

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE

Hakemli Bilimsel Dergi

DERGİSİ

**SAYI: 14
2017**

Yayın Sahibi

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Adına
Daire Başkanı **Dr. Abdullah ÖZTÜRK**

Yönetim Yeri

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Yayın Türü

Sürekli Yayın

Yayın Periyodu

Dergi Ocak ve Haziran aylarında olmak üzere iki kez yayımlanır.

*Dergimiz hakemli dergi olup,
yayınlanan makaleler en az 2 hakem tarafından okunmaktadır.*

- Bakanlık Makamının 19.08.2008 tarihli ve 10133 sayılı onayı ile yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Yayın Yönergesi'ne ve derginin Yayın İlkeleri ve Yazım Kuralları'na uygun yazılar kabul edilir.
- Yazılarının yayımlanmış olması yazarlara ait kişisel görüşlerin Bakanlık tarafından paylaşıldığı anlamına gelmez.
- Yazılar ancak kaynak gösterilmek suretiyle iktibas edilebilir.

İletişim Adresi

T. C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
Üniversiteler Mah. Dumlupınar Cad. Bilkent Yerleşkesi No:9 Çankaya/ANKARA

web: www.kalite.saglik.gov.tr

e-mail: spkdergisi@saglik.gov.tr

Tel: (0312) 458 50 02 • **Fax:** (0312) 435 16 79

ISSN: 1309-1972



T.C. Sağlık Bakanlığı

Basım - 2018

Tasarım - Baskı

Kuban Matbaa Matbaacılık Yayıncılık

İvedik Organize San. Matbaacılar Sit.

1514. Sk. No: 20 ANKARA

Tel: 0312 395 20 70 • Faks: 0312 395 37 23

www.kubanmatbaa.com

SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE

Hakemli Bilimsel Dergi

DERGİSİ

Genel Yayın Yönetmeni

Prof. Dr. Alper CİHAN

Genel Yayın Yönetmen Yardımcısı

Doç. Dr. Mehmet GÜNDÜZ

İmtiyaz Sahibi

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Editörler

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

Hukuk Danışmanı

Av. Sevil SERİN

BU SAYININ HAKEM KURULU

Prof. Dr. Hacer ÖZGEN NARCI	İstinye Üniversitesi İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü
Prof. Dr. Yurdagül ERDEM	Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof. Dr. Gül Bahar ERDEM	Dışkapı Yıldırım Beyazıt E. A. H, Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı
Prof. Dr. Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dekanı
Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ	Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof. Dr. Mesut SANCAR	Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
Prof. Dr. Hüseyin BASKIN	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Prof. Dr. Meryem YAVUZ VAN GIERBERGEN	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Şeyda SERENİNTEPELER	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Fehmi NARTER	Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Uzman / Eğitim Görevlisi
Doç. Dr. Sergül DUYGULU	Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Yrd. Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ	Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

İÇİNDEKİLER

11
23

ELİF KETEN EDİS - ALİ FUAT HUPAL

Bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (ADSM)'de Hasta Memnuniyeti
Satisfaction Level of Patients in An Oral and Dental Health Center (ODHC)

25
39

SEVİL ÇINAR - AYŞE AY - HANDAN BOZTEPE

Çocuk Sağlığı ve Sağlık Okuryazarlığı
Child Health and Health Literacy

41
56

AHMET ATASOY

Sağlık Çalışanların Örgütsel Depresyon Algılarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi
The Investigation of Health Care Workers Perceptions of Organizational Depression According to Various Variables

57
72

PROF. DR. HAVVA ÖZTÜRK - YRD. DOÇ. DR. İLKNUR KAHRİMAN

UZM. HEMŞİRE ELİF BABACAN

Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği: Hemşirelere Yönelik Eğitimlerin Etkinliğinin Değerlendirilmesi
Medical Errors and Patient Safety: Evaluation of The Effectiveness of The Trainings for Nurses

73
86

DR. HAKKI GÜRSÖZ - PROF. DR. MAHMOOD ADİL

DR. ABDULLAH ÖZTÜRK - UZM. DR. DİLEK TARHAN

UZM. DR. HİLAL AKSOY - HEMŞİRE ŞUULE GÜNDÜZ

DR. İBRAHİM HALİL KAYRAL - PHD ELİFE DİLMAÇ

DR. HÜSEYİN ÖZBAY - DOÇ. DR. SEMA ZERGEROĞLU

OP. DR. MERVE AKIN - UZM. DR. BİLGEHAN KARADAYI

YRD. DOÇ. DR. BİLGEHAN KARADAYI

YRD. DOÇ. DR. KEMAL TEKİN - UZM. DR. AYDIN SARI

DR. MUSTAFA SAİD YILDIZ - BORA AVCI

Türkiye Klinik Kalite Programı; Sağlık Hizmet Sunucuları,
Hasta ve Hasta Yakınlarının Kalite Algısı
Turkey Clinical Quality Program; The Quality Perception of Healthcare Providers, Patients and Patients' Relatives

İÇİNDEKİLER

87
102

HATİCE ULUSOY- DEMET GÖKMEN KAVAK

NURPERİHAN TOSUN - ŞULE AYDIN

Üniversitelerin Sağlıkla İlgili Lisans Programlarında Kalite Eğitimi:
Türkiye Örneği

*Quality Education at The Health Related Undergraduate Programs: The Case of
Turkey*

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

ÖNSÖZ

Değerli Okurlarımız,

Ülkemizde sağlıkta kalite ve performans kapsamında gerçekleştirilen çalışmaların bilimsel ortamlarda ele alınması ve teşvik edilmesi amacıyla hazırladığımız Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'nin 14. sayısına hoş geldiniz. Kalkınmanın ve gelişmişliğin en önemli araç ve göstergelerinden birisi toplumun sağlık düzeyidir. Küreselleşmenin oluşturduğu etkiler, toplumu ve toplumsal yapıları kökünden değiştirdiği gibi, sağlık alanında da sürekli gelişimi bir zorunluluk haline getirmiştir. Ülkemizde sağlık alanında gerçekleştirilen büyük yatırımlar, hedeflere yönelik uygulamaya konulan adımlar ve sağlıkta kalite kültürünün oluşturulması amacıyla istikrarlı bir şekilde yürütülen faaliyetler neticesinde küresel anlamda adından söz edilen bir sağlık sistemi yapısına ulaşılmıştır. Ancak ülke olarak gelişimin takipçisi değil öncüsü olmayı amaçlamalı ve sürekli daha iyiyi hedeflemek durumundayız. Bunun için de artık, sağlık sistemimizin izlenebilir, kıyaslanabilir ve hesap verebilir olması yolundaki çalışmalara ağırlık vermekteyiz. Küresel, ulusal ve kurumsal düzeyde ölçme ve değerlendirme kültürünü geliştirmeye yönelik önemli programlar yürütmekteyiz.

Bu kapsamda dergimizin 14. sayısında; “Bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi(ADSM)’de Hasta Memnuniyeti”, “Çocuk Sağlığı ve Sağlık Okuryazarlığı”, “Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Depresyon Algılarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi”, “Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği: Hemşirelere Yönelik Eğitimlerin Etkinliğinin Değerlendirilmesi”, “Türkiye’de Klinik Kalite Programı; Sağlık Hizmet Sunucuları, Hasta ve Hasta Yakınlarının Kalite Algısı”, “Üniversitelerin Sağlıkla İlgili Lisans Programlarında Kalite Eğitimi: Türkiye Örneği” konularında oluşan 6 adet özgün çalışmayı sizlerle paylaşıyoruz.

Değerli çalışmaları ile sağlık hizmetlerinin gelişimine hız kazandıran ve yayınlanmak üzere dergimize gönderen tüm araştırmacılara, dergimizin yayınlanması sürecinde rol alan arkadaşlarımıza ve değerli hakemlerimize teşekkür eder, bu sayının sağlık hizmet sunucularının başarılarına katkı sağlaması dileğiyle hepimize saygılar sunarım.

Prof. Dr. Alper CİHAN
Genel Yayın Yönetmeni

Bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (ADSM)'de Hasta Memnuniyeti

Elif KETEN EDİS¹
Ali Fuat HUPAL²

ÖZ

Sağlık hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde önemli bir gösterge olan hasta memnuniyeti sağlık alanındaki ihtiyaçların tespiti ve giderilebilmesi için de bir yol göstericidir. Hasta memnuniyetinin ölçülmesi sağlık kurumlarında iyileşmeye açık alanların belirlenmesi açısından oldukça önemlidir. Bu çalışmanın amacı bir ADSM'de mesai içi ve dışı polikliniklerde tanı ve tedavi hizmeti alan hastaların memnuniyet düzeylerini belirlemektir.

Çalışma Amasya ADSM'de 09.01.2017-09.02.2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini rastgele seçilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 58 mesai içi, 41 mesai dışı hizmet alan hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığının standart ADSM Hasta Memnuniyet anketi kullanılarak toplanmıştır.

Hastaların %46,2'si kadın, %53,8'i erkektir. İki grup arasında sosyo-demografik açıdan fark yoktur ($p>0.05$). Araştırmamızda memnuniyet düzeyi ortalama %90,3 olarak tespit edilmiş ve her iki grupta da yüksek bulunmuştur (mesai içi %84,7, mesai dışı %95,9). Hastaların %89,7'sinin ağız ve diş sağlığı merkezini iyi buldukları tespit edilmiştir (mesai içi %79,3, mesai dışı %100). Çalışmamızda mesai dışı hizmet alan hastaların memnuniyet düzeyleri mesai içi hizmet alan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hasta, Memnuniyet, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

1 Uzman Hemşire, Amasya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, elifketen05@gmail.com

2 Anestezi Teknikeri, Amasya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, alifuathupal@gmail.com

Satisfaction Level of Patients in An Oral and Dental Health Center (ODHC)

ABSTRACT

Patient satisfaction, which is an important parameter in evaluating the quality of health care services, is also a guide for the determination and fulfilling the needs in health care. Measuring patient satisfaction level is very important to determine areas open to improvement in health care institutions. The aim of this study is to determine the level of satisfaction of patients who receive diagnosis and treatment services at working hours and overtime working hours at an ODHC.

The study was carried out at Amasya ODHC between 09.01.2017 and 09.02.2017. The sample of the study consisted of 58 working hours and 41 overtime working hours patients, who were randomly selected and accepted to participate in the study. The data of the study were collected using the Standard ADSM Patient Satisfaction Questionnaire of the Turkish Republic Ministry of Health Department of Quality and Accreditation at Health.

46.2% of patients are female, 53.8% are men. There is no difference socio-demographically between the two groups ($p>0.05$). Satisfaction level in our study was found to be 90.3% and it was found high in both groups (84.7% for working and 95.9% for overtime working hours). It was found that 89.7% of the patients found oral and dental health center as good (79.3% at working and 100% at overtime working hours). In our study, the satisfaction level of the patients receiving service at overtime working hours was higher than patients receiving service at working hours.

Keywords: Patient, Satisfaction, Oral and Dental Health Center

GİRİŞ

Türk Dil Kurumu'na göre memnuniyet; memnun olma, sevinç duyma, sevinme gibi anlamlara gelmektedir (TDK, 2017). Sağlık hizmetlerinde giderek önem kazanan hasta memnuniyeti ise; hizmetin sunumunu, hasta ile sağlık hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır (Apay ve Arslan, 2009:242). Temelde tedavi süreci boyunca hasta deneyimleri ile beklentilerinin eşleşmesi olan hasta memnuniyeti (Ahmad ve diğ.,2011:183) hastanın sağlık sistemi ile doğrudan ve dolaylı deneyimleri ile ilişkili olup (Berkowitz,2016:1) bireyin sosyo-demografik özellikleri ve tedavi sürecine ilişkin faktörlerden etkilenmektedir (Varinli ve Çakır, 2004:43).

Küreselleşen dünya ekonomisinde sağlık işletmelerinin de büyük bir yere sahip olduğu ve diğer işletmeler gibi acımasız rekabet koşullarıyla yüz yüze oldukları tartışılmaz bir gerçektir. Bu nedenle günümüzde hasta memnuniyetinin ölçümü, sadece hastaların sunulan hizmetten memnun olup olmadıklarını belirlemek amacıyla değil, aynı zamanda sağlık kuruluşlarının kendi performanslarını değerlendirmeleri amacıyla da önem taşımaktadır, (Özen ve diğ., 2011: 40-41). Bireyin memnuniyetini, sağlık kurumunun uygunluğu, güvenilirliği, güvenliği, fiziki donanımı, ulaşılabilirliği, çalışanların ilgisi, saygısı, davranışı ve hastalarla iletişimi gibi unsurlar etkilemektedir (Özen ve diğ.,2011: 39). Alınan hizmetin kalitesi ile ilgili algı pozitif yönde arttıkça, hastaların memnuniyet düzeyi yükselmekte ve bu artıştan olumlu şekilde etkilenmektedir (Öz ve Uyar, 2014:131). Bununla birlikte hastaların karşılanan ve karşılanmayan beklentilerinin farkında olunması da sağlık personelinin hastanın bakış açısını anlamasına ve iletişim geliştirmesine olanak sağlamaktadır (Bowling ve diğ., 2012:5).

Sağlık hizmetlerinin sunum tarzının ancak hizmet alıcısı olan vatandaşlarımızdan gelen görüşler çerçevesinde şekillendirilebileceği bir gerçektir (Tarcan ve diğ., 2009:26). Bu kapsamda çalışmamızın amacı Amasya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne (ADSM) tanı ve tedavi işlemleri için başvuran hastaların; mesai içi ve mesai dışı hizmetlerde ki memnuniyet düzeylerini belirlemek ve değiştirilmesi gereken yönleri değerlendirmektir.

MATERYAL VE METHOD

Araştırmanın evrenini 09.01.2017- 09.02. 2017 tarihleri arasında Amasya ADSM'ye başvuran hastalar oluşturmuştur. Amasya ADSM 30 diş ünitesi kapasiteli olup sadece ayaktan sağlık hizmeti verilmektedir. Araştırmanın yapıldığı dönemde hafta içi saat 08.00-17.00 arasında 27 entegre klinik ile mesai içi, saat 17.00-19.00 arasında 23 entegre klinik ile mesai dışı hizmet verilmiştir.

Araştırmanın verileri Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığının Hasta Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi'nde yer alan ADSM Hasta Memnuniyet Anketi doğrultusunda toplanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015). Anket formunda ADSM'ye başvuran hastaların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 3 soru (cinsiyet, yaş, eğitim durumu) ve aldıkları hizmetlere ilişkin memnuniyetlerini belirlemeye yönelik 10 soru yer almaktadır (hasta bekleme süreleri, muayene olacağı hekimi seçme hakkı, bekleme salonlarının rahatlığı, belirlenen süre içerisinde muayene olabilme, hekimin hastaya bilgi vererek zaman ayırması, hekimin hastayla ilgilenmesi, diğer personellerin hastayla ilgilenmesi, hasta mahremiyetine gösterilen özen, ADSM temizliği ve genel olarak ADSM'de verilen hizmetin durumu). (EK-1). Araştırma verileri araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Araştırma örnekleme rastgele örnekleme yolu seçilen ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 99 (mesai içi 58, mesai dışı 41) hasta oluşturmuştur. Hastalardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Araştırmanın verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 16.0 paket programında analiz edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamıza katılan bireylerin % 41,4'ünü mesai dışı, %59,59'unu mesai içi hizmet alan bireyler oluşturmaktadır. Mesai içi hizmet alan bireylerin %53,4 ü kadın,%46,6'sı erkek, sıklığı en fazla olan yaş grubu 40-49 (%27,6) ve bireylerin %34,5'i ilkökul, %19'u lise, %27,6'sı üniversite mezunudur. Mesai dışı hizmet alan bireylerin %39'u kadın, %61'i erkek, %24,4'ü 40-49 yaş aralığında, %24,4 ilkökul, %36,6'si lise ve %26,8, üniversite mezunudur (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri

	Mesai İçi		Mesai Dışı	
	Sayı (n)	Yüzde %	Sayı (n)	Yüzde %
Cinsiyet				
Kadın	31	53,4	16	9
Erkek	27	46,6	25	61
Yaş				
20 ve altı	2	3,4	7	17,1
20-29	9	15,5	7	17,1
30-39	13	22,4	8	19,5
40-49	16	27,6	10	24,4
50-59	12	20,7	6	14,6
60 ve üstü	6	10,3	3	7,3
Eğitim Durumu				
Okuryazar Değil	3	5,2	1	2,4
Okuryazar	0	0	0	0
İlkokul	20	34,5	10	24,4
Lise	11	19	15	36,6
Üniversite	16	27,6	11	26,8
Yüksek Lisans	0	0	2	4,9
Doktora	0	0	0	0

Çalışmamızda genel memnuniyet oranı %90,3 olarak tespit edilmiştir. Kadınlarda genel memnuniyet oranı %91,3 (mesai içi %84,5, mesai dışı %98,1), erkeklerde %89,6 (mesai içi %84,8, mesai dışı %94,4), ilkokul mezunlarında %88,5 (mesai içi %82, mesai dışı %95), üniversite mezunlarında %90,7 (mesai içi %85, mesai dışı %96,4) olarak belirlenmiştir. Mesai içi genel memnuniyet oranına bakıldığında bireylerin %84,7'sinin evet, %7,4'ünün kısmen, %8,3'ünün hayır cevabı verdikleri tespit edilmiş olup hastalarımızın %79,3'ü verilen hizmeti genel olarak iyi bulduklarını ifade etmiştir. Mesai dışı hizmetlerde ise genel memnuniyet oranına bakıldığında bireylerin %95,9'u evet, %3,4'ü kısmen, %0,7'sinin hayır cevabı verdikleri ve %100'ünün verilen hizmeti iyi olarak değerlendirdiği tespit edilmiştir.

Mesai içi ve mesai dışı hizmet alan bireylerin en yüksek düzeyde memnun oldukları alanlar ve en düşük düzeyde memnun oldukları alanlar benzerlik göstermektedir. Mesai içi hizmet alan bireylerin en yüksek düzeyde memnun

oldukları alanlar sırasıyla: “ADSM genel olarak temizdi” (%98,3) ve “hastane çalışanları mahremiyetime özen gösterdi” (%96,6) olurken en düşük memnun oldukları alanlar “Hastane bekleme süreleri hakkında bana bilgi verildi” (%48,3) ve “Muayene olacağım doktoru kendim seçtim” (%70,7) maddeleri olmuştur (Tablo 2). Mesai dışı hizmet alan bireylerin en fazla memnun oldukları alanlar ise; “ADSM genel olarak temizdi” (%100), ADSM’de verilen hizmet genel olarak iyiydi” (%100), “Bekleme salonları rahattır” (%100) ve “Beni muayene eden doktor ilgiliydi” (%100) olurken, en az memnun oldukları alanlar “Hastane bekleme süreleri hakkında bana bilgi verildi” (87,8) ve “diğer personel bana karşı ilgiliydi” (%90,2) maddeleri olmuştur (Tablo 3).

Mesai içi başvuran bireylerin %79,3’ü ADSM’de verilen hizmetin genel olarak iyi olduğunu belirtirken, mesai dışı hizmet alan hastaların %100’ü ADSM’de verilen hizmeti iyi olarak değerlendirmektedir. Kadınların %87,1’inin (mesai içi %74,2, mesai dışı %100), erkeklerin %92,6’sının (mesai içi %85,2, mesai dışı %100), ilkokul mezunlarının %95’inin (mesai içi %90, mesai dışı %100), üniversite mezunlarının %87,5’inin (mesai içi %75, mesai dışı %100) verilen hizmeti genel olarak iyi buldukları tespit edilmiştir. Her iki grupta da cinsiyet, yaş ve eğitim durumları ile memnuniyet ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 2. Mesai içi hizmet alan hasta memnuniyeti

	Mesai içi hasta memnuniyeti		
	Evet % (n)	Kısmen % (n)	Hayır %
Hastanede bekleme süreleri hakkında bana bilgi verildi	48,3 (28)	5,2 (3)	46,6 (27)
Muayene olacağım doktoru kendim seçtim	70,7 (41)	10,3 (6)	19 (11)
Bekleme salonları rahattı	87,9 (51)	8,6 (5)	3,4 (2)
Belirlenen süre içerisinde muayene oldum	81 (47)	10,3 (6)	8,6 (5)
Beni muayene eden doktor hastalığımı/şikâyetlerim konusunda bana bilgi verdi ve zaman ayırdı	94,8 (55)	3,4 (2)	1,7 (1)
Beni muayene eden doktor ilgiliydi	94,8 (55)	3,4 (2)	1,7 (1)
Diğer personel bana karşı ilgiliydi	94,8 (55)	5,2 (3)	0
Hastane çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi	96,6 (56)	1,7 (1)	1,7 (1)
ADSM (muayene olduğunuz oda, bekleme alanları, tuvaletler) genel olarak temizdi	98,3 (57)	1,7 (1)	0
ADSM'de verilen hizmet genel olarak iyiydi	79,3 (46)	20,7(12)	0

Tablo 3. Mesai dışı hizmet alan hasta memnuniyeti

	Mesai dışı hasta memnuniyeti		
	Evet % (n)	Kısmen % (n)	Hayır % (n)
Hastanede bekleme süreleri hakkında bana bilgi verildi	87,8 (36)	4,9 (2)	7,3 (3)
Muayene olacağım doktoru kendim seçtim	92,7 (38)	7,4 (3)	0
Bekleme salonları rahattı	100 (41)	0	0
Belirlenen süre içerisinde muayene oldum	95,1 (39)	4,9 (2)	0
Beni muayene eden doktor hastalığımı/şikâyetlerim konusunda bana bilgi verdi ve zaman ayırdı	95,1 (39)	4,9 (2)	0
Beni muayene eden doktor ilgiliydi	100 (41)	0	0
Diğer personel bana karşı ilgiliydi	90,2 (37)	9,8 (4)	0
Hastane çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi	97,6 (40)	2,4 (1)	0
ADSM (muayene olduğunuz oda, bekleme alanları, tuvaletler) genel olarak temizdi	100 (41)	0	0
ADSM'de verilen hizmet genel olarak iyiydi	100 (41)	0	0

TARTIŞMA

Hasta memnuniyeti sağlık kuruluşlarının kendi performanslarını değerlendirmeleri ve daha kaliteli hizmet verebilmeleri açısından temel faktörlerden biridir. Hastanelerin amaçlarından biri de tedavi amaçlı hastaneye gelen hastaların sağlık hizmetini aldıkları bölümden memnun bir şekilde ayrılmalarını sağlamaktır (Gülmez, 2005: 165). Hizmetten memnun kalan hastalar sağlık personellerinin önerilerine titizlikle uymakta ve gereksinim duyduklarında yine aynı sağlık kurumunu tercih etmektedirler (Özer ve Çakıl, 2007:140). Bu çalışmada genel memnuniyet oranı %90,3 olarak tespit edilmiştir ve her iki grupta da yüksek bulunmuştur (mesai içi %84,7, mesai dışı %95,9). Mesai içi hizmet alan bireylerin %79,3'ü, mesai dışı hizmet alan bireylerin %100'ü verilen hizmeti iyi olarak değerlendirmiştir.

Hizmetin kalitesi ve memnuniyet düzeyi hastane çalışanlarının görünüm ve davranışlarından etkilenmektedir. Hastane personelinin (doktor, hemşire, idari çalışanların vs.) kılık kıyafetleri, ilgi ve alakası, hoşgörülü olması, hasta ile yakından ilgilenmeleri, gelen hastaların memnuniyeti artırmaktadır (Gülmez, 2005: 165). Yeterince bilgilendirilen, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma hem de hizmeti veren sağlık ekibine güven duymaktadır (Taşhıyan ve Akyüz, 2010:65). İncesu (2014), hastaların %93,3'ünün şikâyetlerinin nedenlerini hekimin kendisine zaman ayırarak anlattığını, %86,7'sinin hekimin kendisine kibar ve saygılı davrandığını, %77,8'i mahremiyetlerine özen gösterildiğini, Akça ve ark. (2013), hastaların %93,8'inin, Aydın ve ark. (2012), ise %87,7'sinin hekim tarafından bilgilendirildiğini tespit etmişlerdir. Çalışmamız sonuçları da diğer çalışmalara oranla biraz yüksek bulunmuş olup mesai içi hizmet alan hastaların %94,8'i hekimin şikâyetlerine zaman ayırarak bilgi verdiğini, %94,8'i hekimin ilgili davrandığını, %96,6'sı kişisel mahremiyetlerine özen gösterildiğini, mesai dışı hizmet alan bireylerin %95,1'i hekimin şikâyetlerine zaman ayırarak bilgi verdiğini, %100'ü hekimin ilgili davrandığını ve %97,6'sı kişisel mahremiyetlerine özen gösterildiğini ifade etmişlerdir.

İncesu (2014), hastaların %97,8'inin, Akça ve ark., (2013) %85,9'unun, Aydın ve ark. (2012), % 99,7'sinin hekimini kendisinin seçtiğini belirlemişlerdir. Çalışmamızda ise mesai içi hizmet olan hastaların %70,7'si hekimini kendi

seçtiğini ifade ederken, mesai dışı hizmetlerde bu oran %92,7'dir. Mesai dışı bulgularımız diğer çalışmalarla benzerlik göstermesine karşın mesai içi hizmetlerde bireylerin hekimlerini kendilerinin seçmesine ilişkin oranın düşük olmasının, mesai saatleri içerisinde randevusuz başvuran hasta sayısının fazla olmasından ve ADSM'de mesai içi hizmetlerde entegre klinik sistemi ile çalışılması (öğleden önce ve öğleden sonra dönüşümlü olmak üzere belli sayıda hekim muayene hizmeti verirken diğerlerinin tedavi hizmetlerini yürütmesi) nedeniyle bireylerin istedikleri hekime muayene/tedavi olabilme noktasında sınırlılık yaşamalarından kaynaklanmış olduğu düşünülmektedir. Diğer taraftan mesai dışı hizmetlerde hasta yoğunluğunun az olması ve hastaların sıklıkla muayene/tedavi hizmeti alacakları hekime randevu alarak gelmeleri gibi nedenlerle mesai dışı hizmetlerde hekim seçme oranlarının daha yüksek bulunmuş olabilir.

Sağlık hizmetlerinde organizasyonel ilerlemelere rağmen, günümüzde hastanelerde, hastalar hala istenmeyen bekleme süreleri ile karşı karşıya kalabilmektedir. Bu bekleme hasta kayıt kabul işlemleri için bekleme, muayene için bekleme, acil bir durum nedeniyle bekleme ya da doktor bekleme şeklinde olabilmektedir (Karahan ve Gürpınar,2009:155). Çalışmamızda mesai içi hizmet alan hastaların %81'i, mesai dışı hizmet alan hastaların ise %95,1'i muayene işlemlerinin belirtilen süre içerisinde gerçekleştiğini, mesai içi hizmet alan hastaların %87,9'u, mesai dışı hizmet alan hastaların % 100 bekleme salonlarının rahat olduğunu ifade etmişlerdir. İncesu'nun (2014), çalışmasında hastaların %80, Akça ve ark. (2013), çalışmalarında ise %90,8'i bekleme alanlarının rahat olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda mesai içi hizmetlerde hasta yoğunluğunun fazla olmasının, hasta bekleme sürelerinin uzamasına ve bekleme alanlarının yetersizliğine yol açtığı ve bu nedenle memnuniyet oranının mesai dışı hizmetlere oranla daha düşük olduğu düşünülmektedir.

Hasta memnuniyeti aydınlatma, ısı temizlik, havalandırma, kolay yer bulma, bekleme odaları, fiziksel ve çevresel koşullar, bekleme süresi vb. birçok faktörden etkilenmektedir (Özer ve Çakıl, 2007:140). Sağlık kuruluşlarında yapılan çeşitli çalışmalarda hastane temizliği konusunda memnuniyet düzeylerini, Taşlıyan ve Akyüz (2010) %74, Tezcan ve ark. (2014), %83,3, Hekimoğlu ve ark. (2015), %61,9 olarak bildirmektedir. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde hastane temizliği memnuniyet düzeylerini ise Akça ve ark.(2013), %80,

İncesu (2014), %44,4 olarak tespit etmişlerdir. Çalışmamız da mesai içi hizmet alan hastaların %98,3'ünün, mesai dışı hizmet alan hastaların ise %100'ünün ADSM'yi genel olarak temiz bulduğu belirlenmiştir. Çalışmamız bulgularının diğer çalışmalardan yüksek olmasının; temizlik personellerinin uzun yıllardır bu birimde çalışması, sürekli birime özgü eğitimlerin verilmesi ve düzenli kontrollerin yapılması gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda genel memnuniyet düzeyi %90,3 olarak belirlenmiştir. Bu oran yapılan çeşitli çalışmalarda %80-96,5 arasında değişmektedir (Hekimoğlu ve diğ.,2015; İncesu,2014; Akça ve diğ., 2013). Sağlıkta kalite, uluslararası gelişmeler, ülke sağlık sistemi ihtiyaç ve öncelikleri esas alınarak sürekli geliştirilmesi gereken ve hiç bitmeyen bir süreçtir. Ülkemizde Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında tüm sağlık kuruluşlarının amacı daha sağlıklı bir gelecek beklentisi olan bireylere daha iyi hizmet sunma anlayışıdır. Ancak şüphesiz ki tüm sağlık kuruluşlarının standartlara ulaşma ve gerçekleştirme derecesi aynı düzeyde değildir. Bu noktada da kalite geliştirmeyi tetiklemek amacıyla standartlar revize edilmekte ve zorluk dereceleri artırılmaktadır. Ülkemizde ilk olarak 2005 yılında oluşturulan kalite standartları en son 2015 yılında revize edilmiş olup 2017 yılında Sağlıkta Kalite Standartları ADSH yayınlanmıştır. Standartlarının revizyonu ile sağlıkta kalite farklı bir boyut kazanmış ve sağlık tesislerinin bu standartları yakalamak için daha çok çaba harcamaları zorunlu hale gelmiştir. Çalışmamızda memnuniyet oranlarının genel olarak yüksek olmasının nedeninin, yapılan revizyonlar doğrultusunda sağlıkta kalite standartlarını uygulamaya ve geliştirmeye odaklı, eğitim ve bilimsel programları takip eden, yenilik ve gelişmelere açık yaklaşımlarla sürekli iyileştirme çalışmalarının yürütülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Merkezimizde mesai içi ve mesai dışı hizmet alan hastaların benzer konularda en yüksek düzeyde memnun oldukları ve verilen hizmeti iyi olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir.

Elde edilen verilere göre şu sonuçlara ulaşabiliriz:

- Hastaların büyük bir bölümünün personelin tutum ve davranışlarından ve ADSM' de verilen hizmetten memnun olduğu söylenebilir.

- Çalışmamızda mesai dışı hizmet alan bireylerin memnuniyet düzeyleri mesai içi hizmet alan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur.
- Her iki grupta da en az memnun olunan konunun “Hastanede bekleme süreleri hakkında bana bilgi verildi” maddesi olduğu görülmektedir. Bu konuda en başta personel eğitimi olmak üzere gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılmasının memnuniyet düzeyini daha yukarı çekeceği düşünülmektedir.

Hastaların istek ve gereksinimlerinin belirlenmesi hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde önemli bir gösterge olmasının yanı sıra verilecek hizmete yön vermesi açısından da önemli bir role sahiptir. Bu nedenle hasta memnuniyetinin sağlanması ve yükseltilmesi hedeflenerek sürekli araştırmalar yapılmalı ve memnuniyeti etkileyen faktörler belirlenmelidir. Bu noktada Ağız ve Diş sağlığı hizmetlerinde hasta memnuniyet düzeyinin bilinmesi açısından çalışmamızın fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Ahmad, I., Nawaz, A., Khan, S., Khan, H., Rashid, MA., Khan, MH.(2011). Predictors of Patient Satisfaction. Gomal Journal of Medical Sciences, 9(2): 183-188.
- Akça, S., Akan, B., Baysal, Z.(2013). Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde Hasta Memnuniyeti “Bolu İzzet Baysal Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi”(Ed. Şencan, İ., Güler,H.,Öztürk,Ö) IV.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı, s:169. Ankara: Pozitif Matbaacılık.
- Apay, S,E., Arslan, S.(2009). Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Olma Düzeyleri. TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(3):239-244.
- Aydın, N.O., Coban, S., Mordoğan, H.(2012).Malatya Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezinde Hasta Memnuniyeti.(Ed. Beylik, U., Önder, Ö., Güler,H., Öztürk Ö.) III.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı, s:212. Ankara: Azim Matbaacılık.
- Berkowitz, B. (2016). The Patient Experience and Patient Satisfaction: Measurement of a Complex Dynamic. OJIN, The Online Journal of Issues in Nursing(<http://nursingworld.org>), 21(1): 1.
- Bowling, A., Rowe, G., Lambert, N., Waddington, M., Mahtani, KR., Kenten, C., Howe, A., Francis, SA.(2012). The Measurement of Patients' Expectations

- for Health Care: a Review and Psychometric Testing of a Measure of Patients' Expectations. *Health Technol Assess*,16(30): 1-509.
- Gülmez, M. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(2):147-169.
 - Hekimoğlu, L., Tekiner, S., Peker, G.(2015). Kamuya Ait Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ayaktan ve Yatan Hasta Memnuniyeti, *Konuralp Tıp Dergisi*, 7(1):1-5.
 - İncesu, E. (2014). Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Örneği. (Ed. Ünal, D., Güler, H., Öztürk, Ö.). *V.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı*, s:43. Ankara: Miki Matbaacılık San.Tic.Ltd.Şti.
 - Karahan, A., Gürpınar, G.(2009). Hastanelerde Kuyruk ve Randevu Sisteminin Etkinliği Üzerine Bir Araştırma; Afyon Devlet Hastanesi Örneği. *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, s: 155-172.
 - Öz, M., Uyar E.(2014).Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Algılanan Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti Üzerinde Ağızdan Ağıza Pazarlamanın Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 16 (26): 123-132.
 - Özen, Ü.,Çam, H.,Yalçın Aslay, F.(2011).Kalite Boyutları ve Sağlık Hizmeti Unsurları Açısından Hasta Memnuniyetine Bir Bakış: Gümüşhane Devlet Hastanesinde Örnek Uygulama. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 2(1):25-43.
 - Özer, A.,Çakıl, E.(2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*,5(3):140-143.
 - T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2015). Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi (ADSM Hasta Memnuniyet Anketi). Erişim Adresi: [http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3534,21072015_memnuniyetanketleriuygulamarehberipdf.pdf?0] (s.17), 1. Baskı, Ankara.
 - Tarcan, M., Tekingündüz, S., Ertong, G., Kavak, D., Karataş, S., Gül, Y., Mercan, F. (2009). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları. Erişim Adresi: [<http://www.kalite.saglik.gov.tr/Eklenti/4107,skguygulamalaripdf.pdf?0>].(s.26), Ankara: Lazer Ofset Matbaa Tesisleri San.Tiç.Ltd.Şti.
 - Taşlıyan, M., Akyüz, M.(2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Araştırması: Malatya Devlet Hastanesi'nde Bir Alan Çalışması. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 12 (19): 61-66.

- Tezcan, D., Yücel, M.H., Ünal B.Ü., Edirne, T.(2014).Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunda Hasta Memnuniyeti, Pamukkale Tıp Dergisi, 7(1):57-62.
- Türk Dil Kurumu(TDK). (2017). Memnuniyet Tanımı, Erişim Adresi: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5881c1e54ac806.21966488. Erişim Tarihi: 13 Şubat 2017.
- Varinli, İ., Çakır, A.(2004). Hizmet Kalitesi Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki Kayseri'de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,17: 33-52.

Çocuk Sağlığı ve Sağlık Okuryazarlığı

Sevil ÇINAR¹

Ayşe AY²

Handan BOZTEPE³

ÖZ

Sağlık okuryazarlığı, bakıma erişim ve tedaviye uyum da dahil olmak üzere sağlık hizmetinin tüm yönleriyle ilgili konularda vazgeçilmez, ancak çoğunlukla göz ardı edilen bir yetkinlik alanıdır. Çocuklar ve adölesanlar için sağlık okuryazarlığı araçları sınırlı sayıda olması nedeniyle bu konuda sınırlı sayıda çalışma vardır. Ayrıca sağlık okuryazarlığını ölçmek için kullanılan araçların çoğu sadece kelimeyi tanıma veya okuma becerisini ölçmektedir. Çocuklarda sağlık okuryazarlığını iyileştirmek için çocuklara doğrudan sağlık okuryazarlığı ile ilgili eğitim verilmesi gerekmektedir. Çocuklarda sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz olması çocuk sağlığını olumsuz etkilemektedir. Çocukların sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerden biri ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyidir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ebeveyn ve çocuk sağlığı için önemlidir. Çocuk ve ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi ve sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesi için ulusal çaba harcanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Eğitimi

1 Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

2 Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

3 Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Child Health and Health Literacy

ABSTRACT

Health literacy is an indispensable but often overlooked area of competence in all aspects of health care, including compliance with care access and care. Due to limited number of health literacy tools for children and adolescents, there are limited studies in this area. In addition, many of the tools that are used to measure health literacy is only measure the ability of recognizing or reading words. In order to improve health literacy in children, children need to be educated directly on health literacy. Inadequate health literacy in children negatively affects children's health. One of the factor that affect children's health literacy is the level of health literacy of parents. For this reason, the development of health literacy is important for parent and child health. A national effort must be done to determine health literacy levels of children and parents and to raise the level of health literacy.

Keywords: Children, Health Literacy, Health Education

GİRİŞ

Bir ülkenin en önemli gelişmişlik göstergelerinden biri de çocuk sağlığıdır. Günümüz sağlık sistemi çocukların sağlığını koruma ve geliştirme uygulamalarının benimsenmesi, sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi alınması, kendi sağlığı ile ilgili doğru ve etkin karar verilmesi, bireylerin sağlığıyla ilgili sorumlulukların alınması açısından önemlidir. Tanı sürecinin karmaşık olması, sürekli gelişen ve değişen teknoloji, kültürel farklılıklar, sınırlı okuryazarlık düzeyi, yaşa bağlı fiziksel ve bilişsel değişiklikler gibi etkenler çocukların öz bakımlarını, öz-yeterliklerini, sunulan hizmetlerin kullanımını, sağlık ekibi ile iletişimi etkileyebilmektedir. Tüm bu süreçlerde sağlık bilgilerini arama ve anlama, sağlık bilgisi ve hizmetini sunanlar ile iletişim kurmada bireylerin sağlık okuryazarlığı önemli bir diğer etken olarak ortaya çıkmaktadır (1,2).

Çocuklarda sağlık okuryazarlığının düşük olmasıyla olumsuz sağlık davranışlarının görülme sıklığı artmaktadır. Çocuğun gelişimsel düzeyi sağlık bakımı konusundaki bilgi ve beceri düzeyini ve sağlık okuryazarlığını etkileyebilmektedir.

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMI

Sağlık profesyonelleri ve hastalar arasındaki iletişim sürecinde hasta ve ailesinin sağlık personelini doğru bir şekilde anlayabilmesi, yazılı metinleri ve sayı-ları okuyabilmesi, her iki taraf için de büyük önem taşımaktadır (3). Bireylerin iyilik hallerini sürdürebilmeleri ve olası bir hastalık durumunda, gerekli ilaç tedavilerini evlerinde de devam ettirebilmeleri için, sağlık okuryazarlık kavramı giderek önem kazanmaktadır (4). Amerikan Pediatri Akademisi ise 2005 yılında erişkinlerde sağlık okuryazarlığını yükseltmeye yönelik benimsenen politikaların çocuk ve ailelere uyarlanması gerektiğini bildirmiştir. Bu doğrultuda ise çocuk ve ailelerin sağlık okuryazarlığını geliştirmek için bir rehber oluşturmuştur (5).

Literatürde sağlık okuryazarlığının birçok tanımının yapıldığı görülmektedir. Avrupa Birliği-Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Konsorsiyumu'nun geliş-

tirdiği tanıma göre sağlık okuryazarlığı; genel okuryazarlık ile ilişkilidir ve hayat boyunca yaşam kalitesini sürdürmek veya geliştirmek için sağlık hizmetleri, hastalığın önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili günlük hayatta kararların alınması ve yargılara varılması için sağlık bilgisine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulamada insanların bilgisini, motivasyonunu ve yeterliliklerini gerektiren bir kapsama ve çerçeveye sahiptir (3,6). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre sağlık okuryazarlığı, sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma kabiliyetleri ile istekleri konusundaki bilişsel ve sosyal becerilerdir (7). Genel anlamda sağlık okuryazarlığı; okuryazarlığa bağlı olan ve bireylerin hayatları boyunca yaşam kalitelerini iyileştirmeleri, hastalıkları önlemeleri ve sağlıklarını geliştirmeleri konusunda gereken kararları alabilmeleri ve yargıda bulunabilmeleri için gereken sağlık bilgilerine erişmeleri, bu bilgileri anlamaları, değerlendirmeleri ve uygulamaları hakkında kişilerin bilgisini, motivasyonunu ve becerisini gerektiren bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır (3).

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ

Sağlık okuryazarlığı, bakıma erişim ve tedaviye uyum da dahil olmak üzere sağlık hizmetinin tüm yönleriyle ilgili konularda vazgeçilmez, ancak çoğunlukla göz ardı edilen bir yetkinlik alanıdır (8).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Örneğin, Amerika'da yetişkin nüfusun yaklaşık %50'si sağlık bilgilerini anlama ve hayata geçirmede zorluk yaşamaktadır (9). Yetersiz sağlık okuryazarlığının; yetersiz sağlık bilgisine, koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmamasına, sağlık hizmetlerine ulaşmada ve kullanmada yetersizliğe, hastalığı yönetme ve ilaç kullanım hatalarında artışa, kronik hastalıkların insidanslarında ve ölüm oranlarında artışa neden olabilecek ciddi sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir (10,11,12).

Toplumda sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi için birçok ülkenin sağlık bakanlıkları tarafından eylem planları ve yasal düzenlemeler hazırlanmış ve uygulamaya konulmuştur. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi amacıyla Pfizer ve Türkiye Toplum Gönüllüleri Vakfı tarafından 2005 yılından bu yana gençlere sağlık projesi kapsamında bireylerin sağlık bilgisinin geliştirilmesine

yönelik eğitim çalışmaları sürdürülmektedir (13,14). Ancak ülkemizdeki sağlık sisteminde sağlık okuryazarlığının yükseltilmesine yönelik eylem planları yoktur. Ayrıca sağlık sistemi sağlık okuryazarlığını geliştirme alanında araştırma-geliştirme çalışmalarına yeterli kaynak ayırmamaktadır (15).

ÇOCUKLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Son yıllarda çocuklarda sağlık okuryazarlığı kavramı giderek daha fazla önem kazanmış olup bu kavramın geliştirilmesi ve anlaşılmasına olan ihtiyaç artmıştır (5,16). Çocukların sonraki yıllarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları etkilenebileceği için sağlık okuryazarlığı eğitimi çocukluk döneminde başlanmalıdır. Literatüre bakıldığında çocuk merkezli sağlık eğitiminin çocuğun yaş ve gelişimsel özelliklerine göre verilmesi gerektiği bildirilmektedir (17,18,19). Çocuklarda sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz olması çocuk sağlığını olumsuz etkilemektedir. Adölesanların sağlık okuryazarlığının incelendiği bir çalışmada Avustralya’da 200 adölesan ile çalışılmış, düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip adölesanlarda sigara ve alkol tüketiminin daha fazla olduğu saptanmıştır (20). Amerika’da 350 adölesan ile yapılan bir diğer çalışmada da düşük sağlık okuryazarlığı olan çocukların silah taşıma ve akran zorbalığı gibi olumsuz davranışlar sergilediği görülmüştür (21). Sharif (2010) düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin beden kitle indeksini çocuğun yaşı, cinsiyeti, yeme alışkanlıklarından sonra belirleyen faktörlerden biri olduğunu bildirmiştir (22).

E-Sağlık Okuryazarlığı kavramının gelişimi çocuk sağlık okuryazarlığına katkı sağlamıştır (23). E-Sağlık okuryazarlığı çocukların sağlık bilgilerini elektronik kaynaklardan aramasını, bulmasını, anlamasını, değerlendirmesini ve kazanılan bilginin bir sağlık sorununu gidermek için kullanılmasına katkı sağlar (24). Günümüzde internet sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan en önemli kaynaklardan biri olarak görülmektedir (25). İnternette sağlıkla ilgili bilgi arayan bireylerin yaklaşık yarısı internetin sağlık sorunlarını anlamada ve doktorları ile iletişim kurmada önemli etkisi olduğunu belirtilmektedir (26). Avrupa’da sağlıkla ilgili olarak internet kullanımı 2005 yılında %42’den 2007 yılında %52’ye yükselmiştir (27). Ülkemizde 2007-2008 yılı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırmasına göre sağlık bilgisine ulaşanların oranı %37’den %45.1’e, 2013 yılında ise %59.6 yükselmiş olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada 14-21 yaş grubu öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun (%77.0) sağlıkları ile ilgili bilgi edinmek için interneti kullandıkları saptanmıştır (28).

E-sağlık okuryazarlığı, bireylerin güvenilir sağlık bilgilerine erişmesine ve sağlık kararlarını uygulamasına, sağlık sonuçlarını iyileştirmesine yol açmaktadır (29,30). Bir çalışmada, güvenilir online sağlık bilgileri kaynakları kullanabilen adölesanların daha yüksek sağlık okuryazarlığı eğilimi gösterdiği bildirilmiştir (31). Benzer şekilde Chang (2015), yetersiz şekilde internet kullanan adölesanlarında e-sağlık okuryazarlığının düşük olduğu ve bu adölesanların çok azının interneti sağlık bilgilerine ulaşmak için kullandığını bildirmiştir (32). Bu bağlamda e-sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyen faktörler arasında ailenin eğitim düzeyi, yaşanılan bölge, interneti kullanma becerisi ve sağlık bilgisini arama ile ilgili özgüven eksikliği gibi faktörler yer almaktadır (29,31,33). Çocukların e-sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesi amacıyla ebeveynlere e-sağlık okuryazarlığı ile ilgili kursların düzenlenmesi ve okul müfredatına e-sağlık okuryazarlığının dahil edilmesi önemlidir (32).

E-sağlık okuryazarlığı da son yıllardaki teknolojinin gelişmesine paralel, çocukların da daha kolay sağlık bilgisine ulaşması vb. nedenlerle ön plana çıkmıştır. Sağlık bilgilerinin özellikle belli kuruluşlarca çocuklara/hedef kitleye ulaşmada online ortamda verildiği, ancak bu durumun beraberinde pek çok sorun meydana getirdiği ortaya çıkmıştır. Yapılan bir çalışma, adölesanların bilgi teknolojilerini sıklıkla kullanmalarına karşın online sağlık bilgilerini kullanmada ve anlamada zorluk yaşadıklarını bildirmiştir (34). Ayrıca interneti oldukça sık kullanan bu grubun, e-sağlık okuryazarlığı konusunda algı ve tutumlarının az bilinmesi, özellikle önemli sağlık konuları için internette güvenli gezinmelerine ihtiyacı olduğu, internetteki yanlış, yanıltıcı ve düşük kaliteli bilgilerin sonuçlarının büyük sorunlara yol açacağı belirtilmiştir (14,15).

EBEVEYNLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN SAĞLIĞI SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Ebeveynler, sağlık çalışanları, kitle iletişim araçları ve akranlarından sağlık alanı ile ilgili bilgi edinmekte ve edindikleri bu bilgilerle oluşturdukları sağlık okuryazarlık becerilerini, çocuklarının günlük temel bakımlarını karşılamak için kullanmaktadırlar. Özellikle küçük yaş grubu çocuklar kendi sağlık ge-

reksinimlerinin sürdürülmesinde ailelerine bağımlıdır. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile hem kendileri hem de çocuklarının sağlık sonuçları arasında ilişki bulunduğunu belirten çalışmalar vardır (27,35). Sınırlı düzeydeki sağlık okuryazarlığı sağlıklı ilgili bilgi düzeyinin yetersiz olmasına, düşük öz yeterliliğe, yetersiz sağlık davranışına ve negatif sağlık sonuçlarına yol açtığı bilinmektedir (36). Düşük sağlık okuryazarlığına sahip annelerin düşük doğum ağırlıklı bebeklere sahip olma olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (32). Sander (2006) yetersiz sağlık okuryazarlık becerisine sahip annelerin yenidoğan bebekler için alınan evde bakım hizmetinden daha az yararlandıklarını ifade etmiştir (37). Benzer şekilde İngiltere’de yapılan bir çalışmada da ebeveynleri düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip Tip 1 diyabetli çocukların HbA1c seviyesinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür (38). Dewalt ve arkadaşları (2007) sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz olan ailelere sahip astımlı çocukların acil servisleri daha çok ziyaret ettiğini bildirmiştir (39). Ayrıca literatürde yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip ailelerin çocuklarının yeterli düzeyde sağlık okuryazarlık becerisi olan ailelerin çocuklarına göre daha hasta olduğu bildirilmiştir (40). Başka bir çalışmada ise, düşük sağlık okuryazarlığı olan ebeveynlerin çocuklarının daha az sağlık sigortasına sahip olduğu, karşılanmayan sağlık gereksinimlerinin olduğunu ve düzenli olarak bir pediatrist tarafından değerlendirilmediği bildirilmiştir (37). Bu nedenle sağlık okuryazarlığı becerilerin geliştirilmesi ebeveyn ve çocuk sağlığı için önemlidir.

ÇOCUK SAĞLIĞINDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI BELİRLEME YÖNTEMLERİ

Çocuk sağlığında sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için geliştirilen çok az ölçek vardır. Sağlık okuryazarlığını ölçmek için kullanılan araçların çoğu sadece kelimeyi tanıma veya okuma becerisini ölçtüğü için yetersizdir. Adölesanlarda kullanılan sağlık okuryazarlığı ölçüm aracı Tıpta Adölesan Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adolescent Literacy in Medicine, REALM Teen), 10-19 yaş arası çocuklarda geçerlidir; okuma kabiliyetini ölçmek için bir kelime listesi kullanır, ancak okuduğunu anlama ve sayısallaştırmayı ölçmez (41). Adölesanlarda kullanılan diğer sağlık okuryazarlığı araçları ise Erişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (The Test of Function-

onal Health Literacy in Adults, TOFHLA) ve Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği (Newest Vital Sign, NVS) en yaygın kullanılan ölçüm araçlarıdır (42,43,44).

Çocuk sağlığında sağlık okuryazarlığının yeni ölçümleri, çocuk sağlığı hizmetinin gelişimsel durumunu ve çocukların özel sağlık ihtiyaçlarını dikkate almalıdır. Sağlık okuryazarlığı becerileri, çocukluktan erişkinliğe kadar gelişimsel bir süreklilik boyunca değiştiğinden ölçüm araçları, değerlendirilmekte olan çocukların yaş ve gelişim aşamasını dikkate almalıdır. Ayrıca, pediatrik sağlık okuryazarlığı ölçümleri, çocuk sağlığı ihtiyaçlarına özgü olmalıdır. Örneğin, çoğu çocuk ve ebeveynleri, ortak koruyucu sağlık ihtiyaçlarını (örn., beslenme, gelişme, ev güvenliği, görme ve tarama, bağışıklama) karşılamak için yeterli sağlık okuryazarlığı becerilerinden ve yaygın akut sağlık gereksinimlerinden (örneğin, ateş, dehidrasyon, üst solunum yolu enfeksiyonları, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar) yararlanırlar (43,44).

Benzer şekilde ebeveynlerde de pediatrik sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmek için spesifik bir ölçüm aracı bulunmaması nedeni ile Kumar ve arkadaşları (2010), özellikle bebeklerin sağlığı ile ilişkili bilgiler içeren ve ebeveynlerin bu bilgileri anlama düzeylerini değerlendiren bir ölçek geliştirme çalışması gerçekleştirmişlerdir. Bu çalışma sonucunda geliştirilen “Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı Aktivite Testi Kısa Formu” (PLATH-8), başlangıçta, 0-1 yaş dönemde bebeği olan ebeveynlerin matematik becerilerini, sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sayı sayma hiyerarşisi ve çok basamaklı matematiksel işlem becerilerini (kesirler, bölme, çarpma, toplama) değerlendiren 20 maddeden oluşmakta ve bu 20 madde besleme, büyüme ve gelişme, güvenlik ve ilaç tedavisi ve koruyucu tedaviyi içermektedir (27). Ayrıca diyabetli ergenlerde veya diyabetli genç çocukların anne ve babalarında diyabetle ilgili sağlık okuryazarlığı değerlendirmek için de bir ölçek geliştirilmiştir (38).

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE OKUL TEMELLİ SAĞLIK EĞİTİMİ

Sağlık, eğitim için hayati öneme sahiptir. Eğitim de sağlık için hayati öneme sahiptir. Daha sağlıklı öğrenciler, aileler ve toplum akademik alanda daha başarılıdır ve ileriki yıllarda daha üretkendir. Eğitim üzerindeki çalışmalar sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ve güçlendirilmesinde büyük bir rol oynar (45). Ilona Kickbusch, sağlık okuryazarlığının modern toplum olmak için

gereken yaşam becerilerimizi, sağlığımızı ve refahımızı etkileyen gündelik yaşamda yaptığımız seçimlerle ilgili olduğunu ifade etmektedir. Sağlık okuryazarlığı bilgi ve becerileri artıran ve sağlıklı tercihleri teşvik eden politikalar ve ortamlar tarafından desteklenen tedbirlerle oluşturulmalıdır (46). Okullar ve bakım ortamları, sağladıkları destekleyici ortamlar ve müfredat aracılığıyla çocukların sağlık okuryazarlığını geliştirme fırsatlarına sahiptir (47).

Eğitim ortamında sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmaların çoğu araştırma ve tartışma için bir çerçeve olarak Ulusal Sağlık Eğitim Standartlarını (NHES) kullanmaktadır. NHES, işlevsel açıdan sağlıklı bir okuryazar, bireyin geliştirilmesi ve sürdürülmesinde esas teşkil ettiği düşünülen okul çağındaki çocuklar ve adölesanlar için özel yeterlilikleri vurgular. NHES'e göre bu yeterlilikler; (1) eleştirel düşünme ve problem çözme, (2) sorumluluk ve üretkenlik, (3) kendini yönetme ve (4) etkili iletişimdir (48). Ulusal Sağlık Eğitim Standartlarına ilişkin ortak komite tarafından geliştirilen yedi Ulusal Sağlık Eğitim Standardı, öğrencilerin okul sağlığı eğitiminin bir sonucu olarak neler yapılması gerektiğini ve neler yapabileceğini anlatmakta ve programın gelişme yönünü belirtir.

Bu standartlara göre öğrenciler:

1. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili kavramları kavrayabilme,
2. Sağlık bilgisi ve sağlığı teşvik eden ürün ve hizmetlere erişme yeteneğini göstermek,
3. Sağlığı geliştirici davranışları uygulama becerisini göstermek ve sağlık risklerini azaltmak,
4. Kültür, medya, teknoloji ve diğer faktörlerin sağlık üzerindeki etkisini analiz etmek,
5. Sağlığı geliştirmek için kişilerarası iletişim becerilerini kullanma becerisini göstermek,
6. Sağlığı geliştirmek için hedef belirleme ve karar verme becerilerini kullanma becerisini göstermek,

7. Kişisel, aile ve toplum sağlığı için savunabilme becerisini göstermek.

2000 Okul Sağlık Politikaları ve Programları Çalışması, sağlık eğitimi müfredatı için bir kılavuz olarak NHES'yi kullandıklarını ve ilk ve ortaokulda bir kısmını sağlık eğitiminde sunduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte, sağlık eğitimi içeriği, tutarlılığı ve süresi ile ilgili olarak okullar arasında tutarsızlıklar vardır (48).

Sonuç olarak çocuklarda sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmek ve sağlık bilincini geliştirmek için şu yaklaşımlar önerilmektedir.

1. Sağlık okuryazarlığının temelleri çocukluk dönemi dikkate alınarak atılmalıdır.

Çok küçük yaşlardaki çocukların elde ettikleri öğrenim deneyimleri ileriki yıllar için büyük öneme sahiptir. Bunlar arasında ebeveynler ve diğer aile üyeleri ile etkileşim, küçük yaşlara yönelik eğitim programları, oyunlar, çocuklar arasındaki programlar ve çocuk bakımı ile öğretilmesi için özellikle de öğrenme fırsatlarına odaklanmak gerekmektedir (49).

2. Sağlığı artırıcı okul yaklaşımları geliştirilmeli ve desteklenmelidir.

Sağlığı geliştiren okullar kavramı, kurumların ve politikaların değiştirilmesi yoluyla bireysel davranışların değiştirilmesine odaklanır. Ekolojik bir bakış açısı temel bilgilerin ve yaşam becerilerinin geliştirilmesini (sağlık okuryazarlığı için olanlar dahil) daha büyük bir sosyal sistem veya ekolojinin parçası olduğunu kabul eder. Birbiriyle ilişkili üç bileşenden oluşur: Bunlar destekleyici ve değerler sisteminin katkı sunduğu okul ortamları üzerinden geniş bir sağlık eğitimi müfredatı ve bunlarla ilişkili ortaklıklar ve hizmetlerdir. Sağlığı geliştirici okul yaklaşımı ekolojik model ile uyumludur: bu model bireyler, seviyeler ve sistemler arasında etkinlikleri ve etkileşimleri vurgulamaktadır: Kişisel faktörler, kişiler arasındaki faktörler, kurumsal faktörler, toplumsal faktörler ve kamu politikaları faktörleri (36,50).

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ GELİŞİMİNDE PEDIATRİ HEMŞİRESİNİN ROLÜ

Hemşire, sağlık bilgisine ulaşma, sağlık bilgisini anlama ve hayata geçirme gibi basamakların gerçekleştirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Hemşirelerin çocuk ve ailesi ile iletişimlerini arttırmaları, sağlık ve hastalık ile ilgili yazılı ya da sözlü iletişimlerinde basit bir dil kullanmaları çocuk ve ailenin sağlık okur-yazarlık düzeyini yükseltmektedir. Ayrıca çocuğun bilgilendirmede çocukların en iyi şekilde anladıkları yöntemi (görsel-işitsel) tercih etmeleri ve geri bildirimler ile çocukların anlayıp anlamadıklarını sorgulamaları da, sağlığın gelişimi, hastalık ve hastaneye yatma konusundaki bilgilerde iyileşmelere neden olmaktadır. Öncelikli olarak çocuğun sağlık okuryazarlığının bir belirleyici olan ebeveynlerin sağlık okuryazarlığının uygun yöntemlerle belirlenmesi, hepsi bir ebeveynin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için bireysel eylem planının oluşturulması, ailenin çocuğun sağlığı ile ilgili bilgi, beceri ve tutumlarının güçlendirilmesi sağlanmalıdır. İnternet kullanımının yaygın olması nedeniyle, hemşire sağlık servislerinin sağladığı web kaynaklarının doğru, güvenilir ve güncel olup olmadığını değerlendirmelidir. Ebeveyn ve çocukların sağlıkla ilgili bilgiye erişimini sağlamak için uygun olan internet sitelerine yönlendirilmesi sağlanmalıdır (35). Okul sağlığı hemşirelerinin ise multidisipliner işbirliği içerisinde sağlık okuryazarlığının gelişimine ve yükseltilmesine yönelik politikaları benimsemesi, müfredatın bu doğrultuda düzenlenmesine katkı sağlaması esastır (32).

SONUÇ

Sağlık okuryazarlığı, kaliteli çocuk sağlığı hizmetinin sunumunun iyileştirilmesi için etkili bir yapının parçası olmalıdır. Bununla birlikte sağlık okuryazarlık eğitimi çocukluk döneminde başlamalıdır. Literatürdeki araştırmalar, sağlık okuryazarlığı ile çocuk sağlığı sonuçları arasındaki ilişkiye ve pediatrik ortamda sağlık okuryazarlığına yönelik en etkili müdahalelere değinmektedir. Çocukların kendi kendilerini yönetebilmelerinde ihtiyaç duydukları temel sağlık okuryazarlığı becerileri için, klinisyen eğitimini ilk ve orta dereceli okullarda daha iyi bir müfredat oluşturmalıdır. Son olarak girişimler çocuklar ve ailelerinin sağlık sonuçlarını iyileştirmeli, aynı zamanda düşük ve yüksek

okuryazarlığı olan kişiler arasındaki boşluğu daraltmalıdır. Çocuk sağlığı hizmeti sağlayanlar, araştırmacılar ve politikacılar, bu boşlukları doldurmak için birlikte çalışarak, çocukların ve ailelerinin toplum sağlık okuryazarlığını artırmak için tasarlanmış yenilikçi multidisipliner yaklaşımlar yapmalıdır.

KAYNAKÇA

- Australian Commission On Safety And Quality İn Health Care. Consumers, The Health System And Health Literacy. (2013). Taking Action To Improve Safety And Quality. Consultation Paper. Sydney.
- Birru, M.S., Monaco, V.M., Charles, L., Drew, H., Njie, V., Bierria, T., et all. (2004). Internet Usage By Low-Literacy Adults Seeking Health İnformation: An Observational Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 6 (3).
- Betz, L.C., Ruccgone, K., Meeske, K., Chang, N. (2008). Health Literacy: A Pediatric Nursing Concern, *Pediatric Nursing*, 34 (3):231–239.
- Briefel, R.R., Wilson, A., Gleason, P.M. (2009). Consumption of Lownutrient, Energy-Dense Foods and Beverages at School, Home, and Other Locations Among School Lunch Participants and Nonparticipants. *J Am Diet Assoc*, 109 (2):79-90.
- Chang FC, Chiu CH, Chen PH, Miao NF, Lee CM, Chiang JT, et al. (2015). Relationship between parental and adolescent eHealth literacy and online health information seeking in Taiwan. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*; 18 (10):618-624.
- Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı (2013-2023). (2014). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Davis, T.C., Byrd, R.S., Arnold, C.L., Auinger, P., Bocchini, J.A. (1999). Low Literacy and Violence Among Adolescents in A Summer Sports Program. *Journal of Adolescent Health*, 24 (6):403-411.
- Davis, T.C., Wolf, M.S., Arnold, C.L., et all. (2006). Development and Validation of The Rapid Estimate of Adolescent Literacy in Medicine (REALM-Teen): A Tool to Screen Adolescents for Below-Grade Reading ,n Health Care Settings. *Pediatrics*, 118 (6):1707-1714.
- DeWalt, D.A., Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Lohr, K.N., Pignone, M. (2004). Literacy and Health Outcomes: A Systematic Review of The Literature. *J Gen Intern Med*, 19 (12):1228–1239..
- Fertman, CI., Allensworth, D.D. (2012). Sağlığı Geliştirme Programları: Teoriden Pratiğe. Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 882. Ankara: Ereğ.

- Fiksda, I.A.S., Kumbamu, A., Jadhav, A.S., Cocos, C., Nelsen, L.A., Pathak, J., et al. (2014). Evaluating The Process of Online Health Information Searching: A Qualitative Approach to Exploring Consumer Perspectives. *Journal of Medical Internet Research*, 16(10).
- Fleary, S.A., Joseph, P., Pappagianopoulos, J.E. (2018). Adolescent Health Literacy and Health Behaviors: A Systematic Review. *Journal of Adolescence*, 62; 116-127.
- Ghaddar SF, Valerio MA, Garcia CM, Hansen L. (2012). Adolescent health literacy: the importance of credible sources for online health information. *Journal of School Health*; 82 (1):28-36.
- Hawthorne, G. (1997). Preteenage Drug Use in Australia: The Key Predictors and School-Based Drug Education. *J Adolesc Health*, 20 (5):384-95.
- HLS-EU Consortium. Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. (2012). The European Health Literacy Survey HLS-EU. Erişim Adresi: (<http://www.health-literacy.eu>. Erişim Tarihi: 22.08.2017.
- Hsu, W., Chiang, C., Yang, S. (2014). The effect of individual factors on health behaviors among college students: the mediating effects of eHealth literacy. *Journal of Medical Internet Research*; 16(12).
- Jacobs RJ, Lou JQ, Ownby RL, Caballero J. (2016). A systematic review of eHealth interventions to improve health literacy. *Health Informatics Journal*; 22 (2):81-98.
- Jimenez-Marroquin, M.C., Deber, R., Jadad, A.R. (2014). Information and Communication Technology (ICT) and Ehealth Policy in Latin America and The Caribbean: A Review of National Policies and Assessment of Socioeconomic Context. *Revista Panamericana De Salud Pública*; 35 (5-6):329-336.
- Johnston, R., Fowler, C., Wilson, V., Kelly, M. (2015). Opportunities for Nurses to Increase Parental Health Literacy: A Discussion Paper. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 38 (4):266-281.
- Kann, L., Telljohann, S.K., Wooley, S.F. (2007). Health Education: Results from the School Health Policies and Programs Study 2006. *Journal of School Health*, 77(8):408-434.
- Kickbusch, I., Pelikan, J.M., Apfel, F., Tsouros, A. (2013). Health Literacy. WHO Regional Office for Europe.
- Kickbusch, I. (2006). Health Literacy: Empowering Children to Make Healthy Choices. *Virtually Healthy*, 41(3):2-3.
- Kickbusch, I. (2012). Learning for Well-Being. A Policy Priority for Children and Youth in Europe. A Process for Change. Paris, Learning for Well-Being

Consortium of Foundations in Europe.

- Kickbusch, I.S. (2001). Health Literacy: Addressing the Health and Education Divide. *Health Promotion International*, 16 (3):289-297.
- Kirsch, I. (2001). *The International Adult Literacy Survey (IALS): Understanding What Was Measured*. Princeton, NJ: Educational Testing Services.
- Kindig, D.A., Panzer, A.M., Nielsen-Bohlman, L. (Eds.). (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academies Press,
- Kummervold, P.E., Chronaki, C.E., Lausen, B., Prokosch, H.U., Rasmussen, J., Santana S., et all. (2008). eHealth trends in Europe 2005-2007: A Population-Based Survey. *Journal of Medical Internet Research*, 10(4).
- Mitsutake S, Shibata A, Ishii K, Oka K. (2012). Association of eHealth literacy with colorectal cancer knowledge and screening practice among internet users in Japan. *Journal of Medical Internet Research*; 14(6).
- Moon, R.Y., Cheng, T, L., Patel, K.M., Baumhaft, K., Scheidt, P.C. (1998). Parental Literacy Level and Understanding of Medical Information. *Pediatrics*, 102 (2):25-25.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A.M., Kindig, D.A. (2004). *Committee on Health Literacy. Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, DC: National Academies Press.
- Norman, C.D., Skinner, H.A. (2006). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8 (4):1-7.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy As A Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into The 21st Century. *Health Promotion International*, 15:259–267.
- Park H, Moon M, Baeg JH. (2014). Association of eHealth literacy with cancer information seeking and prior experience with cancer screening. *Computers, Informatics, Nursing*; 32:458–463
- Pfizer ve Türkiye ve Toplum Gönüllüleri Vakfı. (2005). *Gençlere Sağlık Projesi, Erişim Adresi: [http://www.pfizer.com.tr/sites/tr/articleleft/Pages/Genclere.aspx], Erişim Tarihi: 07.08.2017.*
- Ross, L.A., Frier, B.M, Kelna, r C,J,H., Deary, I,J. (2001). Child and Parental Mental Ability and Glycaemic Control in Children With Type 1 Diabetes. *Diabet Med*, 18 (5):364-369.
- Safeer, R,S., Keenan, J. (2005). Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients, *American Family Physician*, 72 (3):463–468
- Sanders, L.M., Lewis, J., Brosco, J.P. (2005). Low Caregiver Health Literacy:

Risk Factor for Child Access to A Medical Home. In Pediatric Academic Societies Annual Meeting, p: 15.

- Sanz, E,J. (2003). Concordance and Children's Use of Medicines. *BMJ*, 327: 858–860.
- Sharif, I., Blank, A,E. (2010). Relationship Between Child Health Literacy and Body Mass Index in Overweight Children. *Patient Educ Couns*, 79:43-48.
- Simovska, V., et all. (2010). HEPS Tool for Schools – A Guide for School Policy Development on Healthy Eating and Physical Activity. Utrecht, NIGZ – Netherlands Institute for Health Promotion.
- Sleath, B., Bush, P., Pradel, F. (2003). Communicating with Children about Medicines: A Pharmacist's Perspective. *Am. J. Health Syst. Pharm*, 60:604–607.
- Spadaro, R. (2003). European Opinion Research Group (EORG) Eurobarometer 58.0. European Union Citizens and Sources of Information About Health, p:2-16.
- Sorensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonsk, Z., et al. (2012). Health Literacy And Public Health: A Systematic Review And Integration Of Definitions And Models. *BMC Public Health*; 12 (80):1-13.
- Tokuda, Y., Doba, N., Butler, J,P., Paasche-Orlow, M,K. (2009). Health Literacy and Physical and Psychological Wellbeing in Japanese Adults, *Patient Education and Counseling*, 75: 411–417.
- US Department of Health and Human Services. (2010). Office of Disease Prevention and Health Promotion. National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington DC: Author. Erişim Adresi: www.health.gov/communication/hlactionplan.
- Yılmaz, M., Tiraki, Z. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(4).
- Yılmaz, F., Çolak, Y,M., Ersoy, K. (2010). Sağlık Okuryazarlığının Hasta Hekim İletişimi Üzerine Etkisi. IV. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Antalya.
- Yin, H,S., Forbis, S,G., Dreyer, B,P. (2007). Health Literacy and Pediatric Health. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 37 (7): 258–286.
- www.tuik.gov.tr. (Erişim tarihi: 12.10.2017).
- WHO. (2013). Health Literacy. In: Kickbusch I, Pelikan LM, Apfel F, Tsouros AD, editors World Health Organization, Regional Office for Europe,

Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Depresyon Algılarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi

Ahmet ATASOY¹

ÖZ

Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanların örgütsel depresyon algı düzeylerinin belirlenmesi ve cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışılan ünite, hastanede çalışma süresi ve yaş gibi çeşitli değişkenler açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin saptanmasıdır.

Araştırmanın çalışma grubunu 01-15 Ekim 2017 tarihinde Antalya’da bir özel hastanede görev yapan 129 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Araştırma verileri, sağlık çalışanlarından Sezer (2011) tarafından geliştirilen “ Örgütsel Depresyon Ölçeği ” ile toplanmıştır.

Elde edilen veriler SPSS programında çözümlenmiştir. Sağlık çalışanların, ölçekte yer alan maddelere verdikleri yanıtların aritmetik ortalama ve standart sapmaları hesaplanmıştır. Örgütsel depresyon algılamasının demografik değişkenlere göre fark gösterip göstermediği Mann Whitney-U testi ve Kruskal Wallis testi ile çözümlenmiştir.

Özel hastanede görev yapan sağlık çalışanlarının örgütsel depresyon algıları “orta düzeyde” olduğu saptanmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, araştırmaya katılan çalışanların örgütsel depresyon düzeylerinin mesleki statüleri, eğitim düzeyi, çalışılan ünite ve cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği ancak medeni durum, yaş ve çalışma süresinin çalışanların örgütsel depresyon düzeyleri açısından bir fark yaratmadığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Örgütsel Depresyon, Sağlık Çalışanı, Hastane

1 Sağlık Eğitimsi, Özel Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, aatasoy15@gmail.com

The Investigation of Health Care Workers Perceptions of Organizational Depression According to Various Variables

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the level of Health Care Workers' perceptions of Organizational Depression and to investigate whether there is a significant difference in terms of various variables such as gender, marital status, education level, working unit, study time at the hospital and age

The working group of the present study is formed by (n:129) a private hospital health workers working in the central province of Antalya in 2017 October. In the study, the data were collected through "Organizational Depression Scale" developed by Sezer (2011).

The data were analyzed with the SPSS. Arithmetic means and standard deviations of the answers that health workers gave to the items were calculated. Mann Whitney-U test and Kruskal Wallis testi were used to determine whether health workers' opinions on organizational dissent differ according to the various demographic variables.

The findings of the study revealed that the organizational depression perceptions of hospital workers is at intermediate level according to the results derived from the study, it has been determined that organizational depression levels of health care workers participating, Education, working experience, gender in the study show a statistically significant difference in line with their occupational status and age, marital status do not create a difference in terms of organizational depression levels.

Keywords: Organizational Depression, Health Care Worker, Hospital

1. GİRİŞ

Gittikçe karmaşıklaşan insan hayatı, yaşam koşulları, iş şartları, stres gibi olumsuz durumlar bireyleri psikolojik olarak etkilemektedir. Bireylerde üzüntü, mutsuzluk gibi durumlar depresyon gibi ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Akman vd, 2016:1112). Depresyon bir ruhsal bozukluk olarak kabul edilmekte ve süreklilik gösteren negatif ruh hali, düşük benlik saygısı ve eğlenceli etkinliklere yönelik ilgi ve istek kaybı ile tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013: 43).

Depresyon, genellikle bireylerin kişisel bir meselesi olarak ele alınmasına rağmen örgütler de kendisini oluşturan bireylerin kişiliklerinden farklı olarak kendisine has kişisel özelliklere sahiptir. Bireylerde oluşan depresyon duygusu ve beraberinde getirdiği olumsuz etki çalışanlar üzerinden örgütlere ulaşmaktadır (Bakan vd., 2014: 297).

Örgütler; beklentilerini gerçekleştiremediklerinde, bir gelecek vaat edemediklerinde ya da yok olma tehlikesiyle karşı karşıya kaldıklarında içinde buldukları psikolojik durumlardan etkilenmekte ve örgüt yapısını olumsuz etkileyebilecek tepkiler verebilmektedir. Bu gibi durumlarda, örgüt yapısına zarar verecek, örgütü derinden etkileyecek psikolojik tepkilerden biri de örgütsel depresyondur (Bilchik, 2000:35; Cohen ve Cohen,1993:120).

Örgütsel depresyon: örgüte yayılmış bir hareketsizlik, saplanıp kalmış olma hali, sıklıkla geleceği planlamada yetersiz kalma, örgütteki bireylerin gelecekte ne yapacakları hakkında bir vizyonlarının olmayışı ve denemekten vazgeçmiş halde olmaları durumudur (Bilchik, 2000:35). Örgütsel depresyon,örgütün kendi yapısını olumsuz yönde etkileyen bir durumla karşılaştığında verdiği psikolojik tepkidir. (Keleş, 2016:1)

Örgüt içinde yaşanan depresyon, iş yerinde bulunan duygusal bariyerleri aşamamaktan kaynaklanabilir (Lussier, 1996:144). Örgütsel depresyon; örgütün olumsuz atmosferinden ve değişime kapalı kültüründen (Lussier, 1996:395), örgüte bağlılığın yok olmasından, hissedilen yabancılaşma duygusundan performansın düşmesinden, iş doyumunun azalmasından (Vardi ve Weitz, 2004:135) dolayı hissedilen rahatsızlığa bir tepki olarak kendini gösterebilir.

Örgütlerde meydana gelen depresyonlarda, örgütün genel durumunda umutsuzluk vardır. Çalışanlar arasında kurumu değersiz görme, kurumu ve birbirlerini suçlama eğilimi yaygın olarak görülmektedir. Özellikle de örgütün geleceğe ilişkin motive edici bir beklentisi yoktur. Karar vermede zorlanılmakta ve sağlıklı kararlar ortaya çıkamamaktadır. Depresyon halinde bulunan örgütlerde vizyon ya unutulmuş ya da hiç yoktur. Örgüte yeni katılan bireyleri depresif havaya kapılmamıştır ama yenilikçi düşüncelerine karşı bir direnç vardır (Dökmen, 2013:158).

Örgütsel Depresyonun Belirtileri

Umutsuzluk, örgütsel depresyonun temel belirtisidir. Kişi umudunu kaybettiğinde hissettiği duygu, “kontrolümü kaybettim”, “çalıştığım örgütün bana yardımcı olabileceğini hiç sanmıyorum”, “geleceğimi umutsuz görüyorum”, “karar almada oldukça zorlanıyorum”, “benim için önemli olan şeylere ilgimi kaybettim”, “tedirginim ve çevreyi hareketli tutuyorum”, “kapana kısılmış hissediyorum” şeklindedir. Kişi; işinden zevk almamaya başlar, battığını, saplanıp kaldığını düşünür, nasıl davranacağını bilemez; ancak yine de örgüt depresyonu olgusunu kabul etmeye hazır değildir (Bilchik, 2000:35).

Örgütsel depresyon belirtileri Frankel (2002:2) tarafından şu şekilde tanımlanmıştır; genel olarak gözlenen uyuşukluk hali, değişime karşı direnç, düşük yaratıcılık ve yeniliklere kapalı olma, kabul edilebilir verimliliğin en alt sınırında yer alma, devamsızlıkta artış, geç gelme ve öğle aralarını uzatma gibi davranışlarda artış, departmanlar arası ve departman içinde sınırlı iletişim, depresif bireylerin çalışma isteksizliği nedeniyle verimde ya da karlılıkta azalma, karar vermede gecikme, başarıların ardından sevinç belirtisi göstermeme.

Depresyondaki örgüt, depresyonda olduğunu bilir, bundan suçluluk duyar ve ne yapılacağı konusunda iyileştirmeler yapmaz. Sağlık kurumlarında ise örgütsel depresyon; artan hata raporları, artan yıpranma, örgütten uzaklaşma, kişiler arasında artan motivasyonsuzluk ve artan devamsızlık ile kendini gösterebilmektedir (Graber ve Kaluzny, 1998:1067).

Örgütsel Depresyonun Ortaya Çıkmasında Etkili Olan Faktörler

Bir örgütte depresyonun yaşanmasında rol oynayan önemli faktörler bulunmaktadır. Bunlar örgütsel faktörler, yönetsel faktörler, bireysel faktörler şeklinde gruplandırılabilir.

Örgütsel faktörler, örgütün psikolojik yapısının bozulmasında etkili olmaktadır. Örgütten kaynaklanan bu faktörler örgütün düzen içinde işleyişine engel olmakta, örgüt içindeki bireylerin olumsuz duygular yaşamasına sebep olmakta ve kurumun geleceğini tehlikeye atmaktadır. Stres, tükenmişlik, örgüt iklimi, örgüt kültürü, örgütsel bağlanma ve örgütsel yabancılaşma örgütten kaynaklanan faktörler arasında gösterilebilir (Keleş, 2016:17).

Yönetimsel faktörler, bireylerin psikolojisini olumlu ya da olumsuz anlamda etkileyen faktörlerdir. Liderlik özellikleri, iletişim, mobbing, çatışma ve kaos yönetimden kaynaklanan faktörler arasında gösterilebilir (Keleş,2016:24).

Bireysel faktörler, bireylerin psikolojisini olumlu ya da olumsuz yönde şekillenmesine izin veren faktörlerdir. Bireylerden kaynaklanan bu faktörler bireyin kendisini işine vermesine, işe uyum sağlayabilmesine engel olmakta buna bağlı olarak da örgüt içindeki bireylerin olumsuz yaşantılar geçirmesine sebep olmaktadır. Kişilik özellikleri, iş doyumu, motivasyon bireysel faktörler arasında gösterilebilir (Keleş,2016:28).

Depresyonun Örgüt Üzerindeki Olumsuz Etkileri

Depresyona giren örgütler işlevsiz hale gelmekte ve örgüt çalışanlarının performanslarında düşüklük, etkisiz davranışlar gözlemlenmektedir. Bu durumda örgütler faaliyetlerine devam edememekte, küçülmeye hatta faaliyetlerine son verme eylemlerine gidebilmektedir (Gray, 2008:10: Bakan vd., 2014: 297).

Örgütsel depresyon, güçsüzlük hissine de neden olmaktadır. Birey veya gruplar, koşulları etkileme yeteneğine sahip olmadığında, bu kasvetli durum örgütlerde kolaylıkla ortaya çıkmaktadır (Saygılı vd, 2016:263). Ayrıca depresyon, yalnızca kişiyi işinde yetersiz kılmamakta, tıbbi maliyet, devamsızlık ve iş performansındaki düşüşün de etkisiyle örgütsel verimliliği etkilemekte, bu durum da ciddi bir mali yük oluşturmaktadır (Sezer, 2011: 45).

İşyerinde büyüyen depresyon algısı ve sonuçları hem işveren hem de çalışanlar için ciddi sonuçlar doğuran bir unsur haline gelmiştir. Günümüzde gerek özel işletmelerde gerekse kamu kuruluşlarında çalışanların ruh sağlığının öneme yönelik çalışmalar dikkati çekmektedir (Chima, 2004: 6)

Sağlık hizmetinin sunumunda kilit bir rolü olan hastanelerin önemi yadsınamaz. Bu bağlamda sağlık çalışanların örgütsel depresyon algılarının belirlenmesi

ve gerekli düzenlemelerin yapılması zorunlu görülmektedir. Örgütsel depresyonun önlenmesi, sağlık sisteminin düzenli bir şekilde işlemesi açısından hem sağlık kuruluşları, hem yöneticiler, hem de sağlık çalışanları için oldukça önemlidir.

Yerli literatür incelendiğinde sağlık çalışanların örgütsel depresyon algılarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi ve örgütsel depresyon algılarına yönelik az sayıda çalışma ile karşılaşmıştır. Bu kapsamda, çalışmanın yerli literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu doğrultuda, çalışmanın problem cümlesi “Sağlık çalışanların örgütsel depresyon algıları hangi düzeydedir?” olarak belirlenmiştir. Çalışmanın hipotezleri ise şunlardır:

H1: Sağlık çalışanlarının örgütsel depresyon algıları unvan değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H2: Sağlık çalışanlarının örgütsel depresyon algıları eğitim değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H3: Sağlık çalışanlarının örgütsel depresyon algıları yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H4: Sağlık çalışanlarının örgütsel depresyon algıları çalışılan ünite ve birim değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H5: Sağlık çalışanlarının örgütsel depresyon algıları cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H6: Sağlık çalışanlarının örgütsel depresyon algıları medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H7: Sağlık çalışanlarının örgütsel depresyon algıları hastanede çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

2. YÖNTEM

Yöntem bölümünde araştırmanın modeli, çalışma grubu, veri toplama aracı ve verilerin analizi ile ilgili bilgiler bulunmaktadır.

2.1. Araştırma Modeli

Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanmış olup; sağlık çalışanların örgütsel depresyon algılarının belirlenmesi amacıyla 01-15 Ekim 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

2.2. Araştırma Yeri

Araştırmanın yapıldığı yer Antalya'da faaliyet gösteren bir özel hastanedir. Hastane yerli ve yabancılara, çağdaş ve teknolojik donanımları kullanarak 135 sağlık ve 15 idari personel ile modern sağlık hizmeti vermektedir.

2.3. Çalışma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın çalışma evrenini özel hastanede çalışan 135 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Raporlu, izinli, araştırmaya katılmayı istememe gibi nedenlerle 6 sağlık çalışanı araştırmaya katılmamıştır. Araştırmaya katılım oranı % 95,5'dir.

2.4. Veri Toplama Aracı

Sağlık çalışanların örgütsel depresyon algılarının saptanması amacıyla araştırmada kullanılan ölçek Sezer (2011: 46) tarafından geliştirilmiştir. Örgütsel depresyon ölçeği tek boyutlu bir yapı içerisinde 42 maddeden meydana gelmektedir ve beşli likert türünde hazırlanmıştır. Ölçek hiç katılmıyorum (1) ile tamamen katılıyorum (5) arasında seçeneklerden oluşan 1-5 biçiminde puanlanmaktadır. Sağlık çalışanların örgütsel depresyon algılarının belirlenmesinde aritmetik ortalamalar yorumlanırken 1.00-1.80 aralığı çok düşük, 1.81-2.60 aralığı düşük, 2.61- 3.40 aralığı orta, 3.41-4.20 aralığı yüksek ve 4.21-5.00 aralığı da çok yüksek olarak kabul edilmiştir. Sağlık çalışanların ölçekten aldıkları toplam puanın düşüklüğü örgütsel depresyon algılarının yüksekliğini vurgularken, toplam puan yüksekliği de düşük algıyı belirtmektedir.

Örgütsel depresyon ölçeğinin orijinal güvenilirlik katsayısı 0.94 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ölçeğin iç tutarlılığı tekrar hesaplanmış ve 0.86 olduğu tespit edilmiştir. Cronbach α katsayısı ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının, homojenliğinin bir ölçüsü olup likert tipi bir ölçekte yeterli olabilecek Cronbach α katsayısı 0.70 üzeri değerler test güvenilirliği için yeterli kabul edilmektedir (Kurnaz ve Yiğit, 2010). Genellikle güvenilirlik katsayısının

(Cronbach α) 0.90 civarında olması “mükemmel”, 0.80 “çok iyi” ve 0.70 civarında olması “yeterli” olarak kabul edilir (Özcan ve Balyer, 2013:144). Buna göre örgütsel depresyon ölçeğinin iç tutarlılığı çok iyi olduğu söylenebilir.

2.5. Verilerin Toplanması

Çalışmaya katılmak isteyen, anketi yanıtlamayı kabul eden ya da sözlü onam veren sağlık çalışanları ile 01-15 Ekim 2017 tarihinde yürütülmüştür. Çalışanın, kendisini baskı altında hissetmemesi ve özgür iradesiyle anket sorularını yanıtlayabilmesi için, anket formu kendilerine verilmiş ve bir süre sonra toplanmıştır. Böylelikle, sorulan sorulara objektif yanıtların verilebilmesi sağlanmaya çalışılmıştır.

2.6. Verilerin Analizi

Çalışma grubunda yer alan sağlık çalışanların demografik özelliklerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımlarına bakılmıştır. Araştırmada sağlık çalışanların örgütsel depresyon algılarını saptamak için frekans, yüzde ve standart sapmalarının dağılımlarına bakılmıştır.

Araştırmada verilerin normallik varsayımları test edilmiştir. Bu amaçla “One-Sample Kolmogorov-Smirnov” kullanılmıştır. Ölçek ortalamaları normal dağılıma uymadığı için ikili grupların ölçek ortalamalarının kıyaslanmasında Mann Whitney-U testi, çok grupların kıyaslanmasında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tüm analizler SPSS 17,0 for Windows paket programında, %95 güven aralığında ve $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde gerçekleştirilmiştir.

3. BULGULAR

Çalışma grubu 24’ü (% 18,6) hekim, 74’ü (% 57,4) hemşire, 19’u (%14,7) sağlık teknisyeni ve 12’si (% 9,3) tıbbi sekreterdir. Katılımcıların 51’i (% 39,5) dahili klinikler, 40’ı (% 31,09) cerrahi klinikler, 11’i (% 8,5) acil servis, 12’si (% 9,3) poliklinik ve 15’i (11,6) laboratuvarında çalışmaktadır. Ayrıca katılımcılar yaş gruplarına göre incelendiğinde 43’ünün (% 33,3) 20-29 yaş arası, 60’ının (% 46,5) 30-39 yaş arası ve 26’sının da (% 20,2) 40-49 yaş arasında oldukları belirlenmiştir. Katılımcıların 24’ü (% 18,6) lise mezunu, 64’ü (% 49,6) lisans mezunu olduğu görülürken 41’i (% 31,8) lisansüstü eğitim

almış oldukları saptanmıştır. Katılımcıların hastanede çalışma süresi incelendiğinde 102'sinin (% 79,1) beş yıldan az, 27'sinin (% 20,9) beş yıldan fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Unvan	Sayı N=129	%	Eğitim Durumu	Sayı	%
Hekim	24	18,6	Lise	24	18,6
Hemşire	74	57,4	Lisans	64	49,6
Sağlık teknisyeni	19	14,7	Yüksek lisans	41	31,8
Tıbbi sekreter	12	9,3			
Yaş			Hizmet Süresi		
20-29	43	33,3	0-5 yıl	102	79,1
30-39	60	46,5	6-10 yıl	27	20,9
40-49	26	20,2			
Medeni Durum			Çalışılan Ünite		
Evli	85	65,9	Dahili klinikler	51	39,5
Bekâr	44	34,1	Cerrahi klinikler	40	31,0
Cins			Acil servis	11	8,5
Erkek	32	24,8	Poliklinikler	12	9,3
Kadın	97	75,2	Laboratuvarlar	15	11,6

Çalışma çerçevesinde ilk olarak sağlık çalışanların örgütsel depresyon algıları belirlenmeye çalışılmıştır. Sağlık çalışanların örgütsel depresyon algıları Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2. Sağlık çalışanların örgütsel depresyon algılarına ilişkin aritmetik ortalama ve standart sapma verileri

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Örgütsel Depresyon Algısı	129	2,07	3,52	2,98	,26

Tablo 2 incelendiğinde sağlık çalışanların örgütsel depresyon algıları aritmetik ortalaması 2.98 olarak görülmektedir. Bu değere göre çalışanların algıları görece orta düzeydedir. Ölçek incelendiğinde aritmetik ortalaması en yüksek olan maddeler, “Çalışmamın kalitesi hakkında, düzenli olarak geri bildirim alırım” (x=3,68), “Kurumum yeni şeyler öğrenmeye elverişlidir” (x=3,58),

“Bürokratik nedenlerden kurumum gelişmemektedir” ($x=3,55$) olmuştur. Aritmetik ortalaması en düşük olan maddeler ise, “Bu kurumda çalıştığım için kendimi değerli ve şanslı hissediyorum”($x=1,99$), “Çalışanların görev, yetki ve sorumluluklarında belirsizlik vardır”($x=1,75$), “Çalışanların sorunlarıyla hemen ilgilenilir ve giderilmeye çalışılır” ($x=1,59$) olmuştur.

Sağlık çalışanların örgütsel depresyon algılarının unvan, eğitim, çalışılan ünite, yaşa göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Kruskal Wallis testi sonuçları Tablo 3’de gösterilmektedir.

Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Depresyon Algılarının Unvan, Eğitim, Çalışılan Ünite, Yaşa İlişkin Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Gruplar	N	Mean Rank	Chi-Square	p
Unvan	Hekim	24	87,23	18,711	,000
	Hemşire	74	66,14		
	Sağlık teknisyeni	19	38,95		
	Tıbbi sekreter	12	54,75		
Eğitim	Lise	24	61,44	8,160	,017
	Lisans	64	57,62		
	Yüksek lisans	41	78,61		
Yaş	20-29	43	69,67	1,387	.500
	30-39	60	64,29		
	40-49	26	58,90		
Çalışılan Ünite	Dahili klinikler	51	83,40	21,651	,000
	Cerrahi klinikler	40	54,40		
	Acil servis	11	58,18		
	Poliklinikler	12	54,75		
	Laboratuvarlar	15	43,90		

Tablo 3’e göre, sağlık çalışanlarının örgütsel depresyon algıları unvan yönünden incelendiğinde anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir [$X^2= 18,711$, $p<.05$]. Unvana göre örgütsel depresyon algıları incelendiğinde hekimler hastaneyi düşük depresif ortam olarak algılarken sağlık teknisyenleri ise hastaneyi yüksek düzeyde depresif ortam olarak algulamaktadırlar. Bu

doğrultuda sağlık teknisyenleri diğer çalışanlara göre hastaneyi daha depresif bir ortam olarak algılamaktadır. Bu durumda H1 hipotezi kabul edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının örgütsel depresyon algıları eğitim değişkeni yönünden incelendiğinde anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir [$X^2= 8,160$, $p<.05$]. Eğitime göre örgütsel depresyon algıları incelendiğinde yüksek lisans mezunu olanlar hastaneyi düşük depresif ortam olarak algılamakta lisans mezunu olan çalışanlar ise hastaneyi yüksek düzeyde depresif ortam olarak algılamaktadırlar. Bu durumda H2 hipotezi kabul edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının örgütsel depresyon algıları yaş değişkeni yönünden incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır [$X^2=1,378$, $p=,500$]. Bu durum, anlamlı bir farklılık beklendiğinden H3 hipotezinin reddilmesiyle sonuçlanmıştır. Ancak 40-49 yaş grubunda çalışanlar diğer yaş gruptakilere göre daha yoğun depresif algıya sahip oldukları belirtilebilir.

Sağlık çalışanlarının örgütsel depresyon algıları çalışılan ünite değişkeni yönünden incelendiğinde anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir [$X^2= 21,651$, $p<.05$]. Çalışılan üniteye göre örgütsel depresyon algıları incelendiğinde dahili kliniklerde çalışanlar hastaneyi düşük depresif ortam olarak algılamakta laboratuvarında çalışanlar ise hastaneyi yüksek düzeyde depresif ortam olarak algılamaktadırlar. Bu durumda H4 hipotezi kabul edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının örgütsel depresyon algılarının cinsiyet, medeni durum, çalışılan süreye göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için Mann Whitney-U testi uygulanmıştır. Mann Whitney-U testi sonuçları Tablo 4’de gösterilmektedir.

Tablo 4. Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Depresyon Algılarının Cinsiyet, Medeni Durum, Hastanede Çalışma Süresine İlişkin Mann Whitney-U Testi Sonuçları

	Gruplar	N	Mean Rank	Sum of Ranks	U	p
Cinsiyet	Erkek	32	47,52	1520,50	992,500	,002
	Kadın	97	70,77	6864,50		
Çalışma Süresi	0-5 yıl	102	67,95	6930,50	1076,500	,082
	6-10 yıl	27	53,87	1454,50		
Medeni Durum	Evli	85	61,98	5268,50	1613,500	,202
	Bekar	44	70,83	3116,50		

Tablo 4'e göre, sağlık çalışanların örgütsel depresyon algıları cinsiyet yönünden incelendiğinde anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir [$U=992,500$, $p<.05$]. Bu doğrultuda erkek çalışanlar kadın çalışanlara göre hastaneyi daha depresif bir ortam olarak algılamaktadır. Bu durumda H5 hipotezi kabul edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının örgütsel depresyon algıları hastanedeki çalışma süresi yönünden incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır [$U=1076,500$, $p=.082$]. Bu durum, anlamlı bir farklılık beklendiğinden H6 hipotezinin reddedilmesiyle sonuçlanmıştır. Ancak hastanede 6-10 yıl çalışanların 0-5 yıl çalışanlara göre daha yoğun depresif algıya sahip oldukları belirtilebilir.

Sağlık çalışanlarının örgütsel depresyon algıları medeni durum yönünden incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır [$U=1613,500$, $p=.202$]. Bu durum, anlamlı bir farklılık beklendiğinden H7 hipotezinin reddedilmesiyle sonuçlanmıştır. Ancak evlilerin bekarlara göre daha yoğun depresif algıya sahip oldukları belirtilebilir.

4. TARTIŞMA

Bu araştırma Antalya ili sınırları içinde faaliyet gösteren bir özel hastanede çalışan 129 katılımcıyla yürütülmüştür. Araştırmada, çalışanlarının örgütsel depresyon algıları “Örgütsel Depresyon Ölçeği” ile ölçülmüştür. Örgütsel depresyon algısı katılımcıların demografik özellikleriyle incelenmiştir.

Saygılı ve arkadaşlarının (2016) Ankara ilinde faaliyet göstermekte olan bir kamu hastanesinde fiilen görev yapmakta olan hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmalarında sağlık çalışanlarının örgütsel depresyon puan ortalaması 2,82 olarak bulmuşlardır. Akman ve arkadaşlarının (2016) Öğretmenlerin Depresif Okul Algılarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi adlı çalışmasında öğretmenlerin depresif okul algıları aritmetik ortalaması 2.92 olarak görülmüştür. Sağır (2015) öğretmenlerin örgütsel depresyon ve mesleki tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasında öğretmenlerin 149.46 aritmetik ortalama ile orta düzeyde örgütsel depresyon yaşadıklarını belirlemiştir.

Çalışmamızda katılımcıların örgütsel depresyon algıları incelendiğinde ölçek toplam puan ortalaması (2.98) “orta” düzeydedir. Bulgumuz literatür bilgileri ile uyumludur. Bu durum sağlık alanında çalışanlarda yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, nöbetler, iş yerinde ilişkilerden kaynaklanmış olabilir.

Gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; sağlık çalışanlarının örgütsel depresyon düzeylerinin mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği tespit edilmiştir. Hekimler hastaneyi düşük depresif ortam olarak algılamakta, sağlık teknisyenleri hastaneyi yüksek düzeyde depresif ortam olarak algılamaktadırlar. Çalışma ortamı ile ilgili olumsuzluklar ve yaşanan mesleki stresin bu bulgular üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının örgütsel depresyon düzeylerinin çalıştığı üniteye göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği tespit edilmiştir. Laboratuvarda çalışanlar hastaneyi yüksek düzeyde depresif ortam olarak algılamaktadırlar. Laboratuvardaki stresli çalışma ortamı, iş baskısı, işyükü bu bulgu üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışma bulgularına göre sağlık çalışanlarının örgütsel depresyon algıları cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Erkek çalışanlar kadın çalışanlara göre hastaneyi daha depresif bir ortam olarak algılamaktadır. Bu bulgu Akman ve diğ. (2016:1118) öğretmenler, memurlar ve hizmetliler ve Sağır'ın (2015:34) öğretmenler üzerine gerçekleştirdikleri araştırma sonuçlarıyla örtüşmektedir. Farklı alanlarda çalışan personel olmakla beraber cinsiyet açısından benzer özellik gösterdikleri görülmüştür. Prentice ve Carranza (2002:273), erkeklerin kadınlara göre daha agresif, hırslı ve girişimci olduklarını belirtmektedir. Erkeklere atfedilen bu gibi özellikler sıkıntı yaratabilir. Bu durum aynı zamanda karşılıklı olarak strese ve süreç içerisinde depresyona yol açabilir. Ancak kadınların yapı itibarıyla daha uyumlu ve kabullenici yaklaşımları bu tür çatışmalara girmekten kaçınmalarına hizmet edebilir ve depresif algı düzeylerini düşürebilir.

Araştırma sağlık çalışanların medeni durumlarına göre örgütsel depresyon algıları anlamlı olarak farklılaşmadığını göstermektedir. Özellikle evli sağlık çalışanlarının aile yaşantısının getirileri arasında sayılabilecek hoşgörü, sabır, birliktelik ve eşlerin sağlayacağı sosyal destek gibi etmenlerin etkisi ile dep-

resyonla daha etkili baş edebilecekleri düşünülebilir. Ancak çalışma bulgularına göre evli ve bekâr sağlık çalışanlarının örgütsel depresyon algıları benzer olarak saptanmıştır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışanların örgütsel depresyon algıları ile demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yürütülen bu araştırmanın sonucunda;

- Katılımcılar örgütsel depresyonu orta düzeyde algılamaktadırlar.
- Sağlık teknisyenleri diğer çalışanlara göre hastaneyi daha depresif bir ortam olarak algılamaktadır.
- Örgütsel depresyon algılarının yaş gruplarına, çalışma süresine, medeni durumuna göre değişmediği belirlenmiştir
- Örgütsel depresyon algılarının eğitim, cinsiyet, çalışılan servis ve unvana göre değiştiği belirlenmiştir.

Elde edilen bu sonuçların kişilerin ifadelerine dayalı olduğu ve araştırmanın evreni ile sınırlı olduğu dikkate alınarak yorumlanması doğru olacaktır. Bu bağlamda ;

- Başka hastanelerde benzer araştırmalar yapılarak daha genellenebilir sonuçlara ulaşılabilir.
- Çalışanların ruh sağlığını ele alan örgüt politikaları ve değerleri açıkça ifade edilmelidir.
- Bireysel ve kurumsal depresyon belirtileri takip edilmelidir.
- Sağlık çalışanlarının vardiyalı ve 24 saat nöbet usulü çalışmalarını göz önüne alınarak, çalışma ve boş zaman dengesi kurabilmelerine yardımcı olacak şekilde, çalışma saati düzenlenmesi yapılabilir.
- Ayrıca örgütsel depresyonu azaltmak için, çalışanlar arasında yeterli sosyal destek ortamı sağlanmalıdır.
- Çalışanların birlikte daha fazla zaman geçirerek karşılıklı paylaşım ve etkili iletişimi sağlanmalıdır.

- Çalışanlara stres ile başa çıkma yöntemlerini öğrenmeleri için uzman desteğinde eğitimler ve psikolojik destek verilmesi düşünülebilir.
- Hastane yönetimi tarafından çalışanların performanslarını ve bağlılıklarını da olumlu etkileyebilecek içsel ve dışsal motivasyon kaynaklarının sunulması önerilebilir.
- Hastanelerde görev dağılımlarında göreve uygun eleman verilmesine dikkat edilmeli ve görevlerin tek elden değil bütün örgüt mensuplarının katılımlarıyla yapılmasına dikkat edilmelidir.

KAYNAKÇA

- Akman, Y., Abashi, K. (2016). Öğretmenlerin Depresif Okul Algılarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9(2):1111-1124.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Aytaç, Ö. (2004). Örgütsel sosyolojik bir perspektif. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 14(1): 189-217.
- Bakan, İ., Taşlıyan, M., Taş, F., & Aka, N. (2014). Örgüt Depresyonu ve İş Tatmini arasındaki İlişki; Bir Üniversitedeki Akademisyenler Üzerinde Alan Araştırması. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 4(1):296-315.
- Bilchik, G. S. (2000). Organizational Depression. H&HN. Hospitals & Health Networks, 74 (2), 34-38.
- Chima, F. (2004). Depression and the Workplace: Occupational Social Work Development and Intervention. Employee Assistance Quarterly, 19(4):1-18.
- Cohen, W., Cohen, N. (1993). "The Paranoid Corporation: and & Other Ways Your Company Can Be Crazy. Advice From on Organizational Shrink", Newyork American Management Association. Emerald.
- Dökmen, Ü. (2013). Küçük Şeyler 1. (31. Baskı). İstanbul: Sistem Yayıncılık
- Frankel, L. (2002). What to Do If Your Company is "Depressed", from Erişim Adresi: <http://www.fabjob.com/tips194.html>.
- Graber, D.R. ve Kaluzny, A.D. (1998). Developing High-Involvement Organizations for the Future in Handbook of Health Administration and Policy (ed: Kilpatrick, AO. and Johnson, JA.) CRC Press.

- Gray, H. (2008). Work and Depression in Economic Organizations: The Need for Action. *Development and Learning in Organizations: An International Journal*, 22(3): 9-11.
- Keleş E, (2016) Öğretmen Görüşlerine Göre Liselerde Örgütsel Depresyon, Yüksek Lisans Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Eğitim Yönetimi Teftişi Planlaması ve Ekonomisi Bilim Dalı, Van.
- Kurnaz, M.A., Ve Yiğit, N. (2010). Fizik Tutum Ölçeği: Geliştirilmesi, Geçerliği ve güvenilirliği. *Necatibey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi*, 4 (1), 29-49.
- Lussier, R. N. (1996). *Human Relations in Organizations*. (3rd Edition). Boston: Irwin McGraw Hill.
- Özcan, K., Ve Balyer, A. (2013). Liderlik Oryantasyon Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *Mersin üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9 (1):136-150.
- Prentice, C.C., Carranza, E. (2002). What Women and Men Should Be, Shouldn't Be, Are Allowed To Be and Don't Have to Be: The Contents of Prescriptive Gender, Stereotypes. *Psychology of Women Quarterly*, 26:269-281.
- Sağır, M. (2015). Öğretmenlerin örgütsel depresyon ve mesleki tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki, *Turkish Journal of Education*, 4(3). Erişim Adresi: www.turje.org
- Saygılı, M., Avcı, K., Uğurluoğlu, O., Özer, Ö. (2016). Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi, *Uluslararası İşletme ve Yönetim Dergisi*, 4(3):260-272.
- Sezer, S. (2011). Örgüt Depresyonu Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Niteliklerinin Belirlenmesi, *İŞ, GÜÇ” Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, Ocak/January 2011 - Cilt/Vol: 13 - Sayı/Num: 01
- Vardi, Y. ve Weitz, E. (2004). *Misbehavior in Organizations*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
- Yüksel, H. (2005). “ İşletmenin Tatmin Üzerindeki Etkileri: Bir İşletmede Yapılan Görgül Bir Çalışma”, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 6(2):291-306.

Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği: Hemşirelere Yönelik Eğitimlerin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Havva ÖZTÜRK¹

İlknur KAHRİMAN²

Elif BABACAN³

ÖZ

Amaç: Araştırma, hemşirelere tıbbi hatalar ve hasta güvenliğine yönelik eğitimler gerçekleştirmek ve eğitimlerin etkinliğini değerlendirilmek için yapılmıştır.

Yöntem: Eğitimler 12 kamu, bir üniversite ve bir özel hastanede çalışan ve eğitime katılımı için izin verilen 184 hemşireye yönelik iki gün 12 saat şeklinde gerçekleştirilmiştir. Eğitimlerin etkinliğini değerlendirmek için ön test ve son test kullanılmıştır.

Bulgular: %71'i kamu, %28.8'i üniversite ve özel hastanede çalışan hemşirelere yönelik yapılan eğitimde hemşireler ön testten 46.35 ± 10.68 , son testten 71.14 ± 14.21 ortalama puan almışlardır. Ayrıca gerçekleştirilen eğitimler sonucunda hemşirelerin ön test ve son test puanları karşılaştırıldığında, tüm hemşirelerin ($z = -11.48$; $p = 0.000$), üniversite hastanesi+özel hastanesindeki ($z = -6.185$; $p = 0.000$) ve kamu hastanesindeki ($z = -9.695$; $p = 0.000$) hemşirelerin son test puanları ön test puanlarından yüksektir ve bu bulgular istatistiksel olarak anlamlıdır.

Sonuç: Tıbbi hataların önlenmesi ve azaltılması için hemşirelere yönelik gerçekleştirilen eğitimlerin hem kamu hastanelerindeki, hem de üniversite ve özel hastanedeki hemşirelerde etkili olduğu ve hemşirelerin bilgi düzeylerinin önemli derecede arttığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Hata, Malpraktis, Hemşirelik, Hastane

1 Prof. Dr. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

2 Yrd. Doç. Dr. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

3 Uzm. Hem. Sağlık Bakanlığı Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü

Medical Errors and Patient Safety: Evaluation of The Effectiveness of The Trainings for Nurses

ABSTRACT

Aim: The study was conducted to provide the trainings on medical errors and patient safety for nurses and evaluate the effectiveness of the trainings.

Method: The trainings was conducted as 12 hours, two days for 184 nurses working in 12 public hospitals, an university hospital and a private hospital, and allowed to attend training. Pre-test and post-test were used to assess the effectiveness of the training.

Results: Nurses took the mean scores 46.35 ± 10.68 from pre-test and 71.14 ± 14.21 from post-test of trainings provided for nurses whose 78% of them worked in public hospitals and 28.8% worked in an university and a private hospital. In addition, when the pre-test and post-test scores of the nurses were compared as a result of the trainings, the final test scores of all nurse ($z = -11.48$; $p = 0.000$), the nurses working in an university hospital+ a private hospital ($z = -6.185$; $p = 0.000$) and the public hospitals ($z = -9.695$; $p = 0.000$) were higher than the pre-test scores, and these findings were statistically significant.

Conclusion: The training that was conducted with nurses to prevent and reduce medical errors were effective for the nurses working in both public hospitals and in an university + a private hospital, and the knowledge levels of the nurses increased significantly.

Keywords: Nurse, Error, Malpractice, Nursing, Hospital

Bu alışma, “Hemşirelerin Tanı, Tedavi ve Bakım Uygulamaları Sırasinda Tıbbi Hata Oranlarının Değerlendirilmesi” başlıklı (Proje No: 2014.2) Vehbi Koç Vakfı Hemşirelik Fonu Proje Destekleme Komitesi tarafından desteklenen bir proje kapsamında yürütölmüştür.

GİRİŞ

Türkçeye tıbbi uygulama hatası ya da tıbbi kötü uygulama olarak çevrilen malpraktis kavramı, Latince ‘mala’ ve ‘praxis’ kelimelerinden türemiş olup, ‘kötü, hatalı uygulama’ anlamına gelmektedir (Kahriman, Öztürk ve Babacan 2015). İngilizce ‘malpractice’ olarak tanımlanan bu kavram, Büyük Türkçe Sözlüğünde özen göstermeksizin veya yanlış uygulanan tedavi sonucunda ortaya çıkan, görevi kötüye kullanma anlamına gelen hukuki durum olarak’ yer almıştır (TDK 2013). Bir başka ifade ile hatalı uygulama ya da malpraktis, meslek sahibinin kötü ve hatalı uygulamaları, makul olmayan beceri ve özen eksiklikleri sonucu hizmeti alanın “kasıtsız haksız fiile” (yaralanmaya ya da zarara) maruz kalmasıdır. Bu hata/malpraktis tıp alanını ilgilendiriyorsa bu durum hatalı tıbbi uygulama ya da tıbbi malpraktis olarak ifade edilmektedir (Sharpe 1999; Demir Zencirci 2010).

Tıbbi hatalar, bilgisizlik, deneyimsizlik, ilgisizlik veya kullanılan teknolojiye bağlı olarak ortaya çıkan ve hastanın daha uzun süre hastanede kalmasına yol açan, sağlığını bozan, hastaya zarar veren veya ölümine yol açan uygulamalar olarak değerlendirilmektedir (Brennan ve ark. 1991; Wong ve Beglaryan 2013). 1999 yılında Institute of Medicine (IOM) yayınladığı bir raporda (1999), tıbbi hataların boyutunun ne kadar büyük olduğu, ABD’de her yıl 44.000-98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybettiği belirtilmiştir. Ayrıca, bu hataların ABD’de her yıl otomobil kazaları, meme kanseri ve AIDS’den ölen kişi sayısından dört kat daha fazla olduğu açıklanmıştır (Clancy, Farquhar ve Collins 2005; Nath ve Marcus 2006). Tıbbi hatalar mali açıdan da büyük kayıplara yol açmaktadır. Ör: ABD’de tıbbi hataların maliyeti 17-29 milyar dolar arasındadır (Slonim, LaFleur, Wendy ve Joseph 2003). Milligan ise (2007) alışmasında hastaneye kabul edilen hastaların %10’nun önlenbilir olay/kazalar yaşadığını ve her yıl yaklaşık 25 bin önlenbilir ölüm olayının gerçekleştiğini açıklamıştır.

Bu doğrultuda tıbbi hatalara yol açan nedenler araştırıldığında, tıbbi hataların insana bağlı nedenler, kuruma bağlı nedenler ve teknik nedenlerden kaynaklandığı belirlenmiştir. İnsana bağlı nedenler; yorgunluk, yetersiz eğitim, yeterli özeni göstermeme, önlem almama, dikkatsizlik, iletişim yetersizliği, yanlış karar vb. dir. Kuruma bağlı nedenler; iş yeri yapısı, politikalar, idari/ finansal yapı, liderlik, geri bildirim konularında yetersizlik, personelin yanlış dağıtımıdır. Teknik faktörler ise yetersiz otomasyon, yetersiz veya eksik cihazlar, entegrasyon eksikliğidir (Temel 2005; Akalın 2005). Bununla birlikte, Türkiye’de ise başta eğitim yetersizliği olmak üzere sağlık personel sayısının yetersizliği, hasta sayısının fazlalığı, çalışma koşullarının uygunsuzluğu, malzeme ve araç-gereçlere ilişkin sorunlar tıbbi hataların spesifik nedenleri arasında sayılmaktadır (Akalın 2005). Hemşirelerin de bu nedenlere benzer şekilde daha çok hemşire sayısındaki yetersizlik, yorgunluk ve dikkatsizlikten, düzensiz çalışma saatleri, uygun olmayan fiziksel koşullar, hasta sayısının fazla olması (Dhankhar, Khan ve Bagga 2007), bilgisizlik, deneyimsizlik ve bilgilerin yenilenmemesine bağlı tıbbi hatalar yaptığı belirtmektedir (Kumar ve Chaudhary 2009). Alcan, Tekin ve Civil’de (2012), başta eğitim olmak üzere iletişim, kurum kültürü, oryantasyon ve kadrolamaya ilişkin sorunları beklenmedik olayların ya da tıbbi hataların kök nedenleri arasında saymıştır. Bu doğrultuda hemşirelerin eğitiminde hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik olarak hemşirelerin olası hatalara ve nedenlerine ilişkin farkındalık düzeylerinin geliştirilmesinin gerektiği vurgulanmıştır (Alcan ve ark. 2012). Çünkü Johnstone ve Kanitsaki’nin (2007) belirttiği gibi hemşireler pozitif hasta güvenliği sonuçlarını başarmak için uzun zamandır sağlık hizmetlerinde hataların ve advers olayların tanımlanması, önlenmesi ve ortadan kaldırılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Ancak bu duruma rağmen hemşirelerin tıbbi hatalar ya da advers olaylara ilişkin daha iyi bir şekilde eğitilerek hazırlanması gerektiği belirtilmiştir. Alemdar ve Aktaş’ta (2013) çalışmasında, hemşirelerin mezuniyet sonrası tıbbi hataların önlenmesi amacıyla sürekli eğitimlerle eğitilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu doğrultuda, sağlık çalışanlarının yarısından fazlasını oluşturan hemşirelerin tıbbi hatalar ve hasta güvenliği konusunda yetişmesi ve tıbbi hataların oluşmadan önlenmesine katkı sağlanması amacıyla hemşirelere yönelik bir eğitimin yapılmasının yararlı olacağı düşünülmüştür. Ayrıca, eğitimin sonucu olarak hemşirelerin uygulamalarında dikkatli davranması ve tıbbi hata oranlarının azaltılması, dolayısıyla hasta ya-

ralanma, sakatlık ve ölüm oranlarının dolaylı olarak azaltılması sağlanarak yaşanan tıbbi hataların hemşireler üstünde neden olduğu suçluluk duygusu, depresyon gibi duygusal sorunların oluşması, motivasyon ve performansının düşüşüne bağlı başarı düzeyinin düşmesi, meslekten uzaklaşma, meslekten ayrılma, hemşire ve yöneticilere karşı açılacak davalar gibi olumsuz etkilerinin de engellenebileceği düşünülmüştür.

Bu nedenle çalışma hemşirelerin tıbbi hatalara ilişkin bilgi ve farkındalık düzeyini artırmak için bir eğitim yapmak ve eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL ve METOD

Araştırmanın Tipi

Çalışma, tıbbi hatalar ve hasta güvenliğine yönelik bir eğitim gerçekleştirilerek eğitimin etkinliği değerlendirildiği için girişimsel bir çalışmadır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Trabzon İli Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı 12 kamu hastanesi (1360 kişi), bir üniversite (456) ve bir özel hastanede (55) çalışan toplam 1871 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış, araştırma eğitimlerin zaman, ekonomik kaynak ve insan gücü gerektirmesinden, hemşirelerin bir anda hastanenin klinik/ünitelerinden çekilememesinden dolayı kurumları tarafından izin verilen ve programa katılmak isteyen hemşirelerle yürütülmüştür. Bu doğrultuda, eğitimin örneklemi kamu hastanelerinden 131 ve üniversite/özel hastanede 53 olmak üzere toplam 184 (%10) hemşire oluşturmuştur.

Araştırmanın Etik Yönü ve İzinleri

Araştırmanın yapılabilmesi için 19.07.2013 tarihinde Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden, 25.07.2013 üniversite ve 16.09.2013 tarihinde özel hastanelerin yönetiminden yazılı izin alınmıştır. Etik kurul onayı ise KTÜ. Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 02 Aralık 2013 tarih ve 17522305/696 sayılı yazı ile izin alınmıştır. Ayrıca eğitimler kurumları tarafından eğitime katılımı için izin verilen gönüllü hemşirelerle gerçekleştirilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Eğitimlerin etkinliğini değerlendirmek için bilgi formu ile ön test - son test formları kullanılmıştır. Bilgi formu, hemşirelerin demografik özelliklerine ilişkin 9 soru ve tıbbi hatalara ya da hasta güvenliğine ilişkin eğitim/ toplantılara katılma ve bu eğitimlerin yararlı olduğuna inanmaya ilişkin 2 sorudan oluşmaktadır. Ön test - son test ise eğitim programına katılan eğitimciler tarafından hazırlanmış, tıbbi hatalara ilişkin hemşirelerin bilgi ve farkındalık düzeyinin değerlendirildiği 20 soru ile oluşturulmuştur.

Eğitim ve Veri Toplama Süreci

Eğitim öncesinde hemşirelere ön test dağıtılmadan önce eğitim programının amacı ve önemi hakkında bilgilendirme yapılmış ve test sonuçlarının hiç kimseye açıklanmayacağı, ancak istenilirse sonuçların kendilerine e-mail yolu ile bire bir verileceği garantisi verilmiştir. Sonrasında, ön test katılımcı hemşirelere elden çoğaltılarak dağıtılmış, 25 dakika sonra araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Daha sonra ilk gün 6 saat ve ikinci gün 6 saat olmak üzere toplam 12 saatten oluşan, araştırmacıların da içinde yer aldığı Hemşirelikten 5, Halk Sağlığından 1, Sağlık Hukukundan 1, Sağlık İdaresi Yönetimi alanında 1 olmak üzere 8 uzman/ öğretim üyesinin eğitmen olarak katıldığı bir eğitim yapılmıştır. Eğitim programı; 'Tıbbi Hata Kavramı, Dünya ve Türkiye'de Tıbbi Hatalar, Trabzon'da Hemşirelerin Tıbbi Hatalarına İlişkin Araştırmanın Sonuçları, Tıbbi Hata Tipleri ve Sınıflandırılması, Sık Karşılaşılan Tıbbi Hata Nedenleri ve Hataların Hastaya, Çalışana ve Kuruma Etkileri, Tıbbi Hatalarda Mesleki ve Yasal Sorumluluklar, Tıbbi Hata Durumunda İzlenmesi Gereken Süreç, Tıbbi Hatalarda Yasal ve Cezai Durumlar, Tıbbi Hatalarda Hasta Güvenliği ve Önemi, Yasalarda Yeri, Kurumda Hasta Güvenliği Sistemi ve Hasta Üzerindeki Etkileri, Kalite Yönetiminde Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği, Özellikle Birimlerde Tıbbi Hatalara Dönük Hasta Güvenliği ve Risk Yönetimi, Tıbbi Hataların Bildirimi ve Yönetimi, Hastanede Tıbbi Hataların Önlenmesine Yönelik Genel Önerilere' ilişkin konulardan oluşmuştur. Bu eğitim; 12-13 Ocak 2015 tarihinde üniversite/özel hastane hemşirelerine üniversite hastanesinin toplantı salonunda ve 14-15 Ocak 2015 tarihinde ise kamu hastaneleri hemşirelerine yönelik Trabzon Ticaret ve Sanayi Odası konferans salonunda; anlatım, soru-cevap, örnek vaka sunumları ve tartışma yöntemleriyle

interaktif bir eğitim gerçekleştirilmiştir. Eğitim sonunda son test üniversite/ özel hastanedeki hemşirelere 13 Ocak 2015’de, kamu hastaneleri hemşirelerine ise 15 Ocak 2015 tarihinde araştırmacılar tarafından elden dağıtılmış ve toplanmıştır.

Verilerin Analizi

Hemşirelerin demografik özellikleri, tıbbi hata ve hasta güvenliğine ilişkin eğitimlere katılma ve yararına ilişkin görüşleri, ön test - son test yanıtlarına ilişkin verileri sıklık, yüzde, ortalama ve standart sapma ile analiz edilmiştir. Ön test - son test puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Sperman Korelasyon farkı değerlendirmek için Wilcoxon ve her soruya verilen cevaplar arasındaki farkı değerlendirmek için Mc Namer testleri kullanılmıştır. Demografik özellikler ile ön test - son test puanları arasındaki karşılaştırmalar için Kruskal-Wallis ve Mann Withney U testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın sınırlılığı, eğitimlerin yapılmasına izin veren Trabzon’daki üniversite hastanesi, kamu hastaneleri, bir özel hastanede çalışan ve hastaneleri tarafından eğitimlere katılımına izin verilen hemşirelerin görüş ve test sonuçları ile yürütülmesidir.

BULGULAR

Hemşireler 38.17 ± 5.7 yaşında, %52.5’si evli ve %9.4’ü bekâr, %44.4’ü lisans, %16.5’i önlisans, %1’i sağlık meslek lisesi eğitimine sahiptir. %71.2’si kamu hastanelerinde, %28.8’i üniversitesi ve özel hastanede, %40’ı hemşire ve %26.6’sı yönetici hemşire pozisyonunda, %53.8’ü servislerde, %16.3’ü yoğun bakım ünitelerinde, %8.7’si acil servislerde, %6’sı ameliyathanelerde ve %15.2’si diğer birimlerde (poliklinik, eğitim birimleri vb.) çalışmaktadır. Hemşireler 17.20 ± 6.64 yıl mesleki, 12.22 ± 6.97 yıl kurum ve 9.02 ± 6.5 yıl serviste çalışma deneyime sahiptir. Hemşirelerin %67.7’si tıbbi hatalara ya da hasta güvenliğine ilişkin eğitim toplantısına katılmış ve %32.1’i katılmamıştır. %98.9’u ise bu toplantıların yararlı olduğuna inanırken, %1.1’i inanmamaktadır.

Hemşirelere yönelik tıbbi hatalar ve hasta güvenliğine ilişkin eğitim öncesi ve sonrası yapılan test sonuçları değerlendirildiğinde, tüm hastaneler kapsa-

mında hemşireler ön testten 46.35 ± 10.68 alırken, son testten 71.14 ± 14.21 ortalama puan almışlardır. Ayrıca, hemşirelerin ön ve son test sonuçlarına göre üniversite/özel hastane hemşireleri ile kamu hastaneleri hemşirelerinin puanları karşılaştırıldığında, kamu hastaneleri hemşirelerine göre üniversite/özel hastane hemşirelerinin ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (MWU= 3130.0 ; $p= 0.291$ (Tablo 1). Son test puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (MWU= 3291.0 ; $p= 0.578$) (Tablo 1).

Tablo 1. Hastanelere Göre Hemşirelerin Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği Eğitiminin Ön-Son Test Puan Ortalamaları

Hastaneler	n	Ön test		Son test	
		Ort. Sıra	Med.	Ort. Sıra	Med.
Üniversite ve Özel Hastane	53	86.06	45	89.09	70
Kamu Hastaneleri	131	95.11	50	93.88	70
Toplam	184				
MWU; p değeri=		3130.0; 0.291		3291.0; 0.578	

Bununla birlikte, tüm hemşirelerin eğitiminin ön test ve son test puanları arasında pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki bulunurken ($r=0.34$; $p= 0.000$), üniversite hastanesinde ($r=0.45$; $p= 0.001$) ve kamu hastanelerinde ($r=0.31$; $p= 0.000$) yapılan eğitimlerin ön ve son test puanları arasında da pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca, yapılan eğitim sonucunda hemşirelerin ön test ve son test puanları karşılaştırıldığında, tüm hemşirelerin ($z= -11.48$; $p= 0.000$), üniversite/özel hastanesindeki ($z= -6.185$; $p= 0.000$) ve kamu hastanesindeki ($z= -9.695$; $p= 0.000$) hemşirelerin ön ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Hemşirelerin demografik özellikleri ile ön ve son test puanları karşılaştırıldığında ise, tıbbi hatalara ve hasta güvenliğine ilişkin eğitim/toplantılarına katılan hemşirelerin son test puanları katılmadığını söyleyen hemşirelere göre daha yüksek olarak saptanmıştır (MWU= 2807; $p= 0.009$) (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliğine İlişkin Eğitim Toplantılarına Katılım Durumuna Göre İle Ön-Son Test Puanlarının Karşılaştırılması

Toplantıya Katılma Durumu	n	Ön test		Son test	
		Ort. Sıra	Medyan	Ort. Sıra	Medyan
Toplantıya katılmış	125	94.80	45	99.54	70
Toplantıya katılmamış	59	87.64	45	77.58	70
Toplam	184				
MWU; p değeri=		3400.5; 0.389		2807; 0.009	

Bununla birlikte, yaş, mesleki deneyim, kurumda çalışma ve serviste çalışma yılı ile ön ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca, medeni durum, eğitim durumu, pozisyon, çalışılan ünite ve tıbbi hatalara/hasta güvenliğine ilişkin eğitimlerin yararına inanma durumu ile ön ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 3. Hemşirelerin tıbbi hatalara ilişkin ön ve son testte bulunan her bir soruya verdikleri cevapların karşılaştırılması (n=184)

Sorular		Son Test						McNamer p değeri
		Ön Test	Yanlış		Doğru		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	
Soru 1	Yanlış	36	30	86	70	122	100	p=0.000
	Doğru	7	11	55	89	62	100	
	Toplam	43	23	141	77	184	100	
Soru 2	Yanlış	55	49	58	51	113	100	p=0.000
	Doğru	22	31	49	69	71	100	
	Toplam	77	42	107	58	184	100	
Soru 3	Yanlış	31	40	47	60	78	100	p=0.000
	Doğru	18	17	88	83	106	100	
	Toplam	49	27	135	73	184	100	
Soru 4	Yanlış	32	50	32	50	64	100	p=0.512
	Doğru	26	22	94	78	120	100	
	Toplam	58	32	126	68	184	100	
Soru 5	Yanlış	25	25	76	75	101	100	p=0.000
	Doğru	22	27	61	73	83	100	
	Toplam	47	25	137	75	184	100	

Soru 6	Yanlış	42	32	90	68	132	100	p=0.000
	Doğru	4	8	48	92	52	100	
	Toplam	46	25	138	75	184	100	
Soru 7	Yanlış	7	13	45	87	52	100	p=0.000
	Doğru	16	12	116	88	132	100	
	Toplam	23	12	161	88	184	100	
Soru 8	Yanlış	75	52	68	48	143	100	p=0.000
	Doğru	13	32	28	68	41	100	
	Toplam	88	48	96	52	185	100	
Soru 9	Yanlış	6	7	78	93	84	100	p=0.000
	Doğru	8	8	92	92	100	100	
	Toplam	14	8	170	92	184	100	
Soru 10	Yanlış	43	41	62	59	105	100	p=0.000
	Doğru	11	14	68	86	79	100	
	Toplam	54	29	130	71	184	100	
Soru 11	Yanlış	49	39	77	61	126	100	p=0.000
	Doğru	20	35	38	65	58	100	
	Toplam	69	37	115	63	184	100	
Soru 12	Yanlış	151	90	16	10	167	100	p=0.711
	Doğru	13	76	4	24	17	100	
	Toplam	164	89	20	11	184	100	
Soru 13	Yanlış	27	30	63	70	90	100	p=0.000
	Doğru	25	27	69	73	94	100	
	Toplam	52	28	132	72	184	100	
Soru 14	Yanlış	43	31	97	69	140	100	p=0.000
	Doğru	6	14	38	86	44	100	
	Toplam	49	27	135	73	184	100	
Soru 15	Yanlış	0	0	9	100	9	100	p=0.021
	Doğru	1	1	174	99	175	100	
	Toplam	1	1	183	99	184	100	
Soru 16	Yanlış	2	11	16	89	18	100	p=1.000
	Doğru	16	10	150	90	166	100	
	Toplam	18	10	166	90	184	100	
Soru 17	Yanlış	12	19	50	81	62	100	p=0.000
	Doğru	5	4	117	96	122	100	
	Toplam	17	9	167	91	184	100	
Soru 18	Yanlış	143	83	30	17	173	100	p=0.000
	Doğru	7	64	4	36	11	100	
	Toplam	150	82	34	18	184	100	

Soru 19	Yanlış	5	12	36	88	41	100	p=0.000
	Doğru	3	2	140	98	143	100	
	Toplam	8	4	176	96	184	100	
Soru 20	Yanlış	31	20	123	80	154	100	p=0.000
	Doğru	4	13	26	87	30	100	
	Toplam	35	19	149	81	184	100	

Hemşirelerin ön test ile son testte bulunan her bir soruya verdikleri cevaplar karşılaştırıldığında, hemşirelerin 3 soruya (4., 12. ve 16. sorular) verdikleri cevaplar hariç ($p>0.05$) diğer 17 soruya verdikleri cevapların ön ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Bu farkın nedeni son test puanların ön test puanlarından yüksek olmasıdır.

TARTIŞMA

Eğitim, hemşirelik ve sağlık hizmetlerinde güvenlik ve yüksek kalitenin geliştirilmesinde (Steven, Magnusson, Smith ve Pearson 2013, Mansour 2012, Slater, Lawton, Armitage, Bibby ve Wright 2012), bakım ve tedavi hataları ile beklenmedik olayların önlenmesinde önemli bir rol oynar (Alcan ve ark. 2012). Anna LeMahieu (2017) çalışmasında hemşirelerin uygulama hatalarının tedavi (%31) ile ilgili olduğunu tespit etmiştir. Tıbbi personel ile ilgili sistem sorunları tıbbi personelin inisiyatifi dışında olan personel sayısının azlığı gibi sorunların yanında, dolaylı olarak tıp personeli ile ilgili olan meslek öncesi ve sonrası eğitim eksikliği gibi sorunlardan kaynaklanmaktadır (Saygın ve Keklik 2014; Kahrman ve Öztürk 2016). Bir başka ifade ile birçok hata bilgisizlikten ve deneyimsizlikten kaynaklanmaktadır. Bilimsel gelişmelere bağlı olarak önceki dönemlerde yapılan bazı uygulamaların bu gün geçerliliği kalmamakta ve bilgilerini yenilemeyen personelin de hata yapma olasılığı yükselmektedir (Temel 2005; Özata ve Altuncan 2010). Kuruma ve bölüme oryantasyon, hizmet içi eğitim ve iletişim eksiklikleri hemşirelerin performansını azaltmakta ve hata eğilimini artırmaktadır. Ayrıca, insana hizmet verdiği için en iyi şekilde eğitim görmesi gereken hemşirelere hemşirelik okullarında yeterli pratik ve kuramsal eğitimin verilememesi de sağlık hizmet kalitesini düşürmekte ve tıbbi hata oranlarını artırmaktadır (Altuncan 2009). Bu nedenle tıbbi hataların önlenmesi ya da sayısının azaltılması ve hasta güvenliğinin

sağlanabilmesi için genellikle orta yaşlarda, evli, lisans mezunu, kamu hastanelerinde, hemşire pozisyonunda ve çoğunlukla servislerde çalışan hemşirelere yönelik eğitim yapılmıştır. Gerçekleştirilen eğitim sonrası hemşirelerin bilgi düzeylerinin önemli düzeyde arttığı saptanmıştır. Ayrıca eğitim öncesi teste göre eğitim sonrası yapılan son testteki sorulara hemşirelerin %85'inin doğru cevap vermesi ve son test puanların yüksek olması eğitimin etkili olduğunu göstermiştir. Aykal ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada da kan ve kan ürünleri transfüzyonu güvenliğine ilişkin yapılan hizmet içi eğitiminin hemşirelerin bilgi düzeyini artırdığı saptanmıştır. Bununla birlikte araştırma sonuçlarımızda daha önce tıbbi hatalar ve hasta güvenliğine ilişkin eğitim toplantılarına katılan hemşirelerin bilgi düzeylerinin daha fazla yükseldiği görülmüştür. Işık Andsoy, Kar ve Öztürk (2014) çalışması ile Karaca ve Arslan'ın (2014) çalışmasında da hemşirelerin çoğunluğunun hasta güvenliği eğitimi aldıkları ve bu eğitimi yeterli bulduklarını saptanmıştır. Bununla birlikte aynı çalışmalarda tıbbi hataların önlenmesi için hemşirelerin bilgi ve becerilerinin güçlendirilmesinin ve eğitimlerin yapılmasının gerektiği vurgulanmıştır. Çünkü Saygın ve Keklik'in (2014) çalışmasında belirttiği gibi sağlık profesyonelinin eğitim ve beceri eksikliği (%14'ü) tıbbi hata nedenleri arasındadır.

The Joint Commission tarafından 1995-2005 yılları arasında beklenmedik olayların kök nedenlerine ilişkin yaptığı bir incelemede oryantasyon ve eğitim beklenmedik olayların kök nedenleri arasında ikinci sırada gösterilmiştir (TTB 2011). Dolayısıyla hasta güvenliğinin ve olumlu hasta çıktılarının sağlanması için hemşirelerin eğitim döneminde kazandıkları yetkinlikler önemli görülmektedir. Bu yetkinlikler çalışma alanlarındaki oryantasyon programları ve devamlı eğitimler ile desteklenmelidir. Hemşire liderler hataları önlemek ve hasta güvenliğini geliştirmek için oryantasyon programlarına, sürekli eğitimlere öncelik vermeli ve eğitimleri desteklemelidirler (TTB 2011). Bu doğrultuda, Kuşuoğlu, Çöven, Kürtüncü Tanır, Aktaş'ın (2009) çalışmasında belirttiği gibi konuya ilişkin eğitimlerin tekrarlanması ya da sürekli eğitimlerin yapılması tıbbi hataların önlenmesi için bir gerekliliktir. Alemdar ve Aktaş'ın (2013) çalışmasında da hemşirelerin kliniklerine ilişkin hatalara yönelik eğitilmesi gerektiği belirtilmiştir. Yıldırım, Aksu, Çetin ve Şahan'ın (2009) çalışmasında da tıbbi uygulama hataları konusunda tıp eğitimi ve mezuniyet sonrası eğitim programlarıyla tıbbi hatalara ilişkin eğitimlerin hekimlerin farkında-

lıklarını artıracak ve yaşanacak muhtemel sorunların azaltılacağını belirtmesi konuya ilişkin eğitimlerin önemini ortaya koymuştur. Örneğin ilaç hataları, hasta düşmeleri, kan transfüzyon hataları, kısıtlamaya bağlı yaralanmalar, bebeklerin karışması, hastane enfeksiyonları gibi durumların önlenmesinde sürekli eğitim ve deneyimin önemli rolü olduğu vurgulanmaktadır (TTB 2011). Öztürk ve Kahriman'ın (2016) yaptığı çalışmada hasta düşmeleri ve enfeksiyonun önlenmesinde eğitimin etkinliğinin katkı sağladığı saptanmıştır.

Ayrıca, araştırma sonuçlarımızda yaş, mesleki deneyim, kurumda ve serviste çalışma yılı, medeni durum, eğitim durumu, pozisyon, çalışılan ünite, tıbbi hatalar ve hasta güvenliğine ilişkin eğitimlerin yararına inanma durumu hemşirelerin bilgi düzeylerini ölçen ön ve son test bilgi düzeylerini etkilememiştir.

Hemşire pratisyenleri ile ilgili uygulama hataları en yüksek oranda tanıya (% 41,46) ve tedaviye (% 30,79) aittir. Şiddetli hasta sonuçları en sık ayakta tedavi ortamında meydana geldi. Analiz edilen iddiaların çoğunda hemşire uygulayıcılar olaydan bağımsız olarak sorumluydular.

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Tıbbi hataların önlenmesi ve hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik yapılan eğitime ilişkin çalışma sonuçlarında, üniversite/özel hastane ve kamu hastanelerinde çalışan hemşirelere yönelik düzenlenen eğitimlerin ön test puanlarına göre son test puanları daha yüksek saptanmış ve eğitimin önemli ölçüde hemşirelerin bilgi ve farkındalık düzeylerini arttırdığı görülmüştür. Ayrıca hemşirelerin son test sorularının çoğuna doğru cevap vermesi ve daha önceden konuya ilişkin eğitime katılan hemşirelerin de puanlarının daha yüksek olması eğitimlerin etkili olduğunu ve tekrarlanmasının önemini ortaya koymuştur. Bu doğrultuda, tıbbi hatalara ve hasta güvenliğine yönelik düzenlenen ve planlanan bu eğitim programının Trabzon'daki sınırlı bir grup hemşireye yönelik düzenlenmesi, oysa eğitimlerin hemşirelerin bilgi ve farkındalık düzeyini arttırması nedeni ile hastanelerde belirli aralıklarla hemşire ve sağlık personeline yönelik tekrarlayan eğitimlerin yapılması önerilmektedir. Ayrıca hemşirelerin daha çok bilgi düzeyini arttırmaya yönelik bu teorik ağırlıklı eğitimlerin yanı sıra senaryolar üzerinden simülasyon ortamında yaratıcı drama

tekniklerinden de yararlanılarak pratiğe dönük eğitimlerin yapılması konu ile ilgilenen araştırmacılara önerilmektedir.

MADDİ DESTEK

Bu araştırma, “Hemşirelerin tanı, tedavi ve bakım uygulamaları sırasında tıbbi hata oranlarının değerlendirilmesi” başlıklı (Proje No: 2014.2) Vehbi Koç Vakfı Hemşirelik Fonu tarafından maddi olarak desteklenen bir proje kapsamında yürütülmüştür.

KAYNAKÇA

- Alcan, Z; Tekin D.E; Civil S.Ö. (2012). Hasta Güvenliği. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
- Alemdar D.K, Aktaş Y.Y. (2013). Medical error types and causes made by nurses in Turkey. TAF Prev. Med. Bull., 12: 307-314.
- Altuncan, H. (2009). Hemşirelik hizmeti sunan sağlık personelinde malpraktis: Konya örneği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.
- Akalın, E.H. (2005). Yoğun bakım ünitesinde hasta güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi, 5: 141-146.
- Aykal, G, Esen, H, Şen, Z, Ertuğrul, S, Söyler, A, Cerit, N. (2014). Transfüzyon eğitiminin değerlendirilmesi. Ünal, D., Güler, H., Öztürk, A.V. (Ed.). Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı. TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, s:27-29.
- Brennan, T.A, Hebert, L.E, Laird, N.M, Lawthers, A, Thorpe, KE, Leape, L.L, et al. (1991). Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care. Journal of the American Medical Association, 265: 3265-3269.
- Clancy, C.M, Farquhar, M.B, Collins Sharp, B.A. (2005). Patient safety in nursing practice. Journal of Nursing Care Quality, 20: 193-197.
- Demir, Zencirci, A. (2010) Hemşirelik ve hatalı tıbbi uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi, 1: 67-74.
- Dhankhar, P, Khan, M.M, Bagga, S. (2007). Effect of medical malpractice on resource use and mortality of AMI patients. Journal of Empirical Legal Studies, 4: 163–183.
- Institute of medicine (IOM). (1999). To Err is Human: Building A Safer Health System. Consensus Report of Institute of Medicine. November 1. Erişim Adresi:

<http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>.

- Işık Andsoy, I, Kar, G, Öztürk, Ö. (2014). Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerine yönelik bir çalışma. HSP, 1(1):17-27.
- Johnstone, M.J, Kanitsaki O. (2007). Clinical risk management and patient safety education for nurses: A critique. Nurse Education Today, 27: 185-191.
- Kahrıman, İ. Öztürk, H. (2016). Evaluating medical errors made by nurses during thesır diagnosis, traetment and care practices. Jurnal of Clinical Nursing, 25:2885-2892.
- Kahrıman, İ; Öztürk, H; Babacan, E. (2015). Hemşirelerin tanı, tedavi ve bakım uygulamaları sırasında tıbbi hata oranlarının değerlendirilmesi. Vehbi Koç Vakfı Hemşirelik Fonu Proje Raporu, Proje No: 2014.2, Trabzon.
- Karaca, A, Arslan, H. (2014). Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1(1): 9-18.
- Kuğuoğlu, S; Çövener, Ç; Kürtüncü Tanır M; Aktaş, E. (2009). İlaç uygulamalarında hemşirenin mesleki ve yasal sorumluluğu. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(2): 86-93.
- Kumar, S, Chaudhary, S. (2009). Medical errors and consequent adverse events in critically ill sugical patients in a tertiary care teaching hospital in Delhi. Journal of Emergencies Trauma and Shock, 2: 80-84.
- Mansour, M. (2012). Current assesment of patient safety education. British Journal of Nursing, 21(9): 536-543.
- Anna, LeMahieu. (2017). Nurse practitioner malpractice data: Informing nursing education. Journal of Professional Nursing, 33 (4): 271-275.
- Milligan, F.J. (2007). Establishing a culture for patient safety-the role of education. Nurse Education Today, 27: 95-102.
- Nath, S.B, Marcus, S.C. (2006). Medical errors in psychiatry. Harvard Review of Psychiatry, 14: 204-211.
- Özata, M, Altuncan, H. (2010). Hastanelerde tıbbi hata görölme sıklıkları. Tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya Örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi, 8: 100-111.
- Saygın, T; Keklik, B. (2014). Tıbbi hata nedenleri üzerine bir araştırma: Isparta İli Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 17(2): 99-118.
- Slater, B.L, Lawton, R, Armitage, G, Bibby, J, Wright, J. (2012). Training and action for patient safety: Embedding interperofessional eduction for patient safety

within an improvement methodology. *Journal of Continuing Education in the Health Profession*, 32(2): 9-80.

- Slonim, A.D, LaFleur, B.J, Wendy, A and Joseph, J.G. (2003). Hospital-reported medical errors in children. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics* 111: 617–621.
- Sharpe, C.C. (1999). *Nursing Malpractice Liability And Risk Management*. Greenwood Publishing Group, London.
- Steven, A, Magnusson, C, Smith, P, Pearson, P.H. (2013). Patient safety in nursing education: contexts, tensions and feelings safe to learn. *Nurse Education Today*: 1-8.
- Türk Dil Kurumu (TDK) (2013). Büyük Türkçe Sözlük. T.C. Başbakanlık Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Türk Dil Kurumu. Erişim Adresi: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.51eed57134d266.45603899 Erişim Tarihi : 23.07.2013.
- Temel, M. (2005). Sağlık personelinin ilgilendiren önemli bir konu: Malpraktis. *Hemşirelik Forum Dergisi*, s:84-90.
- Türk Tabipler Birliği (TTB) (2011). Hemşirelere Hasta Güvenliği Eğitimi. Çakmakçı, M, Akalın, H.E. (Ed.). *Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya*, Füsün Sayek TTB Raporları/Kitapları- 2011. Birinci Baskı. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara.
- Wong, J, Beglaryan, B. (2004). Strategies for hospitals to improve patient safety: A Review of the Research. Erişim Adresi: <http://www.providence.on.ca/wp-content/uploads/2012/05/Change-Foundation-Improve-Patient-Safety.pdf>. Erişim Tarihi: 23.07.2013.
- Yıldırım, A, Aksu, M, Çetin, İ, Şahan A.G. (2009). Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 31: 356-366.

Türkiye Klinik Kalite Programı; Sağlık Hizmet Sunucuları, Hasta ve Hasta Yakınlarının Kalite Algısı

Hakkı GÜRSÖZ¹
Mahmood ADİL²
Abdullah ÖZTÜRK³
Dilek TARHAN⁴
Hilal AKSOY⁵
Şuule GÜNDÜZ⁶
İbrahim HALİL KAYRAL⁷
Elife DİLMAÇ⁸
Hüseyin ÖZBAY⁹
Sema ZERGEROĞLU¹⁰
Merve AKIN¹¹
Bilgehan KARADAYI¹²
Bilgehan KARADAYI¹³
Kemal TEKİN¹⁴
Aydın SARI¹⁵
Mustafa Said YILDIZ¹⁶
Bora AVCI¹⁷

- 1 Dr., Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
- 2 Prof. Dr., NHS National Services Scotland
- 3 Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı
- 4 Uzm. Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı
- 5 Uzm. Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı
- 6 Hemşire, T.C. Sağlık Bakanlığı
- 7 Dr., Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB)
- 8 PhD, T.C. Sağlık Bakanlığı
- 9 Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı
- 10 Doç. Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı
- 11 Op. Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı
- 12 Uzm. Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı
- 13 Yrd. Doç., T.C. Sağlık Bakanlığı
- 14 Yrd. Doç. Dr., Türk Hava Kurumu Üniversitesi,
- 15 Uzm. Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı
- 16 Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı
- 17 T.C. Sağlık Bakanlığı

ÖZ

Bakanlığımız tarafından Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalitesinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesine yönelik çalışmalar 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlamıştır. Kalite kavramının geliştirilmesinde kullanıcıların görüş ve önerilerinin alınarak bu sürece dahil edilmeleri sağlanmalıdır. Bu çalışmanın amacı Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kalitenin hizmet alan hastalar, hasta yakınları, sağlık yöneticileri ve sağlık çalışanları tarafından nasıl algılandığını ortaya koymak ve hastaların hizmet sunumuna ilişkin algılarından yola çıkarak, ulusal düzeyde kabul görececek bir kalite tanımı yapmak ve belirlenen üç durum (diyabet, gebelik, diz protezi) için ülkedeki mevcut hasta yolunu tanımlamaktır. Araştırma Nisan 2012 ve Haziran 2012 arasında anket yöntemi kullanılarak yürütülmüştür. Çalışmanın sonucunda klinik kalite kavramı, “Kanıtı dayalı tıp uygulamaları ile doğru teşhis ve tedavinin sağlanması, hataların önlenmesi, bakım sürecinin iyileştirilmesi, hasta ve çalışanların memnuniyetinin artırılması ve en iyi sağlık sonuçlarına ulaşılmasıdır” olarak tanımlanmıştır. Araştırma sonucunda ayrıca hizmet kalitesinin unsurları da ortaya konmuştur.

Anahtar kelimeler: Kalite; Klinik Kalite; Sağlık Hizmeti; Türkiye

Turkey Clinical Quality Program; The Quality Perception of Healthcare Providers, Patients and Patients' Relatives

ABSTRACT

The studies for monitoring, evaluation and improving the health care quality in Turkey was initiated with the Health Transformation Program in 2003. In the development of the quality concept, the opinions and recommendations of the users should be taken and included in this process. The aim of this study is to demonstrate how quality is perceived by patients, patients' relatives, healthcare providers and healthcare professionals and to provide a national quality definition by taking account the perception of patients and to define the current pathway for three health conditions(diabetes, pregnancy, knee prosthesis) The study was conducted between April 2012 and June 2012 by using survey method. As a result of the study the clinical quality was defined as“ Providing correct diagnosis and treatment with evidence-based medicine applications, preventing mistakes, enhancement of care period, increasing patient and employee satisfaction and achieving best health outcomes. Elements of service quality were also revealed.

Key words: Quality; Clinical Quality; Healthcare Service; Turkey.

GİRİŞ ve AMAÇ

Bakanlığımız tarafından Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalitesinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesine yönelik çalışmalar 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlamıştır. Sağlıkta kalite standartları ile sağlık kurumlarında kalite yönetiminin temel esasları ortaya konmuştur. 2012 Şubat ayı itibari ile Türkiye Klinik Kalite Programı uygulamaları gündeme gelmiştir.

Kalite kavramı; günümüzde, günlük yaşam da dahil birçok alanda kullanılan ve gerçekleştirilmesi istenen bir kavram olmakla birlikte; kavramın ne olduğu konusunda herkesçe kabul görmüş bir tanımdan bahsedilememektedir.

Sağlık hizmet kalitesinin tanımlanmasının zor olduğu kadar, ölçülmesi de zordur (Argan, 2002). Sağlık hizmeti kalitesinin tarihsel süreç içinde birçok tanımı yapılmış ve bu tanımlar, tanımı yapanın bakış açısı ve yaklaşımına göre farklı açılardan bir çok kavramı ele almıştır. Örneğin, sağlık hizmeti kalitesini yalnızca tıbbi faaliyetler açısından ele alan bir tanıma göre kalite; bir hastalık ya da durumun bir fonksiyonu olarak bireyin sağlık durumunda meydana gelebilecek bir gerilemeyi en azından durduracak ya da iyileşme sağlayacak bir biçimde belli faaliyetlerin yerine getirilmesidir (Caldwell, 1998).

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

Sağlıkta kalite artışı daha sağlıklı bir yaşama ve maliyetlerde azalmaya katkı sağlayacaktır (The Joint Commission, 2011,2012).

Sağlık hizmeti veren tüm kuruluşların belli bir kalite standardında hizmet verdiklerinin belirlenmesi, tüm toplumun yararına olacak bir uygulamadır. Bu tip bir uygulama ancak ulusal bir strateji ve programla sağlanabilir (Institute of Medicine, 2001).

Dünya Sağlık Örgütü’nün hedefleri, ülke sağlık sisteminin yapısı, gereklilik ve öncelikleri esas alınarak sağlıkta kalite çalışmaları tasarlanmalıdır. Kalite kavramının geliştirilmesinde kullanıcıların görüş ve önerilerinin alınarak bu sürece dâhil edilmeleri sağlanmalıdır.

Bu çalışmanın amacı Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kalitenin hizmet alan hastalar, yakınları, sağlık yöneticileri ve sağlık çalışanları tarafından nasıl algılandığını ortaya koymak ve hastaların hizmet sunumuna ilişkin algılarından yola çıkarak, ulusal düzeyde kabul görececek bir kalite tanımı yapmak ve belirlenen üç durum (diyabet, gebelik, diz protezi) için ülkedeki mevcut hasta yolunu tanımlamaktır.

KAPSAM ve YÖNTEM

Araştırma Nisan 2012 ve Haziran 2012 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anketler 2 aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada Ankara ve Eskişehir’de bir ön çalışma yapılmıştır. Bu ön çalışma sonucunda anketlere son şekli verilmiştir. Anketler il kalite koordinatörlükleri aracılığı ile uygulanmıştır.

Sağlık çalışanlarına uygulanan anketler (Anket A); 1., 2. ve 3. basamakta kamu, özel ve üniversitede ayrı ayrı olmak üzere hekim, hemşire ve yönetici düzeyinde sınıflandırılarak uygulanmıştır.

A grubu anketlerde, katılımcılara (genel) kalite, klinik kalite ve hizmet kalitesi kavramlarına ilişkin tanımlamalar aktarılarak bu tanımlara katılıp katılmadıkları sorulmuş ve ardından eklemek veya düzeltmek istedikleri bir şey varsa bunları belirtmeleri istenmiştir. Her alan 7 sorudan oluşmakta ve toplamda 21 soru bulunmaktadır. Son soru olarak ise, kalite konusunda pilot bölge olmayı isteyip istemedikleri sorulmuştur.

Hastalara ve hasta yakınlarına uygulanan anketler (Anket B), 1., 2. ve 3. basamakta ayrı ayrı olmak üzere belirlenen 3 sağlık sorunu için uygulanmıştır.

B grubu anketlerde ise hasta veya hasta yakınlarına, teşhis öncesi, tedavi/hastanede yatış sırasında ve taburcu/takip sonrası yaşadıkları memnuniyetsizliklerin ve memnun olma nedenleri sorulmuştur. B grubu anketler 26 sorudan oluşmuştur.

Anketler, ülke çapında 7 coğrafi bölgede (gelişmişlik düzeyi en yüksek ve en düşük olan) 2’şer ilde olmak üzere toplam 14 ilde uygulanmıştır. A grubu anketler (Sağlık çalışanlarına yönelik) için 3177 ve B grubu anketler (hasta ve hasta yakınları) için 1766 olmak üzere toplam 4943 anket uygulanmıştır.

Anket verileri SPSS programı kullanarak hesaplanmıştır. A grubu anket formunda yer alan “evet-hayır” cevaplarına yönelik frekans ve yüzdelere hesaplanmıştır. Bu anket forumunda yer alan her bir soruya yönelik olarak kurumdaki görev, meslek, branş, yaş ve cinsiyetlerine göre çapraz tablolar hazırlanmıştır. Anket formunda her bir sorunun altında yer alan açık uçlu sorular, gerekli nitel araştırma yöntemleri kullanılarak kategoriler ortaya çıkartılıp analiz edilmiştir.

B grubu anketlerin analizinde ise tedavi olma sebeplerine, öğrenim durumlarına, cinsiyetlerine, yaşlarına ve anket katılımcısının hasta ya da hasta yakını olma durumlarına göre her bir kategorinin frekans ve yüzdelere hesaplanmıştır.

BULGULAR

Kalite tanımlarına katılım açısından görev, meslek, branş, yaş ve cinsiyet bakımından anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir. Genel olarak kalite tanımına katılanların oranı % 95,7, klinik kalite tanımına katılanların oranı % 94,2 ve hizmet kalitesi tanımına katılanların oranı % 94,9 olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla her üç kalite tanımına katılanların oranının da çok yüksek olduğu söylenebilir.

Bu tanımlara katılmayanların oranı kalite için % 4,3, klinik kalite için % 5,8 ve hizmet kalitesi için %5,1'dir.

Tablo 1: (Genel) kalite konusunda eklenmesi/düzeltilmesi istenen hususlar:

Çalışan hakları birimi açılması gerekmektedir / çalışan memnuniyeti sağlanmalı	%18,9
Çalışan güvenliği sağlanmalı	%15,1
Uzman / çok iyi eğitilmiş bir personel	%10,2
Kalite kavramı olmazsa olmaz / kaliteli hizmet sağlanmalı	%8,3
Hizmet kalitesi artırılmalı	%7,9
Hasta hakları oluşturulmalı / hasta memnuniyeti sağlanmalı	%7,5
Hasta güvenliği oluşturulmalı	%6,0
Toplam kişi sayısı	264

Bu bulgulara göre, (genel) kalite tanımına çalışanlarla ilgili bir ekleme yapılabilir. Özellikle “çalışanın güvenliğini ve memnuniyetini de esas alan kaliteli personel” gibi bir ekleme yapılabilir.

Tablo 2: Klinik kalite konusunda eklenmesi/düzeltilmesi istenen hususlar

Çalışan memnuniyeti sağlanmalı	%13,7
Klinik kalite hasta sonuçlarına göre değerlendirilmez	%10,2
Hasta hakları konusu ele alınmalı	%7,6
Hastanın sorunlarına gerçekçi çözümler bulan bir süreç	%7,1
Hasta ve çalışan sonuçlarıyla birlikte ölçülür	%6,6
Hasta hizmet süreçleri hakkında bilgilendirilmeli	%5,6
Personelin çalıştığı ortam	%5,1
Toplam kişi sayısı	197

Bu bulgulara göre, klinik kalite tanımına “hasta ve çalışan memnuniyetinin” birlikte ele alındığını ifade eden bir ekleme yapılabilir.

Tablo 3: Hizmet kalitesi konusunda eklenmesi/düzeltilmesi istenen hususlar

Çalışanların bilgili olması / eğitimi olması gerekir	%14,5
Ofis malzemelerinin eski olması	%10,8
Sağlık koşullarının fiziksel koşulları uygun olmaması	%8,1
Hizmet veren kesimin mutlu-huzurlu çalışmaları gerekmekte	%7,5
Kaliteli hizmet sağlanmalıdır	%7,0
Hastalara bilgilendirme yapılmalıdır	%5,9
Toplum geliştirilmesi gerekir	%5,4
Toplam kişi sayısı	186

Bu bulgulara göre, hizmet kalitesi tanımına, “çalışanların eğitimi”, kalitesi ofis malzemeleri” ve “fiziki koşulların yeterliliği” gibi bir ekleme yapılabilir.

Her üç kalite tanımı açısından da, eklenmek/düzeltilmek istenen hususlarda görev, meslek, branş, yaş ve cinsiyet açısından anlamlı bir farklılaşma gözlenmemiştir.

Tablo 4: Hasta veya hasta yakınlarının teşhis öncesinde yaşadıkları memnuniyetsizlik nedenleri

Kalabalık olması / Çok sıra var	%11.4
Ağrılarım çok	%7.4
Yürüyemiyorum / yürümede zorluk	%7.1
Huzursuzluk / tedirginlik / endişe	%6.3
Diz ağrısı	%5.6
Gereken ilginin gösterilmemesi	%5.3
Toplam kişi sayısı	806

Tedavi sebebi “gebelik” olanların “kalabalık olması/ çok sıra olması” konusunda diğer gruplara göre daha fazla memnuniyetsiz olduğu görülmüştür.

Tablo 5: Hasta veya hasta yakınlarının tedavi/hastanede yatış sırasında yaşadıkları memnuniyetsizlik nedenleri

Doktorların / hemşirelerin ilgisizliği	%12.6
Temiz / hijyenik değildi	%7.5
Odalar çok kalabalık	%7.1
Çok sıra bekliyoruz / çok bekletiliyoruz	%6.0
Yatış işlemleri sırasında çok bekledim	%5.6
Doktorların / hemşirelerin bize bilgi vermemesi	%4.5
Çalışanlar / personel çok kabaydı / davranışları , tutumları hoş değil	%4.5
Yemekler kötü	%4.5
Toplam kişi sayısı	467

Tedavi sebebi “diyabet” olanların daha fazla memnuniyetsiz olma nedenleri “yemeklerin kötü olması, ilaç kullanımının zor olması” diğer gruplara göre daha öndedir.

Tedavi sebebi “gebelik” olanların ise “çok bekletilmek, doktorlar/hemşireler tarafından bilgilendirilmemek” konularında yaşadığı memnuniyetsizlik diğer gruplara göre daha fazladır.

Tablo 6: Hasta veya hasta yakınlarının taburcu/takip sonrası yaşadıkları memnuniyetsizlik nedenleri:

Taburcu sonrası uygulanan tedavi (evde ilaç tedavisi,diyet gibi)	%21.7
Şikayetlerimin devam etmesi	%12.3
Yeterli ilgi göremedim / taburcu edildikten sonra doktorum tarafından aranmadım	%11.1
Hastalığımla ilgili yeterince bilgilendirilmedim	%7.2
Taburcu işlemlerinin yavaş sürmesi	%6.4
Doktora istediğim zaman ulaşamıyorum	%5.5
Toplam kişi sayısı	235

Tedavi sebebi “diyabet” olanların “taburcu sonrası tedavinin devam etmesi ve şikayetlerinin devam etmesi” konularında yaşadığı memnuniyetsizlik diğer gruplara göre daha yüksektir. Diz protezi grubundakilerin “dizini bükememe” konusunda memnuniyetsiz olduğu dikkat çekmektedir.

Tablo 7: Hasta veya hasta yakınlarının teşhis öncesinde yaşadıkları memnun olma nedenleri

Doktorlar, hemşireler, sağlık personeli ilgili / Alakalılar	%30.0
Memnunum / İyi	%9.6
Bilgilendirildim / ayrıntılı bir şekilde bilgilendirildim	%6.4
Güleryüzlü olmaları	%6.4
Doktorumuz / aile hekimimiz iyiydi / memnun kaldım	%6.1
Sıra beklemiyorum	%4.5
Toplam kişi sayısı	1809

Tedavi sebebi gebelik olanların “doktorların, hemşirelerin, sağlık personelinin ilgili olmaları ve güleryüzlü olmaları” konularında diğer gruplara göre daha fazla oranda memnun oldukları gözlenmiştir.

Tablo 8: Hasta veya hasta yakınlarının tedavi/hastanede yatış sırasında yaşadıkları memnun olma nedenleri

Hemşireler / Doktorlar / sağlık personeli ilgili ve alakalılar	%34.7
Genel olarak memnunum / iyi	%9.6
Hastalık takibinin iyi yapılması	%6.4
Hemşireler / Doktorlar / sağlık personeli güleryüzlüler	%5.6
Başarılı / iyi tedavi yöntemleri var	%5.4
Doğru bilgilendirme	%5.3
Hastanenin temiz olması	%5.0
Toplam kişi sayısı	1843

Tedavi sebebi diyabet olanların “başarılı tedavi yöntemi” konusunda diğer gruplara nazaran daha fazla memnuniyet yaşadıkları görülmektedir.

Tablo 9: Hasta veya hasta yakınlarının taburcu/takip sonrası yaşadıkları memnun olma nedenleri:

Genel olarak memnunum / iyi	%24.1
Hemşireler / Doktorlar / sağlık personeli ilgili ve alakalılar	%13.2
Sağlığıma kavuşmuş bir şekilde taburcu oldum / iyileştim	%9.2
Taburcu edildikten sonra hastalık takibine devam edildi	%7.8
Taburcu sırasında çok yardımcı oldular / işlemleri kolay hallettik	%7.4
Düzenli kontrole çağırılmaları	%7.3
Gerekli bilgilerin verilmesi	%6.2
Taburcu olmadım / tedavi devam ediliyor	%5.0
Toplam kişi sayısı	1169

Diz protezi grubundakilerin “düzenli kontrole çağırılmaları” diğer gruplara göre daha fazla memnuniyet yaratan bir konudur.

Gebelik grubundakilerin “taburcu sırasında işlemlerin kolay hallolması” konusunda yaşadıkları memnuniyet diğer gruptakilere oranla daha yüksektir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Araştırmada katılımcılardan her üç kalite tanımında eklenmesi ve düzeltilmesi gereken hususlarda daha çok çalışan memnuniyeti ve güvenliği (%18,9) önemli husus olarak belirtilmiştir. Sağlık hizmeti sunumunda memnuniyet kavramı son yıllarda önem kazanan bir konu olmuştur

Sağlık kurumlarının memnun etmesi gereken geniş ve heterojen bir müşteri grubu bulunmaktadır. Hastalara sunulan hizmetin kalitesi çalışanlara sunulan hizmetin kalitesi ile doğru orantılıdır. Bir zincirin halkaları gibi birbirini tamamlar. Zincirin halkalarından birinde kopukluk olduğunda hastaya verilen hizmetin kalitesinde de aksamalar olur (Özer, 2007). Çalışma yaşamının bireyi, bireyin de çalışma yaşamını etkilediği bir gerçektir. Bu gelişimin olumlu yönde olması bireyin sağlığı ve kurumun başarısı ile sonuçlanır (Gözüm, 1997). Çalışan insanların beden ve ruh sağlığını sürdürebilmesi, bireyin çalışma yaşamının fizyolojik ve toplumsal kaynaklı zararlı etkilerden korunması, çağdaş bilimin temel amaçlarından biri olmuştur (Görgülü, 1998). Sağlık hizmeti sunumunda hasta memnuniyetini sağlamak için daha önce sağlık çalışanlarının memnuniyetinin sağlanması gerekliliği söylenebilir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanları kalite tanımının içinde çalışan güvenliğinin de olmasını istemişlerdir. Sağlık çalışanları gerek çalışma ortamlarından (enfeksiyon, kesici-deli alet ile yaralanma, radyasyon v.b.) gerekse hasta ve yakınları tarafından şiddete maruz kalma konusunda güvenlik açısından risk altındadır. Sağlık Sektöründe Mesleksi Şiddet 2002 raporuna göre tüm şiddet olaylarının %25'i sağlık sektöründe gerçekleşmektedir. Çamcı ve Kutlu tarafından yapılan araştırmada, Kocaeli ilinde sağlık çalışanlarına yönelik, işyeri şiddetine maruz kalma oranı çalışma hayatı boyunca %72.6, son 12 ayda ise %72.4 olarak bulunmuş. Yani sağlık çalışanlarının yaklaşık 3/4'ü işyerinde herhangi bir şiddet türüne maruz kalmıştır (Çamcı, 2011). Diğer taraftan sağlık çalışanları, mesleki nedenlerle enfekte kan ve vücut sıvılarına maruz kal-

mayı takiben önemli mortalite ve morbititeye neden olabilen hepatit B, hepatit C ve insan immün yetmezlik virüsüne (HIV) bağlı enfeksiyon hastalıklarına yakalanma açısından risk altındadır (Salman ,2014).

Hasta memnuniyeti hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde önemli bir unsurdur. Çalışmamıza katılan hastalar teşhis öncesi, yatış esnası ve teşhis sonrasında genel olarak verilen hizmetlerden memnun olduklarını belirtmişler ve sağlık personelinin ilgili ve alakalı olduklarını belirtmişlerdir. Hekimin hastaya olan davranışı ve kişiliği hastaların memnuniyet algısı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Chakraborty, 1993 ve Reifel,1997). Kıdak'ın 2008 yılında hasta memnuniyetini değerlendirdiği çalışmasında hastaların büyük çoğunluğu, çalışanlardan memnun olduklarını belirtmişler ve aldıkları tedavi ve bakımı hizmetlerini olumlu bulmuşlardır. Aynı çalışmada en büyük memnuniyetsizlik nedenleri ise hastanenin fiziksel koşulları, özellikle oda ve tuvalet temizlikleri ile yemeklerdir. (Kıdak, 2008). Yine başka bir devlet hastanesinde yapılan bir çalışmada, tuvalet ve banyoların niteliksiz oluşunun hastaların %70'inde stres sebebi olduğu bulunmuştur (Okuyucu, 1998).

Bazı çalışmalarda ise hastaların memnuniyet düzeylerinin cinsiyetlerine, yatış sürelerine ve yatış sürelerine göre farklılık gösterdiği bulunmuştur (Ejder Apay, 2009, Uzun, 2006, Arıkan Yurt, 1999, Bal,2001, Küçükkocabaş, 1993).

Ancak bizim çalışmamız çok daha geniş kapsamlı yapıldığı için bulgularımız ülkemizin durumunu daha net göstermektedir.

Çalışmamızda tedavi sebebi “diyabet” olanların daha fazla memnuniyetsiz olma nedenleri “yemeklerin kötü olması, ilaç kullanımının zor olması” diğer gruplara göre daha önde bulunmuştur. Yine aynı şekilde tedavi sebebi “diyabet” olanların “taburcu sonrası tedavinin devam etmesi ve şikayetlerinin devam etmesi” konularında yaşadığı memnuniyetsizlik diğer gruplara göre daha yüksektir. Bunun nedeni diyabetin kronik bir hastalık olması, bu nedenle düzenli bir takip ve tedavi gerektirmesi nedeniyle olabilir

Tedavi sebebi “gebelik” olanların ise “çok bekletilmek, doktorlar/hemşireler tarafından bilgilendirilmemek” konularında yaşadığı memnuniyetsizlik diğer gruplara göre daha fazla olduğu ortaya konulmuştur. Anne ölümlerinin ve

anne karnındaki bebekte meydana gelebilecek olumsuz durumların önlenmesi ve sağlıklı bebeklerin dünyaya gelmesinde gebelerin her vizitte bilgilendirilmesi son derece önemlidir.

Türkiye Klinik Kalite Programı çalışma ekibi yapılan araştırma sonucunda elde edilen verilere göre kalite tanımları üzerinde uzlaşa sağlanmıştır. Tanımların son hali Sağlık Bakanı onayı alındıktan sonra ülke genelinde de paylaşımı yapılmıştır.

Bu tanımlar şu şekildedir:

Kalite, en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak amacıyla, ihtiyacı olan herkese, çalışan güvenliği ve memnuniyetinden ödün vermeden, yeterli kaynaklara sahip tesislerde, iyi eğitilmiş uzmanlar tarafından, doğru uygulamalarla, doğru zamanda eşit hizmetin sağlanmasıdır

Kalitenin iki temel unsuru bulunmaktadır:

1. Klinik Kalite, kanıta dayalı tıp uygulamaları ile doğru teşhis ve tedavinin sağlanması, hataların önlenmesi, bakım sürecinin iyileştirilmesi, hasta ve çalışanların memnuniyetinin artırılması ve en iyi sağlık sonuçlarına ulaşılmasıdır.

2. Hizmet Kalitesi;

- Toplumdaki sağlık hizmeti ihtiyacının belirlenmesi,
- Asgari bekleme süreleri de göz önünde bulundurularak sağlık hizmetine erişimin kolaylaştırılması,
- Hasta-çalışan iletişiminin güçlendirilmesi,
- Tedavi sunma hızının ve yatış süresinin iyileştirilmesi,
- Sağlık tesisine ait fiziksel ortamların (odalar, yemek vb.) iyileştirilmesi,
- Yeterli kaynak ve ekipmana sahip iyi eğitilmiş çalışanların görevlendirilmesi,
- Sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanması yolu ile hasta ve sağlık çalışanlarının deneyimlerini geliştirerek, sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların etkili, etkin, verimli yönetimini ve yüksek performansa ulaşmasını sağlamaktır.

Çalışmamız sonucunda ortaya çıkan klinik kalite tanımı, “Türkiye Klinik Kalite Programı”nın temelini oluşturmuş olup bundan sonra program kapsamında değerlendirilecek olguların belirlenmesinde ve yol haritasının çizilmesinde kaynak olacaktır.

KAYNAKÇA

- Argan, M., Tokay Argan, M. (2002). “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Kalite ve Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesindeki Servislerde Yatan Hastalara Yönelik Bir Araştırma”. *Modern Hastane Yönetimi*, 6(2):10–17.
- Caldwell, C. (1998) Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim, Çevirmen:Osman AKINHAY. Sistem Yayıncılık No:184 İstanbul.
- Yüksel, F., Sadaklıoğlu, H. (2007). “Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Yerel Yönetimler”, Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi, 01-03 Haziran 2007 Yakın Doğu Üniversitesi Lefkoşa Kıbrıs.
- The Joint Commission. (2011). *Improving America’s Hospitals The Joint Commission’s Annual Report on Quality and Safety*.
- The Joint Commission. (2012). *Improving America’s Hospitals The Joint Commission’s Annual Report on Quality and Safety*.
- Institute of Medicine: *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
- Özer, A., Çakıl, E.(2007). “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler”. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(3):140-143.
- Gözüm, S. (1997). “Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Hemşire Ve Ebelerde İş Doyumunu Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Ve İş Doyumu, Tükenmişlik Ve İşe Devamsızlık Arasındaki İlişkinin Araştırılması”. *Hemşire*, 47:37-45.
- Görgülü, S. (1998). “Hemşirelik ve Anksiyete”. *Türk Hemşireleri Dergisi*, 38:23-28.
- Çamcı, O., Kutlu, Y. (2011). “Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi”*Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1):9-16.
- Salman, E.,Karahan, ZC. (2014).“Sağlık Çalışanlarında Enfeksiyon Riskleri ve Korunma: I. Kan ve Vücut Sıvıları Yoluyla Bulaşan Enfeksiyonlar” *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 67 (2).
- Chakraborty, G., Gaeth, GJ. (1993). “Understanding Consumer’s Preferences For Dental Care”. *J Health Care Mark*,13:48-49.

- Reifel, NM., Rana, H., Marcus, M. (1997).”Consumer Satisfaction”. Adv Dent Res, 11:281-290.
- Kıdak, LB., Aksaraylı, M. (2008). “Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması”. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 10(3):87-122.
- Okuyucu, H., Orhan, Z. (1998). “Kahramanmaraş Devlet Hastanesi’nde Yatan Hastaların Stres Durumlarının Araştırılması”. Modern Hastane Yönetimi, 2:20-24.
- Ejder Apay, S., Arslan, S.(2009).”Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Olma Düzeyleri”. TAF Prev Med Bull , 8(3):239-244.
- Uzun, E., Güney, M., Oral, B., Özsoy, M., Mungan, T. (2006). Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi: Verilen Hizmetlerle İlgili Hasta Memnuniyeti ve Etki Eden Faktörler”. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 3(3): 167-171.
- Arıkan Yurt, S. (1999). “Hemşirelik Hizmetlerinin Hasta Doyumu Üzerine Etkisi”. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Bal, R. (2001). “Eskişehir İlinde Sosyal Sigortalar Kurumu, Devlet ve Üniversite Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi Çerçevesinde Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Ölçülmesi”. Marmara Üniversitesi. Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Küçükkocabaş, H., Dönmez, A. (1993). “Hastaların Hemşirelik Hizmetlerini Değerlendirmeleri”. Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu, ss: 257-262.

Üniversitelerin Sağlıkla İlgili Lisans Programlarında Kalite Eğitimi: Türkiye Örneği

Hatice ULUSOY¹

Demet GÖKMEN KAVAK²

Nurperihan TOSUN³

Şule AYDIN⁴

ÖZ

Sağlık alanında kaliteli hizmet sunumu ile hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik bir kültür oluşturulması amacıyla hazırlanan kalite standartlarının başarılabilmesi için sağlık profesyonellerine, lisans eğitimleri sırasında bu alana yönelik bilgi, beceri ve tutum kazandırılması önemlidir. Bu çalışmanın amacı, sağlık alanında lisans eğitimi veren programların müfredatlarında kalite derslerinin yer alıp almadığını belirlemek ve ders içeriklerini inceleyerek konu ile ilgili bir profil ortaya koymaktır.

Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan bu çalışmanın verileri, Ocak- Şubat 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Bünyesinde tıp fakülteleri ile hemşirelik, ebelik ve sağlık yönetimi lisans eğitimi veren 162 üniversitenin, 317 lisans programının web sayfalarını taranarak ders programları ve içerikleri incelenmiştir. Veriler tanımlayıcı istatistiksel analizlerle değerlendirilmiştir. Çalışmada, kalite derslerinin üniversitelerin %71'inde olmadığı saptanmıştır. Program bazında incelendiğinde ise 317 lisans programının %82,3'ünde kalite ile ilgili bir dersin olmadığı belirlenmiştir. Sağlık yönetimi programlarının %52,1'inde, hemşirelik programlarının %14,5'inde, ebelik programlarının %5,2'sinde ve bir tıp fakültesinde kalite ile ilgili bir dersin bulunduğu

1 Cumhuriyet Üniversitesi/Sivas, hulusoy@cumhuriyet.edu.tr

2 Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB), kavakdemet@gmail.com

3 Cumhuriyet Üniversitesi/Sivas, nurperihankarabulut@gmail.com

4 Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi/Sivas, aydinsu@hotmail.com

saptanmıştır. Kalite derslerinin içeriği değerlendirildiğinde dersin daha çok TKY ile sınırlı kaldığı, hasta ve çalışan güvenliği konularını içeren bilgilerin müfredatta yeterince yer verilmediği saptanmıştır.

Sonuç olarak, programların ise çoğunluğunun müfredatlarında kalite derslerinin olmadığı, var olan kalite derslerinin içeriğinin sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta ve alışan gvenliğinin sağlanmasına yönelik kltr oluşturulmasına katkı sağlayacak nitelikte olmadığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kalite Eğitimi, Lisans Programı, Sağlık Profesyonelleri, Hasta ve alışan Gvenliği

Quality Education at The Health Related Undergraduate Programs: The Case Of Turkey

ABSTRACT

In order to reach and maintain quality standards and to create a safety culture, it is necessary for health professionals to acquire knowledge, skills and attitude in this field during their undergraduate education. This study aims to determine whether quality courses are included in the curriculum of undergraduate education in health sciences and examine the contents of the courses and prepare a profile about the subject.

The data of this cross-sectional and descriptive study were collected between January and February 2017. The web pages of 162 universities, 317 programs offering undergraduate education in medicine, nursing, midwifery and health management were examined and their curriculum and contents were thoroughly analysed. The data were evaluated by descriptive statistical analysis. It was found that quality courses were not included 71% of the universities. It was also found that 82.3% of the programs did not offered any quality course. Of the programs, 52.1% of health management programs, 14.5% of nursing programs, 5.2% of midwifery programs and only one faculty of medicine included a course, in their curriculum, about quality. When the contents of the quality courses were evaluated, it was revealed that the courses were mainly limited to TQM and the information related to the safety of patient and health workers were not included enough in the curriculum.

Consequently, it has been determined that the majority of the curriculum programs offering undergraduate health education do not provide quality courses and that the content of the existing quality courses does not contribute to the formation of a culture for maintaining the safety of patients and health workers in the delivery of health services.

Keywords: Quality Education, Undergraduate Education, Health Professionals, Safety Of Patients and Health Workers

1. GİRİŞ

Tüm dünyada hasta bakım kalitesinin optimal düzeyde geliştirilmesi, güvenli bir hasta bakım çevresinin yaratılması, hasta ve çalışanlara yönelik risklerin en aza indirilmesi, kalite iyileştirme ve hasta güvenliğinin sürekliliğinin sağlanması amacıyla bir dizi hasta ve organizasyonel yapı odaklı kalite sistemi geliştirildiği ve bu sistemler aracılığı ile sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerin iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yürütüldüğü bilinmektedir (Seddon ve ark., 2001). Bu gelişmeleri yakından takip etmek ve Türkiye’de de bu uygulamaların yaygınlaşmasını sağlamak giderek daha önemli hale gelmektedir.

Türkiye’de kaliteli sağlık hizmet sunumuna yönelik çabalar yeni olmamakla birlikte özellikle son yıllarda kalite alanında Sağlık Bakanlığı çatısı altında oluşturulan organizasyon yapısı ile birlikte, “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması” ana teması ile yürütülen çalışmalar sonucunda bu çabalar oldukça sistemli hale getirilmiştir. Bakanlık tarafından kalite ve akreditasyona yönelik standartların oluşturulması, sağlıkta kalite değerlendirmeleri, hasta ve çalışan güvenliği sempozyumları, kongreler vb. uygulamalar ile bu alanda önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Türkiye’de sağlık hizmetleri alanında kalite ve akreditasyon çalışmalarının yaygınlaşması hasta güvenliği konusunda duyarlılığın artmasını hızlandırmıştır.

Sağlık hizmetlerinde kalite, hasta ve çalışan güvenliği konuları yıllardır üzerinde yoğun tartışmalar yapılan ve gerekliliği konusunda hemen herkesin hemfikir olduğu, bu alanlarla ilgili önemli gelişmelerin yaşandığı bir konudur. Tüm bu gelişmelerin önemli noktalarından birisi de sağlık çalışanlarının, hasta ve çalışan güvenliği ile kalite konularında lisans eğitimleri esnasında eğitim almalarının gerekliliğidir. Klinik uygulamalar sırasında ortaya çıkabilen istenmeyen olayların önlenmesi, gerçekleşmesi halinde hızlı bir şekilde anlaşılması, hasta üzerindeki olumsuz etkilerinin hızlı bir şekilde giderilmesi ve gelecekteki olası sorunların en aza indirilmesi çalışmaları için tamamlayıcı eylemlere ve bu alanda yetişmiş, farkındalığı yüksek profesyonellere gereksinim duyulmaktadır (Varkey, 2010:4-7).

Hasta güvenliği önceleri Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) önderlik ettiği inisiyatifler sayesinde akademisyenlerin ve uygulamacılardan oluşan sınırlı bir

çevrenin gündeminde yer almıştır. Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen çalışmalar ve hazırlanan mevzuatlar ile birlikte hasta güvenliği, başta sağlık kuruluşları olmak üzere hastalar, akademisyenler, hukukçular, teknoloji üreten şirketler ve danışmanlar gibi çok geniş bir kitlenin ilgi alanına girmiştir. Türkiye’de düzenlenen hasta güvenliği temalı kongre ve toplantılar da bu yayılım sürecinde etkili olmuştur (SHGM, 2015).

Sağlık hizmetlerine yönelik uluslararası reformlar da büyük ölçüde kalite ve hasta ve çalışan güvenliğini iyileştirmeye odaklanmıştır (Institute of Medicine [IOM], 2001; WHO 2002). Ülkeler bu konularda çeşitli şekillerde çözümler üretirken ABD’de sağlık hizmeti sunucularının daha iyi eğitilmesi vurgulanmaktadır. 2003 yılında IOM tarafından hazırlanan “Sağlık Profesyonellerinin Eğitimi: En Yüksek Kaliteye Ulaşmanın Yolu” adlı rapor, tüm sağlık çalışanlarının hasta merkezli bakımla ilgili sahip olması gereken yeterlilik ve becerileri, disiplinlerarası ekiplerde çalışma, kanıta dayalı uygulama yapma, kalite geliştirme ilkelerinin uygulanması ve bilişim teknolojilerinin kullanımı şeklinde tanımlamaktadır. Rapor, bu alanlardaki içeriğin tüm sağlık profesyonellerinin eğitim programında yer almasının önemine dikkat çekmektedir (Day ve Smith, 2007: 138).

Konuyu hemşirelik mesleği açısından değerlendiren Sherwood ve Drenkard (2007) da hemşirelik eğitimi esnasında uygulanan müfredatın önemine dikkat çekerek, sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliğin sağlanmasında müfredatta yapılacak değişimlerin gerekliliği üzerinde durmuşlardır. Yazarlar yönetici ve eğitici hemşirelerin stratejik ortaklıklar yoluyla fakültenin gelişim ihtiyaçlarını belirlemeleri ve öğrencilerin karmaşık sağlık ortamlarına daha donanımlı hazırlanmalarının gereği üzerinde durmuşlardır. Bu bağlamda disiplinler arası bir ekibin parçası olarak çalışmanın, teorik eğitimle uygulama arasındaki açığın giderilmesinin, kalite ve güvenlik konularına yönelik disiplinlerarası uygulamaların lisans öğrenimi sırasında lisans müfredatına entegre edilmesinin önemine vurgu yapmışlardır (Sherwood, Drenkard, 2007:151-155). Benzer şekilde, IOM ve Amerikan Hemşirelik Okulları Birliği (AACN), kalite ve güvenlik ile ilgili temel yetkinliklerin geliştirilmesinde öğrencileri daha iyi hazırlamaya teşvik eden beklentiler oluşturulması ve hemşirelik öğrencilerini, güvenli ve yüksek kaliteli bakım sağlamak için gerekli bilgi ve beceriyle donatan bir müfredatı yeniden tasarlama çağrısında bulunmuşlardır (Masters, 2016: 154).

Bargagliotti ve Lancaster (2007) da kalite ve güvenlik odaklı müfredatların uygulanmasının, fakülte içi ve fakülteler arasında çalışmalar ve işbirliği yapmayı gerektirdiğini ifade ederek müfredatın ve yeterliliklerin değiştirilmesinin güç olabileceğini vurgulamakta, “bir müfredatın değiştirilmesinin mezarlığın yerinden taşınmasına benzediği” benzetmesi ile değişim süreçlerinde değer, inanç ve yarguların da değişmesi gerektiğini belirtmektedirler.

Aschenbrener ve ark. (2015) da sağlık sistemi içerisinde üzerinde durulması gereken önemli konulardan birisinin hekimlerin uygulama yaparken hasta güvenliğini veya bakım kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecek kişisel davranışları veya sistem sorunlarını tanımlama ve bunları çözme becerisini göstermelerini sağlamak olduğunu belirtmektedir. Yazarlar, tıp eğitiminde, klinik öğrenme ortamlarının doktorların davranışlarını şekillendiren en güçlü etkilerden biri olarak kabul edildiğini ifade ederek bu ortamlarda öğrenilen veya kazanılan iyi veya kötü alışkanlıkların pratikte devam etme eğiliminde olduğunu, bu nedenle tıp eğitimi esnasındaki klinik eğitimlerde hasta güvenliği ve hizmet kalitesinin geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadırlar (Aschenbrener ve ark.,2015: 1207).

Ülkemizdeki konu ile ilgili güncel gelişmelerden birisi sağlık mesleklerinin Ulusal Çekirdek Eğitim Programların (UÇEP) kabul edilmiş olmasıdır. Bu kapsamda “Sağlık Yönetimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2017”de sağlık yönetimi programlarında kalite yönetimi dersinin olması öngörülmüştür. Dersin içeriğinde sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi (kalite kavramı, kalite özellikleri, kalite denetimi, kalite güvencesi ve sistemleri, Toplam Kalite Yönetimi (TKY), sağlıkta akreditasyon vb.) ve hasta ve çalışan güvenliği (hasta ve çalışan güvenliği temel kavramlar, tıbbi hata türleri, tıbbi hataların hukuki yönü, yönetimin sorumluluğu, çalışan güvenliğini tehdit eden unsurlar ve yönetsel sorumluluklar, ulusal ve uluslararası hasta güvenliği vb.) gibi konularının yer alması gerektiği belirtilmiştir (http://www.yok.gov.tr/documents/10279/30571835/saglik_yonetimi.pdf). “Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Müfredatı 2014”de ise hasta, çalışan güvenliği ve kalite yönetimi dersinin konuları hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hemşirelik hizmetlerinde kalite yönetimi olarak belirlenmiştir (<http://www.hemed.org.tr/images/stories/hucep-2014-pdf.pdf>). “Mezuniyet Öncesi Ebelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (EUÇEP 2016)” yeterlikler listesinde ise kalite, hasta ve çalışan gü-

venliğine yönelik net ifadeler olmamakla birlikte “...ebeler kadın, yeni doğan, çocuk ve ailelere kaliteli hizmet sunar, sağlıkta kalite göstergelerini açıklar gibi ifadeler bulunmaktadır (<http://www.yok.gov.tr/documents/10279/30571835/ebelik.pdf>).

Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (Ulusal ÇEP 2014) da EUÇEP’e olduğu gibi kalite ve hasta ve çalışan güvenliğine yönelik net ifadeleri içermemekle birlikte, hekimin kendisinin, diğer çalışanların ve hastaların güvenliğini sağlayacak çalışma ortamlarını sağlama sorumluluğundan, hekimin yönetici ve lider rollerinden söz etmektedir.http://www.yok.gov.tr/documents/10279/27821052/tip_fakultesi_cekirdek_egitim_mufredati.pdf.

Sağlık sektöründe hasta ve çalışan güvenliği ve kalite standartlarının sağlanabilmesi için hasta ile birebir çalışmak zorunda olan ve mezuniyetleri sonrası kalite yönetim süreçlerinin içinde etkin rol almaları beklenen doktor, hemşire, ebe gibi sağlık profesyonellerinin ve gelecekte sağlık hizmetlerini yönetmeye aday sağlık yönetimi öğrencilerinin, “lisans eğitimleri sırasında” kalite, hasta ve çalışan güvenliğine yönelik eğitim almaları ve bu konularla ilgili bilgi ve becerilerini geliştirmeleri gerekir.

2. MATERYAL ve YÖNTEM

2.1 AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de sağlık alanında lisans eğitimi veren tıp fakülteleri ile hemşirelik, ebelik ve sağlık yönetimi programlarının müfredat programları kapsamında kalite derslerinin yer alıp almadığını belirlemek ve ders içeriklerini inceleyerek konu ile ilgili bir “profil” ortaya koymaktır.

2.2 YÖNTEM

Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan bu çalışmanın evrenini Türkiye’de bulunan tüm üniversiteler oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini ise bünyesinde tıp, hemşirelik, ebelik ve sağlık yönetimi ile ilgili lisans programı bulunan (Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Fakültesi, Sağlık Yüksekokulu vb.) üniversiteler oluşturmuştur. Anılan bu programları olmayan üniversiteler örneğin ODTÜ, İTÜ, Boğaziçi, Bilkent gibi üniversiteler örnekleme dahil edilmemiştir. Çalışmanın verileri, Ocak- Şubat 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

Üniversitelerin web sayfalarının taranması sonucunda bünyesinde tıp fakülteleri ile hemşirelik, ebelik ve sağlık yönetimi bulunan 162 üniversite olduğu saptanmıştır. Bir sonraki aşamada bu üniversitelerdeki tıp, hemşirelik, ebelik ve sağlık yönetimi programlarının sayfaları taranmış ve toplamda 317 lisans programının olduğu saptanmıştır. Daha sonra bu programların her birinin web sayfaları taranarak, öncelikle müfredatlarında kalite ile ilgili bir dersin olup olmadığı belirlenmiştir. Son olarak müfredatında kalite ile ilgili bir dersi olan programların ders içerikleri incelenmiştir. Elde edilen nicel veriler tanımlayıcı istatistiksel analizlerle nitel veriler (ders içerikleri) ise içerik analizi yöntemi ile değerlendirilmiştir.

3. BULGULAR

Tablo 1. Programlara Göre Müfredatta Kalite İle İlgili bir Dersin Olup Olmamasının Dağılımı

Program	Var (N=56)		Yok (N=261)		TOPLAM (N=317)	
	N	%	N	%	N	%
Sağlık Yönetimi	36	%52,1	32	%46,4	68	100,0
Hemşirelik	16	%14,5	94	%85,5	110	100,0
Ebelik	3	% 5,2	54	%94,8	57	100,0
Tıp	1	%1,2	81	%98,7	82	100,0

Tablo 1’de görüldüğü gibi 317 toplam programın yalnızca %17,7 sinde yani 56 programda kalite ile ilgili bir ders vardır, %82,3’ünde (N=261) yoktur. Toplam 68 sağlık yönetimi programı içerisinde %52,1’inin, 110 hemşirelik programının %14,5’inde, ve 57 ebelik programının 3 adedinde kalite dersi bulunmaktadır. 82 tıp fakültesinin sadece 1 tanesinde kalite dersi bulunmaktadır.

Tablo 2. Kalite dersinin üniversitelerin mülkiyetine göre dağılımları*

Üniversite mülkiyeti				
	Devlet		Vakıf	
	N	%	N	%
Kalite dersi var	34	31,8	13	27,7
Kalite dersi yok	73	68,2	42	72,3
Toplam	107	100	55	100

*Bazı üniversitelerin birden fazla bölüm/fakültesinde kalite dersi vardır.

Web sayfası incelenen 162 üniversitenin 47 adedinde kalite ile ilgili bir ders bulunduğu, 115 üniversitede kalite ile ilgili bir ders bulunmadığı saptanmıştır. Tablo 2’de müfredatında kalite ile ilgili bir ders olan üniversitelerin mülkiyetine göre dağılımı verilmiştir, buna göre devlet üniversitelerinin %31,8’ inde kalite dersi varken, vakıf üniversitelerinin %27,7’sinde kalite dersi vardır.

Tablo 3. Programlara Göre Kalite Dersinin İsimleri*

Sağlık Yönetimi (N=36)	N	%
Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi	14	38,9
Sağlık İşletmelerinde Kalite Yönetimi	7	19,4
Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi	6	16,6
TKY	2	5,5
Sağlık Kurumlarında TKY	1	2,8
Sağlık İşletmelerinde Kalite Yönetimi ve Akreditasyon	1	2,8
Sağlık Kurumlarında TKY ve Akreditasyon	1	2,8
Kalite Güvencesi ve Kalite Yönetim Sistemi	1	2,8
Sağlık Örgütlerinde Kalite Yönetimi	1	2,8
Sağlık Hizmetlerinde Kalite, TKY ve Akreditasyon	1	2,8
Kalite Sistemleri ve Uygulamaları	1	2,8
Hemşirelik (N=16)		
TKY	4	25,0
Kalite Yönetimi	2	12,5
Sağlık İşletmelerinde Kalite Yönetimi	1	6,2
Kalite Güvencesi ve Kalite Yönetim Sistemi	1	6,2
Sağlık Kurumlarında Kalite	1	6,2
Sağlık Hizmetlerinde Kalite	1	6,2
Hemşirelikte Kalite Yönetimi	1	6,2
Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Hizmetlerinde Kalite	1	6,2

Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite	1	6,2
Hemşirelikte Kalite ve Hasta Güvenliği	1	6,2
Girişimcilik ve Kalite	1	6,2
Kalite ve Hasta Güvenliği	1	6,2
Ebelik (N=3)		
Ebelikte Yönetim ve Kalite	1	33,3
Sağlıkta Kalite Uygulamaları	1	33,3
TKY	1	33,3
Tıp (N=1)		
Sağlık Hizmetlerinde Kalite	1	100,0

Tablo 3’de programlara göre müfredatlarında yer alan kalite ile ilgili dersinin isimleri incelenmiştir. Sağlık yönetimi programlarındaki derslerin %38,9’u “Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi” şeklinde isimlendirilmiştir. Hemşirelik programlarında yer alan derslerin 4 tanesi “TKY”, 2 tanesi “Kalite Yönetimi” şeklinde isimlendirilirken, 1’er tanesi “Hemşirelikte Kalite ve Hasta Güvenliği” ve “Kalite ve Hasta Güvenliği” şeklinde isimlendirilmiştir. Üç adet ebellek programında ise kalite ile ilgili 3 ayrı ders ismi mevcut olup bunlar; “TKY”, “Ebelikte Yönetim ve Kalite”, “Sağlıkta Kalite Uygulamaları” şeklinde isimlendirilmiştir. 1 adet tıp fakültesinde (Uludağ Üniversitesi) mevcut olan ders “Sağlık Hizmetlerinde Kalite” şeklinde isimlendirilmiştir. Ders 4.sınıfta yer almaktadır.

Tablo 4. Programlara Göre Kalite Dersinin Kredileri*

Ders Kredisi	Program							
	Hemşirelik		Tıp		Sağlık Yönetimi		Ebelik	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2+0	15	93,7	1	100	9	29	1	33,3
3+0	1	6,3	-	-	19	61,2	-	-
2+2	0	0	-	-	3	9,6	1	33,3
2+4	-	-	-	-	-	-	1	33,3
TOPLAM	16	100	1	100	31	100	3	100

*Web sayfasında dersin kredisine ulaşılabilen programlar tabloya dahil edilmiştir.

Tablo 4’de programlara göre kalite dersinin kredileri verilmiştir. Buna göre hemşirelik programındaki derslerin %93,7’si 2+0 kredi, sağlık yönetimi programındaki derslerin %61,2’si 3+0 kredi ebellek programındaki derslerin kredileri; 2+0, 2+2 ve 2+4 kredidir. Tıp fakültesindeki dersin kredisi ise 2+0 kredidir.

Tablo 5. Programlarda Kalite Dersini Yürütenlerin Unvanları*

Unvan	Sağlık Yönetimi	Hemşirelik	Ebelik	Tıp
Prof. Dr.	1	2	-	1
Doç.Dr.	3	3	-	-
Yrd.Doç.Dr./ Dr.	4	3	2	-
Öğr. Gör.	3	2	-	-
Uzm.	1	-	-	-
TOPLAM	12	10	2	1

*Dersin yürütücüsüne ulaşılabilen programlar tabloya dahil edilmiştir.

Tablo 5’de Programlarda kalite dersini yürütenlerin unvanlarına göre dağılımı verilmiştir. Buna göre, verilerin toplandığı tarih aralığında kalite derslerini çoğunlukla öğretim üyelerinin yürüttüğü saptanmıştır. Ayrıca sağlık yönetimi programındaki derslerin üçü, hemşirelik programındaki derslerin ikisi öğretim görevlileri tarafından verilmektedir. .

Tablo 6. Programların kalite dersi içeriğinde yer alan temel konuların analizi*

Konular	N	%
TKY odaklı (tanımlar, tarihçesi, Kaizen, Deming, kalite maliyetleri, ISO 9000:2008)	14	45,1
Sağlık hizmetlerinde kalite (tanım, tarihçe, kalitenin özellikleri, standartları)	5	16,1
TKY+Sağlıkta Kalite+Akreditasyon	4	12,9
TKY+ Joint Commission International (JCI) ve akreditasyon+ Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları+hasta güvenliği+ Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi+Kalite Kültürü	3	9,7
Sağlık hizmetlerinde kalite, süreç yaklaşımı, kalite iyileştirme modelleri	2	6,4
TKY+Akreditasyon, Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi, Altı Sigma	1	3,2
TKY+hasta güvenliği- çalışan güvenliği	1	3,2
Kalite Yönetim Sistemi odaklı	1	3,2
Toplam	31	100

*Ders içeriği kalite ile ilgili olanlar tabloya dahil edilmiştir.

Tablo 6’da Programların ders içeriğinde yer alan temel konuların içerik analizi yapılmıştır. Kalite derslerinin %45,1’inin ders içeriğinin TKY odaklı olduğu, %16,1’inin sağlık hizmetlerinde kalite odaklı olduğu, %9,7’sinin ise TKY, JCI ve akreditasyon, Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları, hasta güvenliği,

Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi, Kalite Kültürü gibi konulara sahip daha zengin bir içeriğe sahip olduğu görülmektedir.

İncelenen web sayfalarında içeriğine ulaşılabilen toplam 36 dersin içeriği değerlendirildiğinde bu derslerin 31'inin (%86,1) kalite ile ilgili olduğu, kalan 5 dersin içeriğinin ise kalite ile ilgisiz olduğu saptanmıştır. Bu derslerin içeriğinde; yönetim ve organizasyon, girişimcilik, işletme yönetimi, sağlık ekonomisi, sağlık yönetimi gibi kavramlar yer almaktadır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Tüm dünyada ve ülkemizde sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyona yönelik standartlar uygulamaya konulmuş olup tüm sağlık kurumlarında çalışan sağlık profesyonellerinin bu standartlar doğrultusunda çalışmaları beklenmektedir. Sağlık profesyonellerinin temel eğitimleri esnasında bu kavramlarla ilgili bilgi, beceri, tutum ve anlayışlar geliştirmesi çalışmaların başarıya ulaşmasında önemli bir gereksinimdir.

Tıp, hemşirelik, ebellek ve sağlık yönetimi alanında lisans eğitimi veren programların müfredat programları kapsamında kalite derslerinin yer alıp almadığını belirlemek ve ders içeriklerini inceleyerek konu ile ilgili bir profil ortaya koymanın amaçlandığı bu çalışmada toplam 162 üniversitenin ve 317 lisans programının web sayfası taranmıştır.

Sonuç olarak web sayfaları incelenen 317 lisans programının %82,3'ünde kalite ile ilgili bir dersin olmadığı saptanmıştır. Web sayfalarından ders programları ve içeriklerine ulaşılan programlardan; sağlık yönetimi programlarının %52,1'inde, hemşirelik programlarının %14,5'inde, ve ebellek programlarının %5,2'sinde, tıp fakültelerinin ise %1,21'inde kalite dersi bulunmaktadır (Tablo 1). Kalite dersi yer alan üniversitelerin %72,3'ü devlet üniversitesidir. (Tablo 2). Mezuniyetleri sonrası kalite yönetim süreçlerinin içinde etkin görev almaları beklenen hekim, hemşire, ebe, sağlık yöneticisi gibi sağlık profesyonellerinin lisans eğitimlerinde konuya gösterilen önemin az olması üzerinde önemle durulması ve tartışılması gereken bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Kalite ile ilgili dersin sadece bir adet (Uludağ Üniversitesi) tıp fakültesinde bulunması ise oldukça düşündürücüdür.

Lisans programlarında yer alan kalite derslerinin isimleri incelendiğinde (Tablo 3) ders isimlerinin farklı şekillerde olduğu saptanmıştır. Çalışmada “Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi” ve “Sağlık İşletmelerinde Kalite Yönetimi” isimlerinin diğerlerine göre daha fazla tercih edildiği bulunmuştur. Toplam 56 adet programın yalnızca ikisinin isminin içerisinde “Hasta Güvenliği” yer almaktadır.

İncelenen programların %50,9’unun kredisi 2+0 olup, (Tablo 4) dersin yürütücüsünün unvanına bakıldığında (Tablo 5) %68’i öğretim üyesi düzeyinde yürütülmektedir, bu olumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir ancak bu öğretim üyelerinin “sağlık hizmetlerinde” kalite yönetimi ile ilgili çalışma ve/veya deneyimlerinin olup olmadığının araştırılması başka bir çalışmanın konusu olabilir.

Programların kalite derslerinin içeriği incelendiğinde (Tablo 6), bunların %45,2’si TKY odaklı olup kalitenin tanımı, tarihçesi, Kaizen, Deming, kalite maliyetleri, ISO 9000:2008 gibi daha çok üretim sektörüne yönelik konularla sınırlı olup genel olarak “sağlık hizmetlerinde” kalite, hizmet kalite standartları, hasta ve çalışan güvenliği, akreditasyon, kalitede güncel yaklaşımlar vb. konular içeriğe dahil edilmemiştir. İncelenen ders içeriklerinin %9,7’sinde hasta güvenliği kavramı yer alırken, %3,2’sinde ise çalışan güvenliği yer almaktadır.

Yukarıda da değinildiği gibi, “Sağlık Yönetimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2017”de sağlık yönetimi programlarında kalite yönetimi dersi içeriğindeki konular, sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta ve çalışan güvenliği konularıdır. “Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Müfredatı 2014”de ise hasta, çalışan güvenliği ve kalite yönetimi dersinin konuları hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hemşirelik hizmetlerinde kalite yönetimi olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte bu çalışma kapsamında incelenen programlarda özellikle hasta ve çalışan güvenliği, tıbbi hata ve sağlıkta akreditasyona yönelik konular özellikle tıp ve ebelik programlarında yok denecek düzeydedir.

ÖNERİLER

- Çalışmanın sonucunda, klinisyen ve yönetici adayları olarak “kaliteli hizmet”den sorumlu profesyonelleri yetiştiren;
- Tıp, hemşirelik, ebelik ve sağlık yönetimi programlarının tümünün lisans müfredatında sağlıkta kalite ve akreditasyon, hasta ve çalışan güvenliğine yönelik ders(ler)in verilmesi, hekimler için bu konuların, hem üniversite hem de asistan eğitimine dahil edilmesi, özellikle ebelik ve tıp fakültesi çekirdek eğitim programlarına bu konuların daha açık ve net olarak eklenmesi,
- Ders isim ve içeriklerinde programlara göre (mesleklere göre) standartlaşmanın sağlanması
- Derslerin içeriğinde, kalite ile ilgili genel bilgilerin yanı sıra spesifik olarak sağlık hizmetleri odaklı olan hasta ve çalışan güvenliği temel kavramları, sağlıkta kalite–akreditasyon standartları ve hasta ve çalışan güvenliği, hukuki yansımalar açısından hasta ve çalışan güvenliği, ilaç güvenliği, cerrahi güvenlik, ulusal ve uluslararası sağlık programlarına göre hasta güvenliği hedefleri ve kimliklendirme, transfüzyon güvenliği, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi, düşmelerin önlenmesi, radyasyon güvenliği, tıbbi cihazların güvenliği ve yönetimi, bilgi güvenliği, tesis güvenliği, acil durum ve afet yönetimi vb. gibi konuların yer alması,
- Dersleri yürüten öğretim üyelerinin/elemanlarının üretim sektörüne ait bilgilerin yanı sıra hizmet sektöründe ve özellikle “sağlık hizmetlerinde” kalite-akreditasyon, hasta ve çalışan güvenliği alanlarına hakim olmasına özen gösterilmesi,
- Vakıf üniversitelerinin de konuya duyarlılığının artırılması önerilmiştir.

Teşekkür: Çalışmada web sayfalarının incelenmesi aşamasında yardımcı olan Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü 4. Sınıf öğrencilerinden Selahattin Özmen ve Mümin Göverdik’e katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

KAYNAKÇA

- Aschenbrenner, C.A., Ast, C. and Kirch, D.G. (2015). Graduate Medical Education: Its Role in Achieving a True Medical Education Continuum. *Academic Medicine*, 90(9): 1203-1209.
- American Association of Colleges of Nursing. (2008). The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice. Erişim Adresi: <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/BaccEssentials08.pdf>. Erişim Tarihi: 15.03.2017
- Bargagliotti, L. and Lancaster, J. (2007). Quality and Safety Education İn Nursing: More Than New Wine in Old Skins. *Nursing Outlook*, 55:156-158.
- Day, L. and Smith, E . (2007). Integrating Quality and Safety Content Into Clinical Teaching In The Acute Care Setting. *Nursing Outlook*, 55(3):138-143.
- WHO. (2002). Quality of Care: Patient Safety. In: Fifty-Fifth World Health Assembly. Erişim Adresi: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf. Erişim Tarihi: 20.04.2017.
- Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Müfredatı (HUÇEP). 2014. Erişim Adresi: (<http://www.hemed.org.tr/images/stories/hucep-2014-pdf.pdf>). Erişim Tarihi: 10.04.2017
- Institute of Medicine .(2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academy Press, Washington, DC.
- Masters, K. (2016). Integrating Quality And Safety Education Into Clinical Nursing Education Through A Dedicated Education Unit. *Nurse Education in Practice*, 17:153-160.
- Mezuniyet Öncesi Ebelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (EUÇEP). 2016. Erişim Adresi: <http://www.yok.gov.tr/documents/10279/30571835/ebelik.pdf>. Erişim Tarihi: 10.04.2017
- Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (Ulusal ÇEP). 2014. Erişim Adresi: http://www.yok.gov.tr/documents/10279/27821052/tip_fakultesi_cekirdek_egitim_mufredati.pdf Erişim Tarihi: 10.04.2017
- Sağlık Yönetimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2017 (SAYÇEP). 2017. Erişim Adresi:http://www.yok.gov.tr/documents/10279/30571835/saglik_yonetimi.pdf Erişim Tarihi: 10.04.2017
- Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi (2011) Erişim Adresi:<http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/3605,1402yonergepdf.pdf> Erişim Tarihi: 10.04.2017.
- Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve

Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ. 2009. Erişim Adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm> Erişim Tarihi: 10.05.2017

- Seddon, ME., Marshall, MN., Campbell, SM. and Roland. MO. (2001). Systematic Review of Studies of Quality of Clinical Care in General Practice in The UK Australia and New Zealand. *Quality in Health Care*, 10:152–158.
- Sherwood, G. and Drenkard, K. (2007). Quality and Safety Curricula In Nursing Education: Matching Practice Realities. *Nursing Outlook*, 55(3):151-155.
- Varkey, P. (2010). Basics of Quality Improvement. *Medical Quality Management- Theory and Practice*. Chapter 1. Erişim Adresi: https://books.google.com.tr/books?id=5dXsAL_CKOUC&pg=PR15&lpg=PR15&dq=Medical+Quality+Management:+Theory+and+Practice&source=bl&ots=TsQsma_LNo&sig=t_MhjTGMihKQXChcH3F08zKRiIQ&hltr&sa=X&ved=0ahUKEwiqzJX3w_nTAhWBpSwKHfk2A1wQ_6AEIajAI#v=onepage&qMedical%20Quality%20Management%3A%20Theory%20and%20Practice&f=false Erişim Tarihi: 10.04.2017

YAYIN İLKELERİ

1. Sağlık Bakanlığı "Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi" ulusal hakemli bir dergi olup, altı ayda bir yayımlanmaktadır.
2. Derginin yayın dili Türkçedir. Yabancı dillerdeki çalışmaların yayımlanması, Yayın Kurulu'nun kararına bağlıdır. Yayımlanan makalelerin fikri ve ilmi, çevirilerin ise hukuki sorumluluğu yazarlarına / çevirmenlerine aittir.
3. Dergimiz sağlık politikaları, sağlık sistemleri, sağlık hizmetleri değerlendirmesi, sağlık sektöründe performansa dayalı ödeme uygulamaları, sağlık hizmeti uygulamalarında kalite geliştirme, hasta ve çalışan güvenliği, sağlık ekonomisi ve sağlık sosyolojisi ve sağlıkla ilgili olmak üzere sosyal bilimlerin kapsamına giren konuları içeren makalelerin yayımlanmasına açıktır.
4. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'ne gönderilen yazılar, Yayın Kurulu tarafından öncelik sırasına konur ve çalışmalar derginin yayın ilkeleri ve yazım kurallarına uygunluğu bakımından değerlendirilir. Bu yayın ilkelerine ve yazım kurallarına uygun biçimde hazırlanmayan makaleler değerlendirmeye alınmaz ve hakeme gönderilmez.
5. Ön değerlendirmeden geçen çalışmalar incelenmek üzere konu ile ilgili en az iki hakeme veya konusuna göre üç hakeme gönderilir. Hakemlere yazar adı gönderilmez ve hakemlerin isimleri gizli tutulur. İki hakemden olumlu rapor alan yazılar yayıma kabul edilir. Hakem raporlarından biri olumlu diğeri olumsuz ise, çalışma üçüncü bir hakeme gönderilir. Hakemlerin raporları birbiri ile çelişirse çalışma editör tarafından değerlendirilir. Editör, esasa yönelik olmayan hatalar, dergi bütünlüğü bakımından gerekli konular vb. durumlarda düzeltmeler yapabilir ve bunlar hakkında yazara bilgi verir.
6. Gelen raporlar saklanır. Eğer hakemler tarafından düzeltme isteniyorsa çalışmalar gerekli düzeltmelerin yapılması için yazarlar (a) geri gönderilir. Yazarlara raporlar doğrultusunda geliştirilmek veya düzeltilmek üzere gönderilen yazılar, gerekli düzenlemeler yapılarak editörün verdiği süre içinde tekrar dergiye ulaştırılmalıdır. Bu süre içinde düzeltilmeyen yazı (lar)ın değerlendirme süreci sona erer. Yazarlar hakemlerin eleştirisi, öneri ve düzeltme taleplerini dikkate alırlar; katılmadıkları hususlar varsa, gerekçeleriyle birlikte itiraz etme hakkına sahiptirler. Olumlu bulunduğu halde yazı çokluğu nedeniyle 1 yıl stokta bekleyen yazılar, güncelliği yitirmeleri nedeniyle olumsuz sayılırlar.
7. Gönderilecek çalışmaların daha önce hiçbir yerde yayımlanmamış veya yayımlanmak üzere gönderilmemiş olması gerekir. Değerlendirmeler sonucu yazının yayına kabul edilmesi halinde, tüm yayın hakları Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'ne geçer. Gönderilen yazılar yayımlansın - yayımlanmasın hiçbir nedenle geri verilmez. Yayımlanmayacak yazılar, sahibine iade edilir.
8. Belirtilen ilkelere uygun olarak hazırlanmış yazılar e-posta yoluyla; spkdergisi@saglik.gov.tr adresine gönderilmelidir.
9. Bir yazarın derginin aynı sayısında ilk isim olarak bir, iki ve diğer isim sırasında bir olmak üzere en fazla iki eseri yayımlanabilir.
10. Dergiye gönderilen makaleler için telif ücreti ödenmez.

YAZIM KURALLARI

1. Yazılar, açık ve anlaşılır bir dil ile yazılacak, yabancı terimler yerine yerleşmiş Türkçe karşılıklar kullanılacak, anlatımda kişileştirilmiş ifadelerden kaçınılacak, bilimsel, akademik makale kriterlerine uyulacaktır. (Anı, şiir vb. tarzda yazılar olmayacaktır.)

2. Yazılar Microsoft Word versiyonunda hazırlanmalı, font büyüklüğü 12 punto, Times New Roman olmalıdır.

a) Başlık: 12 punto ve bold

b) Yazar Adları: 10 punto ve bold

c) Özet: 10 punto

d) Üst Boşluk: 3,5 cm

e) Sol Boşluk: 3 cm

f) Sağ Boşluk: 2,5 cm

g) Alt Boşluk: 2,5 cm

Sayfa kenar boşlukları en az 2 cm olmalıdır.

Dergide yayınlanacak makalelerde APA Stili aranacak olup (ayrıntılı bilgi için; <http://www.apastyle.org>) şekil şartlarını taşımayan yazılar hakemlere gönderilmeden iade edilir. Yazılar A4 formatında 30 sayfayı aşmamalıdır.

Apa Stili:

Kitaplar:

Yazar, A. A. (1994). Çalışmanın adı. Yer: Yayımcı.

Sürelî Yayınlar:

Yazar, A. A., Yazar, B. B., & Yazar, C. C. (1994). Makalenin adı. Sürelî Yayının adı, xx, xxx-xxx.

Online Doküman:

Yazar, A. A. (2000). Çalışmanın başlığı. internet adresinden xx, xx, xxxx tarihinde edinilmiştir.

3. Yazının ilk sayfasında yazının başlığı, yazarların adları ve kurumları, özet ve anahtar kelimeler (en az 3, en çok 7) bulunmalıdır. Yazı başlığı 10 kelimeyi geçmeyecek şekilde kısa ve öz olmalıdır. Yazı başlığı, özet ve anahtar kelimeler, hem Türkçe hem de İngilizce olarak verilmelidir. İletişimin sağlanacağı adres dipnot ile belirtilmelidir. İlk sayfada ayrıca varsa, dipnot olarak çalışmayı destekleyen kuruluşlar, vb. de belirtilmelidir.

4. Özet, derleme ve araştırma makaleleri için 250; teknik notlar için 200 ve editöre mektup için 100 kelimeyi aşmamalıdır. Özetle denklem, atıf, standart dışı kısaltmalar, vb. yer almamalıdır.
5. Yazı "giriş" bölümüyle ikinci sayfadan başlamalı ve uygun bölümlere ayrılmalıdır. Bölüm başlıkları büyük harflerle ("GİRİŞ" şeklinde) yazılmalıdır. Tüm başlıklar bold olmalıdır. Başlıklarda üstten bir satır boş bırakılmalıdır. Gerekli durumlarda bölümler alt bölümlere ayrılabilir. Son bölüm, Sonuç (lar)/Tartışma bölümü olmalı ve bu bölümü takiben Kaynakça ile varsa Teşekkür ve Ekler yer almalıdır.
6. Kısaltmalar ilgili bilim alanında olmalı ve metin içinde ilk geçtiği yerde tanımlanmalıdır. Gerekli durumlarda kısaltmalar "giriş" bölümünde veya bu bölümü izleyen ayrı bir bölüm içinde verilebilir.
7. Tüm çizimler, haritalar, grafikler, fotoğraflar, vb. şekil olarak değerlendirilmelidir. Şekiller, ardışık olarak numaralandırılmalıdır. Bunlara metin içinde "Şekil 1. " şeklinde atıfta bulunulmalıdır. Her bir şekil için uygun bir başlık kullanılmalı ve başlık şeklin üst/altına numarasıyla birlikte yazılmalıdır.
8. Tablolar ardışık olarak numaralandırılmalıdır. Tablolara metin içinde numaralarıyla "Tablo 1." şeklinde atıfta bulunulmalıdır. Her bir tablo için uygun bir başlık kullanılmalı ve bu başlık tablonun üzerine numarasıyla birlikte yazılmalıdır. Tablo, resim, grafik ve şekillerin yazım şartları dergi içeriğindeki gibi başlık, kaynakça ve özellikle tablo içeriği 9 punto olmalıdır.
9. Metin içindeki göndermeler (dipnot), ad ve tarih yöntemiyle verilmelidir.
10. Kaynakça ve notlar/açıklamaların yazımında bilimsel makale yazım kuralları esas alınmalıdır.
11. Makaleler spkdergisi@saglik.gov.tr adresine elektronik ortamda gönderilmelidir. E-posta ekinde yazarların özgeçmişleri ve detaylı iletişim bilgilerini içeren sunum yazısı ile birlikte gönderilmelidir.

İLETİŞİM

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı

Kalite Eğitimleri Birimi

Üniversiteler Mah. Dumlupınar Cad. Kat:6 Sağlık Bakanlığı Binası Çankaya/ANKARA

Tel: (0312) 458 50 02

E-posta: spkdergisi@saglik.gov.tr