönetimi Görüşü
Var	3,63	3,61	4,11	4,1
Yok	3,8	3,69	4,02	4,01
Planlanıyor	4,12	3,77	4,15	3,72
Ortalama	3,81	3,69	4,04	3,99

Çizelge 2.24. TÜRKAK Belgesinin Varlığına Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması

		Kareler		Kareler		
		Toplamı	df	Ortalaması	F	P
Örgütsel Yönetim Görüşü	Gruplar arası	2,375	2	1,188	2,918	,056
	Grup içi	91,585	225	,407		
	Toplam	93,961	227			
Tesisin Teknik Yapısı ile İlgili Görüşleri	Gruplar arası	,246	2	,123	,315	,730
	Grup içi	87,794	225	,390		
	Toplam	88,040	227			
Acil Durum Yönetimi Görüşü	Gruplar arası	,369	2	,185	,643	,527
	Grup içi	64,610	225	,287		
	Toplam	64,979	227			
Çevre ve Atık Yönetimi Görüşü	Gruplar arası	1,584	2	,792	,864	,423
	Grup içi	206,215	225	,917		
	Toplam	207,799	227			

Hastanelerde TÜRKAK kalite belgesinin varlığı örgütsel yönetim görüşü ile ilgili yönetici görüşlerinin karşılaştırmasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. ($P>0,05$).

Çizelge 2.25. Hastanelerin Hizmet Süresine/Binanın Yaşına Göre Dağılımları

Tesisin Hizmet Süresi / Binanın Yaşı	Sayı	Yüzde
0-5 yıl	39	17,1
6-10 yıl	62	27,2
11-15 yıl	31	13,6
16-20 yıl	31	13,6
20 yıl ve üzeri	65	28,5
Toplam	228	100,0

Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin görev yaptıkları hastanelerde bina yaşına göre yapılan kıyasla Çizelge 2.24'te yer almaktadır. Buna göre söz konusu hastanelerin % 28,5'inin bina yaşının 20 yıl ve üzeri olduğu, % 44,3'ünün 10 yıldan daha genç bir binada faaliyet gösterdiği anlaşılmaktadır.

Çizelge 2. 26. Hastanenin Hizmet Süresine/Binanın Yaşına Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Dağılımı

Tesisin Hizmet Süresi / Binanın Yaşı	Örgütsel Yönetim	Tesisin Teknik Yapısı	Acil Durum Yönetimi	Çevre ve Atık Yönetimi
0-5 yıl	3,78	3,82	4,21	4,19
6-10 yıl	3,52	3,68	3,97	3,97
11-15 yıl	4,07	3,62	3,92	3,92
16-20 yıl	3,99	3,58	4,05	3,94
20 yıl ve üzeri	3,9	3,71	4,06	3,95
Ortalama	3,81	3,69	4,04	3,99

Çizelge 2.25'e göre araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin çalıştıkları hastanelerin hizmet sürelerine baktığımızda, tesisin yaşı 5 yıldan daha az olan hastane binalarında çalışan yöneticilerin tesisin teknik yapısı, acil durum yönetimi ve çevre/atık yönetimi konularındaki görüş ortalamalarının daha yüksek olduğu buna karşın örgütsel yönetimle ilgili görüşlerde 11-15 yıl arası faaliyette olan hastane binalarındaki yöneticilerinin görüşlerinin daha olumlu olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 2.27. Hastanenin Hizmet Süresine / Binanın Yaşına Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması

		Kareler		Kareler		
		Toplamı	df	Ortalaması	F	P
Örgütsel Yönetim Görüşü	Gruplar arası	8,908	4	2,227	5,839	,000
	Grup içi	85,053	223	,381		
	Toplam	93,961	227			
Tesisin Teknik Yapısı ile İlgili Görüşleri	Gruplar arası	1,281	4	,320	,823	,512
	Grup içi	86,759	223	,389		
	Toplam	88,040	227			
Acil Durum Yönetimi Görüşü	Gruplar arası	1,815	4	,454	1,602	,175
	Grup içi	63,164	223	,283		
	Toplam	64,979	227			
Çevre ve Atık Yönetimi Görüşü	Gruplar arası	1,947	4	,487	,527	,716
	Grup içi	205,852	223	,923		
	Toplam	207,799	227			

Çizelge 2.26'ya göre; Hastanenin hizmet süresine göre yöneticilerin tesis yönetimi ve güvenliği görüşlerinin karşılaştırılmasında, Örgütsel yönetim görüşü istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($P < 0,05$).

Çizelge 2.28. Hastanelerin Yatak Kapasitesine Göre Dağılımları

Hastanenin yatak kapasitesi	Sayı	Yüzde
1-50	37	16,2
51-100	46	20,2
101-200	69	30,3
201-300	10	4,4
301-400	19	8,3
401 ve üzeri	47	20,6
Toplam	228	100,0

Ankete katılan hastane yöneticilerinin çalıştıkları hastanelerin yatak kapasitelerine göre baktığımızda Çizelge 2.27'de 101-200 yatak sayısı arası hastanelerin % 30,3 ile en fazla olduğu onu 401 ve üzeri yatak ile 10-200 arası yatak sayısına sahip hastanelerin takip ettiği görülmektedir.

Çizelge 2.29. Hastanelerin Yatak Kapasitesine Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Dağılımı

Hastanenin Yatak Kapasitesi	Örgütsel Yönetim	Tesisin Teknik Yapısı	Acil Durum Yönetimi	Çevre ve Atık Yönetimi
1-50	3,98	3,71	4,06	4,1
51-100	3,88	3,78	4,04	4,02
101-200	3,73	3,71	4,14	4,21
201-300	4,13	3,44	4	4,07
301-400	3,77	3,91	3,83	3,11
401 ve üzeri	3,67	3,55	3,96	3,9
Ortalama	3,81	3,69	4,04	3,99

Çizelge 2.28'e göre yatak kapasitesi 101-200 arası olan hastane yöneticilerinin acil durum ile çevre ve atık yönetimi konusundaki görüşlerinin ortalamasının diğerlerine göre daha yüksek olduğu, 201-300 arası yatak sayısına sahip hastanelerin yöneticilerinin örgütsel yönetim görüşleri ile 301-400 yatak kapasitesine sahip hastanelerin yöneticilerinin tesisin teknik alt yapısı ile ilgili görüşlerinin ortalamasının diğer gruplara göre yüksek olduğu görülmektedir.

Çizelge 2.30. Hastanelerin Yatak Kapasitesine Göre Yöneticilerin Tesis Yönetimi ve Güvenliği Görüşlerinin Karşılaştırılması

		Kareler		Kareler		
		Toplamı	df	Ortalaması	F	P
Örgütsel Yönetim	Gruplar Arası	2,826	4	,707	1,729	,145
	Grup İçi	91,134	223	,409		
	Toplam	93,961	227			
Tesisin Teknik Yapısı ile İlgili Görüşleri	Gruplar Arası	1,456	4	,364	,936	,444
	Grup İçi	86,677	223	,389		
	Toplam	88,133	227			
Acil Durum Yönetimi Görüşü	Gruplar Arası	1,666	4	,416	1,467	,213
	Grup İçi	63,311	223	,284		
	Toplam	64,977	227			
Çevre ve Atık Yönetimi	Gruplar Arası	12,962	4	3,241	3,709	,006
	Grup İçi	194,837	223	,874		
	Toplam	207,799	227			

Hastanelerin yatak kapasitesine göre yöneticilerin tesis yönetimi ve güvenliği görüşlerinin karşılaştırıldığında çevre ve atık yönetimi açısından anlamlı fark bulunmuştur ($P < 0,05$). Bunun yanı sıra hastanelerin yatak kapasiteleri arttıkça hastane yöneticilerinin örgütsel yönetim görüşleri, tesis teknik yapısı ile ilgili görüşleri, acil durum ile çevre ve atık yönetimi ile ilgili görüşlerinin ise ters orantılı olarak azaldığı görülmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma ülke genelindeki kamu ve özel sektör sağlık yöneticilerinin tesis yönetimi ve güvenliğine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacını taşımaktadır. Araştırma sonuçları değerlendirildiğinde hastane yöneticilerinin büyük çoğunluğunun (%66,7) erkek olduğu, %43,9 oranında 36-45 yaş arası orta yaş grubundaki yöneticilerden oluştuğu ve %42,1 gibi önemli bir kısmının yüksek lisans mezunu olduğu görülmüştür. Yöneticilerin deneyim sürelerine bakıldığında %42,1'lik bir kısmının 15 yıl ve üzeri bir deneyim süresi olmasına rağmen, % 40,8 gibi bir orandaki yönetici grubunun son çalıştıkları yerde 1-5 yıl arası deneyim sürelerine sahip olduğu görülmektedir.

Araştırma sonucunda erkek yöneticilerin tesis yönetimi ve güvenliği görüşlerinin kadın yöneticilere oranla daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Erkek yöneticilerinin algılama düzeylerinin farklı olması hususunda literatürde bir çalışma ile karşılaşılmamıştır fakat bunun sebepleri özellikle ülkemizde iş hayatında kadın yönetici kültürünün yeni yeni gelişmeye başlaması, deprem, yangın ve tatbikat gibi konularda erkek yöneticilerin daha ön plana çıkması gibi sebepler sayılabilir.

Yaş grupları açısından değerlendirildiğinde 36-45 yaş gruplarındaki yöneticilerin tesis yönetimi kavramına verdiği önemin diğer yaş gruplarına oranla nispeten daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun sebebi ise yeni bir kavram olan tesis yönetimi ve güvenliğine ilişkin algılamanın eğitim sürecinde genç kuşak yöneticiler tarafından daha fazla ele alındığı şeklinde gösterilebilir. Sağlık yönetimi mesleğine ilişkin lisans programlarında özellikle sağlık yönetimi lisans programında tesis yönetimi ve güvenliğine ilişkin müfredatın önemi gittikçe artmıştır.

Deneyim yılı 1-5 yıl arasında olanların örgütsel yönetim görüşlerinin 15 yıl ve üzerinde olanlara göre daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Yine benzer şekilde genel olarak bakıldığında çalışma yılı arttıkça, çevre ve atık yönetimi konularına ilgilerinin azaldığı tespit edilmiştir. Bu durumun sebepleri yine yukarıda izah edildiği şekilde yeni kuşak yöneticilerin daha esnek eğitim sürecine tabi tutulması

ile yenilik ve değişimlere daha açık olması ile açıklanabilir. Öte yandan çevre bilinci ve sosyal fayda konularının maddi konulardan önemli olduğu eğitim sürecinde yoğun verilmesi gerekliliği de ortadadır.

Hastanede genel müdür/hastane yöneticisi/başhekimlerde örgütsel yönetim görüşü, acil durum yönetimi görüşü ve çevre ve atık yönetimi görüşünün daha olumlu olduğu görülmektedir. Bu durumun nedenleri arasında yönetsel sorumluluğun artmasıyla birlikte duyarlılık düzeyinin de artması, üst düzey yöneticilerin sahiplenme kavramına bakış açılarının diğer alt kademe yöneticilere oranla daha fazla olduğu gerçeği ve üst düzey yöneticilerin hesap verilebilirlik durumlarının alt kademelere göre daha fazla olduğu hususları gösterilebilir. Bu konuda kalite ve benzeri dış kurum denetlemelerinde alt kademe de dahil tüm kurum çalışanlarını paydaş olarak ortak sorumlulukta oldukları bilincini kurumlarda geliştirmek gerekmektedir. Her seviyede çalışan fikirlerine değer verildiğini, yönetimin dikkate aldığını, konulan hedeflere ulaşmada yaptırımın sadece ceza olarak değil, başarılı sonuçların ödüllendirildiği bilinciyle çalışması sağlanmalıdır.

Kamu kurumlarında çalışan hastane yöneticilerinin özel sektördekilere göre örgütsel yönetim görüşlerinin, tesisin teknik yapısı ile ilgili görüşlerinin daha olumlu ancak acil durum yönetimi ve çevre ve atık yönetimi görüşlerinin daha olumsuz olduğu gözlenmektedir. Bu durum aidiyet duygusunun bulunmasına rağmen bina koşullarından dolayı kamu hastane yöneticilerinin endişe taşıdığı şekilde yorumlanmaktadır. Ayrıca yine kalite belgesi olan kurumlardaki yöneticilerin çevre ve atık yönetimi görüşünün daha olumlu olduğu görülmektedir. Bu kapsamda tesisin iyileştirilmesi özel sektörde mevcut yönetmeliklerin izin verdiği ölçüde sürekli olduğu, fakat kamuda hasta/çalışan memnuniyetini gözetmeden bu yenilenme ve iyileştirme süreçlerinin daha yavaş ilerlemesi son bulmalıdır.

Araştırma geniş kapsamlı yapılmaya çalışılmakla birlikte Türkiye genelinde yeterince deneğe ulaşılamamıştır. Daha fazla sayıda yönetici ile yapılacak farklı çalışmaların konu açısından yararlı olacağı düşünülmektedir. Tesis yönetimi ve güvenliği konusuna daha fazla eğilmenin son yıllarda baş döndürücü pozitif değişimler yaşınan Türk sağlık sektörünün daha da iyileşmesinde önemli rol oynayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Aksay, K. Orhan, F. (2013). Hastanelerde inovasyon sürecinin risk yönetimi bağlamında değerlendirilmesi: bir model önerisi, *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(3).
- Akyurt, N. (2007). *Hastanelerde akreditasyon standartları: İstanbul'daki özel hastanelerin radyoloji yöneticilerinin standartları ne ölçüde yerine getirildiği konusundaki görüşlerine ilişkin bir araştırma*, Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Arcan, E. Manisa, K. (2002). *Planlama kapsamında hastane yapılarının irdelenmesi*. 7. Tıp Tarihi Kongresi. 38.
- İnternet: Atılgan, A. (2009). Çevresiyle Dost Binalar, Enerji ve Suda Yüzde 50 Tasarruf Sağlıyor, İnternet: <http://www.yapi.com.tr/>, adresinden 28 Mart 2009'da alınmıştır.
- Babayiğit M, Kurt M. (2013). Hastane ergonomisi. *İstanbul Med.* (14), 153-9.
- Beech, A. (2001). *Market-Based demand forecasting promotes informed strategic financial planning*, HFMA.
- Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik, 12.06.2002 tarih ve 4390 sayılı Resmi Gazete.
- Canbay, Ç. Gökçen, G. ve Hepbaşlı, A. (2004). Bina yönetim sistemleri ve HVAC sistemlerinde enerji tasarrufuna yönelik kontrol ilkeleri, *Tesisat Mühendisliği Dergisi*, (84), 5-19.
- Carroll, R. (2001). *Risk management handbook for health care organizations, (Third Edition)*. Jossey-Bass Inc.
- Ceylan, M. (2009). *Türkiye'de kalite akreditasyonu ve TÜRKAK*, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muğla.
- Chaerul, M. Tanaka, M. ve Shekdar, V. (2008). A system dynamics approach for hospital waste management, *Waste Management*, (28), 442-449.
- Çarıkçı H.İ. (2011). *Sağlık hizmetlerinde akreditasyon*, Yüksek lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Çolak, İ. ve Irmak, E. (2003). Bilgisayar kontrollü bina güvenlik sisteminin tasarımı ve uygulaması, *G. Ü. Fen Bilimleri Dergisi*, 16(2), 411-421.
- Demirel, F. ve Konur, Z. (2006). Ulusal ve uluslararası mevzuatlar çerçevesinde otellerde kaçış yollarının analizi ve bir örneklem, *Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 21(2), 293-301.
- Demirel, F. ve Başdemir, H. (2012). Yangın güvenlik önlemleri bağlamında bir hastane projesi ve ulusal yangın mevzuatına uygunluk hali, *Gazi Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Dergisi*, 27(4).

- Dikmen, D ve Üstündağ, N. (2002, Mayıs). Akıllı Bina ve Tesis Yönetimi, Yönetim, *İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yönetim Dergisi* 13(42), 19-22
- Engineering Construction Risk Institute. (2003, March.). Risk and Quality Management Strategies, Healthcare Risk Control. 2.
- Ersel, M. Aksay, E. ve Kıyan, S. (2006). *Türkiye acil tıp, afetlere hazırlık düzeyleri çalışması*, Ege Üniversitesi Acil Tıp AD. İzmir.
- Esin, S. Oğuzhan, T. Kaya, C. Ergüder, T. (2001). *Afetlerde sağlık hizmetleri yönetimi*, TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- Esmen, C. ve Şengil, A.S. (2009). *Tıbbi atık yönetiminde yeni bir model örneği*, www.yildiz.edu.tr/~kvarinca/Dosyalar/Yayinlar/yayin19.pdf, adresinden 30 Eylül 2009'da alınmıştır.
- Hastane Hizmet Kalite Standartları, (2011). *TC. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı*, Ankara.
- İnternet: <http://en.wikipedia.org/wiki/File:FMEA.png>, adresinden 15 Ocak 2015'te alınmıştır.
- JCI hastaneler için akreditasyon standartları* (2014). 5. Sürüm.
- Kabukçuoğlu, M.S. (2005). *Herkes için fizibilite*. Ankara: TUGDEM Yayınları.
- Kalafat, E. Yücerman, E. (2011). Hastane tesisatlarında sismik hasarların azaltılması – Fema 150 Standard, X. Ulusal Tesisat Mühendisliği Kongresi, İzmir.
- Kaluzny, A. Warner, D.M. Warner, D.G. Zelman, W.N. (1982). *Management of health services*, New Jersey: Prentice Hall Inc,
- Karagöz, İ. ve Cecelioğlu, S. (2007). The analysis of different approaches related to the measurement uncertainty in biomedical calibration, *G.U. Journal of Science*, 20(3), 61-67.
- Konakçı, E. (2006). *Sağlık kuruluşlarında fizibilite; İzmir'de bir geriatrik hastane kuruluş örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi İzmir.
- Küçük, A. (2013). Tıbbi atık yönetiminin ekonomisi, *Sayıştay Dergisi*, (90).
- Menderes, M. (1995). *Genel sistem kuramı ve sağlık sistemi, hastane sistemi ve hasta bakım alt sistemi, hastane işletmeciliği* (Seçme Yazılar), (Edt. Hikmet Seçim), Anadolu Üniversitesi Yayın No: 845, Eskişehir: Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 449, 43-73.
- Özçelebi S. (2009, 01-05 Nisan,). *Hastane iklimlendirme sistemlerine genel bir bakış*, 6. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, Antalya, 17-27.

- Özel, F. ve Hançer, M.Z. (2005). Hastanelerde İklimlendirme Sistemleri, *Tesisat Mühendisliği Dergisi*, (89), 27-42.
- Özerol, İ. H. (2005, 20-24 Nisan,). *Tıbbi atık stratejileri nelerdir? EN/ISO normları nelerdir?* Avrupa'da Birlik, ABD'nin Yaklaşımı, Ülkemizde Durum 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, Samsun, 434-472.
- Parlar, S. (2008). Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: sağlıklı çalışma ortamı, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6), 547-554.
- İnternet: Sağlık Kuruluşlarında Risk Yönetimi, (2009). <http://www.saglikplatformu.com>, Erişim Tarihi: 30 Eylül 2009.
- Sungur Ergenoğlu, A. ve Aytuğ, A. (2007). Sağlık kurumlarında değişen paradigmlar ve iyileştiren hastane kavramının mimari tasarım açısından irdelenmesi. *YTÜ Mimarlık Fakültesi e-Dergi*, 2(1), 44-63.
- Şahan, H. (2014). *Sağlık Sektöründe 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, Bitirme Projesi*, Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Şener, O. (2005). *Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: TODAİE
- Şener, O. Çakmak, M. Demirbaş, A.R. (2010). *Sağlık hizmetleri sunumunda tıbbi cihaz güvenliğinin rolü*. 2. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara, 604-608.
- Şener, O. Turgut, Ç.G. Ertan, F. (2011). *Sağlık hizmetleri sunumunda tıbbi cihaz güvenliği*. 3. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sözlü Bildiriler Kitabı.
- Şener, O. Salim, B. Ünsal, E. Ebem, E. (2011). *Hasta güvenliğinde akılcı tıbbi cihaz yönetiminin rolü*. 3. Hasta Hakları Kongresi Bildiriler Kitabı.
- Tengilimoğlu D. Işık O. Akbulut M. (2011). *Sağlık işletmeleri yönetimi*, (3. Baskı). Ankara: Nobel Yayınları.
- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, (2005).
- Tıbbi Cihaz Yönetmeliği, (2011 Temmuz 06). 27957.
- Uzunay, S. (2011). *Hastane yapılarının planlaması ve hastanelerde Sirkülasyon*, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Fen Bilimleri Fakültesi Mimarlık İstanbul.
- İnternet: Yıldırım, H. H. (2008, Nisan 22). *Sağlık Teknolojisi Yönetimi: Türkiye Resmin Neresinde?*, (), İnternet: http://www.absaglik.com/Saglik_Teknolojisi_HHY.pdf, adresinden 30 Eylül 2009'da alınmıştır.
- İnternet: World Health Report, İnternet: <http://www.who.int/whr/1999/en/>, adresinden 30 Eylül 2009'da alınmıştır.

EKLER

EK-1. Bakanlık İzin Dilekçesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - TÜRKİYE KAMU
HASTANELERİ KURUMU - TKHK HASTANE
HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI



00003372295

Sayı : 95796091-044

Konu : Yüksek Lisans Tezi

Sayın: Mehmet KARAKUŞ
Özel Medline Hastanesi Turgut Özal bulvarı No: 234
Çukurova/ADANA

İlgi: 19/06/2013 tarih ve 95796091/010.07/4683 sayılı genel yazımız.


“Hastanelerde tesis yönetimi ve güvenliği konusunda hastane yöneticilerinin algılarının belirlenmesi” konulu yüksek lisans tezinizi Türkiye geneli kamu ve özel hastane yöneticilerine uygulanması için gerekli izin verilmesini ve hastane yöneticilerinin elektronik posta adreslerini talep eden 22/05/2014 tarih ve bila sayılı dilekçeniz incelenmiştir.

Araştırma, tez çalışması, anket ve benzeri çalışmalara ilişkin izin/onay taleplerinin, çalışmaya başlama sürecinin ve bürokrasinin azaltılması bakımından Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerince mevzuat ve bilimsel esaslar çerçevesinde değerlendirilerek izin verilmesi uygun görülerek, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerine ve Yükseköğretim Kurulu Başkanlığına ilgide kayıtlı genel yazımızla tamim yapılmıştır.

Bu çerçevede; Kurumumuzla yazışmaya gerek kalmadan yazımız ekindeki başvuru formunun doldurularak ilgili Genel Sekreterliklere müracaat etmeniz gerekmektedir.

Ayrıca, talep edilen Genel sekreterliklerin elektronik posta adreslerine Kurumumuz web sayfasından ulaşmanız mümkün bulunmaktadır.

Bilgilerinizi rica ederim.


Dr. M. Cemil AKARSLAN
Bakan a.
Daire Başkanı

EKLER:
Başvuru Formu (2 Sayfa)

Tıbbi Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı
Hastane Hizmetleri Daire Başkanlığı
Nasuh Akar Mah. Ziyabey Cad.1407.Sok.No:4
Balgat-Çankaya/Ankara

Ayrıntılı bilgi için irtibat: S.CULHA
e-posta:birlikdaire@gmail.com
Tel:0(312)7051677 Faks:0 (312)7051598

EK- 2. (devam) Anket Formu**Hastanelerde Tesis Yönetimi ve Güvenliği**

Değerli Katılımcılar;

Yüksek lisans tezi kapsamındaki bu çalışmanın amacı Türkiye Geneline Hastane Yöneticilerinin tesis yönetimi algısının değerlendirilmesi, olası aksaklıkların ortaya konması, iyileştirilmesi gereken alanların tespiti, çalışan/hasta güvenliği ile enerji yönetimi açısından mevcut tesis yönetimi uygulamalarına ilişkin önerilerde bulunmaktır. Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları veya JCI Akreditasyon Standartları yönünden farkındalık sağlayacak anketimize katılımınız önem arz etmektedir.

Verdiğiniz destekten dolayı şimdiden teşekkür eder iyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla...

Mehmet KARAKUŞ

mkarakus@hacettepe.edu.tr

5327774584

01. YAŞINIZ NEDİR?

- 18-25
- 26-35
- 36-45
- 46-55
- 56-üzeri

02. CİNSİYETİNİZ NEDİR?

- Erkek
- Bayan

03. EĞİTİM DURUMUNUZ NEDİR?

- Lise ve dengi okul
- Önlisans
- Lisans
- Yüksek lisans
- Doktora

EK- 2. (devam) Anket Formu**04. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM DENEYİM SÜRENİZ NE KADARDIR?**

- 1 yıldan az
- 1-5 yıl
- 6-10 yıl
- 11-15 yıl
- 15 yıl üzeri

05. HALEN ÇALIŞTIĞINIZ KURUMDA NE KADAR SÜREDİR GÖREV**YAPIYORSUNUZ?**

- 1 yıldan az
- 1-5 yıl
- 6-10 yıl
- 11-15 yıl
- 15 yıl üzeri

06. HASTANEDEKİ POZİSYONUNUZ – GÖREVİNİZ NEDİR?

- Genel Müdür / Hastane Yöneticisi / Başhekim
- Genel Müdür Yardımcısı
- Direktör / İdari / Mali
- Başhekim Yardımcısı
- Müdür / Yönetici
- Müdür Yardımcısı
- Diğer:

07. HALEN ÇALIŞTIĞINIZ POZİSYONDAKİ GÖREV SÜRENİZ NE KADARDIR?

- 1 yıldan az
- 1-5 yıl
- 6-10 yıl
- 11-15 yıl
- 15 yıl ve üzeri

08. TESİSİN HİZMET SÜRESİ / BİNANIN YAŞI NE KADARDIR?

- 0-5 Yıl
- 6-10 Yıl
- 11-15 Yıl
- 16-20 Yıl
- 20 yıl üzeri

EK- 2. (devam) Anket Formu**09. HASTANENİZDE TOPLAM ÇALIŞAN SAYISI KAÇTIR?**

- 1-100
- 101-200
- 201-300
- 301-400
- 401-500
- 500 ve üzeri

10. HASTANENİN TOPLAM KAPALI ALANI NE KADARDIR?

- 5000 m2 den az
- 5001 - 10000 m2
- 10001 - 20000 m2
- 20001 m2 üzeri

11. HASTANENİN YATAK KAPASİTESİ NEDİR?

- 1-50
- 51-100
- 101-200
- 201-300
- 301-400
- 401 ve üzeri

12. HASTANENİZİN BULUNDUĞU BÖLGE HANGİSİDİR?

13. HASTANENİZİN KALİTE BELGESİ VAR MIDIR? VARSA HANGİSİ OLDUĞUNU BELİRTİNİZ.

	VAR	YOK	PLANLANIYOR
JCI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İSO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TÜRKAK	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DİĞER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. HASTANENİZİN HİZMET TÜRÜ AŞAĞIDAKİLERDEN HANGİSİDİR?

EK- 2. (devam) Anket Formu**15. AŞAĞIDAKİ HANGİ KURUMLARLA KURUMSAL ANLAŞMANIZ BULUNMAKTADIR?**

- SGK
- ÖZEL SİGORTA ŞİRKETLERİ
- BANKALAR
- RESMİ DAİRELER
- ÜNİVERSİTE
- ELÇİLİKLER
- Diğer:

16. HASTANENİN MÜLKİYET DURUMU NEDİR?

- KAMU
- ÖZEL SEKTÖR
- VAKIF/ ÜNİVERSİTE
- Diğer:

17. HASTANENİZ AŞAĞIDAKİ HİZMETLERDEN HANGİLERİNİ TAŞERON SİSTEMİYLE VERMEKTEDİR?

- Yemekhane Hizmeti
- Kafeterya Hizmeti
- Güvenlik Hizmeti
- Çamaşırhane Hizmeti
- Hasta / Personel servisi
- Ambulans Hizmeti
- Din Hizmetleri - Cenaze işlemleri
- Kuaför hizmetler
- Bilgi İşlem ve Kayıt
- Hasta hizmetleri, Danışman, Hostes
- Yardımcı sağlık personeli / Hasta bakıcı
- Temizlik Hizmetleri
- Laboratuvar hizmetleri
- Diğer:

EK- 2. (devam) Anket Formu**18-ORGANİZASYONEL SORULAR**

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
Hastanenizin kurumsal organizasyon şeması tüm hastaneyle paylaşılmaktadır	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastanenin misyon/vizyonu çalışan ve ziyaretçilerle paylaşılmaktadır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastanenin mimari projelendirmesinde ve ek inşai yenilemelerde katkıda bulunmanıza imkan verilmektedir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastanenizde meslek hastalığı, iş kazası gibi bildirimler için çalışan güvenliği ofisi bulunmaktadır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Öneri ve şikayetlerin hastane yönetimine aktarıldığı mekanizma aktif çalışmaktadır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Çalışma ortamında personel kendini konforlu ve güvende hissetmektedir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastanenizde iş güvenliği uzmanı bulunmakta ve düzenli eğitimler yapılmaktadır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yönetim komitelerin aldığı kararları uygulamaktadır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastanede iş güvenliği kurulu, çalışan güvenliği komitesi ve tesis güvenliği komitesi bulunmaktadır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İş kazaları bildirimleri yapılmakta, bildirimler sonucunda düzeltici önleyici faaliyetler yapılmaktadır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EK- 2. (devam) Anket Formu

19. TESİSLE İLGİLİ TEKNİK SORULAR

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
Hastanede denetim ve aksaklıkların tespiti için düzenli alan/tesis turları yapılmaktadır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tesis turları sonrasında iyileştirilmesi gerekli konularda kısa sürede aksiyon alınmaktadır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastaneniz risk analizi/değerlendirmesi belirli periyotlarda yapılır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teknik ve Tıbbi cihazların önleyici bakımları zamanında yapılmaktadır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tıbbi cihazların kullanıcı eğitimleri kayıt edilmektedir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastanede biyomedikal mühendisi görev yapmaktadır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İnşaat ve yenileme çalışmaları sırasında gerekli önlemler alınmaktadır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastanenin enerji yönetim planı bulunmaktadır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastanenin zemininde kullanılan malzemelerin kaygan maddeden olmamasına dikkat edilmektedir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. ACİL DURUM YÖNETİMİYLE İLGİLİ SORULAR

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
Hastanenin yangın söndürme, algılama ve alarm sistemi bulunmaktadır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Afet yönetimiyle ilgili eğitim ve tatbikatlar belirli aralıklarla yapılmaktadır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eğitim ve tatbikat sonrası değerlendirme kayıtları tutulmaktadır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yangın algılama sistemlerinin koruyucu test ve bakımları zamanında yapılmaktadır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yangın yönlendirmeleri hastane genelinde uygun pozisyonlarda yeterli sayıda yerleştirilmektedir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yangın söndürücüleri/yangın dolapları kolay, ulaşılabilir alanlara yerleştirilmektedir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Her personel muhakkak yılda bir tatbikat amaçlı yangın söndürme cihazı kullanmaktadır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastanenin olağanüstü durumlarda organizasyon şeması ve görev tanımları bulunmaktadır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastanenin içeriden ve dışarıdan maruz kalabileceği risk ve tehlikeleri belirlenmektedir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acil durum kodları tüm personel tarafından bilinmekte ve gerektiğinde uygulanmaktadır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EK- 2. (devam) Anket Formu**21. ÇEVRE VE ATIK YÖNETİMİ**

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
Hastanenin atık yönetim planı bulunmaktadır	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastanenin çevre denetim görevlisi bulunmaktadır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastanede her alanda ayrı ayrı oluşan atıkların envanter listesi güncel durumda tutulmaktadır	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geri dönüşümlü atıklar doğru depolanmakta ve lisanslı firmalara verilmektedir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : Mehmet KARAKUŞ
Uyruğu : T.C.
Doğum tarihi ve yeri : 11-01-1980 / Sarız – KAYSERİ
Medeni hali : Evli
Telefon : 0532 777 45 84
e-mail : mkarakus@hacettepe.edu.tr



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Lisans	Hacettepe Üniversitesi	1998 - 2003
Lise	Afşin Sağlık Meslek Lisesi	1996 - 1997

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2004-2008	Kırıkkale Üniversitesi İ.İ.B.F. İktisat Bölümü	Araştırma Görevlisi
2008-2014	Gazi Üniversitesi İ.İ.B.F. İktisat Bölümü	Araştırma Görevlisi

Yabancı Dil

İngilizce



GAZİ GELECEKTİR

