

sağlık akademisyenleri

Health Care Academician Journal

DERGİSİ

YIL: 2018 CİLT: 5 SAYI: 2 (3 Ayda Bir Yayınlanır)

ISSN: 2148-7472

“Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği ile Sağlık Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar”

- Bir kamu hastanesi güvenlik raporlama sistemi verilerinin incelenmesi: Retrospektif bir araştırma
- Sağlık hizmetlerinde kullanılan MR cihazlarının tedarik süreci, küresel ve yerel pazardaki konumunun değerlendirilmesi
- Kalite yönetim sisteminin sağlık kurumlarına etkisi
- Tıbbi laboratuvar öğrencilerinin kimyasal maddeler ile ilgili bilgi ve farkındalığı
- Enformel iletişimin etik iklim algısı üzerine etkisi: Bir kamu hastanesi örneği
- Sağlık sektöründe işyeri iletişimi açısından whatsapp uygulaması kullanımının AHP yöntemi ile değerlendirilmesi
- Tip 2 diyabetli bireylerin mobil uygulama eğitimi hakkındaki görüşleri
- Türkiye’deki toplam sağlık harcamaları artışının nedeni istihdam olabilir mi?
- Çalışan hakları ve güvenliği birimlerinin işleyişi ile beyaz kod başvurularının retrospektif olarak değerlendirilmesi (Konya ili örneği)
- Y kuşağı orta düzey hastane yöneticilerinin üst yöneticilerinden beklentileri üzerine nitel bir araştırma



KÜNYE

Dergi Adı	SAĞLIK AKADEMİSYENLERİ DERGİSİ
ISSN	Print : 2148-7472 Online : 2636-7572
Ana Tema	Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği ile Sağlık Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar
Yayın Türü	Sürelili Yayın, 3 Ayda Bir Yayınlanır
İmtiyaz Sahibi	DÜNYA BİLİMSEL ARAŞ. YAY. PROJ. KONG. ORG. SAN. T.C. LTD. ŞTİ.
İrtibat	Tel : 0312.419 86 50 - 467 14 24 Fax : 0312.419 86 49 www.dunyacongress.com
Başeditör	Prof. Dr. Seval AKGÜN SAD - Sağlık Akademisyenleri Derneği, Başkan - TÜRKİYE
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü	Müzeyyen BAYDOĞRUL muzeyyen@dunyacongress.com / 0507.291 59 49
Abone ve Reklam Sorumluları	Havva ÇAKMAK bilgi@dunyacongress.com / 0545.231 31 00
Baskı ve Tasarım	AYDEDE MATBAASI, Hüseyin AYDIN ve Serdal DEDEOĞLU Kazım Karabekir Cad. N:93/36 -37 İskitler - ANKARA
Açıklama	<p>Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2014 yılında yayın hayatına başlayan çok geniş bir uluslararası bilimsel danışma kurulu ile yayın hayatına devam eden, Hakemli bir dergi olup, sağlık bilimleri alanında yapılan araştırmaları yayımlama ve bilim insanlarının hizmetine sunmayı amaçlamaktadır.</p> <p>Sağlık Akademisyenleri Dergisi yılda dört kez yayımlanmaktadır. İlk sayıdan itibaren yayınlanan tüm makaleler DOI numarası almaktadır. Sağlık Akademisyenleri Dergisi açık erişimli bir dergi olup, "ScopeMed, Akademik Dizin, ASOS Index, Türkiye Atıf Dizini, Arastirmax" tarafından indekslenmekte olup, diğer ulusal ve uluslararası kuruluşlarla alan indeks çalışmaları devam etmektedir.</p> <p>Sağlık Akademisyenleri Dergisinde yer alan makale ve yazı metinleri ve makalelerin sorumluluğu yazarların kendisine aittir.</p> <p>Sağlık Akademisyenleri Dergisinin tüm basım ve yayın hakları Dünya Bilimsel Araş. Yay. Proj. Tur. Kongre Org. San. Tic. Ltd. Şti' ne aittir.</p>

BİLİMSEL HEYET**BAŞEDİTÖR**

PROF. DR. SEVAL AKGÜN
SAD - Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Ankara, Türkiye

EDİTÖRLER

DR. FATİH ORHAN
SBÜ Gülhane SYMO, Ankara, Türkiye
fatih.orhan@sbu.edu.tr

ÖĞT. GÖR. SELAHATTİN TUNCER
SBÜ Gülhane SYMO, Ankara, Türkiye
selahattin.tuncer@sbu.edu.tr

DR. ALİ ARSLANOĞLU
İstanbul, Türkiye
aliarslanoglu18@gmail.com

DR. ŞEMSETTİN VAROL
SBÜ Gülhane SYMO, Ankara, Türkiye
semsettin.varol@sbu.edu.tr

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

A.F. AL-ASSAF, ABD	EMEL FİLİZ, TÜRKİYE	NEFİSE BAHÇECİK, TÜRKİYE
ABDALLAH EDDAAL, SUUDİ ARABİSTAN	ERDAL AKALIN, TÜRKİYE	NEVZAT KAHVECİ, TÜRKİYE
ABDURRAHMAN ŞİMŞEK, TÜRKİYE	FATİH ORHAN, TÜRKİYE	NIECK KLAZINGA, HOLLANDA
ADEM SEZEN, TÜRKİYE	FIMKA TOZİJA, MAKADONYA	OLIVER RAZUM, ALMANYA
AHMED AL-KUWAITI DEAN, SUUDİ ARABİSTAN	GÜLAY YAZICI, TÜRKİYE	PELİN YILIK, TÜRKİYE
ALİ ARSLANOĞLU, TÜRKİYE	GÜRBÜZ AKÇAY, TÜRKİYE	RASHİD BIN KHALFAN AL ABRI, UMMAN
ALİ ERDOĞAN, TÜRKİYE	GÜRKAN ÖZEL, TÜRKİYE	RAZVAN CHERECHES, ROMANYA
ALİ EKŞİ, TÜRKİYE	GÜVEN BEKTEMUR, TÜRKİYE	REHAT FAİKOĞLU, TÜRKİYE
ALİ ÜNAL, TÜRKİYE	GÖKHAN OSMAÑOĞLU, TÜRKİYE	ROBERT BROYLES, ABD
ALPER GÜZEL, TÜRKİYE	HENRIETTE SINDING, NORVEÇ	SAKINA ISMAYİLOVA, AZERBEYCAN
ALLAN KRASNİK, DANİMARKA	HESHAM NEGM, MISIR	SEBAHATTİN TEKİNGÜNDÜZ, TÜRKİYE
ALLEN C. MEADORS, ABD	HÜLYA SARAY KILIÇ, TÜRKİYE	SELAHATTİN TUNCER, TÜRKİYE
ANTONIO CHIARENZA, İTALYA	İBRAHİM HALİL KAYRAL, TÜRKİYE	SELİN ERTÜRK ATABEY, TÜRKİYE
ARILD AAMBO, NORVEÇ	İSMAİL ÜSTEL, TÜRKİYE	SEMRİN TİMLİOĞLU, TÜRKİYE
ATHENA LİNOS, YUNANİSTAN	JÜLİDE YILDIRIM ÖCAL, TÜRKİYE	SERDAL KEÇELİ, TÜRKİYE
ATILLA ARAL, TÜRKİYE	KADRIYE KAHVECİ, TÜRKİYE	SEZER KORKMAZ, TÜRKİYE
ATTILA DOBOS, MACARİSTAN	K. R. NAYAR, HİNDİSTAN	SÜLEYMAN YILMAZ, TÜRKİYE
AUSTIN LEAHY, BİRLEŞİK KRALLIK	KEZİBAN AVCI, TÜRKİYE	ŞEFİK GÖRKEY, TÜRKİYE
AYSUN YILMAZLAR, TÜRKİYE	KHALİD AL-AİBAN, SUUDİ ARABİSTAN	ŞEMSETTİN VAROL, TÜRKİYE
BAKR NOUR, ABD	KHALİD ESKANDER, SUUDİ ARABİSTAN	ŞUAYİP BİRİNCİ, TÜRKİYE
BEATRİZ PADİLLA, PORTEKİZ	LİNAS SUMSKAS, LİTVANYA	TAWFİK KHOJA, SUUDİ ARABİSTAN
BİRKAN TAPAN, TÜRKİYE	MANUEL GARCÍA RAMÍREZ, İSPANYA	THEDA BORDE, ALMANYA
BÜNYAMİN ÖZGÜLEŞ, TÜRKİYE	MARTİN RUSNAK, AVUSTURYA	UĞUR YOZGAT, TÜRKİYE
CARİN BJÖRNGREN, İSVEÇ	MECİT CAN EMRE ŞİMŞEKLER, İNGİLTERE	UMUT BEYLİK, TÜRKİYE
CEM DİKMEN, TÜRKİYE	MEHMET ÇETİN, TÜRKİYE	URSULA KARL-TRUMMER, AVUSTURYA
CHARLES BRUNEI, FRANSA	MEHMET N.KURUTKAN, TÜRKİYE	VİERA RUSNAKOVA, SLOVAKYA
CHARLES D SHAW, BİRLEŞİK KRALLIK	MENDERES TARCAN, TÜRKİYE	WALTER DEVİLLÉ, HOLLANDA
ÇAĞATAY GÜLER, TÜRKİYE	MERVE AKIN, TÜRKİYE	YANNIS SKALKİDİS, YUNANİSTAN
DATO' SHEIKH OMAR ABDUL RAHMAN, MALEZYA	METE EDİZER, TÜRKİYE	YASİN UZUNTARLA, TÜRKİYE
DAVID INGLEBY, HOLLANDA	METİN DİNÇER, TÜRKİYE	YUSUF ÇELİK, TÜRKİYE
DİNA BAROUDİ, SUUDİ ARABİSTAN	MOHAMAD-ALİ HAMANDİ, LÜBLAN	ZAREMA OBRADOVIC, BOSNA HERSEK
DİLAVER TENGİLİMOĞLU, TÜRKİYE	MONTHER LETAİF, TUNUS	ZEKAI ÖZTÜRK, TÜRKİYE
DİNA BAROUDİ, ALMANYA	MUSTAFA BERKTAŞ, TÜRKİYE	
EMİNE ORHANER, TÜRKİYE	MUSTAFA KEMAL BALCI, TÜRKİYE	

İÇİNDEKİLER

Bir kamu hastanesi güvenlik raporlama sistemi verilerinin incelenmesi: Retrospektif bir araştırma	79-86
<i>An analysis of security reporting system data in a public hospital: A retrospective research</i> Emrullah İncesu, Fatih Orhan	
Sağlık hizmetlerinde kullanılan MR cihazlarının tedarik süreci, küresel ve yerel pazardaki konumunun değerlendirilmesi	87-96
<i>Supply process of MR devices used in health service, evaluation of the global and local market position</i> Fırat Seyhan	
Kalite yönetim sisteminin sağlık kurumlarına etkisi	97-101
<i>Impact of quality management system on health institutions</i> Gülay Tamer, Handan Çetinkaya	
Tıbbi laboratuvar öğrencilerinin kimyasal maddeler ile ilgili bilgi ve farkındalığı	102-108
<i>Knowledge and awareness of medical laboratory students about chemical materials</i> Yasemin Yıldız, Şadiye Berna Aykan	
Enformel iletişimin etik iklim algısı üzerine etkisi: Bir kamu hastanesi örneği	109-118
<i>Impact of informal communication on ethical climate perception: A public hospital sample</i> Mustafa Erdoğan, Harun Kırılmaz, Ali Arslanoğlu	
Sağlık sektöründe işyeri iletişimi açısından whatsapp uygulaması kullanımının AHP yöntemi ile değerlendirilmesi	119-129
<i>Evaluation of the use of whatsapp application for the workplace communication in the health sector by the AHP method</i> Özlem Güdük, Emrah Önder	
Tip 2 diyabetli bireylerin mobil uygulama eğitimi hakkındaki görüşleri	130-134
<i>Opinion of Type-2 diabetes patients on mobile application education</i> Berna Orhan, Nefise Bahçecik	
Türkiye'deki toplam sağlık harcamaları artışının nedeni istihdam olabilir mi?	135-141
<i>May the reason of increase in total health expenditures be the employment in Turkey?</i> Muhammet Çankaya	
Çalışan hakları ve güvenliği birimlerinin işleyişi ile beyaz kod başvurularının retrospektif olarak değerlendirilmesi (Konya ili örneği)	142-153
<i>Evaluation of the operational rights and security particles of function and retrospective white code applications (Sample of Konya)</i> Rufen Oral, Hatice Günaydın, Mehmet İshak Mazı	
Y kuşağı orta düzey hastane yöneticilerinin üst yöneticilerinden beklentileri üzerine nitel bir araştırma	154-160
<i>A Qualitative Research On The Expectations Of Generation Y Hospiial Managers</i> Nilay Gemlik, Pınar İlter, Gülfer Bektaş	

Araştırma / Research Article



Bir kamu hastanesi güvenlik raporlama sistemi verilerinin incelenmesi: Retrospektif bir araştırma*

An analysis of security reporting system data in a public hospital: A retrospective research

Emrullah İncesu¹, Fatih Orhan²

*Bu çalışma 22-26 Kasım 2017 tarihinde Antalya'da düzenlenen 1. Uluslararası Hasta Güvenliği ve Sağlık Finansmanı Kongresinde Sözel Bildiri Olarak Sunulan bildirinin genişletilmiş halidir.

¹Seydişehir Devlet Hastanesi, Konya
²SBU Gülhane Sağlık Meslek Yüksek Okulu, Ankara

Anahtar Kelimeler:
Tıbbi Hata, Hasta Güvenliği, Çalışan Güvenliği, Güvenlik Raporlama, Güvenlik Raporlama Sistemi

Key Words:
Medical Error, Patient Safety, Employee Safety, Security Reporting, Security Reporting System

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Emrullah İncesu,
Seydişehir Devlet Hastanesi, Konya
emrinc@hotmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
09.05.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
21.05.2018

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
30.06.2018

DOI:
10.5455/sad.13-1525867323

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, Konya Seydişehir Devlet Hastanesi (SDH) Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) bildirimlerinin retrospektif olarak analizinin yapılarak kurumsal güvenlik raporlama kültürü varlığını belirlemek ve GRS'nin önemini vurgulamak amacı ile yapıldı. **Gereç ve Yöntem:** Kesitsel ve retrospektif bir çalışma olan bu çalışma için 01.01.2016-01.10.2017 tarihleri arasında GRS aracılığı ile kayıt altına alınan (N=30) bildirimlere ait veriler kullanıldı. Ayrıca çalışanların GRS hakkında görüş ve önerilerini belirlemeye yönelik anket uygulandı. Elde edilen veriler, SPSS 16,0 programında frekans ve yüzdeler tablolara dönüştürülerek analiz edildi. **Bulgular:** 01.01.2016-01.10.2017 tarihleri arasında toplam 30 bildirim gerçekleşti, bu bildirimlerden 12'sinin çalışan güvenliğini, 18'inin ise hasta güvenliğini ilgilendirdiği, bildirimlerin 22'sinin dijital olarak intranette, 8'inin ise yazılı form çıktısı ile yapıldığı, bildirimlerin 4'üne düzeltici önleyici faaliyet düzenlendiği, 1'ine kök neden analizi yapıldığı, 11'inin ise değerlendirmeye alınmadığı tespit edildi. Çalışanların %70,2'sinin hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden olayları intraneti kullanarak bildirim yaptı, %93,8'inin GRS hakkında eğitim aldığı, %91,2'sinin GRS'ni hasta ve çalışan güvenliğini sağlama da etkili bir yöntem olarak değerlendirdikleri belirlendi. **Sonuç:** Kaliteli ve güvenli bir sağlık hizmeti için hem sağlık çalışanları hem de hasta ve yakınları güvenli bir ortamda olmaları gerekmektedir. Böyle bir ortamın sağlanması için güvenliği tehdit edici unsurların ortadan kaldırılması ya da minimize edilmesi gerekmektedir. Günümüzde hasta/çalışan güvenliğini tehdit edici unsurların engellenmesine yönelik oluşturulmuş bir raporlama sistemi ile önlem almak hasta/çalışan güvenliğini sağlama da en etkili yöntemdir. Bu çalışmada elde edilen veriler ışığında SDH çalışanlarının sıklıkla hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden olayları GRS'ni kullanarak bildirim yapacağına bildiği, GRS hakkında bilgilerinin olduğu ve bu konuda eğitim aldıkları ancak GRS bildirim sayısının düşük olması nedeniyle kurumda bir güvenlik raporlama kültürünün yerleşmediği ve bildirim sistemini kullanırken çekinceler ve tereddütler yaşadıkları tespit edildi.

ABSTRACT

Objective: This study was carried out with the aim of determining the existence of corporate security reporting culture and emphasizing the importance of SRS by conducting a retrospective analysis of the reports of Konya Seydişehir State Hospital (SSH) Security Reporting System (SRS). **Materials and Methods:** For this cross-sectional and retrospective study, data belonging to the notifications (N = 30) recorded by SRS between 01.01.2016 and 01.10.2017 were used. In addition, a survey was conducted to determine the opinions and suggestions of employees about SRS. The obtained data were analyzed by frequency and percentage tables in SPSS 16.0 program. **Findings:** A total of 30 notifications were made between 01.01.2016 - 01.10.2017, of which 12 were related to employee security, 18 were related to patient safety, 22 were digitally intranetted and 8 were written out form 4, corrective preventive action was organized, root cause analysis was performed on 1, and 11 was not evaluated. It was determined that 70.2% of the employees reported using intranet events that threatened patient and employee safety, 93.8% were trained about SRS, 91.2% of them considered SRS as an effective method of providing patient and employee safety. **Result:** For quality and safe health care, both healthcare professionals and patients and their relatives need to be in a safe environment. In order to provide such an environment, security threats must be removed or minimized. Nowadays, it is the most effective method to provide patient / employee security by means of a reporting system designed to prevent the threats to patient / employee safety. The data obtained in this study suggest that SSH employees are often informed about events that threaten patient and employee safety using SRS, that they have information about SRS and that they are trained in this issue, but because the number of SRS notifications is low, hesitations and hesitations.

GİRİŞ

Hastaneler, doğası gereği birçok iş sürecini beraber sorunsuzca çalışması gereken karmaşık organizasyonlardır. Tüm sektörlerde olduğu gibi hastanelerde gerek çalışanlar gerekse de hasta ve yakınları verilen hizmetin doğası gereği istenmeyen birçok hata, tehlikeli durum ve risklerle karşılaşabilmektedirler (İncesu ve Atasoy, 2015:120). Sağlık hizmeti sunumunda hasta/çalışan güvenliğini sağlama ve tıbbi hataların engellenmesi modern sağlık hizmetlerinin önde gelen unsurları arasında

yer almaktadır (Akgün ve Al-Assaf, 2007; İncesu ve Atasoy, 2015).

Hasta güvenliği, advers olayların büyüklüğü ve dünyadaki varlığı nedeniyle sağlık hizmetlerinin kalitesi konusundaki uluslararası tartışmalar gün geçtikçe artmaktadır. Özellikle uluslararası literatür incelendiğinde konu ile ilgili özellikle son yıllarda çok fazla araştırma yapıldığı görülmektedir. Advers olay kavramı, hastaya gereksiz zararlar sonuçlanan sağlık bakımıyla ilgili bir olay olarak tanımlanmaktadır (Pavao ve Ark., 2012).

Günümüz dünyasında yatarak tedavi olan her on hastadan birinin aldığı hizmete bağlı olarak bir tıbbi hataya maruz kaldığı ön görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) hastanelerinde her gün en az 100 hasta, tıbbi hatalar nedeni ile ölmektedir. Bu durum her yıl milyonlara ulaşan hastanın tıbbi hatlara maruz kalarak zarar görmesine ve büyük rakamlara ulaşan ekonomik zararlara neden olmaktadır (IOM, 2000; IOM, 2001; Akalın, 2004).

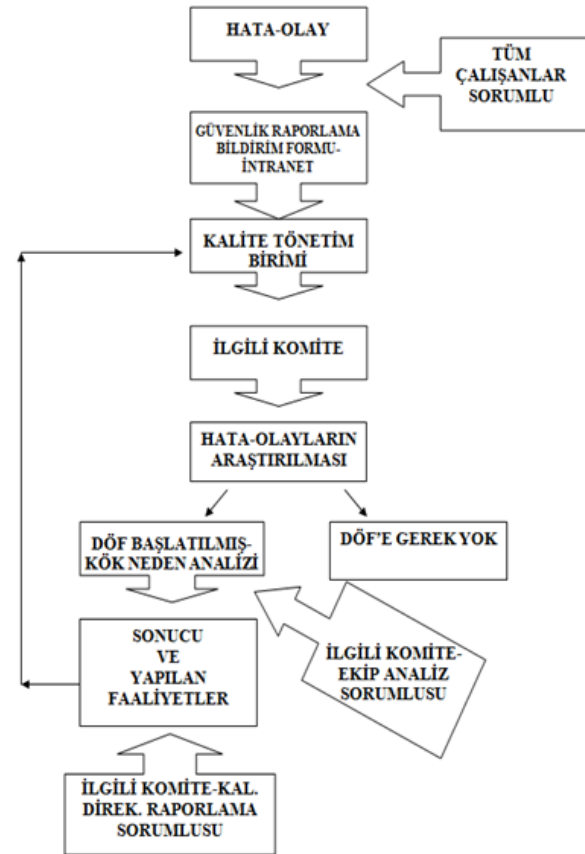
Bu önemli durumun asgariye indirilmesinde sağlık hizmeti veren tüm kurum/kuruluşlara ve sağlık profesyonellerine önemli görevler ve sorumluluklar düşmektedir (Akalın ve Çakmakçı, 2011). Tıbbi hataların önlenmesi için ilk önce bu hataların tanımlanarak belirlenmesi ve ders çıkarılması gerekmektedir. Bu bağlamda güvenli sağlık hizmeti sunumunda hataları objektif olarak belirleyebilecek ve raporlayabilecek bir organizasyonun varlığı, yaşanacak olayların engellenmesini şüphesiz kolaylaştıracaktır. Böylesi bir organizasyonun işlevsel ve süreklilik arz edebilmesinde çalışanlarda bir raporlama kültürü olması zorunluluk arz etmektedir. Bu kültür hastanede etkin çalışan, çalışanların bildirim yapmasını kolaylaştırıcı ve yaygın kullanım olanağı sağlayan bir raporlama sistemi ile gerçekleştirilebilecektir. Hataları raporlamak, hasta/çalışan güvenliğini sağlamada ve hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesi sürecinde önemli katkılar sağlayacaktır (Akalın, 2005; Dursun vd., 2010; Altındış, 2010; Akalın ve Çakmakçı, 2011; Vural vd., 2014; Tezel vd., 2014).

Dünyada çok sayıda hata bildirim mekanizması bulunmakta olup, sağlık hizmetlerinde hasta ve çalışan güvenliğini ön plana taşımış ve bu alanlarda iyileşmeler yapmış gelişmiş ülkelerde etkin ve etkili raporlama sistemleri ile karşılaşmaktadır. Bu sistemler zorunlu veya gönüllük esasına dayalı olarak şekillenmektedir (İntepeler ve Dursun, 2012:132).

Advers vakaların tespiti için kullanılan yöntemlerden biri de ülkemizde çok az çalışma yapılmış olsa da Global Trigger Tool (GTT) yöntemidir. Bu analiz yöntemi bildirimleri retrospektif olarak incelenmekte olup, tıbbi hatayı gönüllülük esaslı bildirim mekanizmalarına göre yaklaşık 10- 20 kat arası daha fazla vaka tespit edebilen bir sistem olarak karşımıza çıkmaktadır. Hasta dosyaları retrospektif olarak bir kurul tarafından ve belirli bir sistematik çerçevesinde incelenerek, bir ipucu yakalanır ve bu ipucundan yola çıkarak hataların kökenine inilir ve tespit edilir (Kurutkan vd., 2015). Naessens ve Ark. (2010) GTT ile ilgili yaptıkları araştırmanın sonucunda, hasta güvenliğinin sağlanması ve hataların tespitinde bu uygulamayı umut verici bir yaklaşım olarak tanımlamışlardır. Ancak,

süreklilik gerektiren ve otomatikleşen teşhis ve tedavi süreçlerinin teknolojik altyapı da kullanılarak olumsuz olayları belirlemede daha etkili bir hale getirebileceğini ifade etmektedirler. Bu entegrasyon sayesinde bakım sunumu gelişecek, hasta güvenliği temin edilebilecek ve izlenilebilirlik artarak hataların engellenebilme potansiyeli daha yükselecektir.

Sağlık hizmeti sürecinde yapılan yazılı ya da sözlü raporlamalar kurumda bir raporlama kültürünün oluşmasına, hatanın asıl kaynağının tespitini büyük ölçüde kolaylaştıracak ve gerçekleştirilecek iyileştirmelerin hangi yönde olması gerektiği konusunda yol gösterici olacaktır (Altındış, 2010; Sağlık Bakanlığı:2012; Aydın vd., 2017:14). Bu bağlamda kurumlar tarafından Güvenlik Raporlama Sisteminin her bireyin anlayabileceği şekilde kurgulanması, sisteme adapte edilmesi, çalışanların konu hakkında bilgilendirilmesi ve tüm sürecin şematize edilmesi çok önemlidir. Şekil 1'de Seydişehir Devlet Hastanesi Güvenlik Raporlama Sistemi şematize edilmiştir:



Şekil 1. SDH GRS Şeması

MATERYAL VE YÖNTEM

Araştırmanın Modeli

Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışma olup, 01.01.2016-01.10.2017 tarihleri arasında SDH Güvenlik Raporlama Sistemi aracılığı ile yapılan bildirimleri incelemek amacı ile yapılmıştır.

Araştırmanın Önemi

Sağlık kuruluşları odağında insan ve onun sağlığı olan, hastalarına güvenilir ve doğru bakım ve tedavi uygulamayı amaç edinen, karmaşık birçok sürecin uyum içinde sorunsuz olarak çalışması gereken işletmelerdir. Böylesi bir ortamda hasta ve çalışan güvenliğini olumsuz etkileyebilecek istenmeyen olayların olması kaçınılmazdır. Sağlık işletmelerinin istenmeyen olayları olabildiğince az ya da hiç yaşamamaları, yaşanan olayların belirli bir prosedür çerçevesinde çalışanlar tarafından bildirilmesi yapılan hataların tekrarlanmasını engellemek adına ciddi önem arz etmektedir.

Araştırmanın Kısıtları

Araştırma SDH Güvenlik Raporlama Sistemi Sistemine yapılan bildirim kayıtları ile sınırlı tutulmuştur. Araştırma bulgularının temel olarak SDH ile sınırlandırılmış olması bu araştırmanın sonuçlarına dayanarak tüm Türkiye için yapılacak genellemelerin doğruluk derecesini sınırlı kılacaktır.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak çalışanların birimlerindeki bilgisayarlarda çıktı olarak doldurdukları basılı form ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) entegre edilmiş olan GRS linkine yapılan kayıtlar kullanılmaktadır. Ayrıca hekim dışı sağlık çalışanlarının araştırmacı tarafından oluşturulan GRS hakkında görüş ve önerilerini belirlemeye yönelik çalışanlara bir soru seti uygulandı.

Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırma verileri, bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 16.0 paket programında frekans ve yüzdelik analizleri yapıldı.

Etik ve Yasal İzin

Çalışmanın uygulanabilmesi için Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Üst Yönetiminden yazılı izin alındı.

BULGULAR

Çalışmada elde edilen veriler, aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

Soru setini cevaplayan çalışanların %63,8'i hemşire, %18,8'i ebe, %2,5'i sağlık memuru ve ATT, %1,2'si laboratuvar teknisyeni ve %11,2'si de diğer sağlık çalışanlarından oluşmaktadır (Tablo1).

Tablo 1: Çalışanların Mesleki Dağılımı

Değişken	n	%
Hemşire	51	63,8
Sağlık Memuru	2	2,5
Acil Tıp Tekn.(ATT)	2	2,5
Ebe	15	18,8
Laboratuvar Tekn.	1	1,2
Diğer (diyetisyen, biyolog, fizyoterapist...)	9	11,2
Toplam	80	100

Çalışanların %70,3'ü olay bildirimini GRS intranet ile bilgisayardan, %25,2'si basılı form doldurarak, %2,7'si idareye bildirerek %1,8'i de doğrudan kalite birimine bildirim yaptıklarını belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 2: Çalışanların Hasta ve Çalışan Güvenliğini Tehdit Eden Olayları Bildirme Yöntemleri*

Değişken	n	%
GRS intranetten	78	70,3
Form(manuel) doldurarak	28	25,2
İdareye bildirerek	3	2,7
Doğrudan kalite birimine bildirerek	2	1,8
Toplam	111	100

*Birden çok değişken seçili

Çalışanların %93,8'i GRS hakkında eğitim aldığını belirtmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: GRS Hakkında Eğitim Alma Durumu

Değişken	n	%
Evet	75	93,8
Hayır	5	6,2
Toplam	80	100

Çalışanların %91,2'si GRS'nin hasta ve çalışan güvenliğini sağlamada etkili bir yöntem olduğunu belirtmiştir (Tablo 4).

Tablo 4: GRS'nin Hasta ve Çalışan Güvenliğini Sağlamada Etkili Bir Yöntem Olduğunu Düşünme Durumu

Değişken	n	%
Evet	73	91,2
Kısmen	7	8,8
Hayır	-	-
Toplam	80	100

Çalışanlar bildirim yapmalarında bazı çekincelerinin olduğunu belirtmektedirler. Bu çekinceler şu şekilde sıralanmaktadır:

- Kimliğimin gizli kalmayacağını düşünüyorum.
- Çalıştığım birim belli olur.
- Bildirim yaptığı bilgisayarın IP numarası tespit edilir.
- Hata bildirim sonrası mahkemeye verilebilirim.
- İşini hatalı yapan ve güvenilmeyen bir personel olurum.
- Amirlerim tarafından bildirim yaptığım için mobbing uygulanabilir.

Tüm bu çekinceleri ortadan kaldıracak ve etkin bir güvenlik raporlama sisteminin temel unsurları Saylam'a göre (2011) Tablo 5'te yer almaktadır (<http://www.medimagazin.com.tr>). Ayrıca Tablo 6'da ise 01.01.2016-01.10.2017 tarihleri arası güvenlik raporlama sistemi veri kayıt tablosu bildirim konusu, bildirim yönetimi, içerik ve değerlendirme sonuçları detaylı bir şekilde verilmiştir.

Çalışanların 01.01.2016-01.10.2017 tarihleri arasında GRS kullanarak yapmış oldukları bildirimlerin detayları Tablo 6'da verilmiştir. Tablo 6 incelendiğinde toplam 30 bildirim yapıldığı, bu bildirimlerin 12'sinin çalışan güvenliği, 18'inin ise hasta güvenliğini ilgilendiren konular olduğu, bildirimlerin 22'sinin bilgisayardan GRS'ni dijital olarak bildirildiği 8'inin ise yazılı form çıktısı ile bildirildiği, bildirimlerin 4'üne DÖF düzenlendiği bunlardan 1'ine kök neden analizi yapıldığı, 11'ine ise herhangi bir düzenlemeye gidilmeyerek değerlendirmeye alınmadığı, bildirimlerin 8'ine uyarıda bulunduğu (7 bildirime sözel, 1 bildirme HBYS den) ayrıca 4'üne de Olay Yeri İnceleme (OYİ) yapıldığı tespit edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 5: Etkin Bir Güvenlik Raporlama Sistemi Temel Unsurları*

GRS Temel Unsurları	Açıklama
Cezalandırıcı olmayan bir yapıda olmalıdır	Hataya neden olan veya olayı bildiren hiçbir şekilde cezalandırılmamalıdır.
Gizlilik esas alınmalıdır.	Birey hata bildirimini sonucunda kendini güvende hissetmelidir.
Bağımsız olmalıdır.	Hata bildirim sistemi örgüt içinde veya dışında cezalandırıcı herhangi bir otoriteden bağımsız olmalıdır.
Veriler uzmanlar tarafından analiz edilmelidir.	Uzman deneyimi ile yapılan analizler konusunda mutlaka iyi bir geri bildirim mekanizması inşa edilmelidir.
Verilerin analizi için prosedürler geliştirilmelidir.	Klinik uygulamalar, hatanın nedeni ve altında yatan nedenler konusunda yeterli bilgiye sahip uzmanlar tarafından değerlendirilmelidir.
Kurumda güven sağlanmalıdır.	Tıbbi hatalar için önleyici, cezalandırıcı olmayan, sistemin kendi başarısızlıklarını ve bireysel olmayan örgütsel sorumluluğu ön plana çıkaran bir örgüt kültürü olmalıdır.
Zamanında olmalıdır.	Raporlar gecikmeden analiz edilmeli ve öneriler hızla ihtiyacı olan bireylere ulaştırılmalıdır.
Sistem yaklaşımı içerisinde değerlendirilmelidir.	Bireyin performansını hedef alan, suçlayıcı yaklaşım yerine sistem ve süreçlere yönelik öneriler geliştirilmelidir.
Cevap vermeye hazır olmalıdır.	Üst yönetim, sistemde kapsamlı değişiklik gerektiren durumlarda önerileri uygulayabilmelidir.

* Tablo Saylam'ın (2011) röportajından esinlenerek ve yazarlar tarafından revize edilerek oluşturulmuştur.

Tablo 6: 01.01.2016-01.10.2017 Tarihleri Arası Güvenlik Raporlama Sistemi Veri Kayıt Tablosu

Sıra No	Bildirim Konusu (Hasta/Çalışan Güvenliği)	Bildirim Yöntemi (Intranet, Form)	İçerik	Değerlendirme Sonucu (DÖF, Kök Neden Analiz, Değerlendirmeye Alınmadı(DA), Uyarı(U), Olay Yeri İnceleme(OYİ))
1	Çalışan Güvenliği	Intranet	Serviste yatan hastanın kanının tek seferde alınamaması üzerine hasta yakınının hakaret etmektedir.	DA
2	Hasta Güvenliği	Intranet	Doğalgaz panelinin çaprazında ağaçlıkların önüne geçilen yerde betonların üzerindeki vidalara ayağım takıldı az daha düşüyordum, sonrasında fark ettim ki o vidalardan 4-5 adet daha bulunmaktadır.	DÖF
3	Çalışan Güvenliği	Intranet	Doğalgaz panelinin çaprazında ağaçlıkların önüne geçilen yerde betonların üzerinde ki vidalara ayağım takıldı az daha düşüyordum sonrasında fark ettim ki o vidalardan 4-5 adet daha bulunmaktadır.	DÖF
4	Çalışan Güvenliği	Intranet	Acil servis girişi dış tarafta bulunan çöp kovalarında çok sayıda mavi renkte nonsteril eldiven görülmüştür.	U(Sözel)
5	Hasta Güvenliği	Intranet	Zemin temizliği yapılırken ıslak silme işleminden sonra kuru mopla geçilmediği için zemin kaygan bir hal almakta ve bu durum düşme riskini artırmaktadır.	U(Sözel)
6	Çalışan Güvenliği	Intranet	Zemin temizliği yapılırken ıslak silme işleminden sonra kuru mopla geçilmediği için zemin kaygan bir hal almakta ve bu durum düşme riskini artırmaktadır.	U(Sözel)
7	Hasta Güvenliği	Intranet	Hasta gece uyandıktan sonra odasında baş dönmesine bağlı olarak düştü, gereken müdahale yapıldı. Genel durumu iyi olduğu için medikal tedavisine devam edildi.	OYİ
8	Çalışan Güvenliği	Intranet	Hastanın sırasından önce muayene olmak istemesi üzerine doktorun sırasını beklemesini söylemesinin ardından hastanın hakaret etti. Daha sonrada oğlu gelip oda yine hakaret etti.	DA
9	Çalışan Güvenliği	Intranet	Mağdurun hastaya sırasını beklemesini söylemesinden sonra hastanın söylenerek dışarı çıkması ve daha sonra içeri girip doktora sözel saldırıda bulunmuştur.	DA
10	Çalışan Güvenliği	Intranet	Hasta yakınları bekleme sırasına itiraz etmişler ve devamında odaya girerek hekime ve sekreterine sözel ve fiziksel şiddet uygulamışlardır. Ayrıca kamu malına da zarar vermişlerdir	DA
11	Çalışan Güvenliği	Intranet	Hasta muayene olmak istediği doktorun o an orada olmadığını öğrenince gişede çalışan memura hakaret etmiştir	DA
12	Hasta Güvenliği	FORM	Hasta odasında yürürken dizlerinin üzerine düşmüştür.	OYİ
13	Hasta Güvenliği	FORM	Hasta yakından takip edilmesine rağmen, aniden kendi kendine kalkması sonucu düşmüştür.	OYİ
14	Hasta Güvenliği	FORM	Hafif zihinsel engelli olan hasta refakatçi olmadan kalkmaya çalışmış ve düşmüştür.	OYİ
15	Hasta Güvenliği	FORM	Eldivenler yırtılmakta ve branüller bozuk çıkmaktadır.	Malzeme Cihaz Yönetimi(Sözel)
16	Hasta Güvenliği	FORM	Deterjanlar kalitesizdir.	Malzeme Cihaz Yönetimi(Sözel)
17	Hasta Güvenliği	FORM	Göbek klempı bozuk çıkmaktadır.	Malzeme Cihaz Yönetimi(Sözel)
18	Hasta Güvenliği	FORM	Gönderdiğimiz tahliller geç çıkmaktadır.	DA
19	Çalışan Güvenliği	FORM	Sağlık tarama polikliniği açılması gerekmektedir.	DÖF, Kök Neden Analiz
20	Çalışan Güvenliği	Intranet	Damar yolu açarken elime branül iğnesi batmıştır.	DA
21	Hasta Güvenliği	Intranet	Hasta Düşmesi	DA
22	Hasta Güvenliği	Intranet	Ameliyat modülüne sisteme kaydedilen hastaların, ameliyat bölgesinin sağ-sol ayrımının yapılmamakta ve asa skoru girilmemektedir.	U(Sözel)
23	Çalışan Güvenliği	Intranet	Damar yolu acarken iğne batabilmektedir.	DA
24	Hasta Güvenliği	Intranet	Patoloji numunelerinin kime ait olduğu konusunda sorun yaşanmaktadır.	U(Sözel)
25	Çalışan Güvenliği	Intranet	Çarşafın içinden enjektör ucu ve intraket çıkmaktadır.	U(HBYS)
26	Hasta Güvenliği	Intranet	Ameliyathaneye temizlik personelinin uygunsuz girişi olmaktadır.	U(Sözel)
27	Hasta Güvenliği	Intranet	Polikliniklerden ve servislerden laboratuvar barkotlarının bazı hastalara kendi adı yerine farklı adlı hasta barkotları verilmektedir.	DA
28	Hasta Güvenliği	Intranet	Acil girişteki halı flekse 85 yaşındaki amca ayağı takılarak düşmüştür.	U(Sözel)
29	Hasta Güvenliği	Intranet	Hasta yakını düşmüştür.	DA
30	Hasta Güvenliği	Intranet	Asansörde bulunan demir bariyerlerin[kenarlık] uçları aşırı keskin ve sivri olduğundan dolayı delici-kesici alet yaralanmalarına benzer yaralanmalara neden olmakta ve kıyafetlere takılıp delinmesi ve yırtılmasına sebep olmaktadır.	DÖF

TARTIŞMA

Güvenlik raporlamada amaç yaşanan, yaşanması olası ya da ramak kala olaylardan ders çıkararak hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden istenmeyen olayların gerçekleşmesini önlemektir.

Amerika Birleşik Devletlerinde Johns Hopkins Üniversitesince yayınlanan bir çalışmada ortalama her yıl 250.000 kişinin tıbbi hatalardan dolayı hayatını kaybettiği belirtilmiştir (Gazetevatan, 2017). Ulusal Tıp Enstitüsü yayınladığı raporda; tıbbi hataların bildirim ve gerekli önlemlerin alınmasının önemini vurgulamıştır. Bu raporda ABD’de her yıl ortalama 44.000-98.000 kişinin tıbbi hatalardan kaynaklı yaşamlarını yitirdikleri belirtilmektedir (IOM, 2001). Naessens ve Arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada Institute of Medicine (IOM) raporlarına göre tüm olumsuz olaylar önlenemez değildir ve her zaman bu durum tıbbi hataların sonucudur. Tıbbi hatalar bakım sürecindeki hatalar ya da başarısızlıklardır. Zarar verme potansiyeline sahip olmalarına rağmen, çoğu zaman hasta yaralanması ile bağlantılı değildirler. Ancak her hata ya da advers olay mutlaka raporlanmalıdır.

Türkiye’de konuyla ilgili en ilgi çekici çalışmalardan birinde Bulun (2012), “Ülkemizde her yıl en az 35.000 kişinin tıbbi hatalardan dolayı hayatını kaybettiği tahmin ediliyor” derken, hasta ve yakınları için tıbbi hatalardan korunma rehberi olarak “Hastaneden Canlı Çıkmak” isimli bir kitap yazarak, konu hakkında farkındalık oluşturmaya çalışmıştır. Kitabı “hataları gündeme getirdiği için baskı gören ve gündemde tutukça baskı göreceğini bilen tüm hasta güvenliği gönüllülerine” armağan etmesi ise güvenlik raporlama sisteminin 2012’li yıllarda ülkemizde sağlık çalışanları açısından bazı endişeler doğurabileceği konusuna değinmesi oldukça önemlidir.

ABD’de hastanede hizmet alan hastaların tıbbi hata kaynaklı ölüm oranlarını belirlemeye yönelik bir çalışmada ise, Colorada, Utah ve New York’ta hastaneye başvuran hastaların ortalama yüzde 3,3’ünün tıbbi hatalara maruz kaldıkları, hastaların ortalama %10,1’inin bu hatalara bağlı olarak hayatlarını kayb ettikleri belirtilmektedir (milliyet.com.tr, 2017). Bu oranları ülkemize uyarladığımızda; Türkiye’de 2015 yılı yatan hasta istatistiklerine göre (rapor.saglik.gov.tr,2017) kamu ve özel hastanelerde toplam 13.8 milyon hastanın yatarak tedavi gördüğü, bu veriye istinaden ortalama tıbbi hata oranı olarak %3,3 baz alındığında 455 bin hastanın tıbbi hataya maruz kaldığı, bu hastaların ortalama tıbbi hata oranı %10,1 baz alındığında ise yaklaşık 46 bin hastanın da tıbbi hata kaynaklı nedenlerden dolayı hayatlarını kayb ettiklerini öngörebiliriz.

Literatürde ülkemizde tıbbi hata bildirimlerini içeren araştırmalar (Tezel vd., 2014; Esen vd., 2014; Fener vd.,2014) sınırlı sayıda bulunmaktadır. Ulusal baz da 2016 Mart ayında başlayan GRS^{TR} ile tam yaygınlaşmasa da ülke genelinde veriler girilmekte ve değerlendirme yapılabilmektedir. İlk istatistik veriler 2016 yılı için yayınlamıştır (kalite.saglik.gov.tr,2017). Bildirimlerin gönüllük esaslı olması, elde edilen istatistik çıktılarının gerçeği yansıtmamasını engellese de buna rağmen bazı genellemelere gidilebilmesine imkân sağlamıştır. Şöyle ki; en sık bildirim yapılan cerrahi hatanın klinik cerrahi işlem hazırlığı - ameliyat bölgesinin/tafrafının işaretlenmemesi olduğu, en sık bildirim yapılan ilaç hatasının hatalı doz istemi olduğu, en sık bildirim yapılan laboratuvar hatasının hemolizli numune olduğu, en sık bildirim yapılan hasta güvenliği hatasının ise hastanın temel bilgilerinin yanlış kaydedilmesi olduğu, hataların sıklıkla 08:01-12:00 arasında gerçekleştiği, hasta güvenliği hata bildirimleri hariç, tüm hata sınıflandırma sistemlerinde en sık hata yapan meslek grubunun hemşireler olduğu, hatanın sıklıkla kliniklerde yaşandığı ve en sık bildirim yapılan hasta güvenliği hatasının ise hasta düşmesi olduğu bildirilmiştir (kalite.saglik.gov.tr,2017).

Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasında yaşanan ya da yaşanması olası tıbbi hataların bildirim (raporlama) GRS’inin en önemli adımı olarak görülmektedir (Gürbüz ve Yıldırım, 2014).

2016 yılı içerisinde GRS^{TR}’ye toplam 74.383 hata bildirimini gerçekleştirdiği, Türkiye’de toplam 1.514 hastane hizmet vermekte olup hastane başına ortalama 49 hata bildirimini yaptırdığı anlaşılmaktadır. Esen ve arkadaşlarının bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2012-2013 yılları arasında yapılan hata bildirimlerine yönelik çalışmalarında 100 (Esen vd., 2014), Fener ve arkadaşlarının çalışmasında ise, 2013 yılında 114 GRS yolu ile hata bildirimini yaptırdığı görülmüştür (Fener vd.,2014).Bu çalışmada ise toplam bildirim sayısı 30’dur. Bu sayı diğer çalışmalara ve Türkiye ortalaması olan 49 sayısına göre ortalamanın oldukça altında olduğu görülmektedir. Bu durumun nedenleri olarak kurumsal olarak örgütte GRS’nin yeterince çalışmadığını ve raporlama kültürünün sağlık çalışanlarında istenen düzeyde olmadığını düşündürmektedir.

Bildirim sayılarındaki bu düşüklük nedenleri incelendiğinde bu konuda yapılan çalışmalardan da görüleceği üzere, çalışanların GRS hakkında bazı çekincelerinin olması ve GRS hakkında yeterince bilgilerinin olmaması ve bildirim sisteminin gizlilik açısından güven vermeme algısının etkili bu düşük bildirim sayılarında etken nedenler olduğu görülmektedir (Tezel vd., 2014; Esen vd., 2014; Aydın vd., 2017:14;Vural vd., 2014).

Türkiye’de toplam 1514 hastaneye yılda yaklaşık 383 milyon başvurunun yapıldığı düşünüldüğünde, yapılan bu hata bildirimlerinin buz dağının görünen yüzünün çok küçük bir kısmı olduğu görülmektedir (rapor. saglik.gov.tr, 2017). Türkiye’de Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık çalışanı (uzman hekim, pratisyen hekim, asistan hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, ebe, diğer sağlık profesyonelleri) sayısı 2015 yılı verilerine göre 551 binin üzerindedir (Tablo 6). Pratikte her bir sağlık çalışanı yılda bir kez hata yapsa toplamda 551 bin hata sayısına ulaşılması beklenilir. Bu hataların %1’inde bile ciddi bir hatanın söz konusu olması durumunda 5 binin üzerinde ciddi hasta güvenliğini tehdit eden bir takım sorunlarla karşılaşılmasının kaçınılmaz olacağı değerlendirilmektedir.

Çalışanların yaşanan olumsuz olayları raporlaması için kurumsal olarak örgütte bir raporlama kültürünün olması gerekmektedir. Kurumsal raporlama işleminin yaygın olarak yapılması için yöneticilerin raporlama faaliyetini çalışanlarının rahatlıkla yapmalarını sağlama adına gereken optimum şartları yerine getirmeleri gerekmektedir. Yönetim bu anlamda kendisini görevli ve sorumlu tutmalıdır. Bir kurumda raporlama kültürünün yerleşmesin de yönetimin desteği çok önem arz etmektedir. Çalışanlar kendini güvende hissetmeli ve herhangi bir tereddüt yaşamaksızın rahatlıkla raporlama yapmalıdır. Çalışanların raporlama sürecini benimsemesi ve süreci işletmeleri örgütte oluşturulmak istenen raporlama kültürünü kolaylaştırıcı en önemli unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Tütüncü ve Küçükusta’nın (2006) çalışmasında hasta güvenliği kültürünün sağlanmasında yaşanan olumsuz olayları bildirmenin hemşireler tarafından önemli olarak algılandığı tespitine yer verilmiştir. Bu çalışmada çalışanların % 91,2’sinin örgütte kurulan raporlama sistemini hasta ve çalışan güvenliğini sağlamada etkili bir yöntem olarak görmeleri ile birlikte örgütte bir raporlama kültürünün oluşumunda çalışanların desteğinin çok önemli bir unsur olduğu görülmüştür.

Ayrıca Münir’in 2009 yılında yaptığı “ceza korkusu tıbbi hataları gizliyor” başlıklı çalışmasında, Dünya Sağlık Örgütü’ne (WHO) göre dünyada yılda 234 milyon ameliyat yapıldığı, ameliyatların yüzde üçü ile on yedisinin istenmeyen durumlara yol açtığı, her bin hastanın sekizinin ameliyat sonucunda öldüğünü ve sunulması gereken sağlık hizmeti ile sunulan sağlık hizmeti arasında büyük bir uçurum bulunduğunu belirtmektedir. Ayrıca hata bildirimleri sonucunda malpraktis (tıbbi hatalı uygulama) neticesinde ceza alma korkusu olan hekimlerde “defansif-çekinik tıp” uygulamalarının başlayabileceği belirtilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Tıbbi hatalar konusunda sadece sağlık çalışanlarının değil, hasta ve yakınlarının da yapmaları gereken birçok faaliyet vardır. Dr. Mehmet Öz bir söyleşisinde “Akıllı Hasta” tabirini kullanmıştır ki (Bulun, 2012), akıllı hastaların ve sağlık okuryazarlık düzeyinin artması ve bilgi asimetrisinin azalması ile sağlık sistemi içerisinde hasta ve çalışan güvenliği kriterleri bir kurumsal kültür haline gelmeye başlayacaktır. Ancak bunu yaparken, mikro, mezo ve makro çevredeki tüm paydaşların ortak bir konsensüs içerisinde bulunması ile sağlık sistemi içerisinde bir güvenlik kültürü inşa edilebilecektir.

Hastaneler ise sağlık sisteminin en dinamik, en karmaşık, uzmanlaşma ve risk seviyesi çok yüksek ve hasta/çalışan güvenliği açısından sıfır hata prensibiyle çalışma zorunluluğu olan işletmelerdir. Hizmet sektörü içinde çalışan sayısı ve farklı çalışma alanlarını içinde barındırması hastaneleri diğer sektörlerden ayıran özelliklerin başında gelmektedir. Hastaneler 7/24 hizmet veren dinamik mekânlar olması nedeni ile hasta/çalışan güvenliğini tehdit eden çok sayıda istenmeyen olaylar (hatalar) meydana gelebilmektedir.

Hastaneler özelinde tüm sağlık sistemi içerisinde oluşabilecek hataların minimize edilmesi ile hasta/çalışan güvenliğinin sağlanmasına ciddi katkı sağlanabilecektir. Hataların minimize edilebilmesi için ise, sistem içerisindeki tüm alt süreçlerde yaşanan ya da yaşanması olası hataların çalışanlar tarafından belirlenmesi, tanımlanması ve raporlanması büyük öneme sahiptir. Bu bağlamda sorunları tespit ederek, çözüm bulmaya çalışmak ve hatalardan öğrenmeyi kolaylaştırmak amacı ile hata raporlama sistemleri geliştirilmeli ve sistem adaptasyonu profesyonelce sağlanmalıdır. Kurumsal anlamda GRS’nin kurulması aşamasında en önemli ve olmazsa olmaz unsurların başında ise çalışanların etkin katılımı gelmektedir. Çünkü çalışanlara iyi anlatılmamış, sistem/insan entegrasyonu yeterince sağlanamamış ve güvenlik kültürünün oluşturulamadığı sistemlerde mekanik/teknolojik/inovatif güvenlik raporlama sistemleri inşa etmenin sisteme çok büyük bir katkısı olamamaktadır. GRS’nin amacı hataları belirleyerek onlardan ders çıkartıp bir daha yaşanmasını engellemektir. Çalışanların cezalandırma korkusu duymadan öz güven ile etkin raporlama yapılması için gereken ortam ve şartların sağlanması GRS’nin optimum çalışması için önemlidir. Bu bağlamda kurumsal olarak GRS’nin kullanımını teşvik edici duyurular ve eğitimlerin yapılması ile sistemin etkin çalışması sağlanabilir. Ancak kurumsal anlamda bir raporlama kültürünün oluşturulması kısa zamanda gerçekleşecek bir durum değildir. Güvenlik raporlama kültürünün yerleşme ve olgunlaşması, çalışma hayatında yaşanan istenmeyen

olayların, tehlikelerin ve bunların sonucu olarak yaşanan birçok olumsuzluğun giderilmesinde proaktif bir yaklaşım sağlayacaktır. Bu durumda hatalardan alınan dersler ile tüm sağlık çalışanları daha dikkatli olacak, tüm alt süreçler yeniden revize edilebilecek ve güvenlik kültürü inşası için proaktif yaklaşımlar yardımıyla hatalar oluşmadan önlenebilecektir.

Çalışmanın yapıldığı hastane özelinde konu değerlendirildiğinde ise, SDH çalışanlarının sıklıkla hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden olayları GRS'ni kullanarak bildirim yapacaklarını bildikleri, GRS hakkında bilgilerinin olduğu ve eğitim aldıkları görülmüştür. Ancak kurumda GRS bildirim sayısının Türkiye ortalamasının altında olması nedeniyle (<https://grs.saglik.gov.tr>), kurumsal bir güvenlik raporlama sisteminin yerleşebilmesi ve kurum kültürü haline gelebilmesi iyileştirmeye açık bir alan olarak görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akalın, Erdal ve Çakmakçı, Metin (2011), Hemşirelikte Hasta Güvenliği. Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya kitabında. Fusun Sayek TTB Raporları / Kitapları. 1.baskı. Ankara Türk Tabipler birliği Yayınları, sayfa 36-42
2. Akalın, Erdal (2004), "Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirilebiliriz". ANKEM, 18(2):12-13
3. Akalın, Erdal (2005), "Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği", Yoğun Bakım Dergisi. 5(3):141-146
4. Akgün, Seval ve Al-Assaf AF (2007), Sağlık kuruluşunda Hasta Güvenliği Anlayışını nasıl oluşturabiliriz? Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 3 : 42-47
5. Altındiş, Selma (2010), Sağlık hizmetlerinde olay raporlama ve hasta güvenliğine etkileri Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. Cilt 1: 17-32.
6. Aydın, S Semiz – Akin, Emiha – Işıl, Özlem (2017), Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin İlaç Hatası Bilgi Düzeyi ve İlaç Hatalarının Raporlanması ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 14 (1)
7. Bulun, Mustafa (2012). Hastaneden Canlı Çıkmak, Sage Yayıncılık, Ankara
8. Dursun, Salih-Bayram Nuran-Aytaç, Serpil (2010), Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. Sosyal Bilimler Dergisi, 8(1):1 -14.
9. Esen, Hatice – Aykal, Güzin – Ertuğrul, Serkan - Memiş, Abdullah (2014), Hasta Güvenliğinde Tıbbi Hata Bildirimi V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı cilt 1, sayfa 93-102
10. Fener, S Katırcı - Şengül, Halil - Değirmenci, Seda - Kahraman, Birgül (2017) Tıbbi Hataların Güvenlik Raporlama Sistemi İle Bildiriminin Değerlendirilmesi V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı Cilt 1:35-53
11. Gürbüz, Zühre ve Yıldırım H Hüseyin (2014), Hasta Güvenliği Kültürü Ölçümü: Nazilli Devlet Hastanesi Örneği V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı Cilt 1: 263-281
12. <https://www.kalite.saglik.gov.tr/TR,15234/guvenlik-raporlama-sistemi-2016-yili-raporu-yayinlandi.html>, (29.09.1017)
13. <https://grs.saglik.gov.tr/Default.aspx>
14. <http://www.gazetevatan.com/abd-de-her-yil-250-bin-kisi-doktor-hatasindan-oluyor-948185-saglik/>,(09.10.1017)
15. <http://www.milliyet.com.tr/yazarlar/metin-munir/her-yil-en-az-19-bin-kisi-tip-hatalarindan-oluyor-1134964/>(08.10.1017)
16. <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/index.php>,(09.10.1017)
17. http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf,(09.10.1017)
18. <http://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-kalite-icin-hata-bildirimleri-cezalandirililmamali-676-558-10697.html>
19. Institute of Medicine (2000): To err is human: Building a safer health system, National Academies Press, Washington, DC.
20. Institute of Medicine-IOM. (2001), Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Report Brief. 1st ed. Washington: National Academies Press; p.1-8.
21. İntepeler, Ş. Seren ve Dursun, Meltem (2012), "Tıbbi Hatalar Ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri" Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15: 2:129-135
22. İncesu, Emrullah ve Atasoy Ahmet (2015), "Hemşirelerin Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Kültürü Algılarının Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Kültürü Ölçeği Kullanılarak İncelenmesi", Sağlık akademisyenleri Dergisi, Cilt 2, Sayı 3, sayfa 119-126
23. Kurutkan, M. Nurullah, Ustab, Esra- Orhan, Fatih and. Simsekler, Emre (2015), "Application of the IHI Global Trigger Tool in measuring the adverse event rate in a Turkish healthcare setting" International Journal of Risk & Safety in Medicine 27;11-21
24. Münir , Metin (2009). "Ceza korkusu tıbbi hataları gizliyor" <http://www.saglikaktuel.com/haber/ceza-korkusu-tibbi-hatalari-gizliyor-5743.htm>
25. Naessens James M. vd., (2010). "Measuring hospital adverse events: assessing inter-rater reliability and trigger performance of the Global Trigger Tool", International Journal for Quality in Health Care 2010; Volume 22, Number 4: pp. 266-274
26. Pavao A.Luiza Braz vd., (2012). "Reliability and accuracy of the screening for adverse events in Brazilian hospitals", International Journal for Quality in Health Care 2012; Volume 24, Number 5: pp. 532-537
27. Sağlık Bakanlığı Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı SKS Işığında Sağlıkta Kalite (2012) cilt 2:74
28. Tezel, Adnan - Karaoğlanoğlu, Serpil - Karakuş, Ayşegül - Kayaçetin, Gülay (2014), Güvenlik Raporlama Sistemi Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi Uygulama Örneği, V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı cilt 1:83-91
29. Tütüncü, Özkan ve Küçükusta Deniz (2006), "Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşireliğe Yönelik Bir Uygulama", Hastane Yönetimi Dergisi, 10 (2), 61-68
30. Vural, Fisun - Çiftçi, Seval - Fil, Şükran- Aydın, Ayşe - Vural, Birol (2014), Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algıları ve Tıbbi Hataların Raporlanmasını, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 5 • Sayı: 2, sayfa 152-157



Sağlık hizmetlerinde kullanılan MR cihazlarının tedarik süreci, küresel ve yerel pazardaki konumunun değerlendirilmesi*

Supply process of MR devices used in health service, evaluation of the global and local market position

Fırat Seyhan

*Bu çalışma THK Üniversitesi İşletme Bilim Dalı Doç.Dr. Hakan KESKİN danışmanlığında tamamlanmış olan "Kamu Hastanelerinde Kullanılan Manyetik Rezonans (MR) Cihazlarının Tedarik Süreci ve Cihaz Kullanıcılarının Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi" konulu yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Anahtar Kelimeler:
MR Cihazı, Manyetik Rezonans, Sağlık Hizmetleri, Tedarik Zinciri, MR Cihaz Sayıları

Key Words:
MR Device, Magnetic Resonance, Health Service, Supply Chain, MR Devices Number

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Fırat Seyhan,
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara,

Gönderme Tarihi/Received Date:
20.03.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
28.03.2018

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
30.06.2018

DOI:
10.5455/sad.13-1521585839

ÖZET

Sağlık hizmetlerinde kullanılan MR cihazlarının tedarik süreci ile küresel ve yerel pazardaki konumunun değerlendirilmesinin amaçlandığı bu çalışmada; MR cihazı hakkında genel bilgiler verilerek MR cihazının sağlık hizmetlerindeki yeri ve önemi anlatılmaya çalışılmış, bahse konu cihazlarının küresel pazardaki konumu ile Türkiye'deki tıbbi cihaz pazarı hakkında bilgiler ışığında sektörlere ve yıllara göre yataklı tedavi kurumlarında cihaz sayıları, MR cihazı sayısının uluslararası karşılaştırması, yataklı tedavi kurumlarında yapılan muayenelerde istenilen MR görüntüleme sayıları ve MR cihazı başına düşen görüntüleme sayısının uluslararası karşılaştırması gibi MR cihazlarına ait istatistiksel bilgiler ışığında değerlendirmeler yapılmış olup, sağlık hizmetlerinde tedarik zinciri ve süreci MR cihazı özelinde ele alınmıştır.

ABSTRACT

In this study aimed at evaluating the supply process and the global and local market position of MR devices used in health service; general information about the MR has been given and also importance and place of the device in health services, its place in global markets and medical device markets in Turkey, device numbers by sectors and years in treatment facilities, international comparison of the device numbers in treatment facilities, international comparison of the number of views of MR device in the examination in treatment facilities and international comparison of MR views per treatment facility have been evaluated in the light of statistical informations of MR device, also supply chain and process in medical services has been handled exclusively for MR device.

GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürüp, toplumsal refahı üst seviyelere taşıyabilmeleri adına önemi giderek artan faaliyetler arasında olup, bireylerin kaliteli bir yaşam sürmesi, bu yaşam kalitesini devam ettirerek koruma altına alabilmeleri için gerekli olan unsurların başında yer almaktadır. Sağlık hizmetinin sunumu ve kalitesindeki yeterlilik durumları, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetleri,

kamu ve özel sektörün birbirleri ile yakın ilişki içerisinde olduğu bir bütün halinde sunulurken, gelişmekte olan ülkelerde ise daha çok devletin çabası ile gerçekleştirilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kolaylık sağlayan ve tanı, teşhis ve tedavi yöntemlerini destekleyen birçok cihaz bulunmaktadır. Günümüzde sağlık sektöründe kullanılan tıbbi cihazlar, özellikle son yıllarda bilgisayar ve elektronik teknolojisinde meydana gelen hızlı gelişmelerin tıbbi uygulanmasıyla önemini

giderek arttırmış, bunun bir sonucu olarak hastaneler teknoloji yoğunluklu kuruluşlar haline gelmiştir (Çelik, 2011). MR cihazları da ileri teknolojik seviyeye sahip olan bu ürünler arasındadır. MR cihazının sağlık hizmetlerinde kullanımına başlanması özellikle doktorların tanı ve erken tedavi süreçlerinde hastaya müdahale edebilmesine imkân sağlamaktadır. Bu sayede kişinin sağlık durumu daha kötüye gitmeden önlemler alınabilmektedir.

Modern sağlık hizmetlerinin bir parçası olan MR cihazlarının temin edilmesi süreci oldukça karmaşıktır. Çağdaş tedarik zinciri uygulamalarının bir bölümünü oluşturan temin süreçlerinin iyi yönetilmesi, yüksek maliyetli MR cihazlarının bekleneni karşılaması adına önem taşımaktadır.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE MR CİHAZLARININ YERİ VE ÖNEMİ

MR Cihazları Hakkında Genel Bilgiler

Bilgisayarlı tomografi ve MR gibi kesitsel görüntülemeye imkan veren yöntemlerin geliştirilmesi, tıp alanında yeni bir çığır açmış, teknolojik alandaki gelişmelerin görüntüleme yöntemlerine yansıtılmasıyla elde edilen veriler, hastalıkların tanı ve takibinde önemli bir yer tutmuştur (Moeller ve Reif, 2007). MR cihazlarının tıbbi anlamda ilk kullanımı 1970'li yılların başında gerçekleşmiş olup, Raymond Damadian'ın (ABD'nin Brooklyn şehrinde bulunan Downstate Medical Center isimli sağlık tesisinde) ve Donald P. Hollis'in (Baltimore'deki Johns Hopkins Üniversitesi'nde 1972 yılında fare dokuları üzerinde) yaptığı deneyler, MR cihazının ilk kullanımı olarak bilinmektedir (Elmaoğlu ve Çelik, 2010).

Görüntüleme işlemi sürecinde, X ışınları kullanılmadığından insan sağlığına bilinen bir zararı bulunmamakta, bu özelliği ile de MR cihazı tomografiden farklı ve üstün yanı ile ön plana çıkmaktadır (Türk Manyetik Rezonans Derneği, 2007). Elektromanyetik ve radyo dalgalarıyla görüntüleme yapan MR cihazların içerisinde dev bir mıknatıs yer almaktadır. Cihazın mıknatıs olarak ifade edilen elektromanyetik ve radyo dalgalarını gönderme görevini üstlenmiş kısmı silindir şeklindedir. Bu silindirle bağlantılı olan ve hastanın uzanarak hareketsiz kalmasını gerekli kılan masa ise cihazın ikinci bölümüdür. MR görüntüsü alınacak hasta cihazın masa kısmına uzanarak hareketsiz kalması istenir ve hasta silindir şeklindeki bölme doğru ilerletilir. İncelenen bölgenin üzerine ya da çevresine yüzeysel sargı (coil) adı verilen özel bir radyo anteni yerleştirildikten sonra masa, mıknatıs (gantry) içerisine itilir. İncelenen vücut bölgesi MRG tünelinin tam ortasında olmalıdır. MR çekiminin toplam süresi;

vücutta görüntülenmesi talep edilen bölge, hastanın klinik bulguları ve araştırılmak istenen hastalık nitelikleri gibi özellikler dikkate alınarak incelemenin tipine ve kullanılan cihaza bağlı olarak 5 ile 60 dakika arasında değişmekte olup, MR cihazları, klostrrofobi sahibi olan bireylerde korkuya neden olmakta ve kolay bir işlem olmasına rağmen MR görüntüleme işleminin gerçekleştirilmesi aşamasında bireylere zorluk yaşatabilmektedir. Günümüzün getirmiş olduğu teknolojik yeniliklerle MR'da bu probleme çözüm getirilmiştir. Bu nedenle kapalı olmayan, etrafı açık bir biçimde görülebilen 'Açık MR' cihazları geliştirilmiştir. Açık MR sistemi son derece rahat ve güvenilir olup kapalı alan korkusu olan hastalar, yaşlılar ve çocuklar için konforlu bir sistemdir (Milli Eğitim Bakanlığı, 2016).

MR cihazı, mıknatıs özellik gösterip elektromanyetik dalgalar kullanarak görüntüleme işlemi gerçekleştirdiğinden, metal protez, metal kalp kapakçığı, kalp pili, iç kulak protezi bulunan hastalarda kullanılamamaktadır. Ateşli silah yaralanması geçirmiş olanlar, göz içinde yabancı cisim bulunanlar, kalıcı dövmesi olanlarda MR görüntüleme işleminin olası sakıncaları nedeniyle işlem öncesi doktor onayı gerekebilmektedir.

MR Cihazlarının Sağlık Hizmetlerindeki Önemi

Sağlık sektörünün karmaşık yapısı nedeniyle sağlık hizmeti veren birimler, meslek elemanları ve kullanılan cihazların oldukça farklı ve çeşitli olduğu görülmektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar, klinik hizmetlerinin sunumunda uzmanlaşma yoluna gitmektedir. Ayrıca özel laboratuvarlar, görüntüleme merkezleri, klinikler gibi sağlık hizmeti veren diğer sağlık kurumlarının tümünde teşhis, tedavi ve yaşam destek cihazları kullanılmaktadır. Tıp biliminin çok uzun bir geçmişi olmakla beraber, özellikle son yüzyılda görülen medikal alandaki gelişmeler tanı, tedavi ve rehabilitasyon amaçlı çok sayıda cihazın geliştirilmesini ve sağlık hizmetlerinde kullanıma sunulmasını sağlamış ve birçok hastalıkların tedavisinde başarılı olunmuştur (Mollahaliloğlu ve ark. 2009).

Bilgisayarlı tomografi gibi cihazlarda var olan kullanım risklerinin hiçbirisini taşımayan bu cihaz, pek çok hastalığın tanısında sağlık hizmeti veren birimlere yardımcı olmaktadır. Özellikle erken teşhisin oldukça önemli olduğu hastalıkların kolaylıkla tespit edilmesine ve değerlendirilmesine olanak sağlaması ve hasta birey için hiçbir risk taşımayan olması, MR cihazına olan ihtiyacı giderek arttırmaktadır. Ayrıca kanser, beyin yumuşak dokusu ile ilgili hastalıklar, eklem rahatsızlıkları ve organlarla ilgili problemlerin olması halinde, net bir görüntü elde edilerek, kolaylıkla hastalığın belirlenmesine olanak sağlamaktadır.

MR, teknik olarak iyonlaştırıcı olmayan radyo frekansı (RF) kullanan yeni bir görüntüleme yöntemi olarak da tanımlanabilir. Başlıca yumuşak dokuları inceleyen bir yöntemdir. Lezyonları daha iyi göstermek amacıyla RF pulsunun uygulama şekli değiştirilerek farklı dokular arasındaki kontrastın artırılabilmesi gibi bir avantajı vardır. Yumuşak doku kontrast çözümü gücü en yüksek olan radyolojik tanı yöntemi olarak bilinir. Bu nedenle hastanın durumunun en iyi şekilde tespit edilmesini sağlar. Sağlık hizmetlerinin sunumunda da ciddi anlamda kolaylık sağlayan ve kaliteli hizmeti sayesinde önemli bir yere sahiptir (Milli Eğitim Bakanlığı, 2011). Sağlık hizmet sunucuları tarafından kullanılan MR cihazlarının etkin bir şekilde yönetiminin sağlanarak en yüksek kapasitede kullanılmaları, mevcut pazarda sunulacak olan sağlık hizmetinin birim maliyetlerini azalması ve sonuç olarak da işletme verimliliğinin artmasına katkıda bulunacaktır.

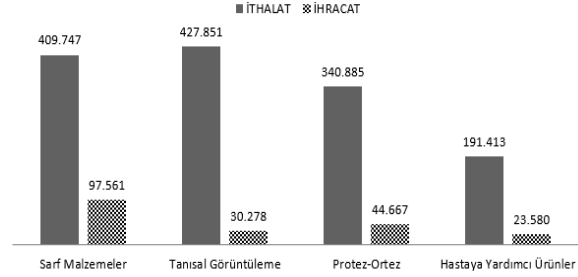
MR CİHAZLARININ KÜRESEL PAZARDAKİ KONUMU VE CİHAZ TEDARİK SÜRECİ

MR Cihazlarının Küresel Pazardaki Konumu

Dinamik bir yapıya sahip olan tıbbi cihazlar sektörü, dünya genelinde en hızlı gelişen sektörlerin başında gelmektedir. Bunun yanı sıra 2010 yılı itibarı ile dünya tıbbi cihaz pazarı 250 milyar doları aşan bir büyüklüğe ulaşmıştır. Tıbbi cihaz pazarı büyüklüğüne göre sıralandığında, dünyadaki en büyük pazarlar sırasıyla; ABD, Japonya, Almanya, Çin, Fransa, İngiltere, İtalya, Rusya, Kanada ve Brezilya'dır. (Ataseven, 2014). Dünyada yaklaşık 2.4 trilyon dolar büyüklüğünde sağlık teknolojileri pazarından bahsetmek mümkündür. Böylesine büyük bir pazarın içinde tıbbi cihazların imalat sanayisi yaklaşık, 500 bin ürün çeşidine ve 300 milyar dolarlık bir işlem hacmine ulaşmış olup katma değeri yüksek bir sektör durumundadır. Tıbbi cihazlar alt sektörünün 2020 yılına kadar bir trilyon dolar seviyesine ulaşması beklenmektedir (ASO İhtiyaç Analizi Raporu, 2014).

Sağlık Bakanlığı'nın 2015 yılında hazırladığı ve 2016 ile 2020 yılları arasındaki süreci kapsayacak olan Türkiye Tıbbi Cihaz Sektörü Strateji Belgesi ve Eylem Planı'nda da belirtildiği üzere; ülkemizde gerçekleştirilen yerli üretim, düşük ve orta düzeyde teknoloji içeren ürünlere odaklanmış olup ileri teknolojik ürünlerin geliştirilmesi için yeterli nitelikte elemana ve teknolojiye sahip değildir. Bu durum, ithalat yoğunluklu bir tıbbi cihaz sektörünü ortaya çıkarmaktadır. Bununla birlikte ülkemizdeki yerli ürüne olan güvensizlik, alım yapan yönetim birimlerindeki satın alma prosedürleri ve geri ödeme politikaları gibi faktörler, tıbbi cihaz alanında

yerli üreticilerin büyümesini olumsuz etkilemektedir. Şekil 1'de görüldüğü üzere ülkemizde tıbbi cihaz ürün gruplarına ait toplam ithalat yaklaşık 1,5 milyar dolar iken toplam ihracat 200 milyon dolar seviyesine yaklaşmıştır. Bahse konu tıbbi cihazlar içerisinde ithalat oranı en yüksek olan cihazları, 427 milyon dolar ile tanimsal görüntüleme amacıyla kullanılan cihazlar (MR, tomografi, ultrason, röntgen) oluşturmaktadır.



Şekil 1: 2014 Yılı Türkiye Tıbbi Cihaz İthalat ve İhracat Verileri (Milyon Dolar), Espicom, 2015

Tıbbi cihaz sektörünü diğer sektörlerden ayıran en önemli özelliklerden birisi, mevcut pazar dinamiklerinin önceden tahmin edilebilir olmasıdır. Tıbbi cihaz sektöründe üretici firmaların büyümesi, daha çok düzenlemeler veya geri ödeme kurumlarının aldıkları kararlar ile şekillendiği için, sermaye ihtiyaçlarının da mevcut olan klasik yöntemler ile karşılanabilmesi zordur. Bu sebeple pazarın değişimi ve seyri kamu politikaları ile doğrudan bağlantılıdır (Kiper, 2013). Türkiyede de hızla değişim ve gelişim gösteren mevcut tıbbi cihaz pazarının büyüklüğü 2,5 milyar dolara yaklaşmış olup, bahse konu mevcut pazarın toplam sağlık harcamalarına oranı ve gayri safi yurt içi hasılaya oranı gibi istatistik veriler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Türkiye Tıbbi Cihaz Pazarı (Espicom, 2015)

TTCP'nin Pazar Büyüklüğü (Milyar ABD Doları)	2.421,6
TTCP'nin Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı	%4,2
TTCP'nin GSYİH'na Oranı	%0,3
TTCP'nin Dünya Pazarına Oranı	%0,7
TTCP'nin Yıllık Bileşik Büyüme Oranı	%3,4
Kişi Başına Düşen TTCP (ABD Doları)	32,3

Tüm bu büyüme hızına karşın özellikle hem ulusal hem de yerel tıbbi cihaz firmaları, küresel pazardaki ihracatın artışı, firmalar arasındaki rekabetin yoğunlaşması ve yeni teknolojileri içeren ürünlerin hızla pazarda yerlerini almasıyla oluşan dinamik bir değişimle yüz yüzedir (Kiper, 2013). 2016 yılsonu ciroları itibarı ile dünyadaki en büyük on tıbbi cihaz

üreticisi ve 2016 yılına ait satış oranları Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2: Dünyadaki En Büyük On Tıbbi Cihaz Üreticisi (Medical Product Outsourcing, 2017)

S.N.	Firma Adı	Satış (milyar\$)
1.	Medtronic	28.8
2.	Johnson & Johnson	25.1
3.	General Electric (GE)Healthcare	18.3
4.	Siemens Healthcare	15.2
5.	Becton Dickinson	12.5
6.	Cardinal Health	12.4
7.	Philips Health Tech	12.4
8.	Stryker	11.3
9.	Baxter	10.2
10.	Abbott Laboratories	10.1

Tablo 2’de belirtilen firmalar içerisinde dünya MR pazarını domine eden tıbbi cihaz üretici firmalarının Siemens Healthcare, General Electric (GE) Healthcare, Philips Health Tech olduğu görülebilir. Bu üretici firmalar Türkiye pazarında da gerek kamu hastaneleri gerekse de özel sağlık kuruluşlarının MR cihazı ihtiyaçlarını karşılayan aktörlerdir.

Biyomedikal alanında çalışan ve MR ile ilgili teknolojik araştırmalar yapan bilim adamlarının deneyimlerini aktardığı bir platform konumunda olan ve dünya MR pazarına yön veren MR cihaz üreticilerinin de katılımlarıyla gerçekleştirilen Türk Manyetik Rezonans Derneği’nin 19. yıllık toplantısında, Tablo 2’de verilen firmalar içerisinde MR cihaz pazarını domine eden bahse konu firmaların Türkiye’de bulunan yetkilileri ile mevcut Türkiye ve dünya pazarının konumu, pazarda meydana gelen değişim, marka ve modellere ait fiyat bilgileri, MR cihazı müşteri profilleri, cihazlara ait servis/bakım ve cihaz kullanıcılarının memnuniyetlerini arttırmaya yönelik yenilikler hakkında görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Siemens, General Electric ve Philips markaları, MR pazarını domine eden cihaz markaları olup bu markaların haricinde Toshiba ve Hitachi markaları da üreticiler tarafından kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarına tedarik edilmektedir. Mülakat sonucu elde edilen veriler ışığında; Türkiye pazarının, Avrupa, ABD ve dünya pazarları ile karşılaştırıldığında, genel olarak dünya pazarı ile uyumlu bir yapıya sahip olduğu, sadece dinamikler itibarıyla hizmet alımlarının Türkiye’de farklılıklar gösterdiği söylenebilmektedir. Bu konuya farklı bir açıdan bakmak gerekirse, Avrupa ve Amerika’da görüntüleme hizmetlerinin bedelinin daha yüksek olması sebebiyle cihazların günlük

çekim sayıları Türkiye ile kıyaslandığında, Türkiye’de bu sayılar çok daha üst seviyelerde bulunduğu, bu durumunda pazardaki satış fiyatlarını etkileyen önemli bir faktör olduğu görülmektedir.

MR cihazlarının fiyat aralıkları, model ve cihaz özelliklerine göre 500 bin Euro ile 1,5 milyon Euro arasında olup, fiyat farkını belirleyen birtakım unsurlar mevcuttur. Bunlardan birisi, MR cihazların çekim esnasında ısınmasını önleyen ancak maliyeti yüksek olan helyum gazını daha az tüketen cihaz yapısıyla, hem çevreye verilen önem hem de kullanıcıların sarf maliyetlerini düşürücü bir inovasyonun gerçekleştirilmesidir. Ayrıca hasta konforu açısından düşünüldüğünde, özellikle 70 santimetre genişliğindeki gantrye sahip olan MR cihazları ile kapalı alan fobisi olan hastaların mevcut korkularını en aza indirecek yenilikler gerçekleştirilmektedir. Bunun yanı sıra sektörel yenilikler itibarıyla, MR cihazı pazarında önemli bir yere sahip olan cihaz üreticilerinin eş zamanlı olarak piyasaya sürdüğü sessiz MR (silence MR) cihazı, bazı sekanslarla gürültü seviyesini düşürücü buna karşın görüntü kalitesini arttırıcı bir takım yazılımlar ile sektöre yenilikler sunmaktadır.

Ayrıca mülakatlar esnasında MR cihazı müşteri profilleri hakkında da bilgiler edinilmiş olup, bu konuya istinaden Türkiye’de MR cihazı müşteri profilleri üçe ayrıldığı söylemek mümkündür. Bunlar; özel görüntüleme merkezleri, kamu hastaneleri ihale pazarı ve hizmet alımı ihale pazarıdır. Bilindiği üzere hizmet alımlarında son kullanıcı kamu hastaneleri, ancak hizmet veren firma özel kuruluş olduğundan dolayı farklı bir yapı mevcut olup, dolayısıyla hitap ettikleri kesimi aynı olsa da gözettileri özellikler farklılıklar gösterebilmektedir. Ancak pazar dinamikleri, şu anda hizmet alım ihalelerinin artan sayısıyla farklılaşmaktadır.

Kamu hastaneleri tarafından satın alınan MR cihazlarının tedarik aşamasında, tedarikçi firma tarafından MR cihazının lojistiği açısından bazı sıkıntılar yaşandığını göze çarpılmaktadır. Teknik ve idari şartnamelerde belirtilen cihaz teslim sürelerinin sıkıntılar yaratabildiği, bu durumun esas nedeninin, MR cihazının en önemli bölümü olan magnetin 4 ayı bulabilen temin sürecinden kaynaklandığı, Türkiye’deki idari ve teknik şartnamelerin ise 60 gün ile 90 gün arasında bir teslim süresini talep ettikleri, teslim sürecinde yaşanan bu lojistik sıkıntılarının çeşitli iyileştirme çalışmalarıyla üstesinden gelinmeye çalışıldığı mülakatlar esnasında elde edilen bilgilerdendir. Ayrıca hastanelerde gerçekleştirilen şartname hazırlık sürecinde, konu hakkında yeterli bilgi ve donanıma sahip olmayan kişilerin bulunması cihazların tedarik aşamasında yaşanan bir diğer

sorundur. Bu gibi durumlar, ihale gerçekleşene kadar geçen süreçlerin uzamasına neden olmaktadır. Kamu hastaneleri bünyesinde, ihale süreçleriyle ilgilenecek kişilerin, satın alma birimlerinin ve biyomedikal bölüm sorumlularının ihale süreçleri, Kamu İhale Kurumu ve şartname hazırlığı gibi konularda eğitilmesi büyük önem arz etmekte olup ancak bu şekilde cihaz üreticilerinin ve yatırımcıların etik ve eşit rekabet koşullarında kıyaslanması mümkün olabilecektir.

MR cihazlarının servis ve bakımı konusunda en önemli hususlardan birinin yedek parça temini olduğu düşünüldüğünde, olası bir yedek parça arızasında, yetkili olan tedarikçi firma tarafından kısa süre içerisinde parçanın temin edilememesi, bahse konu sağlık kuruluşlarında MR cihazına hasta alınmamasına sebep olarak, hem hasta mağduriyeti ortaya çıkaracak hem de kamu yararına engel olacaktır. Bu durum, gerek kamu gerekse de özel sağlık kuruluşlarında ciddi maddi kayıplara sebebiyet vermektedir. Dolayısıyla yedek parçayı en kısa sürede temin edecek ve arızasını doğru şekilde tespit ederek cihazın aktif hale getirilmesini sağlayacak bir servis ağına sahip tedarikçinin olması bu hususta büyük önem arz etmektedir.

Bu konuda önemli bir başka husus ise, yurt dışından tedarik edilecek olan yedek parçanın, MR cihaz üreticisi ve tedarikçilerinin kurmuş olduğu hızlı ve profesyonel bir lojistik ağ sayesinde cihazın bulunduğu sağlık kuruluşuna ulaştırılmasıdır. Gerek kamu hastaneleri gerekse de özel görüntüleme merkezleri, MR cihazlarının ihale ve alım süreçlerinde bu hususun tedarikçi firma tarafından sağlanması konusunda oldukça hassas bir şekilde hareket etmektedir.

Sağlık kuruluşlarınca tedarik edilen MR cihazlarının en üst seviyede teknolojiye sahip olması cihazın tercihinde en önemli unsurlardan biri olsa da, bu cihazların konusunda uzman ve cihaz hakkında üst düzey bilgiye sahip olan kullanıcılar tarafından kullanılması, cihazda bulunan teknolojinin etkinliğini ve verimliliğini arttıracığı bilinmektedir. Bu durumdan yola çıkarak, Türkiye'de mevcut MR pazarını domine eden markaların satış temsilci ve yöneticileriyle yapılan görüşmelerde, cihaz kullanıcılarına yönelik eğitim, seminer ve kongrelere firmalar tarafından büyük önem verildiği tespit edilmiştir. Firma yöneticileri, kullanıcı personele MR cihazlarının ilk kurulumu esnasında ve cihaz yazılım güncellemelerine paralel

Tablo 4: Yıllara Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Cihaz Sayıları, Türkiye (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017)

	2002	2012	2013	2014	2015	2016
MR	58	720	751	757	794	836
BT	323	1017	1058	1071	1119	1152
Ultrason	1005	4282	4756	5286	5518	5470
Doppler	681	2480	2793	3151	4015	4679
Eko	256	1379	1542	1793	1897	2121

olarak eğitimler gerçekleştirildiğini, değişen MR teknolojileri konusunda da seminer ve kongrelerle kullanıcı personele bahse konu yenilikler hakkında bilgiler verildiğini belirtmektedirler. Ayrıca cihaz kullanıcılarının memnuniyetsiz olduğu konulardan biri olan coillerin (çekim esnasında hastaların rahatsızlığının olduğu bölgeye yerleştirilerek sinyal alımını sağlayan ve vücudun her bir farklı bölgesinin görüntüsü alınırken MR kullanıcı personel tarafından değiştirilmek zorunda olan parça) ağırlığının fazla olması, MR cihazı üreticilerini harekete geçirmiştir. Hem bahse konu coillerin ağırlıklarının azaltılması hem de bazı coillerin hastanın çekim esnasında üzerine yattığı masaya entegresi sağlanarak donanım itibarıyla de MR kullanıcıların bu konudaki önerilerine yönelik yenilikler getirildiği de değerlendirilmiştir.

MR Cihazları ve Tedarik Sürecine Ait İstatistiksel Bilgiler

MR cihazlarının pek çok hastalığın tanısı ve bu tanıya yönelik tedavisinde oldukça büyük ve önemli roller oynaması, MR cihazının zararsız oluşu, herhangi bir radyasyon ya da x ışını olmaksızın görüntü sağlayabilmesi, cihazın kullanım için tercih edilme sebeplerinin başında geldiğinden bahsedilmiştir. Bu sebeple Türkiye genelinde her ilde en az bir MR cihazı olması için çalışmalar yürütülmektedir. Türkiye'de var olan cihaz sayısının 2016 yılı sonu itibarıyla sektörlere göre yataklı tedavi kurumlarında dağılımı Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3: Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Cihaz Sayıları (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
MR	299	109	428	836
BT	521	138	493	1152
Ultrason	2782	677	2011	5470
Doppler	3012	435	1232	4679
Mamografi	351	79	501	931
Eko	1186	241	694	2121

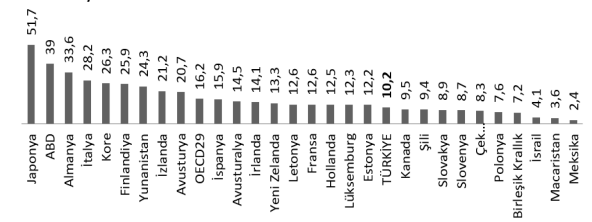
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün çalışmaları kapsamında, 2017 yılında yayınlanan ve 2016 yılı verilerini içeren Sağlık İstatistikleri Yıllığı sunumunda belirtilen yıllara göre cihaz dağılımı Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4'de toplam MR cihaz sayısı 836 olarak Türkiye (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017)

görülmektedir. Bu cihazların 299 tanesi kamu hastanelerinde yer alırken, 428 tanesi özel hastanelerde yer almaktadır. MR cihazının büyük çoğunluğunun özel hastanelerde bulunmasının, özel hastanelerin kamu hastanelerinden farklı bütçe yoğunluğuna sahip olması nedeniyle oluştuğu düşünülmektedir.

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD)'nin 2017 yılında yapmış olduğu çalışmada, yataklı tedavi kurumlarında her 1 milyon kişiye düşen MR cihazı sayısı diğer ülkelerle karşılaştırmalı bir biçimde Şekil 2'de verilmiştir.

Şekil 2'de ülkeler bazında yapılan karşılaştırmada, MR Cihaz Sayısı



Şekil 2: Yataklı Tedavi Kurumlarında 1 Milyon Kişiye Düşen MR Cihazı Sayısının Uluslararası Karşılaştırması (OECD Health Data, 2017)

bahse konu tedavi kurumlarındaki MR cihazları değerlendirildiğinde en yüksek sayı Japonya'da olurken, en düşük cihaz sayısına sahip ülke Meksika olarak ifade edilmektedir. Türkiye ise 20. sırada yer almakta ve sahip olduğu cihaz miktarı ile Doğu Avrupa başta olmak üzere pek çok ülkeyi geride bırakmıştır.

Türkiye İstatistik Bölge Birimleri Sınıflandırması (İBBS)'nin verilerine bakıldığında, bölgeler bazında ve sektöre göre her 1 milyon kişiye düşen MR cihazı sayıları Tablo 5'de ifade edilmiştir. Her bir kurum için ayrı ayrı belirlenen MR cihazı sayılarına bakılarak, hangi bölgede daha yaygın bir biçimde MR görüntülemesi hizmeti sunulduğu görülebilmektedir.

2016 yılında yapılan muayenelerde her 1.000 kişi için istenilen MR görüntüleme sayısı ise, Tablo 6 ile sunulmuştur. Sağlık hizmet sunucularından Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerde her 1.000 kişi için toplamda 157 adet MR görüntüleme tetkiki istenmiştir.

Uluslararası anlamda MR cihazı başına düşen hasta sayısı oranlarının verildiği Şekil 3'de görüldüğü üzere Türkiye 14.992 hasta sayısı ile birinci sırada yer almakta iken, Şekil 2'de sunulan ülkedeki MR cihazı sayısının uluslararası karşılaştırmasında ise Türkiye 20. sırada yer almaktadır. Bahse konu veriler ışığında, Türkiye birçok ülkeye göre daha az sayıda MR cihazına sahip olmasına rağmen mevcut cihazları tanı amacıyla en çok kullanan ülke konumunda olduğu söylenebilir.

MR Cihazlarının Tedarik Süreçleri

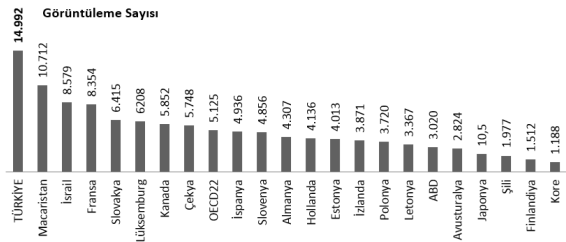
Büyük oranda kaynak kullanımı gerektirmesi sebebiyle ileri teknoloji ürünü olan tıbbi cihazların uygun ölçüde ve gerektiği yerde kullanılması, sağlık kuruluşları için büyük önem arz etmektedir. Hızla gelişen sağlık teknolojilerine paralel olarak, sağlık hizmetlerinde

Tablo 5: İBBS-1 ve Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Her 1 Milyon Kişiye Düşen MR Cihazı Sayısı (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017)

İBBS-1	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Akdeniz	2,9	1,5	6,9	11,3
Batı Anadolu	5,0	3,1	5,4	13,5
Batı Karadeniz	4,6	1,3	3,3	9,2
Batı Marmara	4,1	1,2	5,8	11,0
Doğu Karadeniz	6,4	0,8	3,8	11,0
Doğu Marmara	3,9	1,2	4,9	10,0
Ege	4,1	1,0	5,4	10,4
Kuzeydoğu Anadolu	5,9	2,7	2,3	10,9
İstanbul	3,0	1,1	6,9	10,9
Güneydoğu Anadolu	2,9	0,7	4,7	8,3
Orta Anadolu	2,8	1,5	4,6	8,9
Ortadoğu Anadolu	3,4	1,3	3,4	8,1
Türkiye	3,7	1,4	5,4	10,5

Tablo 6: Yataklı Tedavi Kurumlarında Yapılan Muayenelerde İstenilen MR Görüntüleme Sayısı, Her 1.000 Kişi İçin. (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017)

	MR	BT	Ultrason	Doppler Ultrason	EKO	Mamografi
Sağlık Bakanlığı	101	135	255	138	68	17
Üniversite	20	26	26	9	10	3
Özel	36	27	6	23	1	5
Toplam	157	188	349	170	94	25

**Şekil 3:** Yataklı Tedavi Kurumlarında MR Cihazı Başına Düşen Görüntüleme Sayısının Uluslararası Karşılaştırması (OECD Health Data 2017, Not: Türkiye verisi 2016 yılına aittir.)

kalitenin artması, bu teknolojinin ürünü olan tıbbi cihazların sağlık kuruluşlarında etkin ve verimli olarak kullanılabilmesini de gerektirmektedir. Tıbbi cihaz sektörünün çok çabuk değişime uğrayan bir yapıya sahip olmasında temel etkenlerden birisi de, sağlık sektöründeki mevcut hizmet ürün çeşitliliğine bağlı olarak tedarik edilip tıbbi cihazların kullanım yeri ve özellikleri itibarıyla değişiklik göstermesidir. Sektörde yer alan bu ürünlerin inovasyona açık olması ve diğer disiplinlerden kaynaklanan teknolojik değişimlerin tıp teknolojisine kolayca uygulanabilmesi sektördeki değişimi ve gelişimi yakından etkilemektedir (Atasever ve Ark., 2017). Bu gelişmelerin sonucu olarak da sağlık hizmet sunucularında tıbbi cihaz yönetimi ön plana çıkmaktadır. Tedarik edilecek olan tıbbi cihazların kapasitesi ve niteliği sağlık kuruluşlarının gerçek ihtiyaçlarına uygun olmalı ve bu amaçla kısa, orta ve uzun vadeli tıbbi cihaz ihtiyaçları belirlenmeli ve tedarik planları hazırlanmalıdır. (T.C. Sayıştay Başkanlığı, 2005). Tıbbi cihaz ihtiyacının doğru tespit edilmemesi, tedarik edilen tıbbi cihazın gerçek ihtiyacı karşılamaması ve gerekli nitelik ve nicelikte kullanıcı tarafından kullanılmıyor olması durumunda; tedarik edilen cihazların tamamı veya bir kısmı ya fiilen kullanılmamakta ya da çok düşük kapasitede kullanılmaktadır.

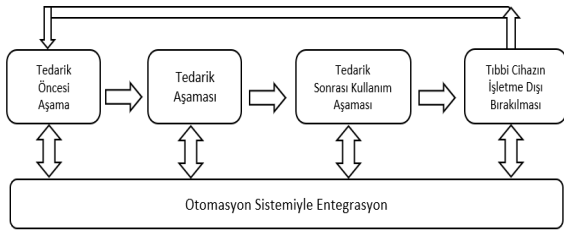
Sağlıkta Dönüşüm Programını takiben sağlık kurumlarında artan hasta potansiyeli, birçok hastalığın tanı ve tedavisinde yüksek teknoloji ürünü tıbbi cihazların kullanımı zorunluluğunu beraberinde getirmiştir. Ancak bu cihazların yüksek maliyetli

olması ve kamu kaynaklarının etkin ve verimli olarak kullanılması gerektiği de göz önünde bulundurulması gereken önemli bir unsur olarak ortaya çıkmaktadır. Bu cihazlarla yapılacak hizmetlerin öncelikle Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık hizmeti sunan 4734 sayılı Kanun kapsamındaki diğer kurumlardan "Sağlık Hizmeti Sunan 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu Kapsamındaki İdarelerin Teşhis ve Tedaviye Yönelik Olarak Birbirlerinden Yapacakları Mal ve Hizmet Almalarına İlişkin Yönetmelik" ve bu konudaki Sağlık Bakanlığı'nın düzenlemeleri uyarınca temin edilmesi gerekmektedir. Bu yöntemle ihtiyacın karşılanamaması halinde cihazların temini için mal veya hizmet alım yoluna başvurulmalıdır (Genelge, 2010/11).

Tıbbi cihaz yönetim döngüsü; planlama ve değerlendirme, bütçeleme ve finansman, teknoloji değerlendirme ve finansman, satın alma ve lojistik, montaj ve görevlendirme, eğitim ve beceri geliştirme, çalışma ve güvenlik, bakım ve onarım, faaliyetine son verme ve elden çıkarma faaliyetlerinden oluşan bir süreçtir (Yıldırım, 2008). Bu sürecin aşamalarını aşağıdaki ana başlıklarda gruplamak mümkün olup Şekil 4'te bahse konu süreç şematize edilmiştir;

- Tedarik öncesi aşama,
- Tedarik aşaması,
- Tedarik sonrası kullanım aşaması,
- Tıbbi cihazın işletme dışı bırakılması
- Otomasyon sistemiyle entegrasyon.

Bir cihazın temini konusundaki planlama, ilgili idare tarafından yapılmakta olup, bu süreçte varsa önceki yıllarda gerçekleşen tüketimler, hastanelerin hizmet rolü, cihazla ilgili hasta potansiyeli, cihazla ilgili uzman hekim ve diğer sağlık personelinin yeterliliği, tetkik başına düşen birim maliyetler ve benzeri diğer veriler dikkate alınmalı, bu veriler ışığında tıbbi hizmet alımına, tıbbi cihazın satın alımına veya diğer sağlık kuruluşlarından protokol yoluyla tedarik edilmesine karar verilmektedir (Genelge, 2010/11).



Şekil 4: Sağlık Kuruluşlarında Tıbbi Cihaz Yönetim Süreci (Selvi, 2009)

MR cihazının tedarik süreci, genel anlamda sağlık sektöründe medikal cihazların tedarik edilmesine benzer şekilde yürütülmektedir. MR cihazına ya da medikal bir cihaza ihtiyaç duyan bir firma, ihtiyaç giderim çalışmalarına öncelikle yönetim kurulu dâhilinde yer alan bir kişiyi tüm medikal cihazların yönetiminden sorumlu olarak atayarak başlar. Bu kişinin asıl sorumluluğu cihaz yönetim politikasını satın alınması düşünülen MR cihazına uygulamaktır. Cihaz yönetim politikası, cihazların seçimi, temini, kabulü ve kullanım sonrasında imhasını içermektedir (Tosun, 2012).

Cihaz yönetim politikası kapsamında, ilk adım cihazın seçimidir. Bu noktada medikal cihaz yönetiminden sorumlu kişi, cihazla ilgili üç ayrı kritere dikkat ederek seçimi gerçekleştirmekle yükümlüdür. Güvenlik, kalite ve performans kriterlerine göre, seçenekler dâhilinde bulunan tüm cihazların değerlendirilmesi yapılır. Bu noktada sorumlu kişi piyasada var olan, MR cihazlarının hepsini listelemeli ve listedeki ürünlerin nitelikleri bu üç başlığa göre sınıflandırılarak karşılaştırma yapılmalıdır. Cihaz seçimi gerçekleştirirken, puanlama usulü kullanılarak, her bir cihaza, sahip olduğu özelliklerin puanlanması yöntemiyle belirli bir puan verilir. Bu puanlama kapsamında, hangi ürün daha çok puan aldıysa, o ürünün seçimi ile işlem sonuçlandırılır. Eğer puanlama usulüne rağmen, listede aynı puana sahip cihazlar varsa, bu noktada cihazı kullanacak, cihazın kullanımı ve bakımından sorumlu olacak kişilerin önerileri dikkate alınabilir. Sonraki aşama satın alma yöntemlerinden birinin kullanılarak MR cihazının satın alınması işlemi kapsamaktadır. Bu yöntemler şu şekilde sıralanabilir (Tosun, 2012);

- Direkt alım,
- Kiralama,
- Mevcut cihazların modifikasyonu,
- Dışarıdan hizmet alımı ile kullanım.

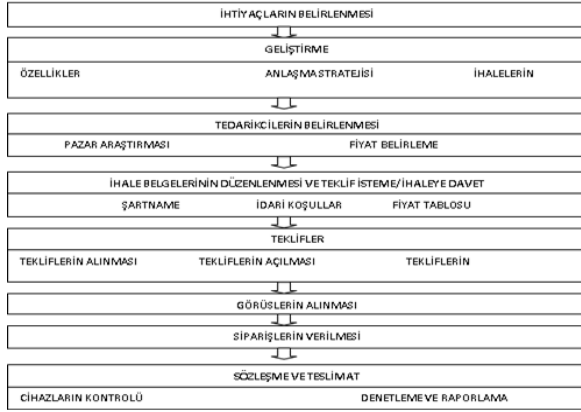
Hangi satın alma yönteminin tercih edileceği konusunda medikal cihaz alımlarından sorumlu kişinin fikirlerine göre alım işlemi gerçekleştirilememektedir. Bu noktada mevcut yöntemlerden her biri, söz konusu

cihazların aşağıda listelenmiş özelliklerine göre avantaj veya dezavantaj değerlendirmesinden geçerek elenir. En avantajlı ve MR cihazı alımında en uygun seçeneği sunan metot ile belirlenen cihaz alıma gidilir. Metotları değerlendirirken, alınması düşünülen cihazlarda dikkat edilmesi gereken temel noktalar şu şekilde sıralanabilir (Tosun, 2012);

- Amaca / uygulamaya uygunluk,
- Cihaz özelliklerinin karşılaştırma kriterlerine uygunluğu,
- Güvenlik ve performans bilgileri,
- Kullanım ve servis kılavuzlarının varlığı / yeterliliği,
- Bakım / onarım desteğinin yeterliliği,
- Eğitim unsurları,
- Montaj alanı gereklilikleri ve maliyetleri,
- Kullanım maliyetleri,
- Garanti detayları,
- Yedek parça temin süreleri,
- Arızaya müdahale süreleri,
- Bakım anlaşması olanakları ve maliyetleri,
- Cihazın bakımı / onarımı / kalibrasyonu için gerekli ekipmanlar.

Bu unsurlardan bazılarının nasıl değerlendirileceğiyle ilgili açıklamalar ise şu şekilde gerçekleştirilmektedir;

- Amaca/Uygulamaya Uygunluk*; sözkonusu cihazın, MR cihazı ihtiyacında olan radyoloji bölümünün tam anlamıyla ihtiyacını karşılayabilecek düzeyde olup olmadığına bakılması gerekliliğini ifade eder. Kullanım zorluğu, fiyatın yüksek oluşu bir cihazda olması istenmeyen durumlar olduğu için bu kapsamda bahse konu niteliklere de dikkat edilir.
- Güvenlik ve Performans Kriterleri*; belirlenen cihaz markasının ya da cihazın daha önce aynı kurumda kullanıp kullanılmadığı, kullanıldıysa kullanıcı görüşleri, cihazın kullanım maliyeti, ilk üretim tarihi, ölçüm sonuçlarının doğruluğu ve hata payları, tanı ve tedavi sürecinde verimlilik, CE işareti taşıyıp taşımadığı unsurlarını kapsamaktadır. CE işareti ise, bir ürünün insan, hayvan, bitki sağlığı ve güvenliği açısından çevreye zararlı olup olmadığının göstergesidir.
- Bakım ve Destek Hizmetleri*; onarım prosedürleri, tedarikçi firmanın destek noktasında var olan imkânları, garanti süresi kapsamında veya



Şekil 5: Medikal Cihaz Tedarik Süreci (Tosun, 2012)

kapsamında olmayarak bir cihaza müdahale şartları ve süresi, yedek parça maliyetleri niteliklerinin dikkate alınmasını kapsamaktadır.

- d. *Teslimat ve Montaj*; cihazın kurulumunu kimin yapacağı, montaj için gerekliliklerin belirlenmesi noktasında dikkat edilmesi gereken unsurlardır.

Bu belirtilen unsurların ışığında, tedarik işlemini gerçekleştirmek amacıyla aday olan kurumlar, cihazın nitelikleri, performans, güvenlik ve kalite kriterleri açısından incelenir. İncelenen ürünlerin değerlendirmeleri göz önünde bulundurularak fiyat istenir. İhale süreci kapsamında tedarikçi firmalar MR cihazı tedarik çalışması için fiyat verirler. Verilen teklifler değerlendirmeye alındıktan sonra, MR cihazı ihtiyacında olan firma yönetim kurulunca görüşler alınır. Fiyatı ve daha önce belirli kriterlere göre gerçekleştirilen cihaz nitelik puanlaması doğrultusunda, hangi cihazın tercih edildiği belirlenerek daha sonrasında sipariş verilir. Sözleşme ve teslimat basamaklarıyla MR cihazının tedarik edilme süreci sonlandırılır. Şekil 5’de tıbbi bir cihazın tedarik süreci şematik olarak gösterilmiştir.

Cihaz teslim alındıktan sonra, belirli kontroller gerçekleştirilerek, cihazın istenilen kriterlere uygunluğu ve çalışma durumu denetlenmelidir. Bu amaçla cihazın, dokümantasyonu, görsel incelemesi, fonksiyon incelemesi, elektriksel uyumluluk, kalibrasyon ve ölçüm değerleri kontrol edilmeli, gereklilikleri yerine getirilmelidir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Teknolojide yaşanan gelişmeler her alanda olduğu gibi sağlık alanında da kendisini göstermektedir. Her geçen gün yaşanan yeni gelişmelere paralel olarak, sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi teknikleri değişebilmekte ve bunun sonucu olarak da hastalıklarla tedavi hem

kolaylaşmakta hem de tedavisi olmayan birçok hastalık için yeni tedavi teknikleri geliştirilebilmektedir.

Türkiye’de kamu hastaneleri, özel hastaneler ve üniversite hastaneleri hizmet sunucular olarak tıbbi cihazları en fazla talep eden ve kullanan kurumlardır. Özellikle üniversite hastaneleri, yüksek yatak kapasitesine sahip olması, karmaşık ve özelliği ve tıbbi işlemler yapmaları sebebi ile tıbbi teknolojiye en fazla ihtiyaç duyan sağlık kuruluşlarıdır. Bu açıdan hekimlerin ve akademisyenlerin teşhis ve tedavide hayata geçirdikleri yeni buluşlar ve uygulamalar, tıbbi cihaz teknolojilerinin yönlendirilmesinde oldukça büyük öneme sahiptir. Bu nedenle bahse konu tıbbi cihaz sektöründe yer alan bütün aktörlerin işbirliği içinde hareket etmesi, öncelikle fikir sahibi olan sağlık bilim adamlarının tıbbi cihaz üreticileri ile bir araya gelmesine imkân sağlanarak birlikte ortak çalışmalar yapılması, üniversiteler ve ilgili sanayi kollarının işbirliği anlaşmalarının desteklenmesi ve tarafların özendirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde gelişen teknolojiye dayalı olarak, hastalara tanı ve teşhis konulmasında önemli ölçüde sağlık personeline kolaylık sağlayan ve sıkça kullanılan cihazlar arasında bulunan MR cihazlarının birçok kuruluştaki olduğu gibi hastanelerde de tedarik süreçleri belirli kural ve sistemlere dayalı olarak gerçekleştirilmektedir. Var olan teknolojinin yenilenmesi ya da yeni teknolojilerin hastanelere tedarik edilmesine hastanelerde verilen hizmetin kalitesi üzerinde önemli ölçüde etkilidir.

Yeni teknolojilerin tedarik sürecinden sonra ise bu teknolojinin doğru şekilde ve amacına uygun kullanımı da büyük önem arz etmektedir. Amacına uygun olarak kullanılmayan ya da yeterli verimlilikle kullanılmayan yeni araçların sağlık hizmeti sunan kuruluşa sağladığı katkıdan çok, faaliyet gösterdiği pazarda rekabet avantajını elinde tutamayıp rakiplerinin gerisinde kalmasına ve bahse konu pazardan çekilmesine neden olabilmektedir.

Hastanelere yeni alınacak olan MR cihazları ile ilgili kullanıcıların söz sahibi olmalarına imkân tanımak ya da diğer bir ifadeyle katılımcılık ilkesini paydaşların tamamıyla gerçekleştirmek tecrübeye dayalı eksikliklerin yeni cihazlarda minimuma indirilmesinde büyük katkı sağlayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Alınan yeni teknolojilerin etkin biçimde kullanılması öncelikli olarak bu araçları kullanacak olan personelin en iyi şekilde eğitilmesiyle mümkündür. Ayrıca gerek personelin gerekse cihazların geliştirilmesine yönelik çalışmalar da hem daha iyi kullanım hem de daha iyi geliştirme açısından önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

1. Atasever M., (2014), Türkiye’de sağlık hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi, Sağlık Bakanlığı Yayın No; 983, ISBN; 978975590-521-1.
2. Atasever, M., Örnek, M., Karaca, Z., Akay, F., (2017), Türkiye’de Tıbbi Cihaz Sektörünün Gelişimi ve Sağlık Sistemine Etkisi Çalıştay Raporu, Sasam Enstitüsü, Ankara.
3. Ankara Biyoteknoloji ve Medikal İhracatı Geliştirme UR-GE Projesi İhtiyaç Analizi, (2014), Ankara Sanayi Odası, Ankara.
4. Çelik, Y., (2011), Sağlık Ekonomisi, Siyasal Kitabevi, Ankara.
5. Elmaoğlu, M., Çelik, A., (2010), MR El Kitabı (Temel MR Fiziği, Hasta Pozisyonları, Grafiksel Planlamalar ve Protokol; Mükemmel Bir MR Görüntüleme İçin Gereken Her şey), Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
6. Espicom Healthcare Intelligence, (2015), Turkey Medical Device Market Intelligence Report.
7. Kiper, M., (2013), Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Cihaz Sektörü ve Strateji Önerisi, Türkiye Teknoloji Geliştirme Vakfı, Ankara.
8. Medical Product Outsourcing , <http://www.mpo-mag.com/heaps/view/3670/1/253218>, Erişim: 12.02.2018.
9. Milli Eğitim Bakanlığı, (2011), Biyomedikal Cihaz Teknolojileri Tıbbi Cihazlarla Güvenli Çalışma Ders Kitabı, Ankara.
10. Milli Eğitim Bakanlığı, (2016), Sağlık Hizmetleri Girişimsel İşlem Öncesi Hazırlık Ders Kitabı, Ankara.
11. Moeller, T.B., Reif, E., (2007), Pocket Atlas of Sectional Anatomy Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging.
12. Mollahaliloğlu, S., An, H., Öncül, H., Gürsöz, H., (2009), Türk Sağlık Sektöründe Tıbbi Cihazların Sayısal Durumu, Bölgesel Dağılımı Ve OECD Ülkeleri İle Karşılaştırmalar, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:12.
13. OECD (2017), Organisation for Economic Co-operation and Development Magnetic Resonance Imaging (MRI) Units (indicator), <https://data.oecd.org/healthqt/magnetic-resonance-imaging-mri-units.htm>, Erişim: 14.02.2018.
14. Selvi, Y., (2009), Sağlık Kuruluşlarında Tıbbi Cihaz Yönetimi, Yönetim Dergisi, Sayı:63, s:99-118.
15. T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Tıbbi Cihaz Sektörü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2016-2020, (2015).
16. T.C.Sağlık Bakanlığı, (2017), 2016 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı.
17. T.C.Sağlık Bakanlığı, (2010), Tıbbi Cihazlarla İlgili Mal ve Hizmet Alımı İşlemlerine İlişkin Genelge (2010/11).
18. T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2005), “Performans Denetim Raporu: Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi ve Tıbbi Cihaz Yönetimi”, Ankara.
19. TOSUN, E., (2012), Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Medikal Cihaz Yönetimi.
20. Türkiye Sağlık Sektörü Raporu, (2012), Uluslararası Yatırımcılar Derneği.
21. Türk Manyetik Rezonans Derneği, (2007), MR Tekniklerine Yönelik MR Fizik Kursu, Ankara
22. Türk Manyetik Rezonans Derneği Resmi Web Sitesi, <http://www.tmr.org.tr/>, Erişim: 12.02.2018.
23. Yıldırım, H. H., (2008), “Sağlık Teknolojisi Yönetimi: Türkiye Resmin Neresinde?”, Hastane Dergisi, Sayı:51, s:110-111.

Araştırma / Research Article



Kalite yönetim sisteminin sağlık kurumlarına etkisi

Impact of quality management system on health institutions

Gulay Tamer, Handan Çetinkaya

İstanbul Gelişim Universty, İstanbul, Turkey

Anahtar Kelimeler:
Kalite, Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Sağlık Kurumları, Kalite Yönetim Sistemi

Key Words:
Quality, Quality in Healthcare Services, Health Institutions, Quality Management System

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Gulay Tamer,
İstanbul Gelişim Universty, İstanbul, Turkey,
gtamer@gelisim.edu.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:
02.05.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
07.05.2018

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
30.06.2018

DOI:
10.5455/sad.13-1525267367

ÖZET

Sağlık kuruluşları, sağlık hizmetinden yararlanan müşterilerin ihtiyaç, beklenti ve isteklerini karşılama, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma, bunların yanında maliyetleri azaltma ve sürdürülebilirliği sağlama amaçlarına yönelik bir yönetim felsefesinin arayışına girmiştir. Kişilerin yaşam kalitesini etkileyen, hata kabul etmeyen, doğrudan insan hayatıyla ilgili olan sağlık hizmetlerinde bu yönetim felsefesini sağlamanın temel koşulunun; kurumların kurumsal performanslarını iyileştirme yönünde çaba sarf etmesi, müşterilerin ihtiyaç, istek ve beklentilerine uygun olarak kaliteli ürün ve hizmet üretimiyle olabileceği kanısına varılmıştır. Bu yoldan hareketle kalite yönetim sistemi hem sağlık kurumlarının hem de ulusal sağlık politikalarının bir parçası haline gelmiştir. **Amaç:** Bu çalışmanın amacı sağlık kurumlarında kalite yönetim sistemi alanında yaşanan gelişmeleri kısaca tanıtmak ve yakın gelecekte sağlık kurumlarında hangi ölçüde yer alabileceği sorusuna cevap verebilmektir. Bu çalışma sağlık kurumlarında kalite yönetim sistemine yönelik yaklaşımların değerlendirilmesi ve yorumlanmasını içeren bir literatür taraması çalışmasıdır. **Yöntem:** Bu çalışmada, taranan ve kapsam dâhiline alınan makalelerden elde edilen ikincil verilerden faydalanılmıştır. Veri toplama aracı olarak ise nitel araştırmalarda doküman incelemesi yöntemi kullanılmıştır. 15.02.2018-30.03.2018 tarihleri arasında Ebsco Host, Science Direct, Google Akademik, Emeraldinsight, Dergipark Akademik arama motorları kullanılarak 2010-2017 yılları arasında sağlık hizmetlerinde kalite yönetim sistemi ve sağlık kurumlarında kalite alt konularında yayımlanan ulusal ve uluslararası bilimsel makaleler taranmıştır. Taranan makalelerden sağlık hizmetlerinde yapılmış bir araştırma olup olmamasına göre bir elemeye tabi tutulmuştur. Belirlenen veri tabanlarında taranan anahtar kelimeler sonucunda toplamda 159.522 makaleye ulaşılmıştır ve bunların içinden istenilen kriterlere uygunluk gösteren 48 adet makale değerlendirmeye alınmıştır. **Bulgular:** 2010-2017 yılları arasında incelenen 48 makalenin 41'inin ulusal literatüre ve 7'sinin uluslararası literatüre ait olduğu görülmüştür. En fazla makale (11 makale) 2017 yılında yayımlanmıştır ve bunlardan 9'u ulusal makaledir. **Sonuç:** Kalite yönetim sisteminin sağlık kurumlarında uygulanmasıyla, hizmet kalitesinde, personel ve hasta memnuniyetinde artışa, kaynakların etkin ve sağlık harcamalarının daha verimli kullanılmasına yardımcı olacağı ön görülmektedir. Çalışmaların sonucunda, uygulanmak istenen bu sistemin, sağlık alanında hedeflenen yaklaşımlara katkı sağlayacağı açısından değerli sonuçlar sunmaktadır.

ABSTRACT

Introduction: Health institutions have started to seek for a management philosophy which aims to meet the needs, expectations and demands of customers who use healthcare services, and to improve the quality of the healthcare services offered, besides reducing costs and ensuring sustainability. The fundamental condition for providing this management philosophy in the healthcare services which affect the quality of life of the people, not tolerant to any fault and are directly related to human life; it is concluded that the efforts of institutions to improve their corporate performance can be ensured by generating quality products and services in line with the needs, expectations and demands of the customers. Thus, the quality management system has become a part of both healthcare institutions and national health policies. **Purpose:** The purpose of this study is to explain the developments in the field of quality management system in health institutions in summary, and to answer the question of to what extent they can be implemented in the health institutions in the near future. This study is a literature review which includes evaluation and interpretation of approaches for quality management system in health institutions. **Method:** In this study, secondary data obtained from articles scanned and included to the scope was used. As a data collection tool, document analysis as a qualitative research method was used. By using search engines EbscoHost, Science Direct, Google Academic, Emeraldinsight and Dergipark Akademik between the dates of 15.02.2018-30.03.2018, national and international scientific articles published in subtopics of quality management system in healthcare services and quality in health institutions between years 2010 and 2017 were searched. The scanned articles were eliminated depending on if it was a research on healthcare services or not. A total of 159,522 articles were found as a result of the key words scanned in specified databases, and 48 articles out of them complying with the desired criteria have been taken into consideration. **Results:** 41 out of 48 articles reviewed for years 2010 and 2017 are from national literature while 7 of them are from international literature. The highest number of articles (11 articles) was published in 2017, of which 9 are national. **Conclusion:** By implementation of quality management system in health institutions, it is predicted that service quality, staff and patient satisfaction will increase, resources will be used effectively, and it will be helpful in making health expenditures more efficiently. As a result of the studies, this system which is desired to be implemented offers valuable results in terms of contributing to the targeted approaches in the health field.

INTRODUCTION

Nowadays, the factors such as technological developments in the field of health, higher level of education of people, increased living standards and high quality expectations of individuals in the field of health have caused emergence of total quality management as a critical concept in the health sector.

In this study, the concepts related to Quality in Health Institutions, the Quality Management System understanding which has been started to implement in the health sector and the impact of it on healthcare services have been addressed.

QUALITY CONCEPT

It has been suggested that the first known findings on the concept of quality date back to 2000 BC, and the different dimensions of it have been emphasized by different people and institutions for centuries. (1,2)

The European Quality Organization (EOQ) defines quality as “the degree of conformance of a product or service with the consumer demand.” According to the American Society for Quality Control (ASQC), quality is: the characteristics of a product or service that bear on its ability to satisfy needs at a certain level. (3)

Donabedian defined quality as “the service provided to maximize the patient’s well-being.” (4)

Quality is a systematic approach that produces a product or service at the lowest cost, seeking for a flawless and satisfactory production that anticipates and meets both actual and future needs of the consumer. (5,6,7)

Acting as a key for businesses, quality is as important as price and has become one of the major means providing competitive edge for businesses. (8).

Although quality is a quite old concept that we use very often today, there is no single definition for quality. This is because multidimensionality of the quality. In 1984, Garvin defined eight dimensions of quality perceived by consumers as follows. (9,10, 11,12)

1. Performance: These are the primary characteristics of a product or service which are measurable and describe basic functioning of the product or service.
2. Features: These are the characteristics of a product which supplement the basic functioning of the product and make it more appealing for the user.
3. Reliability: It is related to the continuity of performance characteristics of a product within its lifetime. From another point of view, it is the ability of a product to fulfill its functions.

4. Conformance: It is the degree to which a product or service conforms to pre- established standards.
5. Durability: It is a quality dimension related to lifetime of a product.
6. Serviceability: The sixth dimension of quality is defined as promptness of maintenance service, and ease in repair.
7. Aesthetics: These are the product features appeal to five senses of the customer such as color, packaging, shape, and reflect preference of people directly affecting the product performance.
8. Perceived Quality: This is the history of the product as well as the value of the product’s brand and model. In other words it is the impression of a product or service in the consumer’s perception.

QUALITY CONCEPT IN HEALTHCARE

Because healthcare services is a field of service which is not tolerant to any fault and which is directly related to human life, it is unavoidable to ensure quality in health institutions. (13,14)

There are many definitions for quality in healthcare services. (15) In the broadest sense, the service quality in health institutions is defined as “the level of conformance or excellence of different aspects of healthcare services system.” (16)

Donabedian defined healthcare service quality as “maximum healing expectation achieved through judgement of the balance of benefits over risks generated by institutional units in the course of healthcare service provision.” (17,18)

The American Medical Association, in 1984, defined quality in healthcare services as “a service that has consistently contributed to the improvement or sustainability of the quality and / or length of life.” (19)

The American Medical Institute defined the healthcare quality as “to what degree the healthcare services offered to individuals and the public increase the desired health outcomes and to what degree they are consistent with current professional knowledge” (20,21)

To increase the quality of healthcare services; the factors such as accessibility to service, technical competence, equality, efficiency, productivity, continuity, reliability, interpersonal relations and facilities need to be taken into account (22)

FACTORS AFFECTING QUALITY IN HEALTHCARE SERVICES

Variables that should be taken into consideration in determining the quality of services provided in health

institutions differ according to different authors. However, the followings can be accepted as basic characteristics. (23, 24).

1. Efficiency; refers to maximum improvement in the patient's condition can be achieved in the shortest possible time within the framework of available scientific information.
2. Effectiveness; refers to measurement of services provided in comparison to the ideal service based on the change achieved through these services in the health status of the individual or in the course of disease. A healthcare service can be said to be effective if it causes any change in the health status of the patient.
3. Productivity; refers to production of an effective service at the lowest cost, thus ensuring recovery of the patient in the most optimal time besides prevention of an inappropriate treatment.
4. Optimization; refers to establishing optimum balance between benefits and costs of healthcare services.
5. Acceptability; means conformance of healthcare services provided with the values, demands and expectations of the patients or their relatives.
6. Legality; refers to acceptance of offered healthcare services by the public.
7. Equality; means to treat fairly all patients receiving health care services, not to discriminate against individuals, and refers to benefits to be enjoyed equally by individuals,
8. Continuity; refers to ensuring regular and adequate keeping of medical records of the patient, and therefore, making it easier to evaluate his/her condition when a patient goes to another health institution,
9. Timely service delivery; refers to giving services on time, early diagnosis and treatment, and not to delay for various reasons,
10. Participation; refers to enabling conscious participation of the patient in the care process by cooperating with him/her,
11. Accessibility; means that the individuals can get the health services they need.

QUALITY MANAGEMENT SYSTEMS IN HEALTHCARE SERVICES

Total quality management (TQM); is a philosophical understanding give prominence to people, and it is defined as a team work which is based on continuous development, attaches importance to satisfaction of both internal customers in the team and the external

customers, and that all employees are allowed to state their ideas, including decision making stage. (25)

TQM was originated in the manufacturing industries in the 1980s for the first time, and afterwards the service sector also embraced it, and from the 1990s, it was included to the provision of healthcare services and revitalized the sector. (26, 3)

The use of TQM has started in the health sector due to reasons such as increased importance given by the public to health issues, increase of their needs and expectations day by day, increased demand of individuals for high quality care in this sector, and competition among healthcare facilities. (27,28,29)

In TQM applications, the measurement of patients' feedback related to healthcare services has gained importance, and "patient satisfaction" has been considered as an important quality dimension in provision of healthcare services. (30)

In the literature; it is anticipated that provision of healthcare services when patient wishes with minimum cost and in the desired quality will be ensured by a quality management system, and thus, patient satisfaction will increase.

The efforts for implementation of quality management systems based on TQM in health institutions of our country will enable efficient and effective use of resources and control of costs. (31)

No fault is tolerable in the services provided in health sector. Since the main objective of TQM is "zero-error", the implementation of quality management systems that support total quality management in hospitals will improve service quality, besides increasing the resource use efficiency. (31)

IMPACT OF QUALITY MANAGEMENT SYSTEMS ON HEALTHCARE SERVICES

The positive influence of implementation of TQM in healthcare services can be listed as given below. (32)

- The understanding that patient needs are not taken into consideration transforms into a patient-centered management mentality attaching importance to patient satisfaction.
- Management understanding of crisis management is substituted with continuous development.
- Team work, total quality and synergistic management, consensus decision-making approaches gain importance instead of holding a single person responsible for a task.

- The understanding of zero-error production which refers to taking precautionary measures, finding and preventing problems in the source will supersede the mentality which seeks solutions after the problem arise.
- Well-educated personnel are employed in institutions where education is institutionalized and continuous education is important, instead of being contented with employees having minimum level of education and occupational knowledge.
- Continuous development of human resources is emphasized.
- Continuous inspections and checks leave their place to total process control. The employee utilizes self-check.
- Health managers make their decisions on the basis of available data by using TQM techniques and tools (such as benchmarking, brainstorming), rather than making decisions in the direction of their wishes and desires.
- A system based on powers, discipline, orders and instructions, in addition to an understanding of management expecting obedience, transform into a leadership understanding which brings cooperation, support and assistance between managers and employees.
- Professional expertise is emphasized instead of formal power stemming from hierarchy.
- In case of organization structure, vertical organization is not applied, instead of it horizontal organization is applied and responsibilities are distributed among teams in various units.
- Quality substitutes public interest priority.
- Instead of a promotion understanding based on seniority and personal record where favoritism has dominance, an understanding based on the merit system where recruitment and promotion criteria are clear and fair becomes dominant.
- Unclear and unspecified values and principles become clear and consistent visions, missions and values. The personnel of the institution share the vision, mission and values of the institution.
- Routine programs leave their place to strategic planning.
- A wage policy based on qualifications and performance of the person is applied instead of the wage policies based on equal pay for equal work, or determined according to position or seniority.
- From a management mentality has no awards other than salary and overtime pay, an understanding that success and high performance are rewarded

gains prominence.

- Flexible employment policy substitutes rigid employment policy.
- A management understanding based on fear and punishment, where orders and instructions are given, is replaced by a management mentality based on delegation of authority, trust, and mutual cooperation.
- Instead of waiting for instruction from their superiors, the subordinates internalizes to step forward in solving problems and pay attention to cooperate with their superiors.

CONCLUSION

In healthcare services, it is crucial to provide the right treatment each time, avoid unnecessary treatment, and optimize patient expectations and demands.

Tengilimoğlu has pointed out that people no longer assess the quality of healthcare services just by looking at number of beds, technology and specialists of the hospital, but they consider the capacity of the hospital to fulfill the patients' needs in the most favorable conditions and the satisfaction level of patients from the services they received. (33)

Quality Management Systems are extremely important for prevention of serious consequences in health institutions which may be arisen due to errors, besides application of early diagnosis and treatment, and ensuring productivity and patient satisfaction.

In this study, it can be said that the Quality Management Systems have a positive impact on more efficient use of resources by increasing the quality of services provided in health institutions, and thus, on increasing the patient satisfaction.

REFERENCES

1. Karaca, E. (2008). Eğitimde Kalite Arayışları ve Eğitim Fakültelerinin Yeniden Yapılandırılması, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, (21): 61-80
2. Özdemir, S. (2007). Öğretim Süreçlerinde Toplam Kalite İlkelerinin Uygulanmasının Öğrencilerin Tutumlarına ve Başarılarına Etkisi, Kastamonu Eğitim Dergisi, 15(2): 521-536.
3. Marşap, A. (2014). Sağlık İşletmelerinde Kalite-Sağlıkta Kalite Sistemleri ve Sağlıkta Mükemmellikte Süreklilik. 1. Baskı. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş
4. Donabedian, A (1995), The Quality of Care: How Can It Be Assessed, Health Administration Press, Michigan.
5. İncesu, E. - Yorulmaz, M., Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı ve Toplam Kalite Yönetimi, Konya, 2011
6. Meraler, S., ve Adıgüzel, A. (2012). Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Yükseköğretimdeki Kaliteye İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi, Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (9): 123-144.
7. Öztürk, Ahmet, Kalite Yönetim ve Planlaması, Ekin Yayınları, 2.B., Ekin Yayın , Bursa, 2013:8
8. Kassem, Amer Al, In'airat, Mohammad, Al Bakri, Anas. (2013). "Evaluation Tools Of Total Quality Management İn Business Organizations" European Journal of Business and Management, Vol. 5, pp. 41.
9. D. A. Garvin; Managing Quality, The Free Press, New York, 1998, s.217.
10. Muluk, Zehra, Burcu, Esra, Danacioğlu, Nazan, Türkiye'de Kalite Olgusunun Gelişimi, Kalder Yayınları, No:30, Ankara, 2000
11. Tütüncü, Ö. (2009). Ağırlama hizmetlerinde kalite sistemleri. Ankara: Detay Yayıncılık, 63-66
12. Bumin, B., & Erkutlu, H. (2002). Topam Kalite Yönetimi ve Kıyaslama (Benchmarking) İlişkileri, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, (1): 83-100.
13. 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.
14. Devebakan N. (2006). "Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite", Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. Cilt:8 Sayı:1
15. Eriş, H Havlioğlu, S, Doni, N, "Kalite Sistemi ve Bilgi Güvenliği Sistemlerinin Hasta Güvenliği Üzerine Etkisi: Bir Üniversite Hastanesi Uygulaması", Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2017 4(3)
16. Zerenler M ve Öğüt A. Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2007; 18:501-519
17. Donabedian, Avedis; Exploration in Quality Assessment and Monitoring, Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1980.
18. Kaya, S. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı. S. Kaya (Ed.). Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi (s. 2 – 29). Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını, No:2864.
19. The American Medical Association's Council on Medical Service (1987). "Quality of Care", Quality Progress, May: 22.
20. Lhor KN. Institute of Medicine; Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare. In: Lohr KN (ed.), Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Volume 1. Washington, DC: National Academy Press; 1990
21. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D. C.: National Academy Press.
22. Offei, A.K., Bannerman, C. ve Kyeremeh, K. (2004). Healthcare Quality Assurance Manual for Sub-Districts in Ghana, Ghana Health Service.
23. Kaya, S. (2005), Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme, Pelikan Yayınları, Ankara
24. Kavuncubaşı, S. (2000), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitapevi, Ankara.
25. Bakan, İ. (2004). Çağdaş yönetim yaklaşımları ilkeler, kavramlar ve yaklaşımlar. Beta Basım Yayım Dağıtım AS, İstanbul, 541s.
26. Yang, Ching-Chow, (2003), "The establishment of a TQM system for the health care industry", The TQM Magazine, Volume:15, Number: 2, s.93-98.
27. İbrahim Erdoğan, "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Uygulamaları", <http://www.atam.gov.tr/index.php?Page=Dergiler&icerikNo=737> 19.11.2007, s. 1,2
28. Çoruh, M., (1994) Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1994
29. Konca, Gül Esin; İlhan, Mustafa N.; Bumin, Mehmet Ali, (2006), "Yatarak Tedavi Gören Hastaların Hastane Çalışanları ve Hastane Hizmetlerinden Beklentileri ve Beklentilerine İlişkin Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi", Gazi Tıp Dergisi / Gazi Medical Journal, Cilt: 17, Sayı: 3, s.160-170
30. Zerenler, Muammer; Öğüt, Adem, (2007), "Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği", Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı: 18, s.501-519.
31. Sayim.Ferhat., Çıraklı.Zeynep., "Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinin Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi", Uluslar arası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi, 19-21 Mart 2009, Antalya, 21.03.2009, 20. Oturum, Salon 2
32. Gökbnar, R., Kayalı, C. Kamu Yönetiminde Toplam Kalite Uygulamasının Olanakları, 2004
33. Tengilimoğlu, D., Sağlık Kuruluşlarında Halkla İlişkiler, Ankara, 2001

Araştırma / Research Article



Tıbbi laboratuvar öğrencilerinin kimyasal maddeler ile ilgili bilgi ve farkındalığı*

Knowledge and awareness of medical laboratory students about chemical materials

Yasemin Yıldız, Şadiye Berna Aykan

*Bu çalışmanın bir bölümü International Conference on Quality in Higher Education, Sakarya-Turkey, 7 - 8 Aralık 2017'de sözlü bildiri olarak sunulmuştur

Sakarya Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sakarya

Anahtar Kelimeler:
Tıbbi laboratuvar, kimyasal maddeler, laboratuvar güvenliği, öğrenciler

Key Words:
Medical laboratory, chemical substances, safety of laboratory, students

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Yasemin Yıldız,
Sakarya Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sakarya,
yyildiz@sakarya.edu.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:
25.12.2017

Kabul Tarihi/Accepted Date:
04.02.2018

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
30.06.2018

DOI:
10.5455/sad.13-1514193949

ÖZET

Amaç: Tıbbi Laboratuvar öğrencilerinin laboratuvar uygulamalarında kullandıkları kimyasal maddeler ile ilgili bilgi ve farkındalıklarının belirlenmesi amaçlandı. **Gereç ve Yöntem:** Kesitsel araştırma tasarımına sahip çalışmamız, anket çalışması olarak planlandı. Çalışma için gerekli yasal izin alınmış olup, araştırmaya bir devlet üniversitesinin Tıbbi Laboratuvar öğrencileri dahil edildi. Her öğrenciye araştırmanın amacı ve anket formu hakkında bilgi verilerek, sözlü onam verenler çalışmaya dahil edildi. Araştırmada veri toplama gereci olarak, 3 bölümden oluşan toplam 42 soruluk anket gözlem altında uygulandı. Verilerin değerlendirilmesi aşamasında SPSS for Windows 22.0 paket programı kullanıldı. **Bulgular:** Anket çalışmamıza toplam 175 ön lisans öğrencisi katıldı. Katılımcıların %78'i kadındı. Katılımcı öğrencilerin yaş ortalaması $19,42 \pm 1,84$ bulundu. Katılımcıların %30'unun sağlık meslek lisesinden mezun olduğu tespit edildi. Katılımcıların %73'nün lise eğitimi sırasında "Kimya ve Kimya Uygulama" dersi almış oldukları belirlendi. Öğrencilerin %73'nün laboratuvar güvenliği ile ilgili piktogramların hepsini doğru tanımladığı tespit edildi. Öğrencilerin %63'ü tıbbi laboratuvarları iş sağlığı ve güvenliği açısından riskli çalışma alanları olarak değerlendirdiği görüldü. %51'nin uçucu özelliğe sahip kimyasalların $+4^{\circ}\text{C}$ de saklanması gerektiğini bildiği belirlendi. %72 öğrencisi ise; kimyasal madde atıklarının lavabo veya açık alanlara dökülmemesi gerektiğini belirtti. Korozif kimyasallar (asitler, bazlar) ile güvenli çalışma ile ilgili öğrencilerimizin %100'ü eldiven kullanımı, %92'si koruyucu gözlük kullanılması gerektiğini belirtirken, %60'ının bu tip kimyasallar ile çalışırken çeker ocak kullanılması gerektiğini bildiği belirlendi. **Sonuç:** Elde edilen veriler öğrencilerin mesleki riskler konusundaki bilgi düzeylerinin artırılması gerektiğini göstermektedir. Bu kapsamda, öğrencilere düzenli aralıklarla bilgilendirme ve eğitim programları düzenlenmesi önerilmektedir.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to raise awareness and to increase the level of knowledge of Medical Laboratory students about the chemical substances used by the Medical Laboratory. **Materials and Methods:** A survey study with cross-sectional research design was conducted as questionnaire study. Legal permission was obtained for the study and Medical Laboratory students of a public university were included in the research. Each student was informed about the purpose of the research and the questionnaire form, and giving verbal consents were included in the study. Data gathering in the survey was carried out questionnaire under the observation that consist of 42 questions and 3 sections. SPSS for Windows 22.0" package program was used in the evaluation of the data. **Results:** A total of 175 students participated in the survey. 78% of the participants were female. The average age of the participants was $19,42 \pm 1,84$. 30% of the participants graduated from the health profession. 73% of the participants had taken "Chemistry and Chemistry Application" course during high school education. 73% of students correctly were identified all of the laboratory safety related pictograms. 63% of the participants were thought of medical laboratories as risky work areas in terms of occupational health and safety. 51% were known that chemistry with volatile properties should be stored at $+4^{\circ}\text{C}$. 72% of students were conscious of that chemical wastes should not be poured into sinks or open areas. 100% of theirs were known that they should use a gloves, 92% were needed to wear safety goggles and 60% were used a stove when working with corrosive chemicals. **Conclusion:** The data obtained show that the level of knowledge about the occupational risks of the students should be increased. Within this scope, it is recommended to inform the students regularly and organize training programs.

GİRİŞ

Sağlık çalışanları ve laboratuvar çalışanları sağlık hizmetleri sunumu esnasında çeşitli mesleki risklere maruz kalmaktadır. Bu meslek grubundan tıbbi laboratuvar çalışanlarının karşılaştıkları en önemli

mesleki riskler enfeksiyon ve kimyasal madde kaynaklı risklerdir. Laboratuvarlar, İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği'ne göre; çok tehlikeli/tehlikeli mekânlar olarak belirtilmektedir (Resmi Gazete, 2013: 28602). Tıbbi laboratuvarlar da pek çok kimyasal madde bulunup yapılan işlemlerde bu

maddeler kullanıldığı (Resmi Gazete, 2014: 28976) için tıbbi laboratuvarlarda kimyasal madde kaynaklı risk de bulunmaktadır. Bu sebeple laboratuvar çalışanlarının temel laboratuvar güvenlik kurallarını öğrenmesinin yanı sıra kimyasallar ile güvenli şekilde nasıl çalışılacağı konusunda da bilgi sahibi olmaları gerekmektedir.

Laboratuvarlarda yapılan eğitim ve araştırmaya yönelik her tür çalışma çeşitli riskleri de beraberinde taşımaktadır. Laboratuvarlarda kullanılan kimyasallar çeşitli tehlikelere kaynak oluşturmaktadır. Kimyasal maddeler, yanıcı, parlayıcı, yakıcı, tahriş edici, toksik ve kanserojen özellikler taşıyabilirler; bu özellikleriyle sağlık ve çevre açısından önemli risk oluştururlar. Toksik gaz ve buharları ve kaplardan dökülen veya sıçrayan kimyasallar, zehirlenme, kanser, alerji gibi solunum yollarında problemlere yol açmaktadır. Dökülen veya solunan asit ve bazlar, ciltte, gözlerde ve soluk borusunda tahriş meydana getirebilirler (Karabulut 2016, Yılmaz 2004: 170-3, Yılmaz 2004: 27).

Antiseptik ve dezenfektan olarak kullanılan tentür d'iyot ve lügol solüsyonu gibi kimyasalların da gastroenterit, korozif etki ve oküler yanma gibi toksik etkileri olduğu bilinmektedir. Nikel tozlarının doğrudan teması ile deride dermatit, solunum yollarında ise astmatik nöbetler meydana gelmektedir. Yine antiseptik olarak kullanılan fenol ise, zehirlenme durumunda dolaşım yetmezliği, solunum depresyonu ve kalıcı anoksiye sebep olabilmektedir (Dökmeci, 1999).

Anestezik gazlar ve kurşun bileşikleri de üreme organlarında zarara yol açmaktadırlar. Kontrol edilmeden ve planlanmadan kullanılan kimyasallar yangın ve patlamalara sebep olabilmektedirler. Laboratuvar çalışma ortamında bu risklere karşı bireylerin eğitilmesi ve gerekli güvenlik önlemlerinin sağlanmasının önemi ve gerekli olduğu araştırmacılar tarafından bildirilmektedir (Karabulut 2016, Yılmaz 2004: 170-3, Yılmaz 2004: 27).

Bu çalışma, tıbbi laboratuvarlarda kullanılan kimyasal maddeler ile güvenli çalışma, güvenli depolama, atıklarının uzaklaştırılması, kaza durumlarında alınması gereken tedbirler ile kimyasallar üzerindeki uyarı ve güvenlik işaretleri hakkındaki bilgi düzeylerini araştırmaya yönelik bir çalışmadır. Çalışmamızda Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Laboratuvar Teknikleri Programı öğrencilerinin tıbbi laboratuvar uygulamalarında kullanılan kimyasal maddeler ile ilgili bilgi ve farkındalıkları belirlenerek, laboratuvar uygulamalarında kimyasal madde kullanımı nedeniyle laboratuvarlardaki olası tehlikeler göz önüne alınarak, laboratuvar güvenliğinin sağlanmasının önemi ve insan sağlığının her şeyden daha önemli olduğu bilincinin oluşturulması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel araştırma tasarımına sahip çalışmamız bir devlet üniversitesinin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Laboratuvar Teknikleri Programında okuyan öğrencilerinin kimyasal maddeler ile ilgili bilgi ve farkındalığını belirlemek için anket çalışması olarak planlandı.

Çalışma için Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan izin alınmış olup, araştırmaya bir Devlet Üniversitesinin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Laboratuvar Teknikleri Programında okuyan üniversite öğrencileri dahil edilmiştir. Tıbbi laboratuvar teknikleri programındaki her öğrenciye araştırmanın amacı ve anket formu hakkında bilgi verilerek sözlü onam verenler çalışmaya dahil edildi. Araştırmamızda örneklem seçimi yapılmadı, ilgili eğitim programında okuyan basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiş olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden öğrenciler örnekleme dahil edildi.

Araştırmada veri toplama gereci olarak araştırmacılar tarafından ilgili literatürler incelenerek hazırlanan, 3 bölümden oluşan toplam 42 soruluk anket gözlem altında uygulandı. Ankette birinci bölüm öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerin belirlenmesi amacıyla hazırlandı. Bu bölümde ayrıca öğrencilerin tıbbi laboratuvar çalışma alanlarını iş sağlığı ve güvenliği açısından, kimyasal maddelerle çalışma riski açısından değerlendirmeleri istendi. İkinci bölümde laboratuvarlarda çalışanların en çok karşılaşabileceği durumlar ve laboratuvar güvenliğindeki temel bilgiler göz önünde bulundurularak öğrencilere laboratuvar alanlarında kimyasal maddeler ile güvenli çalışma, kimyasal maddelerin depolanması, kimyasal atıkların uzaklaştırılması ve kimyasal madde kaynaklı kaza durumlarında alınacak önlemler ile ilgili sorular yöneltildi. Anketin üçüncü bölümünde katılımcıların laboratuvar uyarı ve güvenlik işaretleri bilgi düzeyini ölçmeyi hedefleyerek, bu amaçla öğrencilere "Maddelerin ve Karışımların Sınıflandırılması, Etiketlenmesi ve Ambalajlanması Hakkında Yönetmelik" göz önünde bulundurularak hazırlanan yaygın kullanımı olan 7 adet laboratuvar güvenliği ile ilgili sembollerin piktogramları verilerek anlamları ile eşleştirilmeleri istendi. (Resmi Gazete, 2013: 28848).

Verilerin değerlendirilmesi aşamasında "Statistical Package for the Social Science (SPSS) for Windows 22.0" paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı analiz olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı.

BULGULAR

Anket çalışmamıza bir devlet üniversitesinin tıbbi laboratuvar teknikleri programında okuyan toplam 175 ön lisans öğrencisi katıldı. Katılımcıların %78'i (137'si) kadın, %22'sinin (38'nin) erkek öğrenci olduğu belirlendi. Öğrencilerin yaş dağılımı incelendiğinde %63'ünün 15-20 yaş, %23'ünün 20-25 yaş, %4'nün 25-30 yaş arasında olduğu görüldü. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $19,42 \pm 1,84$ bulundu.

Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin sorgulandığı anket bölümünde; katılımcıların %30'nun sağlık meslek lisesinden, %20'sinin meslek lisesinden (sağlık alanı hariç), %46'sının meslek lisesi dışındaki liselerden ve %2'sinin üniversiteden mezun olduğu belirlendi. Katılımcı öğrencilerin %73'nün lise eğitiminde "Kimya ve Kimya Uygulama" dersi aldığı belirlendi. Katılımcı tıbbi laboratuvar teknikleri öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de ayrıntılı verildi.

Tablo 1. Ankete katılan tıbbi laboratuvar teknikleri öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri (n=175)

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	137	78
Erkek	38	22
Yaş		
15-20 yaş	110	63
20-25 yaş	40	23
25-30 yaş	8	4
Ailede sağlık çalışanı		
Var	37	21
Yok	136	78
Çalışma durumu		
Var	14	8
Yok	153	87
Laboratuvar çalışanı olma durumu		
Var	12	7
Yok	129	74
Mezun olunan okul		
Sağlık Meslek Lisesi	53	30
Meslek Lisesi (Sağlık alanı hariç)	35	20
Meslek Lisesi dışındaki lise	81	46
Üniversite	4	2
Lise eğitiminde "Kimya ve Kimya Uygulama" dersi alma durumu		
Var	128	73
Yok	47	27

Öğrencilerin tıbbi laboratuvar çalışma alanlarını iş sağlığı ve güvenliği açısından %63 oranında riskli çalışma alanları olarak değerlendirirken, %77'sinin kullanılan kimyasal maddeleri çalışanların sağlığı ve güvenliği için riskli değerlendirdiği belirlendi. %47'sinin laboratuvar uygulamalarında kullandıkları kimyasal maddeler hakkında yeterli bilgi sahibi olunmadığı görüşünde olduğu, %37'sinin kimyasal madde kullanımındaki riskler konusunda yeterli bilgi verilmediğini düşündüğü görüldü. Öğrencilerin %74'ü sağlık çalışanlarının işleri dolayısıyla sağlık ve güvenlikleri ile ilgili risk taşıdıklarını düşünürken, %83'nün eğitim programlarında "İş sağlığı ve güvenliği" dersinin bulunmasının gerekli olduğunu fikrinde olduğu belirlendi. Katılımcı öğrencilerin çalışma alanları olan tıbbi laboratuvarları iş sağlığı güvenliği açısından değerlendirme sonuçları Tablo 2'de ayrıntılı şekilde verildi.

Anketin ikinci bölümünde öğrencilerin kimyasal maddelerle güvenli çalışma ile ilgili sorulara %60 ile %99 oranında değişen oranlarda doğru yanıtladıkları, özellikle laboratuvarlarda kimyasal maddeler ile çalışılırken eldiven giyilmesi konusunda tüm katılımcıların doğru yanıt verdiği görüldü. Katılımcıların kimyasal maddelerle çalışırken güvenlik için maske kullanılması gereken durumları %98, göz ve yüz koruyucularının kullanılması gereken durumları %99 oranında doğru bildikleri görüldü. Kimyasalların sınıflandırılarak ayrı ayrı depolanması konusunda %91'nin doğru yanıtladığı, %51'nin uçucu özelliğe sahip kimyasalların +4°C de saklanması gerektiğini bildiği belirlendi. Öğrencilerin %72'sinin kimyasal madde atıklarının lavabo veya açık alanlara dökülmemesi gerektiğini bildiği belirlendi. Öğrencilerin kimyasal madde kaynaklı zehirlenme durumları ve kaza sonrasında alınacak önlemleri %74-%80 oranında doğru bildikleri görüldü. Her türlü kimyasal madde ile oluşacak kimyasal zehirlenme durumunda Ulusal Zehir Danışma Merkezi (UZEM=114)'nin aranması gerektiğini; öğrencilerin %74'nün bildiği belirlendi. Tıbbi laboratuvar öğrencilerinin kimyasal maddeler ile güvenli çalışma, kimyasalların depolanması, atıkların uzaklaştırılması ve kimyasala maruz kalınma durumunda tutumlarına yönelik sorulara verdikleri doğru ve yanlış yanıtların dağılımı Tablo 3'de verildi.

Laboratuvar güvenliği ile ilgili yaygın kullanılan piktogramların tanımlanmasında öğrencilerin %81-%95 oranında piktogramları doğru tanımladığı görüldü. Patlayıcı sembolünün %95 oranında, çevreye zararlı sembolünün %92, korozif (aşındırıcı) sembolünün %91, alevlenir sembolünün %87, oksitlenir ve zehirli (toksik) sembollerin %84, zararlı sembolünün %81 oranında doğru tanımlayacak şekilde

Tablo 2. Ankete katılan öğrencilerin çalışma alanları olan tıbbi laboratuvarları iş sağlığı güvenliği açısından değerlendirme sonuçları (n=175)

		n	%
Tıbbi Laboratuvarların iş sağlığı ve güvenliği açısından riskli çalışma alanları olduğunu düşünenler	Evet	111	63
	Hayır	32	18
	Fikri yok	26	15
Kullanılan kimyasal maddelerin, çalışanların sağlığı ve güvenliği açısından riskli maddeler olduğunu düşünenler	Evet	135	77
	Hayır	19	11
	Fikri yok	18	10
Çalışanların kullandıkları kimyasal maddeler hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünenler	Evet	43	24
	Hayır	82	47
	Fikri yok	45	26
Çalışanlara kullandıkları kimyasal maddeler ile ilgili sağlık ve güvenlik riskleri konusunda yeterli eğitim verildiğini düşünenler	Evet	60	34
	Hayır	65	37
	Fikri yok	44	25
Çalışanlarının işleri dolayısıyla sağlık ve güvenlikleri ile ilgili risk taşıdıklarını düşünenler	Evet	129	74
	Hayır	20	11
	Fikri yok	20	11

Tablo 3. Ankete katılımcılarının kimyasal maddeler ile güvenli çalışma, kimyasalların depolanması, atıkların uzaklaştırılması ve kimyasala maruz kalınma durumunda tutumlarına yönelik sorulara verdikleri yanıtların dağılımı (n=175)

	DOĞRU YANITLAYAN (n/%)	YANLIŞ YANITLAYAN (n/%)	FIKRİ OLMAYAN (n/%)
Laboratuvarda kimyasal maddeler ile çalışılırken eldiven giyilmelidir.	175/100	-	-
Laboratuvar çalışmalarında kimyasal maddelerin gaz ve buharından etkilenmemek için maske kullanılmalıdır.	172/98	1	2/1
Kimyasal maddelerin kullanıldığı laboratuvar çalışmalarında göz ve yüz koruyucuları kullanılmalıdır.	174/99	1	-
Buharlaşabilme ve yanabilme özelliği olan kimyasal bileşikler ile sadece çeker ocak altında çalışılmalıdır.	105/60	18/10	49/28
Asit veya alkali özellikteki kimyasal maddelerle çalışırken mutlaka koruyucu gözlük kullanılmalıdır.	161/92	2/1	7/4
Kullanılan kimyasal malzemelere pipetaj yapılması gereken durumlarda puar ve/veya otomatik pipet kullanılmalıdır.	135/77	10/6	27/15
Kullanım sonrasında kimyasal madde atıkları lavabo veya açık alanlara dökülerek imha edilebilir.	126/72	35/20	12/7
Kimyasal maddeler her zaman kimyasal özelliklerine göre sınıflandırılarak ayrı ayrı yerlerde muhafaza edilmelidir.	160/91	6/3	5/3
Kimyasal maddeler arasında uçucu özellikte olanlar kullanım dışında +4°C de saklanmalıdır.	89/51	12/7	69/39
Asit ve alkali ile temasta temas yerleri öncelikle bol su ile yıkanarak acil müdahale ünitesine başvurulur.	141/80	8/5	23/13
Kimyasal madde yanıklarında (örn; asit yanıkları) ilk olarak yakıcı kimyasal madde ile temas kesilmeli yanan cilt bölümü su ve/veya uygun antidot ile müdahale edilmelidir.	133/76	7/4	32/18
Her türlü kimyasal madde ile oluşacak kimyasal zehirlenme durumunda Ulusal Zehir Danışma Merkezi (UZEM=114) aranmalıdır.	129/74	4/2	37/21

eşleştirildiği görüldü. Ankete katılan tıbbi laboratuvar öğrencilerinin laboratuvar güvenliğinde kullanılan sembollerini tanımları ile eşleştirme sonuçları Tablo 4'de verildi. Öğrencilerin %73'nün kendilerine sorulan 7 adet piktogramın hepsini doğru tanımladığı tespit edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği'ne göre (Resmi Gazete, 2013: 28602) çok tehlikeli

alanlar olarak tanımlanan laboratuvar çalışanları, işleri dolayısıyla çok sayıda tehlike ile karşı karşıya kalmakta ve yeterli önlemlerin alınmadığı durumlarda sağlık ve güvenlikleri risk altına girmektedir. Laboratuvar çalışanlarının bu konudaki mesleki eğitimlerinin tam olması gereklidir. Bu kapsamda mesleki uygulama eğitiminin verildiği Meslek Yüksekokullarının önemi de büyüktür.

Laboratuvarda karşılaşılabilecek tehlikeler arasında; kesici delici alet yaralanmaları, yangın, yüksek ısıya

Tablo 4. Ankete katılan tıbbi laboratuvar öğrencilerinin laboratuvar güvenliğinde kullanılan semboller tanımları ile eşleştirme sonuçları (n=175)

	PIKTOGRAMLAR	DOĞRU YANITLAYAN n/%	YANLIŞ YANITLAYAN n/%
PATLAYICI		166/%95	3/%2
OKSİTLEYİCİ		147/%84	19/%11
ALEVENİR		152/%87	11/%6
ZEHİRLİ (TOKSİK)		147/%84	22/%13
ZARARLI		141/%81	23/%13
KOROZİF (AŞINDIRICI)		159/%91	9/%5
ÇEVREYE ZARARLI		161/%92	7/%4

maruz kalma, kimyasal, elektriksel zarar, yüz ve gözlerin zarar görmesi, düşmeler, kaymalar, biyolojik tehlikeler, radyoaktif ve patlayıcı maddelere maruz kalmak bulunmaktadır (Akyar, 2012). Çalışmamız sonuçlarına göre; katılımcı öğrencilerimizin %63'ünün tıbbi laboratuvarları iş sağlığı ve güvenliği açısından riskli çalışma alanları olarak tanımladığı görüldü. %74'nün sağlık çalışanlarını işleri nedeniyle sağlık ve güvenlikleri ile ilgili risk taşıdıklarını düşündükleri belirlendi. Öğrencilerin %77'sinin ise; kullanılan kimyasal maddelerin çalışanlar için sağlık ve güvenlik açısından riskli maddeler olarak tanımlandığı görüldü (Tablo 2). (Çokluk, 2016) çalışmasında Tıbbi Biyokimya ve

Mikrobiyoloji Laboratuvarları çalışanlarında risk algısı araştırılmış, pek çok risk algısının yanı sıra kimyasal madde kaynaklı risk algısını %90 olarak belirtmiştir. Çalışmada ayrıca laboratuvar çalışanları, kimyasal risklerin %76,6 oranında önlenabilir olabileceğini belirtmiş; riskleri önlemede yapılacak uygulamaların maske takmak ve eldiven giymek gibi kişisel önlemler olduğunu belirtmişlerdir. (Emerce, 2017) çalışmasında katılımcıların %97,8'i kendi laboratuvar çalışmalarında kişisel koruyucu malzeme olarak eldiven kullanmanın ve laboratuvar önlüğü giymenin gerekli olduğunu, %88,2'si maske, %71,0'i koruyucu gözlük kullanılması gerektiğini belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda

laboratuvarlarda kimyasal maddelerle güvenli çalışma sorularını yanıtlayan öğrencilerimiz, mevcut risklerin azaltılması ve güvenli çalışma konusunda yüksek düzeyde doğru yanıtlar vermiştir. Öğrencilerimizin %100'ü laboratuvarlarda kimyasal madde ile çalışırken uygun eldiven giyilmesi gerektiğini, %98'i maske kullanılması gerektiğini, %99'u ise yüz ve göz koruyucuları kullanmak gerektiğini belirtmiştir (Tablo 3).

Literatürlerde sağlık çalışanları ve laboratuvar çalışanların mesleki riskleri konulu çalışmalar incelendiğinde; en sık belirlenen meslek kazaları, başta kesici-delici alet yaralanmaları olmak üzere daha az sıklıkla cilde kimyasal madde teması ve mukozalara vücut sıvısı temasıdır (Çokluk,2016,Yıldırım, 2015, Omaç, 2010).

Başka bir laboratuvar güvenliği konulu çalışmada, öğretmen adaylarının %99.2'si kimya laboratuvarında kullanılan kimyasal maddelerin insan sağlığı açısından zararlı olduğunu belirtmiş, %87.6 oranında ise; genel kimya laboratuvar uygulamalarına başlamadan önce laboratuvar güvenliği ile ilgili bilgi verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Kırbaşlar, 2010). Bizim çalışmamızda ise; tıbbi laboratuvar öğrencilerinin %77'si kullanılan kimyasalların sağlık ve iş güvenliği açısından riskli maddeler olarak belirtirken, katılımcıların %47'si kimyasal maddeler ile çalışanların kullandıkları maddeler hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığını belirtti. Katılımcıların yalnızca %34'ü kimyasal maddeler ile ilgili sağlık ve güvenlik riskleri konusunda yeterli eğitim verildiğini düşündüğünü belirtti (Tablo 2).

Laboratuvarlarda kullanılan kimyasalların çoğu koroziftir veya dokular için tahriş edici özelliindedir. Korozif kimyasallar (asitler, bazlar) sıçrama ile göz ve deriye veya inhalasyon ile solunum yolu dokularına hasar verebilirler (Doğan, 2012). Bu kimyasal maddeler ile güvenli çalışma ile ilgili öğrencilerimizin %100'ü eldiven kullanımı, %92'si koruyucu gözlük kullanılması gerektiğini belirtirken, %60'ı bu tip kimyasallar ile çalışırken çeker ocak kullanılması gerektiğini belirtti. (Tablo 3). Katılımcı öğrencilerin %73'lük bölümü lise eğitimi sırasında "Kimya ve Kimya Uygulama" dersi almış olmasına rağmen, çeker ocak kullanımı konusunda öğrencilerin düşük düzeydeki bilgileri eğitim sistemimizdeki ekipman eksikliğinin bir göstergesi olarak kabul edildi.

Laboratuvarlarda kullanılan kimyasalların uygun ortamda depolanması kimyasal madde kaynaklı kazaların oluşmasını önler. Depolamalar yapılırken de fiziki özelliklerin sağlanması yanı sıra, reaksiyona girme potansiyeli olan kimyasalları ayrı ayrı saklamak

tehlikeyi azaltır (Doğan, 2012). Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında, öğrencilerimiz kimyasal maddeleri her zaman kimyasal özelliklerine göre sınıflandırılarak ayrı ayrı yerlerde muhafaza edilmesi gerektiğini konusunda %91 oranında başarılı bulunurken, uçucu özellikteki kimyasal maddelerin +4°C de saklanması konusunda %51 oranında başarılı bulundu bu başarı oranı kimyasalların güvenli depolanması açısından yetersiz olarak değerlendirildi.

Laboratuvar güvenliğine ve uygulamalarında tehlike ve risk seviyelerinin gösterilmesi, işaretlenmesi ve ilgili yasaklama, uyarma, bilgi verme, yönlendirme gibi güvenliği sağlamaya yönelik semboller ve uyarılar laboratuvar güvenliğinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır ve uygulamada koruyucu önlemlerin tamamlayıcı unsurlarındandır (İsmail, 2012). Çalışmamızda katılımcıların laboratuvar uyarı ve güvenlik işaretleri bilgi düzeyini ölçmek amacıyla sorduğumuz ve sembollerin piktogramları ile anlamlarını eşleştirmelerini istediğimiz bölümde, katılımcıların %73'nün kendilerine sorulan 7 adet piktogramın tamamını doğru tanımladığı tespit edildi. Karapantsios ve ark. yaptıkları çalışmada, gıda teknolojisi öğrencileri ve teknisyenlerine kimyasallar üzerindeki güvenlik sembollerini sorup çalışmamızla benzer şekilde eşleştirme yapmaları istenmiş olup, öğrencilerin %25'inin kimyasallar ile güvenlik sembollerinin tamamını doğru eşleştirdiğini belirtmiştir (Karapantsios, 2008). Çalışmamızda piktogramların her biri tek tek ele alındığında; öğrencilerin başarı oranlarının %81-%95 oranında değiştiği görüldü (Tablo 4). Emerce ve ark. çalışmalarında çalışmamızla benzer semboller sorgulanmış en yüksek doğru tanımlama oranı korozif (aşındırıcı) sembolünde %76.3, çevreye zararlı sembolünde %75.3, oksitleyici sembolünde %60.2, alevlenir sembolünde %53.8, patlayıcı sembolünde %51.6, zehirli (toksik) sembolünde ise; %47.3 verilmiştir (Emerce, 2017). Bizim çalışmamızda tanımlama oranları toplamda ve her bir sembol için daha yüksek oranlarda bulundu (Tablo 4). Patlayıcı sembolünün %95 oranında doğru tanımlandığı, çevreye zararlı sembolünün %92, korozif (aşındırıcı) sembolünün %91, alevlenir sembolünün %87, oksitlenir ve zehirli (toksik) sembollerin %84 oranında doğru tanımlandığı görüldü. Bu sonuçlarda bu sembollerin sadece kimyasal maddeler üzerinde değil, günlük hayatta da benzer uyarı ve güvenlik işaretlerinin yaygın kullanımının bir etkisi olduğu düşünüldü.

Çalışma grubumuzu oluşturan tıbbi laboratuvar teknikleri öğrencileri eğitim programlarında yer alan "Kimya ve Laboratuvar çalışma esasları" derslerinde laboratuvar güvenliği ve kimyasal maddelerle güvenli

çalışma konusunda eğitim almıştır. Katılımcıların %73'nün lise eğitimi sırasında "Kimya ve Kimya Uygulama" dersi almış olmaları göz önüne alındığında; laboratuvar güvenliği konusunda farkındalık, bilgi ve doğru uygulamaların daha yüksek düzeyde olması beklenmektedir. Katılımcı öğrencilerin yarıya yakınının (%47'si) kullandıkları kimyasal maddeler hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünmemesi ve kullandıkları kimyasal maddeler ile ilgili sağlık ve güvenlik riskleri konusunda yeterli eğitim verildiğini düşünenlerinin oranının %34'de kalması bu beklentimizi karşılamamaktadır (Tablo 2).

Katılımcıların %73'nün lise eğitimi sırasında "Kimya ve Kimya Uygulama" dersi almış olmaları dikkate alındığında, uçucu özellikteki kimyasalların saklanması %51 doğru oranı, çeker ocak altında güvenli çalışma bilgisi %60 doğru oranı, kimyasal atıkların uzaklaştırılmasında %72 doğru oranı yetersiz bulunmuştur.

Laboratuvar gibi yüksek riskli çalışma alanlarında güvenlik sadece malzeme ve donanıma bağlı değildir. Laboratuvar personelinin sağlık ve güvenlikle ilgili kuralların farkında olması ve davranışlarıyla da uygulamasına bağlıdır. Tıbbi laboratuvar çalışanlarının özellikle çalışma ortamındaki riskleri önleme konusunda olmak üzere, tehlike ve risklere karşı bilgi ve farkındalıkların artırılmasına yönelik eğitim çalışmalarına gereksinim vardır.

Çalışmamız ile tıbbi laboratuvar öğrencilerin mesleki riskleri ve korunmaya yönelik önlemlere ilişkin farkındalıklarının istenilen düzeyde olmadığı sonucuna varılmıştır. Öğrencilerin mesleki riskler konusundaki bilgi düzeyleri, tutum ve davranışlarının artırılması gerekmektedir. Sağlık alanında meslek riskin en çok bulunduğu yer olan laboratuvarda çalışanların iş kazaları ve meslek hastalıkları; laboratuvar ortamının riskleri ve korunma yolları hakkında gerek okullarda, gerekse hastanelerde düzenli aralıklarla bilgilendirme ve eğitim programları düzenlenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği. 29.03.2013 tarih ve 28602 Sayılı Resmî Gazete.
2. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (2006). Tehlikeli ve Çok Tehlikeli Sınıfta Yer Alan İşlerde Çalıştırılacakların Mesleki Eğitimlerine Dair Yönetmeliği. 18 Nisan 2014 tarih ve 28976 Sayılı Resmî Gazete.
3. Karabulut, M., (2016). Üniversitelerin Kimya Laboratuvarlarında Çalışanların İSG Risklerinin Tespiti ve Kimyasal Maruziyetinin Çözüm Önerileri, Ankara, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanlık Tezi.
4. Yılmaz, A.,(2004). Laboratuvar Güvenli Çalışma, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, ISBN 975-491,170-3.
5. Yılmaz, A., (2004). Lise-3 Kimya Ders Kitabında Mevcut Deneylede Kullanılan Kimyasalların İnsan Sağlığı ve Laboratuvar Güvenliği Açısından Tehlikeli Özelliklerine Yönelik Öğrencilerin Bilgi Düzeyleri ve Öneriler, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 27, 251-259.
6. Dökmeçi, İ.,(1999). Toksikoloji, Nobel Tıp Kitabevleri.
7. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Maddelerin ve Karışımların Sınıflandırılması, Etiketlenmesi ve Ambalajlanması Hakkında Yönetmeliği. 11.12.2013 tarih ve 28848 Sayılı Resmî Gazete.
8. Akyar, I.,(2012). Laboratuvar Personelinin Sağlığı, Laboratuvar Kazaları ve Acil Durumlarda Yapılması Gerekenler Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarlarında Biyogüvenlik, Editörler Prof. Dr. Ahmet Celal Başustaoğlu, Yrd. Doç. Dr. Mustafa Güney). Klimud Yayınları No: 2, 161-177, Ankara.
9. Çokluk, E., Çokluk, S., Şekeroğlu R., Huyut, Z., (2016). Sağlık Hizmetleri Sektöründe Risk Algısı: Hastane Laboratuvar Ön Çalışması, Türk Klinik Biyokimya Dergisi, 14(2), 125-130.
10. Emerce, E., Doğan, B. G., (2017). Eczacılık laboratuvar çalışanlarının laboratuvar güvenliği hakkındaki bilgi ve uygulamaları, Turk Journal Public Health, 15(2), 106-122.
11. Yıldırım, A., Özpulat, F., (2015). Sağlık Meslek Liseli Öğrencilerinin Mesleki Riskler Konusunda Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri, STED. 24:1,18-24.
12. Omaç, M., Eğri, M., Karaoğlu, L., (2010). Malatya merkez hastanelerinde çalışmakta Olan Hemşirelerde mesleki kesici - delici yaralanma ve Hepatit B bulaşıklanma durumları, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 17(1), 19-25.
13. Kırbaşlar, F.G., Özsoy, Güneş, Z., Derelioğlu, Y., (2010). Fen Bilgisi Öğretmen Adaylarının Laboratuvar Güvenliği Konusuna Yönelik Düşünce ve Bilgi Düzeylerinin Araştırılması, GÜ, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 3, 801-818.
14. Doğan, B.,(2012). Kimyasal Güvenlik, Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarlarında Biyogüvenlik,Editörler Prof. Dr. Ahmet Celal Başustaoğlu, Yrd. Doç. Dr. Mustafa Güney,Klimud Yayınları No: 2, 258-287, Ankara.
15. İsmail, C.,(2012). Laboratuvar Güvenliği Açısından Semboller ve Uyarılar, Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarlarında Biyogüvenlik, Editörler Prof. Dr. Ahmet Celal Başustaoğlu, Yrd. Doç. Dr. Mustafa Güney. Klimud Yayınları No: 2, 95-117, Ankara.
16. Karapantsios, T.D., Boutskou, E.I., Touliopoulou, E., Mavros, P., (2008). Evaluation of Chemical Laboratory Safety Based on Student Comprehension of Chemicals Labelling, Education for Chemical Engineers, 3(1), 66-73.

Araştırma / Research Article



Enformel iletişimin etik iklim algısı üzerine etkisi: Bir kamu hastanesi örneği

Impact of informal communication on ethical climate perception: A public hospital sample

Mustafa Erdoğan¹, Harun Kırılmaz², Ali Arslanoğlu³

¹Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sakarya
²Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Sakarya
³Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Anahtar Kelimeler:
 Etik İklim, Enformel İletişim, Hastane, Algı

Key Words:
 Ethical Climate, Informal Communication, Hospital, Perception

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
 Mustafa Erdoğan,
 Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sakarya
 mtkerdogan1907@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
 01.05.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
 11.06.2018

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
 30.06.2018

DOI:
 10.5455/sad.13-1529682462

ÖZET

Giriş ve Amaç: Nitelikli insan gücü, hizmet sektörünün ilk sıralarında yer alan hastaneler için stratejik öneme sahiptir. Özellikle hastanelerdeki etik iklimin, çalışanların motivasyonun yüksek olmasında etkisi yüksektir. Etik iklimin yüksek olduğu kurumlarda hizmet kalitesinin ve müşteri memnuniyetinin de yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca hastanelerde çalışanlar ve yöneticiler arasında iletişimin önemi büyüktür. Bu çalışma ile bir kamu hastanesinde mevcut etik iklim algısı ile enformel iletişim arasındaki ilişkinin ne yönde olduğunu belirlemek amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma, basit rastgele örneklem yöntemi uygulanarak, 62 soruluk anket formu bir kamu hastanesinde çalışan hekim dışı personelin (444 kişi) 236'sının katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak Cullen, Victor ve Bronson (1993) tarafından oluşturulan ve Eser (2007) tarafından Türkçeye uyarlanan "Etik İklim Algısı Ölçeği" ve Uğurlu (2014) tarafından geliştirilen "Enformel İletişim Ölçeği" kullanılmıştır. **Bulgular ve Sonuç:** Enformel iletişimin etik iklim algısı üzerine etkisinin incelendiği bu çalışmada, enformel iletişimin etik iklim algısını etkilediği sonucuna varılmıştır. Bir kamu hastanesinde yapılan araştırmaya katılanların çoğunluğunu kadınlar, evliler, 30 yaş üstü çalışanlar ve genel idari hizmetler personeli oluşturmaktadır. Yapılan çalışmada etik iklim algısı açısından medeni duruma göre farklılıklar bulunmuştur. Enformel iletişime göre medeni duruma, mesleğe ve yaşa göre farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Etik iklim algısı yüksek olan çalışanların etik dışı bir durum ile karşılaştıklarında bu durumu formal ve enformel iletişim kanallarını kullanarak yönetimi bilgilendirebileceği düşünülmektedir. Enformel iletişim her ne kadar negatif bir algı ortaya çıkarsa da, etik iklim algısının yüksek olduğu bir kurumda pozitif yönde de kullanılabileceği öngörülmektedir.

ABSTRACT

Introduction and Purpose: Qualified human power has strategic priorities for hospitals in the first place in the service sector. Especially when the ethical climate in hospitals is high, the motivation of the employees is high. It has been seen that service quality and customer satisfaction are high in institutions where ethical climate is high. In addition, communication has an important place among employees and managers in hospitals. This study aims to determine the relationship between ethical climate perception and informal communication in a public hospital. **Materials and Methods:** Quantitative research method was used in the research. The research was conducted in a public hospital. The universe of the research is composed of 444 persons except the physicians working at the hospital and the sampling is 236 people. A simple random sampling method was used in the study. The limit of the research is that it is only done in a public hospital. Demographic information such as gender, age, marital status, education status, occupation, duration of institutional work were used as data collection tools. In this research, "Ethical Climate Questionnaire" developed by Cullen, Victor and Branson (1993) and adapted to Turkish by Eser (2007) and "Informal Communication Scale" developed by Uğurlu (2014) were used in this research. For statistical analysis of research data, SPSS 23.0 package program was used. **Findings and Conclusion:** In this study, it was found that informal communication affected ethical climate perception. The majority of people involved in this work in a public hospital are women, married people, people over 30 years old and general administration services staff. In the study conducted, there were differences according to marital status in terms of ethical climate perception. It has been determined that there are differences according to marital status, occupation and age by informal communication. Employees with high ethical climate perceptions are thought to be able to inform management when they encounter an unethical situation, using formal and informal communication channels. Although the perception of informal communication is negative, it is predicted that informal communication can act positively with the high level of ethical climate perception in the institution.

GİRİŞ

Örgütler için rekabetçi üstünlüğün ve performansın en önemli belirleyicisinin insan unsuru olduğu düşünüldüğünde (Kanten, Kanten, Yeşiltaş ve

Yaşlıoğlu 2015:513), özellikle emek yoğun bir hizmet sektörü olan sağlık hizmetlerinde insan unsurunun önemi büyüktür. Çalışanların yalnızca biçimsel iş tanımlarında mevcut görevlerini yerine getirmeleri örgütlerin devamlılığını sağlayıp ayakta kalmaları

için yeterli olmamakta, çalışanların bu davranışlara ek kendi arzularıyla yapacakları ve örgüt performansını artırmaya yönelik biçimsel olmayan davranışları sergilemesinin giderek önem kazandığı görülmektedir (Gürbüz 2006:49, Günlük, Özer ve Özcan, 2017:84). Bu biçimsel olmayan davranışların sergilenmesinde ise ahlakın ve paralelinde örgütte oluşacak etik iklimin önemi büyüktür.

İnsan davranışlarının temel ahlaki değerlere uygunluğu anlamında kullanılan etik; bilim, teknoloji, eğitim, sağlık, çevre, medya, hukuk, yönetim ve siyaset gibi çok geniş bir alanda farklı anlamlar yüklenen multidisipliner bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bilim insanları etik kavramına ortak bir tanım geliştirmekte zorlansa da, bu konuda ortaya çıkan görüşlerin “bireylerin doğru olarak nasıl davranacağını açıklayan ve tanımlayan ilkeler, değerler ve standartlar sistemi” etrafında toplandığı görülmektedir (Kırılmaz ve Kırılmaz, 2014:35).

Etik kavramının yapılan tanımlamalarında ahlak kavramının ön plana çıktığı görülmektedir. Ahlak ise “bir kişinin veya insan topluluğunun belli bir tarihsel dönemde belli türden eğilim, düşünce, inanç, töre, alışkanlık, görenek vb. konuları içeren değer, buyruk, norm ve yasaklara göre düzenlenmiş ve gelenekselleşmiş, yaşama biçimine ahlak (moral) denir” olarak tanımlanabilir (Özlem, 2010:24). Ahlak üzerine felsefe yapmanın da etik olarak tanımlandığı belirtilmiştir. Ahlak üzerine düşünmek ve felsefe yapmak ise etik kavramını ortaya çıkarmıştır (Bozkurt ve Torun, 2014:84). Kohlberg (1967) ve Rest (1984)’e göre etik iklimler, ahlaki davranış ve tutumlara ilişkin örgütsel değerleri, uygulamaları ve prosedürleri temsil eder (Cullen, Parboteeah ve Victor, 2003:128). Bu kapsamda Victor ve Cullen (1987, 1988) örgütler içindeki etik iklimlerin türlerini ölçmek için bir Etik İklim Ölçeği geliştirmişlerdir (Cullen, Victor ve Bronson, 1993:667).

Konu ile ilgili yapılan araştırmalar, örgütlerde mevcut etik iklimin, çalışanların etik davranışları üzerine olan etkisinin yüksek olduğunu göstermektedir (Demirdağ ve Ekmekçioğlu, 2015:199). Etik iklim, etik ilke ve davranışlardan oluşmakta ve örgütte içinde çalışanların nasıl davranmaları gerektiğini göstermektedir. Bu davranışlar çalışanlar tarafından ne kadar çok uygulanırsa, etik iklimin o derece kabul edildiğini göstermektedir. Etik iklim örgüt içinde oluşan çatışmaları azalttığı gibi, ahlaki standartlardaki davranışları destekleyen, etik değerlere önem ve öncelik veren kurum içi kültürün oluşmasında önem arz etmektedir (Şahin ve Dündar, 2012:130).

Etik iklim, örgüt içerisinde biçimsel olmayan bir şekilde kontrol sağlayarak işgörenlerin işyerlerindeki

davranış şekillerini, sorumluluklarının neler olduğunu, yanlışlarını ve doğrularını görmelerini (Lopez, Babin ve Chung 2009:596) ve kabul edilebilir ve edilemez davranışlar hakkında karar vermelerini (Barnett ve Schubert 2002:280) sağlamaktadır. Etik iklim bir kontrol mekanizması olması açısından önem arz etmektedir. Tüm bunlara rağmen etik iklimin yüksek olduğu kurumlarda etik dışı davranışların, hataların veya yanlışların varlığı da söz konusu olabilir. Bu gibi durumlarda örgütteki etik iklimin varlığı ve benimsenmiş olması diğer çalışanların duruma müdahale etmesini veya yönetimi bilgilendirmesini sağlayacak bir otokontrol mekanizması sağlamaktadır (Günlük, Özer ve Özcan, 2017:86).

Etik iklim teoride, işgörenler tarafından etik düşünmeyi sağlayan kriterlerin veya kuralların fonksiyonlarından biridir. Bu etik kriterler örgütlerdeki bireylerin bilişsel ahlaki gelişim seviyesine dayanmaktadır. Aynı zamanda etik karar vermede belirleyicidir (Lemmergaard ve Lauridsen 2008: 654).

Victor ve Cullen (1987, 1988) tarafından dokuz bileşenli bir etik iklim matrisi oluşturulmuştur. Bu matriste; egoizm (şahsi çıkarların en üst düzeye çıkarılması), yararcılık (en fazla sayıda insanın çıkarlarının en üst düzeye çıkarılması) ve ilkelilik (tüm dünyada kabul gören evrensel kural, standart ve değerlerden yana olma) olmak üzere üç etik kriterle birlikte, bireysel, yerel (örgüt içi) ve evrensel (örgüt dışı çevresi) farklı analiz seviyeleri yer almaktadır (Appelbaum, Deguire ve Lay, 2005: 44). Analiz düzeyi oluşturulurken sosyal rol teorisi takip edilmektedir (Schminke, Ambrose ve Neubaum, 2005:137). Bireysel, grup ve toplumsal düzeyin; bireysel, yerel ve evrensel olarak matriste yer aldığı görülmektedir. Buna ilave olarak Victor ve Cullen (1987, 1988) etik kriterlerden egoizm, yararcılık ve ilkelilik kriterlerini Kohlberg’in (1967) bilişsel ahlaki gelişim düzeyine dayandırır (Parboteeah vd., 2010:600). Bunun yanında Victor ve Cullen (1988) yapmış oldukları düzenleme, orijinal sınıflandırmadan örgütsel düzeye uyarlanması nedeniyle farklılık göstermektedir (Ambrose, Arnaud ve Schminke, 2008:325, Tuna ve Yeşiltaş, 2014:107).

Etik olmayan örgütlerde işgörenlerin yönetime olan güveni olumsuz yönde etkilenebilir ve örgütte mevcut etik iklimin daha da bozulmasına, bireylerin etik olmayan yollarla hareket etmelerine sebep olabilir hatta bunu teşvik edebilir (Agrawal, 2017:810).

Günümüzde etik dışı ve yasa dışı durumlarda iletişimin kolay ve hızlı yapılıyor olması bildirimlerin daha hızlı yapılmasını ve problemlerinde hızlı bir şekilde ortaya çıkarılmasını sağlamaktadır. Özellikle sağlık kurumlarında meydana gelen etik dışı ve yasadışı

olayların ortaya çıkarılması hem insan sağlığı açısından hem de kamu yararı açısından büyük öneme sahiptir. Bu gibi durumların ortaya çıkarılması sağlık hizmeti sunumunda yapılabilecek hatalarında minimum seviyelere inmesine yardımcı olacaktır (Kördeve, 2017:51).

Bu gibi yasadışı ve etik dışı durumların ortaya çıkarılması ve yönetimin bilgilendirilmesi örgütlerde bazı iletişim kanalları ile sağlanmaktadır. Bu iletişim kanalları formel (sınırları belirlenmiş ve belirli kurallar doğrultusunda yapılandırılmış) iletişim kanalları ve enformel (kişilerarası ilişkilerden doğan ve herhangi bir yapılandırmaya dâhil olmayan) iletişim kanalları olmak üzere ikiye ayrılabilir. Dünyanın en eski medyası olarak bilinen söylenti ve dedikodu ise iletişim sürecinin enformel boyutunu oluşturmaktadır. Günlük yaşantıda çoğunlukla uzak kalınamayan dedikodu ve söylentiler, zaman zaman insanların yakındığı, bazen kızılan ama bir şekilde içinde bulunulan sosyal ortamlardır. Aslında söylenti ve dedikodu bir iletişim tarzıdır. Dedikodu örgütlerdeki en yaygın faaliyetlerden birisidir (Erol ve Akyüz, 2015:149).

Çalışanların kendi aralarında oluşturdukları enformel gruplar, çalışanlar arasında birlik ve beraberliği sağlayabildiği gibi yöneticilerin enformel bir şekilde çalışanlarını ziyaret etmeleri çalışanların yönetime ulaştırmak istedikleri istek, şikâyet ya da önerilerini yönetime ulaştırmalarına katkı sağlar. Öyle ki dedikodu esnasında laf taşınırken bazı gün yüzüne çıkmamış gerçekler açığa çıkabilir. Ancak bazen örgütlerdeki iletişim olgusu, enformel iletişim nedeniyle kontrolden çıkarak zararlı bir yapıya dönüşebilir ve örgüt çalışanları arasındaki ilişkileri bozabilir. Bunun sonucunda çalışanlarda performans düşüklüğü görülebilir (Bektaş ve Erdem, 2015:126). Enformel iletişim kanalı olumlu yönde kullanılırsa örgüt için birçok avantajı beraberinde getirir.

Örgütlerde enformel iletişimin örgütsel olarak avantaja dönüştürülebilmesi yöneticilerin katkılarıyla olur. Burada en önemli görev yöneticilere düşmektedir. Yöneticiler; çalışanlarına sürekli kontrol ediyor izlenimi vermeden, onların arasına karışarak, laf taşıyıcılar aracılığıyla yayılan dedikodu ve söylentileri hissedebilir, kurum içinde yapılan küçük sohbetlerde, kendilerine iletilen istek ve şikâyetleri değerlendirebilir, küçük şakalarda her şakanın altında bir gerçek vardır mantığıyla inceliklerin farkına varabilirler. Ayrıca çalışanların kendi aralarında oluşturduğu enformel grupların işleyişini gözlemleyebilir, sosyal etkinliklerde çalışanlarının aile ve iş arkadaşları ile ilişkileri hakkında bilgi sahibi olarak, enformel iletişim kanallarının işleyişini hakkında genel bir değerlendirme yapar. Bu sayede örgütsel iletişim sürecinin olumlu

bir şekilde devam etmesini sağlayabilirler (Bektaş ve Erdem, 2015:126).

İster formel ister enformel olarak gerçekleşsin, iletişim süreci canlı organizmaların kan damarları kadar önemlidir. Nasıl ki canlı organizmalar kan damarlarına ve bu damarlardaki kana ihtiyaç duyuyorlarsa, örgütler de iletişime ihtiyaç duyarlar. İletişimin önemini daha iyi anlamaya başlayan örgütler özellikle örgüt çalışanlarıyla yeni iletişim stratejileri geliştirmeye başlamış, bazı durumlarda enformel iletişimin formel iletişimden daha geçerli ve etkili olduğunun farkına varan örgütler, enformel iletişimi daha aktif kullanmaya başlamıştır (Subramanian, 2006:1).

MATERYAL VE METOD

Araştırmanın Amacı, Tipi ve Hipotezleri

Bu çalışma, bir kamu hastanesinde çalışan hekim dışı personelin etik iklim algı düzeylerinin belirlenerek enformel iletişim ile etik iklim arasındaki ilişkinin ne yönde olduğunun ortaya konulmasını amaçlayan ve enformel iletişimin etik iklim algısı üzerine tanımlayıcı bir çalışmadır. Bu amaçla aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H₁: Sosyo-demografik unsurlardan cinsiyet, etik iklim algısında farklılık oluşturur.

H₂: Sosyo-demografik unsurlardan cinsiyet, enformel iletişimde farklılık oluşturur.

H₃: Sosyo-demografik unsurlardan medeni durum, etik iklim algısında farklılık oluşturur.

H₄: Sosyo-demografik unsurlardan medeni durum, enformel iletişimde farklılık oluşturur.

H₅: Sosyo-demografik unsurlardan yaş, etik iklim algısında farklılık oluşturur.

H₆: Sosyo-demografik unsurlardan yaş, enformel iletişimde farklılık oluşturur.

H₇: Sosyo-demografik unsurlardan öğrenim durumu, etik iklim algısında farklılık oluşturur.

H₈: Sosyo-demografik unsurlardan öğrenim durumu, enformel iletişimde farklılık oluşturur.

H₉: Sosyo-demografik unsurlardan meslek, etik iklim algısında farklılık oluşturur.

H₁₀: Sosyo-demografik unsurlardan meslek, enformel iletişimde farklılık oluşturur.

H₁₁: Sosyo-demografik unsurlardan hastanede çalışma süresi, etik iklim algısında farklılık oluşturur.

H₁₂: Sosyo-demografik unsurlardan hastanede çalışma süresi, enformel iletişimde farklılık oluşturur.

H₁₃: Hastane çalışanlarında enformel iletişim ile etik iklim algısı arasında ilişki vardır.

H₁₄: Hastane çalışanlarında enformel iletişim, etik iklim algısını olumlu yönde etkiler.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma, basit rastgele örneklem yöntemi uygulanarak, toplam 62 ifadeden oluşan anket formu ile bir kamu hastanesinde çalışan hekim dışı 444 (evren) personelin, 236 (örneklem)'sının katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler; araştırmacılar tarafından literatür taraması yapıldıktan sonra; araştırmada veri toplamak için hekim dışı personele uygulanmak üzere; ilk kısmı sosyo-demografik bilgilerin elde edilmesine yönelik hazırlanmış bilgi formu ve ikinci kısmında Cullen, Victor ve Bronson (1993) tarafından oluşturulan ve Eser (2007) tarafından Türkçeye uyarlanan 36 ifadeli "Etik İklim Algısı Ölçeği" ile Uğurlu (2014) tarafından geliştirilen 26 ifadeli "Enformel İletişim Ölçeği" kullanılmıştır. Veri toplama aracında yer alan her bir maddenin gerçekleşme düzeyini belirlemek için 5'li likert tipi "Kesinlikle Katılıyorum (5)" "Katılıyorum (4)", "Biraz Katılıyorum (3)", "Katılmıyorum (2)" ve "Kesinlikle Katılmıyorum (1)" dereceleri kullanılmıştır. Anket yüz yüze anket uygulama yöntemi ile gönüllülük esasına göre yapılmıştır. Anket seti 05.03.2018-20.04.2018 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırma hakkında katılımcılar sözlü olarak bilgilendirilmiş ve onamları alındıktan sonra anket uygulanmıştır.

Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırma verileri, bilgisayar ortamına aktararak ve SPSS 23.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programında değerlendirilirken, veri analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, keşfedici faktör analizi, güvenilirlik analizi, bağımsız örneklerde t-testi, one way anova testi, korelasyon ve regresyon analizleri yapılmıştır.

Güvenilirlik Analizleri

Bu araştırmada güvenilirlik ölçümü olarak kullanılan ölçeklere ilişkin Cronbach's Alpha iç tutarlılık güvenilirlik analizleri yapılmış; 36 ifadeli Etik İklim Algısı Ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,825 olarak hesaplanmış, 26 ifadeli Enformel İletişim Ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,891 olarak hesaplanmış ve derecede güvenilir olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Güvenilirlik Tablosu

ÖLÇEK	İç Tutarlılık (Cronbach's Alpha kat sayısı)
Enformel İletişim Ölçeği	,891
Etik İklim Algısı Ölçeği	,825

Demografik Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan kişilerin sosyo-demografik özellikleri verilerine yer verilmiştir. Katılımcıların 186'sı evli (%78,8), 50 kişi bekâr (%21,2) olduğunu görmektedir. Katılımcılardan 34 kişi (%14,4) 20-30 yaş aralığında, 96 kişi (%40,7) 31-40 yaş aralığında, 80 kişi (%33,9) 41-50 yaş aralığında ve son olarak 26 kişi (%11) 51 ve üzeri yaş aralığında olarak görülmektedir. Katılımcıların cinsiyet dağılımı 146'sı kadın (%61,9) ve 90'ı erkek (%38,1) olarak dağılmaktadır. Katılımcılardan 40 kişi ilköğretim (%16,9), 64 kişi lise (%27,2), 40 kişi önlisans (%16,9), 60 kişi (%25,4) lisans ve 32 kişi (%13,6) yüksek lisans mezunu olarak saptanmıştır. Katılımcıların meslekleri incelendiğinde 72 kişinin (%30,5) Hemşire/Ebe, 58 kişinin (%24,6) Sağlık Teknikeri/Teknisyeni olduğu, 18 kişinin (%7,6) Diğer Tekniker olduğu ve 88 kişinin ise (%37,3) Genel İdari Hizmetler personeli olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılara "ne kadar zamandır bu hastanede çalıştıkları" sorulduğunda, 94 kişinin (%39,8) 1-5 yıl arası, 58 kişinin (%24,6) 6-10 yıl arası, 38 kişinin (%16,1) 11-15 yıl arası ve 46 kişinin (%19,5) 16 yıl ve üstü olarak bu hastanede çalıştıkları tespit edilmiştir (Tablo 2).

Çalışmada katılımcıların enformel iletişim düzeyleri 3,1851±0,57747 ve etik iklim algıları 3,0593±0,97148 orta düzeyde bulunmuştur. Bu durumda katılımcıların enformel iletişim düzeyleri etik iklim algısına göre daha yüksektir. Çalışanların enformel iletişim durumları değerlendirildiğinde, 3,4322±0,80930 ile en yüksek değeri "Hastanedeki arkadaşlarımla özel günlerini onlarla birlikte paylaşmayı severim" ifadesine verilen cevaplar almış, 2,8051±0,87770 ile en düşük değeri ise "Hastanedeki meslektaşlarımla hakkında duyduğum bilgiler o kişiler hakkındaki yargılarımla değiştirmeme neden olur" sorusuna verilen cevaplar almıştır (Tablo 3).

Katılımcıların Etik İklim Algısı değerlendirildiğinde ise 3,3983±0,93299 ile en yüksek değeri "Bu kurumda alınan kararların öncelikli olarak kâra olan katkısı (kurumun kârına katkısı) göz önünde tutulur." değişkenine verilen cevaplar oluştururken, 2,7627±1,03289 ile en düşük değeri "Bu kurumda çalışanlar neyin doğru neyin yanlış olduğuna kendileri karar verirler" sorusuna verilen cevaplar oluşturulmaktadır (Tablo 4).

Tablo 2. Demografik Bulgular

Değişkenler	Kategori	Frekans (N)	Yüzde %
Medeni Durum	Evli	186	78,8
	Bekâr	50	21,2
Yaş	20-30	34	14,4
	31-40	96	40,7
	41-50	80	33,9
	51 ve üzeri	26	11,0
	Cinsiyet	Kadın	146
Eğitim Durumu	Erkek	90	38,1
	Ortaokul/İlköğretim	40	16,9
	Lise	64	27,2
	Ön Lisans	40	16,9
	Lisans	60	25,4
Meslek	Yüksek Lisans	32	13,6
	Hemşire/Ebe	72	30,5
	Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	58	24,6
	Diğer Tekniker	18	7,6
	Genel İdari Hizmetler	88	37,3
Hastanede Çalışma Süresi	1-5 yıl	94	39,8
	6-10 yıl	58	24,6
	11-15 yıl	38	16,1
	16 yıl ve üstü	46	19,5

Tablo 3. Enformel İletişim Ölçeği Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (N=236)

İfadeler	Ort.	Std. Sapma
Hastanedeki arkadaşlarımla özel günlerini onlarla birlikte paylaşmayı severim.	3,4322	0,80930
Hastane arkadaşlarımla hastane dışında yemek, çay, piknik gibi etkinlikle katılmaktan hoşlanırım.	3,4153	0,82850
Hastanedeki arkadaşlarımla bir arada bulunmaktan hoşlanırım.	3,3983	0,79509
Hastane, hayata ilişkin bilgiler edinmemi sağlar.	3,3475	0,85926
İş arkadaşlarımla sohbet ederken bilgilenirim.	3,3390	0,92456
Hastanedeki arkadaşlarımla hoş vakit geçiririm.	3,3390	0,80657
Mesai arkadaşlarımla iş dışı ilişkileri önemserim.	3,3390	0,83763
Hastanedeki arkadaşlarımla hastane dışında da zaman geçiririm.	3,3305	0,85607
Hastanedeki arkadaşlarımla kurduğum iletişimler sonucu yeni bilgiler öğrenirim.	3,3136	0,85252
Hastane ortamında resmi olmayan arkadaşlık ilişkilerini önemserim.	3,2966	0,94359
Mesleğimle ilgili yeni bilgileri hastane enformel ortamlarında öğrendiğim olur.	3,2881	0,94172
Hastane ortamında edindiğim bilgileri arkadaşlarımla paylaşıyorum.	3,2373	0,92876
Hastanedeki enformel ilişkilerim aracılığıyla arkadaşlık ilişkilerim gelişir.	3,2119	0,92116
Hastanedeki enformel ilişkilerim mesleki bilgilenmem için fırsatlar sunar.	3,2034	0,89973
Hastanedeki arkadaşlarıma karşı oldukça ilgiliyimdir.	3,1695	0,87815
Hastanedeki arkadaşlarımla iletişim biçimleri beni etkiler.	3,1525	0,95541
Hastanemde arkadaşlık ilişkilerimi geliştirmek için uygun ortamlar vardır.	3,1441	1,04597
Hastane dışındaki hayatımda da hastanede arkadaşlarımdan edindiğim bilgileri kullanırım.	3,1356	0,92175
Hastanedeki arkadaşlarımla kendimi rahat hissederim.	3,1356	0,90309
Hastanedeki arkadaşlık ilişkilerimi hastane dışına da taşıyorum.	3,1102	0,88278
Hastane ortamındaki arkadaşlarımla fikirleri kendimi sorgulamamda bana yardımcı olur.	3,0424	0,97102
Arkadaş edinmek için hastane iyi bir ortamdır.	3,0000	0,95872
Hastanedeki arkadaşlarımla kişisel yaşamları hakkında konuşmak kendimi değerlendirmemde bana yardımcı olur.	2,8983	0,96218
Hastanedeki arkadaşlarımla boş zamanlarda bir araya gelerek yaptığım sohbetler sonucunda yeni davranışlar edinirim.	2,8898	0,96566
Hastanedeki enformel ilişkiler arkadaşlık ilişkileri geliştirmek için önemlidir.	2,8390	0,89414
Hastanedeki meslektaşlarımla hakkında duyduğum bilgiler o kişiler hakkındaki yargılarımda değişikliğe neden olur.	2,8051	0,87770
Enformel İletişim Ölçeği	3,1851	0,57747

Tablo 4. Etik İklim Algısı Ölçeği Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (N=236)

İfadeler	Ortalama	Std. Sapma
Bu kurumda alınan kararların öncelikli olarak kâra olan katkısı (kurumun kârına katkısı) göz önünde tutulur.	3,3983	0,93299
Bu kurumda, çalışanlardan en önemli beklenti her şeyden önce mesleki standart ve kurallara uymalarıdır.	3,3559	0,96338
Bu kurumda, çalışanların kurum kural ve prosedürlerinden ayrılmaması beklenir.	3,3136	0,89156
Bu kurumda, çalışanlardan beklenen her şeyden önce verimli bir şekilde çalışmaktır.	3,3051	0,92721
Bu kurumda, alınan kararların öncelikli olarak hasta ve halk üzerindeki etkisine dikkat edilir.	3,2797	0,96655
Bu kurumda, bir kararla ilgili olarak ilk göz önünde bulundurulana husus kanunları ihlal edip etmediğidir.	3,2458	0,92194
Bu kurumda çalışanlar kendileri için en iyi olanla çok ilgilidirler.	3,2458	0,88425
Bu kurumda, mesleki kanun ya da etik kurallar öncelikli olarak göz önünde bulundurulur.	3,2203	0,96875
Bu kurumda çalışanlar aktif olarak hastanın ve halkın menfaati ile ilgilendirler.	3,1949	0,85809
Bu kurumda, her zaman, hasta ve toplum için doğru olanın yapılması beklenir.	3,1949	0,99581
Bu kurumda, çalışanların yasal ve mesleki standartları sıkı sıkıya takip etmeleri beklenir.	3,1864	0,87470
Bu kurumda çalışanlardan, kurumun menfaatleri için her şeyi yapmaları beklenir.	3,1695	0,96143
Bu kurumda başarılı çalışanlar, kurum politikalarına sıkı sıkıya uyanlardır.	3,1271	0,94573
Bu kurumda en verimli yol, her zaman en doğru yol olarak kabul edilir.	3,0932	0,96745
Bu kurumda çalışanların dış çevreye karşı güçlü bir sorumluluk anlayışları vardır.	3,0678	0,93834
Bu kurumda, kural ve prosedürlere sıkı sıkıya uymak çok önemlidir.	3,0508	1,00930
Bu kurumda, çalışanlar çoğunlukla kendilerini düşünürler.	3,0508	1,01769
Bu kurumda, başarılı çalışanlar, yazılı talimatlara göre hareket edenlerdir.	3,0424	1,00547
Bu kurumda, çalışanlar kurum menfaatlerini her şeyin üstünde tutarlar.	3,0169	0,87503
Bu kurumda, çalışanlara kendi kişisel etik değerleri yol göstermektedir.	3,0000	1,01897
Bu kurumda, her çalışanın kendi doğru ve yanlış anlayışının var olduğu önemle göz önünde bulundurulur.	2,9746	0,96281
Bu kurumda çalışanların başlıca sorumluluğu, öncelikle verimliliği göz önüne almaktır.	2,9661	0,96696
Bu kurumda, çalışanlar birbirlerinin iyiliğini gözetirler.	2,9661	0,96696
Bu kurumda herkes, çalışanlar için genelde en iyisi ne ise onunla ilgilendirler.	2,9661	0,99302
Bu kurumda, çalışanlar, öncelikle bir başka çalışma arkadaşları için en iyi olanı göz önünde bulundururlar.	2,9576	0,97102
Bu kurumda çalışanlar açısından takım ruhu önemlidir.	2,9407	1,01304
Bu kurumda her bir çalışan için en iyisini yapmak öncelikli öneme sahiptir.	2,9407	1,02141
Bu kurumda, çalışanlardan kendi kişisel ve ahlaki inançlarına göre davranmaları beklenir.	2,9407	0,99610
Bu kurumda sorunlara daima etkin çözümler aranır.	2,9237	0,96011
Bu kurumda kararlar alınırken her bir çalışanın düşünülmesi beklenir.	2,9153	1,08824
Bu kurumda en önemli husus tüm çalışanların iyiliğinin gözetilmesidir.	2,9153	1,02377
Bu kurumda çalışanlar diğer çalışanlar için en iyi olanı göz önüne alırlar.	2,8983	0,98836
Bu kurumda, yapılan iş, sadece kurumun menfaatlerine zarar verirse yetersiz kabul edilir	2,8814	0,977792
Bu kurumda, çalışanların kendi şahsi ahlaki ve etik değerlerine yer yoktur.	2,8305	1,02981
Bu kurumda, çalışanlar kendi çıkarlarını her şeyin üstünde tutarlar.	2,7966	1,05636
Bu kurumda çalışanlar neyin doğru neyin yanlış olduğuna kendileri karar verirler.	2,7627	1,03289
Etik İklim Algısı Ölçeği	3,0593	0,97148

Demografik değişkenlere göre farklılıkların incelenmesi sonucunda cinsiyetin etik iklim algısı ve enformel iletişim ile farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklerde t testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, katılımcıların erkek ya da kadın olmalarının etik iklim algısı ve enformel iletişim üzerinde herhangi bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Bu durumda H_1 ve H_2 hipotezi reddedilmiştir (Tablo 5).

Medeni durumun etik iklim algısı ve enformel iletişim açısından farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklerde t testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, katılımcıların

evli ya da bekâr olmalarının etik iklim algısı ve enformel iletişim üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bu durumda H_3 ve H_4 hipotezleri kabul edilmiştir (Tablo 6).

Katılımcıların yaşlarının etik iklim algısı ve enformel iletişim açısından farklılık oluşturup oluşturmadığını belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (one way anova) yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların yaşları ile etik iklim algısı arasında fark bulunamamışken, enformel iletişim için farklılık tespit edilmiştir. Bu durumda H_5 hipotezi reddedilmiş, H_6 hipotezi ise kabul edilmiştir (Tablo 7).

Tablo 5. Cinsiyet ile Değişkenler Arasındaki Farklılıklar

	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	f	p
Etik İklim	Kadın	146	3,0689	0,52350	0,030	0,729
	Erkek	90	3,0438	0,56221		
Enformel İletişim	Kadın	146	3,1944	0,56240	0,018	0,754
	Erkek	90	3,1701	0,60402		

Tablo 6. Medeni Durum ile Değişkenler Arasındaki Farklılıklar

	Medeni Durum	N	Ortalama	Std. Sapma	f	p
Etik İklim	Evlü	186	3,1365	0,47318	4,205	*0,001
	Bekâr	50	2,7722	0,65859		
Enformel İletişim	Evlü	186	3,2469	0,49405	11,619	*0,015
	Bekâr	50	3,9554	0,78066		

*p<0,05

Tablo 7. Yaş ile Değişkenler Arasındaki Farklılıklar

	Yaş Grupları	N	Ortalama	Std. Sapma	f	p
Etik İklim	20-30	34	2,9575	0,4275	2,247	0,084
	31-40	96	3,0046	0,5021		
	41-50	80	3,1000	0,6408		
	51 üzeri	26	3,2692	0,3778		
Enformel İletişim	20-30	34	3,0928	0,4241	2,751	0,043*
	31-40	96	3,0938	0,5062		
	41-50	80	3,2692	0,7174		
	51 üzeri	26	3,3846	0,4354		

*p<0,05

Katılımcıların öğrenim durumlarının etik iklim algısı ve enformel iletişim açısından farklılık oluşturup oluşturmadığını ortaya koymak amacıyla tek yönlü varyans analizi (one way anova) yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların öğrenim durumlarının etik iklim algısı ve enformel iletişim üzerinde herhangi bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Bu durumda H_7 ve H_8 hipotezi reddedilmiştir (Tablo 8).

Katılımcıların mesleklerinin etik iklim algısı ve enformel iletişim açısından farklılık oluşturup oluşturmadığını tespit etmek için tek yönlü varyans analizi (one way anova) yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların meslekleri ile etik iklim algısı arasında fark bulunamamışken, enformel iletişim arasında farklılık tespit edilmiştir. Bu durumda H_9 hipotezi reddedilmiş, H_{10} hipotezi ise kabul edilmiştir (Tablo 9).

Katılımcıların hastanede çalışma süresinin etik iklim algısı ve enformel iletişim açısından farklılık oluşturup oluşturmadığını ortaya koymak amacıyla tek yönlü varyans analizi (one way anova) yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların hastanede çalışma

süresinin etik iklim algısı ve enformel iletişim üzerinde herhangi bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir. Bu durumda H_{11} ve H_{12} hipotezi reddedilmiştir (Tablo 10).

Enformel iletişim ile etik iklim algısı arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir (Tablo 11). Analiz sonucuna göre enformel iletişim ile etik iklim algısı arasında ($r=0,682$) anlamlı, pozitif yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuca göre H_{13} hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 11).

Basit doğrusal regresyon analizi sonucunda enformel iletişimin etik iklim algısı ile yüksek düzeyde ve anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($R=0,682$, $R^2=0,465$, $p<0,001$). Regresyon analizi sonucuna göre enformel iletişim etik iklim algısının toplam varyansın % 46,5'ini açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan enformel iletişimin bağımlı değişken olan etik iklim algısını anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir ($t=14,263$, $p<0,001$). Kurulan modelin de anlamlı olduğu görülmektedir ($F=203,443$, $p<0,001$) (Tablo 12).

Tablo 8. Öğrenim Durumu ile Değişkenler Arasındaki Farklılıklar

	Öğrenim Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	f	p
Etik İklim	Ortaokul/İlköğretim	40	3,0194	0,7238	1,798	0,130
	Lise	64	3,1424	0,6445		
	Önlisans	40	3,1417	0,2906		
	Lisans	60	2,9176	0,4177		
	Yüksek Lisans	32	3,1059	0,4277		
Enformel İletişim	Ortaokul/İlköğretim	40	3,0019	0,7587	2,063	0,086
	Lise	64	3,2091	0,6744		
	Önlisans	40	3,2423	0,3282		
	Lisans	60	3,1449	0,4558		
	Yüksek Lisans	32	3,3702	0,5113		

Tablo 9. Meslek ile Değişkenler Arasındaki Farklılıklar

	Meslek	N	Ortalama	Std. Sapma	f	p
Etik İklim	Hemşire/Ebe	72	3,0162	0,4545	0,902	0,441
	Sağlık Tekn./Tekns.	58	3,1571	0,5056		
	Diğer Tekniker	18	3,0741	0,4293		
	Genel İdari Hizmetler	88	3,0271	0,6320		
Enformel İletişim	Hemşire/Ebe	72	3,3077	0,4765	5,217	*0,002
	Sağlık Tekn./Tekns.	58	3,3223	0,4947		
	Tekniker	18	3,1026	0,4474		
	Genel İdari Hizmetler	88	3,0114	0,6776		

*P<0,05

Tablo 10. Hastanede Çalışma Süresi ile Değişkenler Arasındaki Farklılıklar

	Çalışma Süresi	N	Ortalama	Std. Sapma	f	p
Etik İklim	1-5 yıl	94	3,0230	0,5512	1,099	0,350
	6-10 yıl	58	3,0393	0,6569		
	11-15 yıl	38	3,2032	0,4004		
	15 yıl üstü	46	3,0399	0,4261		
Enformel İletişim	1-5 yıl	94	3,1105	0,5791	0,947	0,418
	6-10 yıl	58	3,2281	0,6704		
	11-15 yıl	38	3,2065	0,4727		
	15 yıl üstü	46	3,2659	0,5237		

Tablo 11. Enformel İletişim ile Etik İklim Arasındaki İlişki

Ölçekler	Etik İklim Algısı	Enformel İletişim
Etik İklim Algısı	1	,682*
Enformel İletişim	,682*	1

*P<0,05

Tablo 12. Enformel İletişimin Etik İklim Algısı Üzerine Etkisi

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar		t	p
	β	Std. Hata	β			
Sabit	1,037	0,144			7,201	0,000
Enformel İletişimin Etik İklim Algısı Üzerine Etkisi	0,635	0,045	0,682		14,263	0,000
R= 0,682	R ² = 0,465		F= 203,443		p= 0,000	

Bağımlı Değişken: Etik İklim Algısı

TARTIŞMA VE SONUÇ

Enformel iletişim süreci göz ardı edildiğinde veya iyi yönetilemediğinde örgütsel iklime zarar vererek örgütlerde felaketlere yol açabilir. Pek çok faktörden etkilenen iletişim olgusu, bazen kontrolden çıkarak zehirli bir yapıya bürünür ve örgüt çalışanları arasındaki ilişkileri zedeler. Bunun yanında enformel iletişim süreci örgütlerdeki stresi azaltan, samimi ve rahatlatıcı özelliklere sahip olduğu için örgüt çalışanları için bazen iyi bir motivasyon aracı olabilir. Bu nedenle örgütlerde su yüzüne çıkan bu iletişim kanallarının öncelikle tespit edilerek örgüt yararına kullanılması gerekmektedir (Bektaş ve Erdem, 2015:136). Çalışmamızda enformel iletişimin etik iklim algısı üzerine etkisinin pozitif yönde ve yüksek olmasının yukarıda bahsedildiği gibi olumlu yönde kullanıldığında örgüte yarar sağladığı tespit edilmiştir.

Enformel iletişim, formel iletişimin eksikliklerini giderir, karar almayı kolaylaştırır. Belirli kurallara bağlı olmayan ve örgüt içindeki kararları ve işleyişi etkileyen enformel iletişim (Barutçu ve Haşiloğlu, 2010:14), doğru ve örgüt yararına kullanıldığında çalışanlar arasında motivasyonu sağlarken etik dışı davranışların önüne geçerek özellikle hastanelerde hasta güvenliğine katkı sağlamanın yanında hasta memnuniyetini de beraberinde getirecektir. Hasta memnuniyeti ise kaliteli hizmet sunan sağlık kurumlarını rekabet piyasasında ön sıralara taşıyan bir etkidir.

Kurumlarda güven ve etik iklim üzerine yapılmış araştırmalarda, çalışanların kurumlarına güven duyduğu ve aynı zamanda etik algılarının olumlu yönde eğilim sergilediği görülmektedir (Bozkurt ve Torun, 2014:99). Kısacası etik iklim algısının yüksek olduğu kurumda, örgütsel güven de yükselmektedir. Bu durum enformel iletişimin doğru kullanıldığı kurumlarda dolaylı da olsa kurumda güven ortamına olumlu yönde katkı sağlayabileceğini göstermektedir.

Hizmet sektörünün başında gelen eğitim kurumlarında yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlara bakıldığında okullarda enformel iletişimin oldukça önemli bir yere sahip olduğu (Ay ve Uğurlu, 2016:45)

görülmektedir. Bu durum ise çalışmamızın diğer bir hizmet yoğun sektör olan sağlık sektöründe yapılmış olması benzer sonuçların elde edilmesini sağlamıştır. Özellikle insana hizmet sunulan sektörlerde etik ilkeler önem arz etmekte bununla enformel yollarla sağlanabileceği çalışmanın sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sonuç olarak, enformel iletişimin etik iklim algısı üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmada enformel iletişimin olumlu yönde kullanıldığı zaman etik iklimi olumlu ve yüksek düzeyde etkilediği tespit edilmiştir. Enformel iletişim kanalı bazen formel iletişim kanalının eksiklerini tamamlarken bazen etik dışı durumlara karşı önlem almada ve erken müdahalede kuruma ve yöneticilere çok büyük faydalar sağlar. Çalışmanın tüm sağlık çalışanlarını içerecek tarzda ve kamu özel karşılaştırması yapabilecek şekilde bir örnekleme yapılması öneri olarak sunulabilir.

KAYNAKÇA

1. Agrawal, R., K. (2017). Do Ethical Climates Impact Trust In Management? A Study in Indian Context. *International Journal of Organizational Analysis*, 25, 5, 804-824.
2. Ambrose, M. L., Arnaud, A. ve Schminke, M. (2008). Individual Moral Development and Ethical Climate: The Influence of Person-Organization Fit on Job Attitudes, *Journal of Business Ethics*, 77, 323-333.
3. Appelbaum, S. H., Deguire, K. J. ve Lay, M. (2005). The Relationship of Ethical Climate to Deviant Workplace Behaviour, *Corporate Governance*, 5, 4, 43-55.
4. Ay, D. ve Uğurlu, C., T. (2016). Öğretmenlerin Kişilerarası Öz-Yeterlikleri ve İnfomal İletişimleri: Nicel Bir Çalışma. *İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3, 5, 28-47.
5. Barnett, T., ve E., Schubert. (2002). Perceptions Of The Ethical Work Climates And Covenantal Relationships. *Journal of Business Ethics*, 36, 279-290.
6. Barutçu, E. ve Haşiloğlu, S., B. (2010). Organizasyonlarda İnternetin Enformel ve Viral İletişim Aracı Olarak Kullanımı. *İnternet Uygulamaları ve Yönetimi Dergisi*, 1, 2, 5-16.
7. Bektaş, M.ve Erdem, R. (2015). Örgütlerde İnfomal İletişim Süreci: Kavramsal Bir Çerçeve. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, 17, 1, 125-139.
8. Bozkurt, Ö. ve Torun M.,K. (2014). Etik İklimin Kuruma Güven Üzerindeki Etkisi: Devlet Üniversitelerinde Bir Çalışma. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 2, 1, 82-105.
9. Cullen, J. B., Victor, B., & Bronson, J. W. (1993). The Ethical Climate Questionnaire: An Assessment Of Its Development and Validity. *Psychological Reports*, 73, 667-674.

10. Cullen, J.B., Parboteeah K.P. ve Victor. B. (2003). The Effects Of Ethical Climates On Organizational Commitment: A Two-Study Analysis. *Journal Of Business Ethics*, 46, 127-141.
11. Demirağ, G., E. ve Ekmekçioğlu, E., B. (2015). Etik İklım ve Etik Liderliğin Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi: Görgül Bir Araştırma. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17, 1, 197-216.
12. Erol, Y. ve Akyüz, M. (2015). Dünyanın En Eski Medyası: Dedikodunun Örgüt Düzeyindeki İşlevleri Ve Algılanışı: Sağlık Örgütlerinde Bir Alan Araştırması. *Journal of World of Turks*, 7, 2, 149-167.
13. Eser, G. (2007). Etik İklım ve Yöneticiye Güvenin Örgütsel Bağlılığa Etkisi İstanbul:Marmara Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
14. Günlük M., Özer, G. ve Özcan M. (2017). Etik İklım Ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı İlişkisinde Örgütsel Bağlılığın Ara Değişken Etkisi: Muhasebe Meslek Mensupları Üzerinde Bir Araştırma. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17, 2, 83-103.
15. Gürbüz, S. (2006). Örgütsel Vatandaşlık Davranışı İle Duygusal Bağlılık Arasındaki İlişkilerin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3, 2, 48-75.
16. Kanten, P., Kanten, S., Yeşiltaş, M. ve Yaşlıoğlu, M. (2015). Ücret Adaletinin Hizmet Süreçlerini Sabote Etme ve Sosyal Kaytarma Davranışları Üzerindeki Etkisinde Ücret Eşitliği Algısının Rolü". 23. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, 14-16 Mayıs 2015, Muğla, 513-521.
17. Kırılmaz H. ve Kırılmaz, S. (2014). "Sağlık Hizmetlerinde Etik İklımlerde Ampirik Etik Çalışmalarının Yararları", *İnsan & İnsan Bilim Kültür Sanat ve Düşünce Dergisi*, Cilt:1, Sayı:1, 35-44.
18. Kohlberg, L. (1967). Moral and Religious Education and the Public Schools: A Development View', in T. Sizer (Eds.), *Religion and Public Education*. (Houghton Mifflin, Boston), 164-183.
19. Kördeve, M., K. (2017). Özel Sektör Sağlık Çalışanlarında Etik Tutum İle Whistleblowing Arasındaki İlişki. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1, 2, 51-61.
20. Lemmergaard, J. ve Lauridsen, J. (2008). The Ethical Climate of Danish Firms: A Discussion and Enhancement of the Ethical-Climat Model, *Journal of Business Ethics*, 80, 653-675.
21. Lopez, T.B., Babin, B.J., ve C., Chung. (2009). "Perceptions of ethical work climate and person-organization fit among retail employees in Japan and the US: A cross-cultural scale validation", *Journal of Business Research*, 62: 594-600.
22. Özlem, D. (2010). *Etik Ahlak Felsefesi (2b)*, İstanbul: Say Yayınları.
23. Parboteeah, K., P., Chen, H., C., Lin, Y., T., Chen, I., H., Lee, A., Y., P. ve Chung, A. (2010). Establishing Organizational Ethical Climates: How Do Managerial Practices Work?, *Journal of Business Ethics*, 97, 4, 599-611.
24. Rest, J., R. (1984). The Major Components of Morality, in W. M. Kurtines and J. L. Gerwitz (eds.), *Morality, Moral Behavior, and Moral Development*. Wiley, New York. 24-38.
25. Schminke, M., Ambrose, M. L. ve Neubaum, D. O. (2005). The Effect of Leader Moral Development on Ethical Climate and Employee Attitudes, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 97: 135-151.
26. Subramanian, S. (2006). An "Open Eye and Ear" Approach to Managerial Communication. *The Journal of Business Perspective*, 10, 2, 1-11.
27. Şahin, B., ve Dündar, T. (2012). Sağlık Sektöründe Etik İklım ve Yıldırma (Mobbing) Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66, 1, 129-159.
28. Tuna, M. Ve Yeşiltaş, M. (2014). Etik İklım, İşe Yabancılaşma ve Örgütsel Özdeşleşmenin İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkisi: Otel İşletmelerinde Bir Araştırma. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 25, 1, 105 - 117.
29. Uğurlu, C., T. (2014). İnfomal İletişim Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15, 3, 83-100.
30. Victor, B. ve. Cullen, J., B. (1988). The Organizational Bases of Ethical Work Climates, *Administrative Science Quarterly*, 33: 101-125.
31. Victor, B. ve Cullen, J., B. (1987). A Theory and Measure of Ethical Climate in Organizations, *Research in Corporate Social Performance and Policy*, 9: 51-71.



Sağlık sektöründe işyeri iletişimi açısından whatsapp uygulaması kullanımının AHP yöntemi ile değerlendirilmesi*

Evaluation of the use of whatsapp application for the workplace communication in the health sector by the AHP method

Özlem Güdük¹, Emrah Önder²

*1. Uluslararası Sosyal Beşeri ve Eğitim Bilimleri Kongresinde sözel sunum olarak sunulmuştur.

¹Istanbul Sağlık Müdürlüğü 2. Bölge Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı, İstanbul
²Istanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Sayısal Yöntemler Anabilim Dalı, İstanbul

Anahtar Kelimeler:
Sağlık Sektörü, WhatsApp Kullanımı, İşyeri İletişimi, AHP Yöntemi

Key Words:
Health Sector, WhatsApp Usage, Workplace Communication, AHP Method

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Özlem Güdük, İstanbul Sağlık Müdürlüğü 2. Bölge Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı
gudukozlem@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
12.12.2017

Kabul Tarihi/Accepted Date:
05.02.2018

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
30.0.2018

DOI:
10.5455/sad.13-1513100712

ÖZET

Giriş: Günümüzde baş döndüren bir hızla gelişen teknoloji, pek çok kolaylığı da beraberinde getirmektedir. Akıllı cihazlar arasında en yoğun kullandığımız akıllı mobil telefonlar, sadece günlük yaşantımızda değil aynı zamanda iş hayatımızın da vazgeçilmez unsurlarından biri olarak yerini almıştır. Akıllı telefonlar ile yapılan anlık mesajlaşma işyeri iletişimde bizlere sunduğu avantajlar açısından giderek artan yoğunlukta kullanılmaktadır. Amaç: Bu çalışmada ülkemizde sağlık alanında çalışan personelin işyeri iletişimde WhatsApp uygulamasını kullanma nedenlerinin neler olduğu ve aynı zamanda uygulamanın kullanımına dair olumlu ve sakıncalı yönlerinin önem sıralamasının oluşturulması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Sağlık alanında görev yapmakta olan personel üç ayrı grupta (hemşire, müdür yardımcısı/müdür ve birim sorumlusu/uzman) incelenmiştir, kişilere Saaty'nin 1-9 ölçeği kullanılarak hazırlanan anket uygulanmıştır. Anket sonuçları grup bazında ayrı ayrı Analitik Hiyerarşi Proses (AHP) yöntemi ile analiz edilmiştir. Verilerin güvenilirliği bakımından tutarlılık sonuçları 0,1'den düşük tespit edilmiştir. **Bulgular:** Uygulamanın en önemli kullanım nedeninin "duyuru/bilgilendirme yapmak" olduğu tespit edilmiştir. Her üç grup açısından da; olumlu yönleri arasında ilk sırada "iletişimin çok hızlı ve anında yapılmasına imkan sağlaması" (hemşire: 0,181; uzman: 0,247; müdür: 0,204), sakıncalı yönleri arasında ilk sırada "kişilerin 24 saat boyunca ulaşılabilir olmaları nedeniyle mesai kavramının kaybolması, çalışanların sürekli olarak iş yeri ortamı ve stresine maruz kalmaları" (hemşire: 0,164; uzman: 0,200; müdür: 0,148) yer aldığı gözlenmiştir. **Sonuç:** Sağlık çalışanları işyeri iletişimi için WhatsApp uygulamasını yaygın olarak kullanmaktadır. Her ne kadar uygulama iş hayatına olumlu katkılar yapsa da, kullanımda olumsuz yönleri göz ardı edilmemelidir.

ABSTRACT

Introduction: The technology that develops at a fast pace nowadays brings with it many conveniences. Among the smart devices, the smart mobile phones we use the most intensely are not only in our daily lives, but also as an indispensable part of our business life. Instant messaging with smartphones is being used increasingly in terms of advantages offered by us in business communications. **Objective:** In this study, it is aimed to determine the reasons for using the WhatsApp application in the workplace communication of the personnel working in the health sector in our country and at the same time the importance order of the positive and objectionable aspects of the use of the application. **Method:** The personnel working in the health field were investigated in three different groups (nurse, assistant manager / manager and unit manager / expert) and a questionnaire prepared by using Saaty's 1-9 scale was applied. The results of the questionnaires were analyzed on a group basis by the Analytical Hierarchy Process (AHP) method. Consistency results for the reliability of the data were found to be lower than 0,1. **Findings:** It has been determined that the most important use of the application is to "announce / inform". For all three groups; (nurse: 0,181; experts: 0,247; managers: 0,204), the first among the objectionable aspects is "the loss of the concept of overtime due to the fact that people are available 24 hours a day" (nurse: 0,164, experts: 0,200, managers: 0,148) were observed in the study population. **Conclusion:** Healthcare workers use the WhatsApp application widely for workplace communication. Although the application makes positive contributions to the business life, the negative aspects of use should not be overlooked.

GİRİŞ

Dünyamız hızla değişmekte ve değişimle birlikte teknoloji de sürekli olarak gelişmektedir. Bu gelişmenin sonucunda insanlığın elektronik aletlere bağımlılığı da giderek artmaktadır (Yu ve Kamarulzama, 2016). Artık yaşantımıza giren hemen hemen her cihaz “akıllı” özelliği taşımaktadır. Akıllı telefonlar, akıllı evler, akıllı arabalar her geçen gün hayatımızda daha fazla rol oynamaktadır (Wet ve Koekemoer, 2016).

Gelişmelerin etkisiyle pek çok alanda olduğu gibi iletişim alanında da sınırlar ortadan kalkmıştır ve bilgiye hızlı bir şekilde erişim imkanı sağlanabilmektedir (Wet ve Koekemoer, 2016). Özellikle mobil telefonların icadı iletişimi kolaylaştırmıştır. Günümüzde akıllı telefon döneminde yaşadığımız inkar edilemez bir gerçektir. Akıllı telefonlar günlük yaşantımızın ayrılmaz bir parçası olarak hayatımızda yer almışlardır. Onlar sayesinde bir tuş ile başkalarıyla iletişim kurabilir, bilgiye erişebilir veya bilgi paylaşabiliriz (Yu ve Kamarulzama, 2016).

Teknoloji, aynı zamanda işyerindeki iletişimi de değiştirmiştir. Her ne kadar teknolojik temelli olsalar dahi elektronik posta, telefon ve sesli mesaj artık geleneksel iletişim kanalları olarak düşünülmektedir (Newman, 2015). Hızlı bir tempoya sahip yaşantımızda bazen elektronik posta bile istediğimiz kadar hızlı bir iletişim kurmamıza olanak sağlayamamaktadır (Yu ve Kamarulzama, 2016; Rittinghouse ve Ransome, 2005). Oysa organizasyonlar rekabetçi bir ortamda hızla ve sürekli olarak değişen iş dünyasında üretken olabilmek için hıza ayak uydurmak zorundadırlar. Bu zorunluluk ise çalışanlar üzerinde baskı olmasına neden olmaktadır. Yöneticiler, çalışanlarının işyerinden ayrılmamaları veya mesai bitiminde işi bırakmamalarını istemektedir. Sonuçta çalışanlar için işyerleri, fiziksel mekanın dışına taşmakta (Wet ve Koekemoer, 2016) ve mesai kavramı esnetilmektedir. Değişen iş dünyası koşullarında pek çok çalışan 7 gün 24 saat ulaşılabilir olma gereksinimi ile karşı karşıyadır.

Sürekli ulaşılabilir olmanın bir yolu akıllı telefona sahip olmaktan geçmektedir. Akıllı telefonlar ile sesli görüşmeler yapılmasının yanında video görüşmeler yapma, mesaj iletilme, elektronik posta gönderme-alma gibi pek çok işlem de yapılabilmektedir. Ülkemizde mobil telefon sahibi olmayan kişi sayısı yok denecek kadar azdır. Digital in 2017 Global Overview raporuna göre ülkemizde cihaz kullanıcılarının %95'i mobil telefon sahibi ve %75'i akıllı telefon kullanmaktadır (Dijital/Ajanslar).

Akıllı telefonların kullanımının artması aynı zamanda anlık mesajlaşma uygulamalarının varlığını da ortaya çıkarmıştır. Anlık mesajlaşma, kişilerin farklı çeşitte

araç tipleri kullanarak birbirleri ile elverişli iletişim kurmalarına olanak sağlayan uygulamaya dayalı bir internet protokolüdür. En yaygın kullanılan şekli bilgisayardan bilgisayara olanıdır, ancak cep telefonu gibi mobil araçlar ile de uygulanmaktadır. Öyle ki mobil telefonlar ile paylaşılan içeriğin %77'den fazlasının mesajlaşma uygulamaları aracılığı ile iletildiği tespit edilmiştir (Rogers, 2016). WhatsApp, Line, Telegram, Viber and WeChat gibi sık kullanılan anlık mesajlaşma uygulamaları ile kendimiz için arkadaş grupları oluşturabilir, kişilerin online veya offline olup olmadıklarına dair bilgi sahibi olabiliriz (Yu ve Kamarulzama, 2016; Rittinghouse ve Ransome, 2005).

Günlük hayatta olduğu kadar, işyerinde de anlık mesajlaşma ile iletişim kurmak giderek daha popüler hale gelmektedir. Özellikle sağlık ve eğitim gibi iş birliği ve koordinasyonun çok önemli olduğu alanlarda düşük maliyetli olan hızlı, çevik ve efektif işyeri iletişimi sağlanabilmektedir (Berjon ve ark., 2015). Elbette ki her konuda olduğu gibi anlık mesajlaşmanın iş yerinde kullanımı hakkında da kişilerin farklı görüşleri mevcuttur. Örneğin; bazı çalışanların “iş yerinde anlık mesajlaşma kullanımının zaman kazandırdığı ve bu sayede daha hızlı bir şekilde bilgiye ulaştıklarını” ifade etmelerine rağmen, bazı çalışanlar ise işyerinde yapılan anlık mesajlaşmanın can sıkıcı derecede işlerde kesintiye uğrattığını düşünmektedir (Newman, 2015).

Anlık mesajlaşma uygulamalarından biri olan WhatsApp'ın genel kullanım özelliğine bakıldığında, dünyanın her yerinde ücretsiz olarak hızlı, kolay ve güvenilir iletişim sağlayan bir uygulama olduğu görülmektedir (<https://www.whatsapp.com/about/>). Uygulama, dünya genelinde 107 ülkede kullanım açısından 1 numaradır (SimilarWeb) ve tüm dünyada 180'den fazla ülkede 1 milyardan fazla kullanıcı bulunmaktadır. Türkiye'de ise, Statista tarafından yayınlanan raporun 2016 verilerine göre nüfusun %40'ı WhatsApp kullanmaktadır (Statista).

Uygulama, kullanıcılarına anlık mesajlaşma ve sesli veya görüntülü arama yapabileme imkanları sunar. Aynı zamanda metin, belge, video, resim ve konum gönderebilme olanakları tanımaktadır. Grup sohbetleri sayesinde 256 kişiye kadar oluşan bir topluluk ile grup kurulabilir ve aynı anda toplu mesajlaşma yapılabilir (https://www.whatsapp.com/about/). Yapılan literatür çalışması sonucunda görülmektedir ki; WhatsApp uygulaması bu çok yönlü özellikleri sayesinde sadece günlük hayatta değil, işyeri iletişiminde de sıklıkla kullanılan bir araç haline gelmiştir.

Bu çalışmada ülkemizde sağlık alanında WhatsApp uygulaması kullanımının en önemli nedenlerinin neler olduğu ve uygulamayı işyeri iletişimde kullanma

açısından olumlu ve sakıncalı yönlerinin sıralanması amaçlanmıştır. Çalışmanın sağlık politikası düzenleyicileri, sağlık akademisyenleri ve sektörde çalışanlar açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE WHATSAPP UYGULAMASININ KULLANIMI

Hızla gelişen teknoloji, bütün diğer sektörler gibi sağlık sektöründe de etkilerini göstermektedir. Bilgi teknolojilerinin yoğun bir şekilde kullanıldığı, doğru bilgiye en hızlı şekilde erişimin önem kazandığı bu sektörde iletişim çok değerlidir. Özellikle sağlık profesyonelleri mümkün olduğunca en hızlı ve doğru bilgiye ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle sağlık sektöründe çalışanlar yeni teknolojiye uyum sağlamakta her zaman hızlıdırlar (Younger ve Morgan, 2011, S3).

Akıllı telefon, tablet ve mobil uygulamaların çoğalması sağlık ve sağlık bakımında da hızlı gelişmelere neden olmaktadır. Özellikle sağlık çalışanları meslektaşlarından destek almak için sosyal uygulamalar vasıtası ile iletişim kurmakta veya onları birer eğitim aracı olarak kullanabilmektedir. Instagram ve WhatsApp gibi son yılların en trend sosyal araçları sağlık alanında bilginin paylaşılması ve tartışma ortamlarının oluşturulması için kullanılmaktadır. WhatsApp'da metin, belge ve görüntü paylaşmak klinik karar verme ve hasta bakımında önemli bir rol oynayabilmektedir (Boulos ve ark., 2016).

Literatür incelendiğinde günümüzde sağlık alanında anlık mesajlaşma ile iletişimin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. İngiltere'de yüz ve çene cerrahisi alanında çalışan kıdemsiz doktorların birbirleri ve meslektaşları arasında işyeri iletişimi için hangi yöntemi kullandıklarını araştıran çalışmada, en çok kullanılan yönetimin anlık mesajlaşma olduğu tespit edilmiştir (Linares ve Breeze, 2015). Son yıllarda sağlık sektöründe yer alan farklı branşlarda WhatsApp kullanımının etkilerini değerlendirmek için çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar, uygulamanın sektörde işyeri iletişimi için yaygın bir şekilde kullanıldığını ve kullanıcılar açısından faydalı bulunduğunu göstermektedir.

2014 yılında Batı Afrika'da Ebola salgını sırasında BBC Word Service editörü hastalıkla ilgili hayat kurtarıcı bilgileri yaymak için o dönemde ülkede en yaygın olarak kullanılan mobil uygulama olması nedeniyle WhatsApp'ı kullanmıştır. Uygulama aracılığıyla halk ile ses klipleri, görüntü ve yazılı bilgi paylaşmıştır. Oluşturulan gruplar sayesinde kişiler BBC ekibine merak ettikleri birçok soruyu sorma şansı yakalamıştır.

Dokuz aylık bir süre zarfında uygulama sayesinde 25.000'den fazla kişiye ulaşılmıştır (Rogers, 2016).

Willemsen (2015) tarafından yapılan çalışmada, üniversitede okuyan hemşirelik lisans öğrencilerinin birinci basamak sağlık bakımı eğitimlerinin WhatsApp aracılığıyla gelişimi değerlendirilmiştir. Çalışmaya göre WhatsApp kullanımı, öğrencilerin sağlık değerlendirme becerilerinin teori ve klinik açıdan bütünleştirmelerine destek olduğunu göstermektedir. Öğrenciler, uygulama sayesinde eğitimlerinde pozitif deneyim yaşadıklarını vurgulamışlardır. Uygulama ile yürütülen karşılıklı iletişimin; koordineli bir şekilde yapılan uygulamalar, kursla ilgili bilginin paylaşılması ve öğretme-öğrenme sürecinde akademik desteğin sürdürülmesi için sanal bir alan sağladığı görülmüştür.

Henry ve arkadaşları (2016) yaptıkları çalışmada Kenya'da görev yapan toplum sağlığı çalışanlarının denetim ve profesyonel gelişme konularında WhatsApp uygulamasını nasıl kullandıklarını incelemişlerdir. Çalışma için oluşturulan WhatsApp öğrenme gruplarına 41 kullanıcı kayıt olmuş ve altı ay içinde 1830 mesaj gönderilmiştir. Çalışmaya katılanlar uygulamanın karşılıklı eğitim için bir fırsat olduğunu, bilgi paylaşımı sayesinde salgın gibi acil durumlarda uygulamanın faydalı olduğunu, uygulama ile gözetmenlerin sahaya daha iyi hakim oldukları ve geri dönüş yapabildiklerini bildirmişlerdir.

Laboratuvar personeli tarafından WhatsApp kullanmanın etkilerini ölçmek amacıyla yapılan bir çalışmada ise; uygulama, iletişim konusunda önemli derecede kolaylık sağlaması nedeniyle kullanıcılar tarafından faydalı bulunmuştur. Kullanıcılar bilginin kolay iletilmesi, üstlerinden gerekli talimatları alma, herhangi bir acil durum/kaza, kritik uyarı raporlama, akademik aktiviteler ve çalışma cetveli hakkında bilgilendirilme, mesai arkadaşları veya üstleri ile resim paylaşma ve sağlıklı kişiler arası ilişkiler sürdürme yönünden uygulamayı olumlu bulmuşlardır (Dorwal ve ark., 2016).

Aljaad ve Hamad (2017) üniversitede eğitim gören kız öğrencilerin eğitimlerinde WhatsApp'ı kullanmaları üzerine bir çalışma yapmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerin çoğunluğunun (%69,4) eğitim amacıyla en sık kullandıkları sosyal medya uygulamasının WhatsApp olduğu görülmüştür. Çalışmanın sonucuna göre WhatsApp, öğrencilerin eğitim programlarını, bilimsel araştırmalarını ve öğrenci kulüplerindeki aktivitelerini olumlu yönde etkilemektedir.

Raiman ve arkadaşları (2017) tarafından anlık mesajlaşma iletişiminin tıp öğrencilerinin klinik eğitimde uygulanabilirliği ve kabul edilebilirliği üzerine yapılan çalışmada, WhatsApp uygulamasının

işbirlikçi bir şekilde öğrenmeye katkı sağladığını tespit edilmiştir. Öğrenciler, uygulama sayesinde kaynaklara hızlı bir şekilde erişebilme, simultane olarak interaktif bir grupta tartışma yapabilmeye, resim ve web sayfa bağlantılarını gönderme fonksiyonlarını faydalı ve eşsiz bir akıllı telefon özelliği olarak düşünmektedirler.

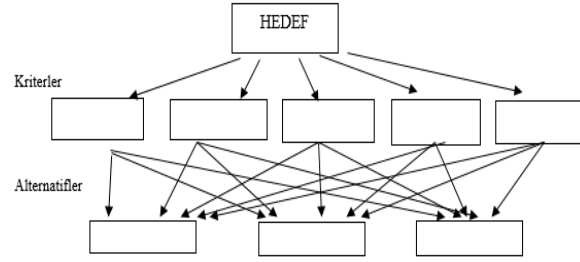
Görüldüğü gibi sağlık alanında WhatsApp uygulaması kullanıcılarına pek çok olumlu deneyim yaşatmaktadır. Bu olumlu deneyimlerin yanı sıra uygulamanın kullanılması sonucunda sağlık sektöründe yaşanabilecek bazı olumsuz yönler de bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; yapılan işin sık sık bölünmesi, kişiler tarafından algılanan aciliyet farkı, sözlü iletişimin azalması, 24 saat boyunca online olma durumu, WhatsApp ile yapılan iletişimin kolaylıkla kağıda aktarılamaması, hastaya ait tıbbi bilgilerin iletişime kolaylıkla dahil edilememesi ve hastanın kimliğinin kolaylıkla belirtilememesi olarak sıralanmaktadır. Ayrıca internet bağlantı sorunları, bazı vakalarda iletişimin devamlılığının sınırlı olması ve görüntü kalitesindeki çeşitlilik diğer sorunlardan bazılarıdır. Yine hasta bilgilerinin gizliliğini ihlal etme riski ve veri güvenliği ihtiyaçları konularında da endişeler bulunmaktadır (Boulos va ark., 2016). Ayrıca çalışanların sürekli olarak mesajla uyarılması üretkenliklerinde azalmaya neden olabilmektedir. Anlık mesajlaşma uygulamalarının sohbet odaları gibi informal olmayan iletişim için kurgulanması nedeniyle çalışanlar kendilerini işyeri ortamından daha rahat hissetmelerine sebep olabileceği için uygun olmayan şakalaşmalar, yorumlar ve dedikoduların paylaşılması sonucunda işyerinde olması gereken profesyonel yaklaşımın zarar görebileceği de göz önünde bulundurulmaktadır (Guerin, 2017, S.93).

ANALİTİK HİYERARŞİ PROSESİ (AHP)

Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP), birden fazla kriterin bulunduğu karmaşık problemlerde karar almaya yardımcı olmak üzere 1970'lerde Thomas Saaty tarafından geliştirilmiştir (Cebeci). AHP, çok sayıda karar vericinin çok sayıda kriter ve alternatifler arasından seçim yapmalarına yardımcı olur.

AHP'de karar alma sürecinde belirli bir sıra halinde izlenmesi gereken aşamalar bulunmaktadır (Saaty, 2008, 85; Yıldırım ve Önder, 2015, 21). Bu aşamalar aşağıda maddeler halinde belirtilmektedir;

1. Çalışmaya ait problemi tanımlama ve problemin çözümü için gerekli olan bilginin neler olduğuna karar verme.
2. Karar hiyerarşisini oluşturma. Karar hiyerarşisinde en üst sırada hedef, daha sonra ana kriterler ve varsa alt kriterler olmak üzere 3 aşamalı bir yerleştirme yapılmalıdır. Karar hiyerarşisine ait model Şekil 1'de gösterilmektedir.



Şekil 1: Karar Hiyerarşisi

Kaynak: Saaty ve Vargas, Models, Methods, Concepts & Applications of the Analytic Hierarchy Process. s3.

3. Kriterlere ait ikili karşılaştırma matrisinin oluşturulması. İkili karşılaştırma matrisinde probleme ait kriterler tespit edilir. Kriterlerin tespit edilmesinde uzman görüşlerinden yararlanılabilmektedir.
4. Kriterlere ait ağırlıkların karşılaştırılması ile elde edilen önceliklerin kullanılması. Ağırlıkların karşılaştırılması için Saaty'nin 1-9 ölçeğinden faydalanılır. Böylece her bir kriterin birbiri ile ikili karşılaştırmaları yapılarak bir matris elde edilir. Saaty'nin ölçeğinde ikili karşılaştırmalarda 1 eşit değer olarak kabul edilirken, 1/9 en düşük değeri, 9 ise en yüksek değeri temsil etmektedir. Önem dereceleri ile ilgili detaylı açıklama Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1: İkili Karşılaştırmalarda Kullanılan Önem Düzeyleri

Önem Derecesi	Tanım	Açıklama
1	Eşit Önemde	İki faktörün önem dereceleri birbirine göre eşit düzeydedir.
3	Orta Düzeyde Önemli	Faktörlerden biri diğerine göre biraz daha önemlidir.
5	Güçlü Düzeyde Önemli	Faktörlerden biri diğerine göre güçlü bir şekilde daha önemlidir.
7	Çok Güçlü Düzeyde Önemli	Faktörlerden biri diğerine göre oldukça güçlü bir şekilde daha önemlidir.
9	Mutlak Düzeyde Önemli	Faktörlerden biri diğerine göre mutlak düzeyde daha önemlidir.
2,4,6,8	Ara Değerler	

Kaynak: Saaty, The Analytic Hierarchy Process-What It Is And How It Is Used, 1987.

AHP'nin uygulanmasında bir sonraki adım, ikili karşılaştırmaların sonuçlarının tutarlılık açısından değerlendirilmesidir. Tutarlılık değerlendirmesi için uzmanlar tarafından verilen cevapların geometrik ortalaması alınır. Tutarlılık oranının 0,1'den küçük olması istenmektedir. Bulunan sonucun orandan büyük olması halinde tekrar değerlendirme yapılması

gerekecektir. Tutarlılık analiz sonucu uygun olan veriler analiz edilecektir.

ARAŞTIRMA

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, ülkemizde sağlık alanında WhatsApp uygulaması kullanımının en önemli nedenlerinin neler olduğu ve uygulamayı işyeri iletişimde kullanma açısından olumlu ve sakıncalı yönlerinin sıralanması amaçlanmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmada kullanılan anket 2017 yılı Eylül-Kasım ayları arasında İstanbul İlinde kamuya bağlı sağlık kurumlarında çalışan kişilere uygulanmıştır. Çalışanlar; hemşire, uzman/birim sorumlusu ve müdür yardımcısı/müdür pozisyonlarında görev yapan üç farklı gruba ayrılmıştır. Toplam 80 kişiye anket dağıtılmış olup, hemşire grubundan 3, uzman grubundan 2 kişi olmak üzere anketi uygun doldurmadığı tespit edilen kişilerin sonuçları çalışmaya dahil edilmemiştir. Her gruptan 25'er kişi olmak üzere toplam 75 kişi tarafından uygun olarak doldurulan anketler AHP yöntemi ile analiz edilmiştir.

Veri Toplama Aracı

Veriler anket aracılığıyla toplanmıştır. Anket toplam 74 sorudan oluşmaktadır. Birinci kısmında demografik ve iş yeri çalışması ile ilgili verilerden oluşan 7 adet soru bulunmaktadır. İkinci kısmında ise çalışmada kullanılacak olumlu ve sakıncalı yönler için tespit edilen kriterlere ait ikili karşılaştırma matrisleri oluşturulmuştur. Saaty'nin 1-9 ölçeği kullanılarak hazırlanan karşılaştırma matrislerinin sayısı 66 adettir. Ayrıca bir adet soru ile çalışanlardan işyerinde WhatsApp kullanım nedenlerini 5'li likert ölçeği kullanılarak sıralandırmaları istenmiştir.

Karşılaştırma matrislerinin hazırlanmasında öncelikli olarak, literatür taraması sonucunda elde edilen veriler derlenmiş ve WhatsApp kullanımının olumlu ve sakıncalı yönleri tespit edilmiştir. Tespit edilen olumlu ve sakıncalı yönler aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır;

Sakıncalı Yönler:

1. Bilgi güvenliği ve hasta mahremiyeti konularında zayıf olması.
2. Verilerin dosyalanamaması, kurumsal bir arşivde saklanamaması.
3. Zaman zaman günlük işlerden alıkoyacak şekilde sürekli olarak mesaj gelmesi.

4. Bazen paylaşılan verilerin bazı grup üyelerini ilgilendirmeyecek, ilgisiz konular olması. dolayısı ile grup üyelerinin gereksiz yere meşgul edilmesi.

5. İnfomal bir iletişim kanalı olması nedeniyle bazen grup üyelerinin işyeri iletişimde resmiyet kurallarını esnetmeleri.

6. Kişilerin 24 saat boyunca ulaşılabilir olmaları nedeniyle mesai kavramının kaybolması, çalışanların sürekli olarak iş yeri ortamı ve stresine maruz kalmaları.

7. WhatsApp ile yapılan iletişimin kurum kalite dokümanlarında yer almaması.

8. Akıllı telefonu bulunmayan kişiler tarafından kullanılamaması.

9. WhatsApp'a giriş yapmak için herhangi bir şifreye ihtiyaç yoktur, bu nedenle oturuma başkaları tarafından rahatlıkla erişilebilir (Taneja ve Rawat, 2015).

10. Birisini gruba eklemek veya çıkarmak için o kişinin izninin alınmasına gerek yoktur. Dolayısı ile kişiler istemedikleri halde bir gruba üye olabilmektedirler.

11. Bir gruba üye olunduğu takdirde gruptaki tüm üyeler telefon numaranızı görebilmektedir.

Olumlu Yönler:

1. İletişimin çok hızlı ve anında yapılmasına imkan sağlaması.

2. Aynı anda birden çok kişi ile iletişim kurulabilmesi.

3. Konuya özel gruplar oluşturularak, grup üyeleri arasında karşılıklı iletişim sağlanması.

4. Resim, ses, doküman, video kayıtları gibi pek çok farklı veri formunun paylaşılabilmesi.

5. Kullanımı kolay bir uygulama olması.

6. Ucuz ve hatta kablosuz internet erişimi olan mekanlar için ücretsiz bir iletişim kanalı olması.

7. Mesajın karşı tarafa iletildiği ve alıcı tarafından okunduğu bilgileri göndericiye bildirilmektedir. Böylece alıcının bilgilendirildiğinden emin olunabilmektedir.

Çalışanlara uygulanan anketin tutarlılık sonucunun gruplar bazında ayrı ayrı değerlendirildiğinde tüm sonuçlara ait tutarlılık oranlarının 0,1'den düşük olduğu, dolayısı ile analize uygun olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmanın sadece İstanbul ilini kapsamı kısıtlılıklarından birisidir. Diğer bir kısıtlılığı ise çalışmada sağlık çalışanları arasında sadece gruplar düzeyinde WhatsApp kullanımı açısından farklılık olup olmadığının incelenmesidir. Katılımcıların yaş

ve eğitim durumuna ait verilerde anlamlı farklılık olmadığı gözlemlendiği için bu parametreler açısından analiz yapılmamıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan tüm çalışanlar yaş dağılımları açısından incelendiğinde, neredeyse tamamının (%99) 21 ila 50 yaş aralığında olduğu görülmektedir. En kalabalık yaş grubunu 31-40 yaş arası grup (%51) oluşturmaktadır.

Cinsiyet açısından bakıldığında ise, çalışmaya katılanların %68'i (51 kişi) kadın, %32'si (24 kişi) erkek olarak dağılmaktadır.

Eğitim durumları incelendiğinde katılımcıların %59 oranında yüksek lisans düzeyinde eğitime sahip oldukları, bu grubu %32'lik oranla lisans düzeyi eğitim alanların takip ettikleri gözlenmektedir.

Katılımcıların toplam çalışma süreleri değerlendirildiğinde, yaş dağılımlarına uygun olarak 1-30 yıl arasında değişiklik göstermekte olduğu tespit

edilmiştir. Sadece 2 katılımcının 31 yıl üzeri çalışma süresine sahip olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılanlara ait demografik ve işyeri verileri Tablo 2'de gösterilmektedir.

Çalışanların akıllı telefon kullanma durumları değerlendirildiğinde, tüm katılımcılar tarafından olumlu yanıt alınmıştır. Yine tüm katılımcılar işyeri iletişimi için WhatsApp uygulamasını kullandıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 3).

Sağlık çalışanlarından işyeri iletişimde WhatsApp kullanım nedenlerini 5'li likert ölçeği kullanılarak sıralama yapılması istenmiştir. Sonuçlar katılımcı grupları açısından ayrı ayrı değerlendirildiğinde aşağıda yer alan sonuçlar tespit edilmiştir.

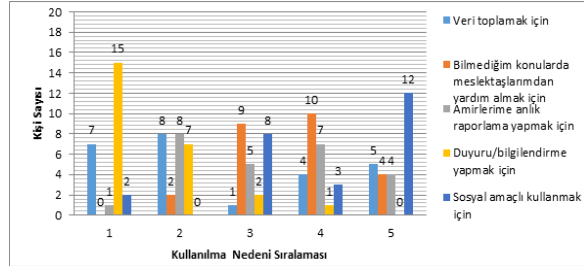
Uzman grubunda çalışanların birinci sırada duyuru/bilgilendirme yapmak için, ikinci sırada veri toplamak ve amirlerine anlık raporlama yapmak için ve üçüncü sırada bilmediği konularda meslektaşlarından yardım almak için kullandıkları. En az kullanım nedenlerinin ise sosyal amaçlı (sadece işyerinde kullanım açısından değerlendirilmiştir) olduğu tespit edilmiştir (Grafik 1).

Tablo 2: Katılımcılara Ait Demografik Veriler

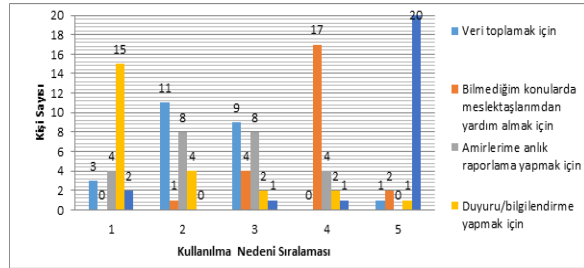
Demografik Özellik	Dağılım Grupları	Sayı	Yüzde (%)
Yaş	20 yaş ve altı	0	0
	21-30 yaş arası	15	20
	31-40 yaş arası	38	51
	41-50 yaş arası	21	28
	51 ve üstü	1	1
	Toplam		75
Cinsiyet	Kadın	51	68
	Erkek	24	32
	Toplam	75	100
Eğitim Durumu	Lise Mezunu	2	3
	Ön lisans Mezunu	4	5
	Lisans Mezunu	24	32
	Yüksek Lisans Mezunu	45	59
	Doktora ve Üstü Eğitim	1	1
	Toplam	75	100
İşyerindeki Pozisyonu	Hemşire/ Sağlık Memuru/ATT/Ebe	25	33,3
	Müdür Yardımcısı / Müdür	25	33,3
	Birim Sorumlusu / Uzman (Genel Sekreterlik/İl Sağlık Müd./Halk Sağ. Müd./Sağlık Bakanlığı Çalışanı)	25	33,3
	Toplam	75	100
	Toplam Çalışma Süresi	1 yıldan az	1
1-10 yıl arası		24	32
11-20 yıl arası		32	43
21 ve 30 yıl arası		16	21
31 yıl ve üzeri		2	3
Toplam		75	100

Tablo 3: Katılımcıların Akıllı Telefon Kullanma Durumları

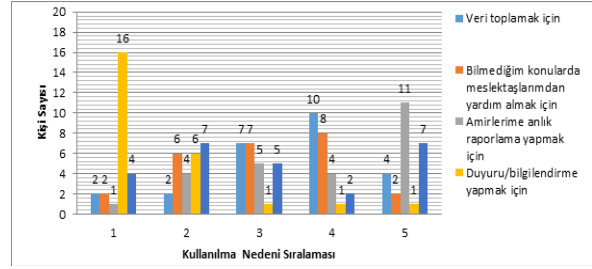
Akıllı Telefon/WhatsApp Kullanım Durumları	Evet/Hayır	Sayı	Yüzde (%)
Akıllı Telefon Kullanma Durumu	Evet	75	100
	Hayır	0	0
	Toplam	75	100
İşyeri İletişimi İçin WhatsApp Kullanma Durumu	Evet	75	100
	Hayır	0	0
	Toplam	75	100

**Grafik 1:** Uzman/Birim Sorumlusu Pozisyonunda Çalışanların WhatsApp Kullanma Nedenleri

Müdür yardımcısı/müdür grubunda çalışanlar açısından; birinci sırada duyuru/bilgilendirme yapmak için, ikinci sırada veri toplamak için, üçüncü sırada amirlerine anlık raporlama yapmak için, dördüncü sırada bilmediği konularda meslektaşlarından yardım almak için uygulamanın kullanıldığı görülmektedir. En az kullanım nedenlerinin ise sosyal amaçlı (sadece işyerinde kullanım açısından değerlendirilmiştir) olduğu tespit edilmiştir (Grafik 2).

**Grafik 2:** Müdür Yard./Müdür Pozisyonunda Çalışanların WhatsApp Kullanma Nedenleri

Hemşire grubunda çalışanlar açısından; birinci sırada duyuru/bilgilendirme yapmak için, ikinci sırada sosyal amaçlı (sadece işyerinde kullanım açısından değerlendirilmiştir), üçüncü sırada veri toplamak, dördüncü sırada bilmediği konularda meslektaşlarından yardım almak için uygulamanın kullanıldığı görülmektedir. En az kullanım nedenlerinin ise amirlerine anlık raporlama yapmak için olduğu tespit edilmiştir (Grafik 3).

**Grafik 3:** Hemşire Pozisyonunda Çalışanların WhatsApp Kullanma Nedenleri

WhatsApp Uygulaması Kullanmanın Olumlu Yönler Açısından Değerlendirilmesi

Uzman/birim sorumlusu pozisyonunda çalışan grubun sonuçları incelendiğinde; olumlu yönleri açısından birinci sırada “İletişimin çok hızlı ve anında yapılmasına imkan sağlaması” (0,247) olarak belirlenmiştir. İkinci sırada ise, “Mesajın karşı tarafa iletildiği ve alıcı tarafından okunduğu bilgileri göndericiye bildirilmektedir. Böylece alıcının bilgilendirildiğinden emin olunabilmektedir” (0,201) özelliği yer almaktadır (Tablo 4).

Müdür yardımcısı/müdür grubundaki önem sıralamasında en üst sırada “İletişimin çok hızlı ve anında yapılmasına imkan sağlaması” (0,204), ikinci sırada “Resim, ses, doküman, video kayıtları gibi pek çok farklı veri formunun paylaşılabilmesi” (0,196) ve üçüncü sırada ise “Mesajın karşı tarafa iletildiği ve alıcı tarafından okunduğu bilgileri göndericiye bildirilmektedir. Böylece alıcının bilgilendirildiğinden emin olunabilmektedir” (0,179) yer almaktadır (Tablo 5).

Hemşire grubunda olumlu özellikler açısından en yüksek puanı “Mesajın karşı tarafa iletildiği ve alıcı tarafından okunduğu bilgileri göndericiye bildirilmektedir. Böylece alıcının bilgilendirildiğinden emin olunabilmektedir” (0,181) ve “İletişimin çok hızlı ve anında yapılmasına imkan sağlaması” (0,181) almış olduğu görülmektedir. “Resim, ses, doküman, video kayıtları gibi pek çok farklı veri formunun paylaşılabilmesi” (0,156) üçüncü sırada bulunmaktadır (Tablo 6).

Tablo 4: Olumlu Yönler Açısından Uzman Grubuna Ait Faktörler

Öncelikler Vektörü $\lambda_{maks}= 7,06$; $CI=0,01$; $RI= 1,32$; $CR= 0,007$	
Faktörler	Ağırlıklar
Aynı anda birden çok kişi ile iletişim kurulabilmesi.	0,080
Konuya özel gruplar oluşturarak, grup üyeleri arasında karşılıklı iletişim sağlanması.	0,155
Resim, ses, doküman, video kayıtları gibi pek çok farklı veri formunun paylaşılabilmesi.	0,184
Kullanımı kolay bir uygulama olması.	0,067
Ucuz ve hatta kablosuz internet erişimi olan mekanlar için ücretsiz bir iletişim kanalı olması.	0,067
İletişimin çok hızlı ve anında yapılmasına imkan sağlaması.	0,247
Mesajın karşı tarafa iletildiği ve alıcı tarafından okunduğu bilgileri göndericiye bildirilmektedir. Böylece alıcının bilgilendirildiğinden emin olunabilmektedir.	0,201

Tablo 5: Olumlu Yönler Açısından Müdür Yardımcısı / Müdür Grubuna Ait Faktörler

Öncelikler Vektörü $\lambda_{maks}= 7,09$; $CI=0,02$; $RI= 1,32$; $CR= 0,012$	
Faktörler	Ağırlıklar
Aynı anda birden çok kişi ile iletişim kurulabilmesi.	0,105
Konuya özel gruplar oluşturarak, grup üyeleri arasında karşılıklı iletişim sağlanması.	0,145
Resim, ses, doküman, video kayıtları gibi pek çok farklı veri formunun paylaşılabilmesi.	0,196
Kullanımı kolay bir uygulama olması.	0,084
Ucuz ve hatta kablosuz internet erişimi olan mekanlar için ücretsiz bir iletişim kanalı olması.	0,087
İletişimin çok hızlı ve anında yapılmasına imkan sağlaması.	0,204
Mesajın karşı tarafa iletildiği ve alıcı tarafından okunduğu bilgileri göndericiye bildirilmektedir. Böylece alıcının bilgilendirildiğinden emin olunabilmektedir.	0,179

Tablo 6: Olumlu Yönler Açısından Hemşire Grubuna Ait Faktörler

Öncelikler Vektörü $\lambda_{maks}= 7,18$; $CI=0,03$; $RI= 1,32$; $CR= 0,02$	
Faktörler	Ağırlıklar
Aynı anda birden çok kişi ile iletişim kurulabilmesi.	0,109
Konuya özel gruplar oluşturarak, grup üyeleri arasında karşılıklı iletişim sağlanması.	0,145
Resim, ses, doküman, video kayıtları gibi pek çok farklı veri formunun paylaşılabilmesi.	0,156
Kullanımı kolay bir uygulama olması.	0,107
Ucuz ve hatta kablosuz internet erişimi olan mekanlar için ücretsiz bir iletişim kanalı olması.	0,122
İletişimin çok hızlı ve anında yapılmasına imkan sağlaması.	0,181
Mesajın karşı tarafa iletildiği ve alıcı tarafından okunduğu bilgileri göndericiye bildirilmektedir. Böylece alıcının bilgilendirildiğinden emin olunabilmektedir.	0,181

WhatsApp Uygulaması Kullanmanın Sakıncalı Yönler Açısından Değerlendirilmesi

WhatsApp kullanımının sakıncalı yönlerine dair uzman/birim sorumlusu pozisyonunda görev yapanların sonuçları incelenmiş ve en sakıncalı bulunan özellik "Kişilerin 24 saat boyunca ulaşılabilir olmaları nedeniyle mesai kavramının kaybolması, çalışanların sürekli olarak iş yeri ortamı ve stresine

maruz kalmaları" (0,200) olarak tespit edilmiştir. İkinci sırada "Birisini gruba eklemek veya çıkarmak için o kişinin izninin alınmasına gerek olmaması nedeniyle, istemedikleri halde kişilerin bir gruba üye yapılabilmesi" (0,146) ve üçüncü sırada "Bazen paylaşılan verilerin bazı grup üyelerini ilgilendirmeyecek, ilgisiz konular olması, dolayısı ile grup üyelerinin gereksiz yere meşgul edilmesi" (0,119) bulunmaktadır (Tablo 7).

Tablo 7: Sakıncalı Yönler Açısından Uzman/Birim Sorumlusu Grubuna Ait Faktörler

Öncelikler Vektörü	
$\lambda_{maks}= 10,14; CI=0,015; RI= 1,49; CR= 0,010$	
Faktörler	Ağırlıklar
Bilgi güvenliği ve hasta mahremiyeti konularında zayıf olması.	0,061
Verilerin dosyalanamaması, kurumsal bir arşivde saklanamaması.	0,045
Günlük işlerden alıyacak şekilde sürekli olarak mesaj gelmesi.	0,068
Bazen paylaşılan verilerin bazı grup üyelerini ilgilendirmeyecek, ilgisiz konular olması, dolayısı ile grup üyelerinin gereksiz yere meşgul edilmesi.	0,119
İnformal bir iletişim kanalı olması nedeniyle bazen grup üyelerinin işyeri iletişiminde resmiyet kurallarını esnetmeleri.	0,085
Kişilerin 24 saat boyunca ulaşılabilir olmaları nedeniyle mesai kavramının kaybolması, çalışanların sürekli olarak iş yeri ortamı ve stresine maruz kalmaları.	0,200
WhatsApp ile yapılan iletişimin kurum kalite dokümanlarında yer almaması.	0,075
Akıllı telefonu bulunmayan kişiler tarafından kullanılamaması.	0,085
Birisini gruba eklemek veya çıkarmak için o kişinin izninin alınmasına gerek olmaması nedeniyle, istemedikleri halde kişilerin bir gruba üye yapılabilmesi.	0,146
Bir gruba üye olduğu takdirde gruptaki tüm üyeler tarafından telefon numaranızın görülebilmesi.	0,115

Müdür yardımcısı/müdür pozisyonunda görev yapanların sonuçları açısından en sakıncalı bulunan özelliklerin ilk üç sıralaması “*Kişilerin 24 saat boyunca ulaşılabilir olmaları nedeniyle mesai kavramının kaybolması, çalışanların sürekli olarak iş yeri ortamı ve stresine maruz kalmaları*” (0,148), “*Birisini gruba eklemek veya çıkarmak için o kişinin izninin alınmasına gerek olmaması nedeniyle, istemedikleri halde kişilerin bir gruba üye yapılabilmesi*” (0,131) ve “*Bir gruba üye olduğu takdirde gruptaki tüm üyeler tarafından telefon numaranızın görülebilmesi*” (0,131) olarak tespit edilmiştir (Tablo 8).

Hemşire grubunun sakıncalı özellikleri verdiği cevaplar açısından “*Kişilerin 24 saat boyunca ulaşılabilir olmaları nedeniyle mesai kavramının kaybolması, çalışanların sürekli olarak iş yeri ortamı ve stresine maruz kalmaları*” (0,164), “*Birisini gruba eklemek veya çıkarmak için o kişinin izninin alınmasına gerek olmaması nedeniyle, istemedikleri halde kişilerin bir gruba üye yapılabilmesi*” (0,130) ve “*Bazen paylaşılan verilerin bazı grup üyelerini ilgilendirmeyecek, ilgisiz konular olması, dolayısı ile grup üyelerinin gereksiz yere meşgul edilmesi*” (0,109) ilk üç sırada yer almaktadır (Tablo 9).

Tablo 8: Sakıncalı Yönler Açısından Müdür Yardımcısı / Müdür Grubuna Ait Faktörler

Öncelikler Vektörü	
$\lambda_{maks}= 10,16; CI=0,018; RI= 1,49; CR= 0,012$	
Faktörler	Ağırlıklar
Bilgi güvenliği ve hasta mahremiyeti konularında zayıf olması.	0,111
Verilerin dosyalanamaması, kurumsal bir arşivde saklanamaması.	0,097
Günlük işlerden alıyacak şekilde sürekli olarak mesaj gelmesi.	0,072
Bazen paylaşılan verilerin bazı grup üyelerini ilgilendirmeyecek, ilgisiz konular olması, dolayısı ile grup üyelerinin gereksiz yere meşgul edilmesi.	0,098
İnformal bir iletişim kanalı olması nedeniyle bazen grup üyelerinin işyeri iletişiminde resmiyet kurallarını esnetmeleri.	0,088
Kişilerin 24 saat boyunca ulaşılabilir olmaları nedeniyle mesai kavramının kaybolması, çalışanların sürekli olarak iş yeri ortamı ve stresine maruz kalmaları.	0,148
WhatsApp ile yapılan iletişimin kurum kalite dokümanlarında yer almaması.	0,067
Akıllı telefonu bulunmayan kişiler tarafından kullanılamaması.	0,056
Birisini gruba eklemek veya çıkarmak için o kişinin izninin alınmasına gerek olmaması nedeniyle, istemedikleri halde kişilerin bir gruba üye yapılabilmesi.	0,131
Bir gruba üye olduğu takdirde gruptaki tüm üyeler tarafından telefon numaranızın görülebilmesi.	0,131

Tablo 9: Sakıncalı Yönler Açısından Hemşire Grubuna Ait Faktörler

Öncelikler Vektörü	
$\lambda_{maks}= 10,25$; $CI=0,03$; $RI= 1,49$; $CR= 0,019$	
Faktörler	Ağırlıklar
Bilgi güvenliği ve hasta mahremiyeti konularında zayıf olması.	0,062
Verilerin dosyalanamaması, kurumsal bir arşivde saklanamaması.	0,068
Günlük işlerden alıkoyacak şekilde sürekli olarak mesaj gelmesi.	0,102
Bazen paylaşılan verilerin bazı grup üyelerini ilgilendirmeyecek, ilgisiz konular olması, dolayısı ile grup üyelerinin gereksiz yere meşgul edilmesi.	0,109
İnformal bir iletişim kanalı olması nedeniyle bazen grup üyelerinin işyeri iletişimde resmiyet kurallarını esnetmeleri.	0,104
Kişilerin 24 saat boyunca ulaşılabilir olmaları nedeniyle mesai kavramının kaybolması, çalışanların sürekli olarak iş yeri ortamı ve stresine maruz kalmaları.	0,164
WhatsApp ile yapılan iletişimin kurum kalite dokümanlarında yer almaması.	0,093
Akıllı telefonu bulunmayan kişiler tarafından kullanılmaması.	0,067
Birisini gruba eklemek veya çıkarmak için o kişinin izninin alınmasına gerek olmaması nedeniyle, istemedikleri halde kişilerin bir gruba üye yapılabilmesi.	0,130
Bir gruba üye olunduğu takdirde gruptaki tüm üyeler tarafından telefon numaranızın görülebilmesi.	0,098

SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde teknoloji son hızla gelişirken, elektronik cihaz kullanımları da aynı hızla yükselmektedir. Ülkemizde neredeyse herkes (%95) mobil telefon sahibidir ve bu telefonların çoğunluğu akıllı telefon özelliği taşımaktadır. Akıllı telefonlar sayesinde bundan 20 yıl kadar önce hayal bile edemediğimiz pek çok şey bugün bir tuş ile yapılabilmektedir. Akıllı telefonların hayatımızı kolaylaştıran bir özelliği de anlık mesajlaşma ile iletişime olanak sağlamasıdır. Özellikle sağlık gibi teknoloji yoğun hizmet veren ve hızlı hareket edebilme yeteneğinin önem kazandığı alanlarda işyeri iletişimde WhatsApp gibi anlık mesajlaşma uygulamaları giderek daha yoğun kullanılmaktadır.

Bu çalışmada sağlık alanında WhatsApp kullanımı farklı çalışan grupları açısından değerlendirilmiştir. Öncelikle çalışmanın amaçlarından biri olan WhatsApp uygulamasının işyeri iletişimde kullanılma nedenleri incelenmiştir. Çalışmaya katılan her üç grup açısından da en önemli kullanım nedeni “duyuru/bilgilendirme yapmak için” olarak tespit edilmiştir. Uzman/birim sorumluları ve müdür yardımcısı/müdür gruplarında kullanım nedeninin en sonunda sosyal amaçlı kullanım yer almakta iken, bu neden hemşire grubunda ikinci sırada yer almaktadır.

Uygulamanın işyerinde kullanımı için olumlu özellikler değerlendirildiğinde tüm grupların hemen hemen aynı sıralamayı yaptığı görülmektedir. Öncelik sıralamasında tespit edilen ilk üç özellik şu şekilde sıralanmaktadır;

- İletişimin çok hızlı ve anında yapılmasına imkan sağlaması,

- Mesajın karşı tarafa iletildiği ve alıcı tarafından okunduğu bilgileri göndericiye bildirilmektedir. Böylece alıcının bilgilendirildiğinden emin olunabilmektedir,
- Resim, ses, doküman, video kayıtları gibi pek çok farklı veri formunun paylaşılabilmesi.

Diğer yandan sakıncalı yönleri için her üç grupta da ilk üç sıralamada yer alan özellikler aşağıda belirtilmektedir;

- Kişilerin 24 saat boyunca ulaşılabilir olmaları nedeniyle mesai kavramının kaybolması, çalışanların sürekli olarak iş yeri ortamı ve stresine maruz kalmaları,
- Birisini gruba eklemek veya çıkarmak için o kişinin izninin alınmasına gerek olmaması nedeniyle, istemedikleri halde kişilerin bir gruba üye yapılabilmesi,
- Bazen paylaşılan verilerin bazı grup üyelerini ilgilendirmeyecek, ilgisiz konular olması, dolayısı ile grup üyelerinin gereksiz yere meşgul edilmesi.

Sonuçlar bize göstermektedir ki, her ne kadar olumlu yönleri ile iş hayatında büyük kolaylık sağlasa da, bu uygulamanın kullanılması esnasında yöneticilerin ve çalışanların daha duyarlı olmaları gerekmektedir. Özellikle mesai dışında acil olmayan durumlarda kullanıma sınırlandırma yapılması, mesajlaşma gruplarına kişileri eklemekten önce onaylarının alınmasının olumlu neticeler göstereceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca veri gizliliği açısından gönderilen mesajların sadece ilgili kişilere ulaştırılması önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

1. Aljaad, M. Hamad, N. (2017). Whatsapp For Educational Purposes For Female Students At College Of Education King Saud University. Education, Volume 137, Number 3, Spring 2017, pp. 344-366(23)
2. Berjon, R. Encarnacion, B M. Montserrat M. Feroso, A M. (2015). Communication Tool to Improve the Collaborative Work Using Emerging Mobile Technologies. Advances in Information Science and Computer Engineering.
3. Boulos, M N K. Giustini, D M. Wheeler, S. (2016). Instagram and WhatsApp in Health and Healthcare: An Overview. Future Internet 2016, 8, 37; doi:10.3390/8030037
4. Cebeci, U. (2009). Subcon Turkey Yan Sanayi ve Tedarikçi Gazetesi. Sayı.67. Erişim: 02.11.2017 <http://www.subconturkey.com/2009/Kasim/koseyazisi-Bir-cok-olcutlu-karar-verme-teknigi-Analitik-Hiyerarsi-Yontemi.html>.
5. Dijital/Ajanslar web sayfası. <http://www.dijitalajanslar.com/internet-ve-sosyal-medya-kullanici-istatistikleri-2017/>. Erişim: 11.09.2017.
6. Dorwal, P. Sachdev, R. Gautam, D. Jain, D. Sharma, P. Tiwari, A. K. Raina, V. (2016). Role of WhatsApp Messenger in the Laboratory Management System: A Boon to Communication. J Med Syst (2016) 40: 14. DOI 10.1007/s10916-015-0384-2
7. Guerin, L. (2017). Smart Policies for Workplace Technologies Email, Social Media, Cell Phones & More. 5. Baskı. the USA.
8. Henry, J V. Winters, N. Lakati, A. Oliver, M. Geniets, A. Mbae, S M. Wanjiru, H. (2016). Enhancing the Supervision of Community Health Workers With WhatsApp Mobile Messaging: Qualitative Findings From 2 Low-Resource Settings in Kenya. Global Health: Science and Practice 2016 | Volume 4 | Number 2.
9. Linares, C. V. Breeze, J. (2015). Is instant messaging the future of workplace communication for oral and maxillofacial surgery?. Faculty Dental Journal. October 2015 • Volume 6 • Issue 4. S:180-185. DOI: 10.1308/rcsfdj.2015.180
10. Newman, A. (2015). Business Communication: In Person, In Print, Online. 10. Baskı. Cengage Learning. The USA
11. Raiman, L. Antbring, R. Mahmood, A. (2017). Whatsapp Messenger as a Tool to Supplement Medical Education For Medical Students On Clinical Attachment. Raiman et al. BMC Medical Education (2017) 17:7. DOI 10.1186/s12909-017-0855-x
12. Rittinghouse, J W. Ransome, J F. (2005). Instant Messaging Security. Elsevier Digital Press. the USA.
13. Rogers, C. (2016). Gotta Get A Message To You. Marketing Week. 3 Kasım 2016. S16-19.
14. Saaty, T. L. (1987). The Analytic Hierarchy Process-What It Is And How It Is Used, Mat/d Modelling, 9 (3-5), 161-176.
15. Saaty, T. L. (2008). Decision Making with the Analytic Hierarchy Process. Int. J. Services Sciences. 1 (1), 83-98.
16. Saaty, T. L. Vargas, L. G. (2012). Models, Methods, Concepts & Applications of the Analytic Hierarchy Process. 2. Basım. The USA. Springer.
17. SimilarWeb. <https://www.similarweb.com/blog/popular-messaging-apps-by-country>. Erişim: 09.08.2017.
18. Statista. <https://www.statista.com/statistics/291540/mobile-internet-user-whatsapp/>. Erişim: 09.08.2017.
19. Taneja, s. Rawat, S. (2015). Social Networking Security Loopholes. IITM Journal of Management and IT. 147-151. Volume 6. Issue 1. January-June, 2015.
20. Wet, W. Koekemoer, E. (2016). The Increased Use of Information And Communication Technology (Ict) Among Employees: Implications For Work-Life Interaction. Sajems NS 19 (2016) No 2:264-281.
21. WhatsApp Türkiye Web Sayfası. <https://www.whatsapp.com/about/>. Erişim: 24.07.2017.
22. Willemse, J J. (2015). Undergraduate Nurses Reflections on Whatsapp Use in Improving Primary Health Care Education. Curationis. 13:38(2). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26304053>.
23. Yıldırım, B. Önder, E. (2015). İşletmeciler, Mühendisler ve Yöneticiler İçin Operasyonel, Yönetmel ve Stratejik Problemlerim Çözümünde Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri. İstanbul. Dora.
24. Younger, P. Morgan, P. (2011). Using Web 2.0 for Health Information. Facet Publishing. the UK.
25. Yu, C. W. Kamarulzama, (2016). Y. Viral Marketing via the New Media: The Case of Communication Behaviour in WhatsApp. In This volume contains the papers presented at IBAICM-2016: Third International Conference on Marketing 2016 held on 19-20 December in Kuala Lumpur Malaysia. (p. 82).



Tip 2 diyabetli bireylerin mobil uygulama eğitimi hakkındaki görüşleri

Opinion of Type-2 diabetes patients on mobile application education

Berna Orhan, Nefise Bahçecik

Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul

Anahtar Kelimeler:
Diyabetik ayak, mobil sağlık eğitimi, hasta görüşleri

Key Words:
Diabetic foot, mobile health education, patient opinions

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Berna ORHAN,
Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul
bernaorhanberna@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
13.01.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
10.02.2018

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
30.08.2018

DOI:
10.5455/sad.13-1515850655

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, diyabetik ayak bakım eğitimine yönelik geliştirilen mobil uygulama hakkındaki diyabetli hastaların görüşlerini belirlemektir. Araştırmanın verileri 1 Mart 2017- 1 Eylül 2017 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde toplanmıştır. Araştırmanın evrenini araştırmaya katılmayı kabul eden 130 kişi oluşturmuştur. Verileri toplama aracı olarak Mobil Uygulama Eğitim Programına İlişkin Görüş Formu kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda hastaların diyabetik ayak bakımı eğitimini "çok faydalı", "görsel ve işitsel yönden zengin" buldukları görülmüştür.

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the opinions of diabetic patients about mobile application for diabetic foot care education. The data of the study was collected in a training and research hospital in İstanbul between 1 March 2017- 1 September 2017. The population of the study consisted of 130 people who met the research criteria and agreed to participate in the study. Opinion Form for the Mobile Application Education Program was used as data collection instruments. As a result of the research, it was seen that patients found diabetic foot care training "very useful", "visually and audibly rich "

GİRİŞ

Diabetes Mellitus (DM), insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki defektler nedeniyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, sürekli tıbbi bakım gerektiren, kronik bir hastalıktır. DM; giderek sıklığının artması, izlem ve tedavisinin kontrolsüz kaldığı durumlarda mortalite ve morbiditeyi artırıcı akut ve kronik komplikasyonlara yol açması, bireye ve topluma getirdiği ekonomik yükler nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) verilerine göre, 2017 yılında tüm dünyada 20-79 yaş aralığında yaklaşık olarak 424 milyon kişinin diyabetli olduğu belirtilirken, bu sayının 2048 yılında 628 milyona ulaşması beklendiği bildirilmiştir (IDF, 2017; ADA, 2017; TEMD, 2017).

Nüfus artışı, yaşlanma ve kentleşmenin getirdiği yaşam tarzı değişimi, obezite ve fiziksel inaktivitenin artmasına neden olmuştur. Bu değişimlere bağlı olarak son yıllarda erişkinlerin yanı sıra çocuklarda ve gençlerde de DM prevalansı hızla artmaktadır. Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi projesinde (TURDEP-II, 2010) 20 yaş üzerinde 26.499 kişi incelenmiş ve Tip 2 diyabet prevalansının %13,7'ye yükseldiği görülmüştür (Satman ve ark., 2013).

Diyabetin hipoglisemi, hiperglisemi, ketoasidoz gibi akut komplikasyonlarının yanında makrovasküler (koroner arter hastalığı, hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, miyokard infarktüsü, serebro vasküler olay), mikrovasküler (diyabetik nefropati, retinopati, nöropati) ve diyabetik ayak komplikasyonları bulunmaktadır (ADA, 2017) Diyabetin komplikasyonları arasında

diyabetik ayak en sık karşılaşılanlardan biridir. Diyabetik ayak yarası, diyabetik nöropati ve/veya vasküler yetersizliğin oluşması sonucu ortaya çıkan en ciddi ve en sık gözlenen komplikasyonlardan biridir. Her diyabetli bireyde yaşamı boyunca %12-15 oranında diyabetik ayak gelişme riski vardır. Non-travmatik ayak ampütasyonlarının, %40- %60'ının diyabetik ayak yarası oluşumu nedeniyle yapıldığı tespit edilmiştir. Ayağında yeni ülser saptanan diyabetlilerde relatif ölüm riskinin yaklaşık 2.5 kat arttığı gösterilmiştir. Diyabetik ayak, amputasyon riski dışında, morbiditenin artmasına, hastaların yaşam kalitelerinin bozulmasına ve yüksek tedavi maliyetlerine neden olan önemli bir sosyoekonomik sorundur (Oyibo et al., 2001; Valensi et al, 2005; TEMD, 2017).

Diyabetik ayak bakımı ve koruyucu önlemlerin alınması, diyabetli bireyin yaşam boyu sürdürmesi gereken bir durumdur. Diyabetli bireylerde, diyabetik ayak bakımı üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. Diyabetik yaraların %85'inin önlenabilir olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (Arıcan, 2004; Clayton and Elasy, 2009; Ahmad, 2016). İyi hasta eğitimi, sağlık çalışanlarının duyarlılığı ve eğitimi ile çok yönlü ayak ülseri tedavisi ve düzenli izlem sonucu ayak ampütasyonlarının büyük oranda azalacağı araştırmalar sonucu bildirilmektedir (Yüksel, 2002; Eldor, 2004). Özellikle ayak bakım eğitimi bu kapsamda hayati önem taşımaktadır. Bireyin, bakımını kendisinin yönetmesi, yaşam şeklini değiştirmesi ve günlük ayak bakım sorumluluğunu üstlenmesi gerekmektedir. Bu kapsamda sağlık çalışanlarının, diyabetli birey ve yakınlarının eğitimi için bilgi ve beceri kazandıracak etkin eğitim programları sunması gerekmektedir (IDF, 2017).

Eğitim ve teknoloji insan yaşamının daha etkili olması açısından önemli rolü olan iki temel öğedir. Her iki öğe de insanın doğal ve sosyal çevresine hâkim olma yönünde gösterdiği çabalarda başvurduğu iki temel araçtır. Eğitim, insanın yeteneklerinin açığa çıkarılmasına, onun daha güçlü, daha olgun, yaratıcı ve yapıcı bir varlık olarak gelişmesine katkı sağlamaktadır. Teknoloji ise, insanoğlunun eğitim yoluyla kazandığı bilgi ve becerilerden daha etkin, daha verimli biçimde yararlanabilmesinde, onları daha sistemli ve bilinçli olarak uygulayabilmesine yardımcı olmaktadır (Altun ve Ateş, 2012). Eğitimde teknolojinin kullanılmasıyla, bireysel öğrenim hedeflerine ulaştırıcı, etkili ve kalıcı bir öğrenme ile üretken ve hızlı eğitim ve öğrenme ortamının hazırlanması sağlanarak, gerçek öğrenme deneyimleri sayesinde yaşam boyu öğrenme ve bilgiye ulaşmada aktif rol alma ortamı sunulmaktadır (İşman, 2004). Eğitimde teknolojinin kullanımı, ihtiyaçların karşılanması bakımından önemli bir fırsattır. Sağlık alanında çalışan hemşireler için, teknolojiyi kullanma becerisi önemli ve gerekli bir unsur haline gelmiştir.

Sağlık bakım hizmetlerinde teknolojiyi kullanmanın, hastanın yaşam kalitesi ve sağlık bakım hizmetinin kalitesini arttırmasının yanında, ekonomik açıdan da sağlık kurumlarına katkısı bulunmaktadır. Diyabet eğitiminin önemi göz önüne alındığında, alışılmış eğitimlere alternatif olarak, ihtiyaca uygun hazırlanmış, diyabet, diyabetik ayak bakımı ve koruyucu önlemlere yönelik teknoloji ve mobil uygulama ile oluşturulacak eğitim; hastaların bilgiye kolay ulaşabilmesi, bireylerin kendi ayak bakımlarını yönetmeleri ve öz yeterlilikleri açısından oldukça önemlidir. Mobil öğrenme bireylere herhangi bir zaman ve yerde kişiselleştirilmiş öğrenme olanağı sunmakta, işbirlikçi ve bireysel öğrenmeyi desteklemektedir. Teknoloji ve mobil uygulamaların kullanıldığı eğitim sayesinde, diyabetik ayak bakımı ve koruyucu önlemlere yönelik verilen eğitimi, hastaların istedikleri ortamda, zaman ve mekândan bağımsız olarak almaları sağlanır (Malasanos et al., 2005; Gülkesen ve ark., 2006; Faridi et al., 2008; Bonvissuto, 2010).

Diyabet ve diyabetik ayak bakımına yönelik teknoloji ve mobil uygulamaların eğitimde kullanılmasının hastalar açısından daha konforlu ve kullanışlı olacağı belirtilmektedir. Diyabetli bireylerin, takip ve tedavilerinde, birey ve aile eğitimlerinde sürekli eğitimin sürdürülmesinde, akut komplikasyon semptomlarının erken fark edilebilmesinde ve metabolik kontrolü sağlamada, yaşam tarzı değişikliği oluşturmada, başarının artması için hasta eğitiminde teknolojinin kullanılması literatür doğrultusunda önerilmektedir (Lipsky et al., 2012). Bu sayede diyabet hemşirelerinin iş yükleri azalır, hastalar daha rahat ve konforlu bir ortamda kendilerini eğitim için uygun hissettikleri bir zamanda eğitim alabilir, hem hasta açısından hem de eğitimin kalıcılığı ve sürdürülebilirliği açısından faydalar sağlar. Diyabetli bireyler ve aileleri hedeflenerek eğitim amaçlı teknoloji ve mobil uygulamaların kullanımı önemlidir (Çetin ve ark., 2004; Malasanos et. al., 2005; Fjeldsoe et al., 2009).

Ülkemizin sağlık bakım sistemine bakıldığında; her diyabetli bireyin hekim ya da hemşireye ulaşabilmek için öncelikle randevu alması, görüşmek için de kendisine verilen uygun tarihte gelmesi gerekmektedir. Bu geçen süre içinde problemin önceliği değişebilir, çözümü gecikebilir. Ayrıca görüşme sırasında hastanın eğitimine yönelik ihtiyaç analizinin yapılması, buna yönelik eğitim verilmesi için süre yeterli olamayabilir. Sağlık bakım vericilerine ulaşmada önemli engellerden biri de hastanın bireysel sınırlılıklarıdır. Bazı hastalar, sorumlulukları nedeniyle işyerlerinden ayrılamamakta, bazıları ise fiziksel kısıtlılıkları nedeniyle evlerinden dışarı yardımsız çıkamamaktadır (Avdal, 2010). Bu nedenle, mobil uygulama eğitiminin komplikasyonları önlemeye yardımcı, hastaların özellikle ayak bakım eksikliğine yönelik bilgi tutum ve davranış düzeyini

arttıracak tamamlayıcı bir araç olduğu düşünülebilir.

Bu bilgiler doğrultusunda, bu araştırma Tip 2 diyabetli hastalara verilecek diyabetik ayak bakımı ve koruyucu önlemlere yönelik mobil uygulama eğitimi hakkındaki hasta görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

METOD

Araştırma, Diyabetik Ayak Bakım Eğitimi Mobil Uygulaması (DABEMU)'nın geliştirilmesi ve hasta görüşlerinin incelenmesi amacıyla yapılan nitel bir çalışmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın ilk aşamasında, hasta eğitimi için hedefler belirlenmiş, bu hedefleri gerçekleştirmeye yönelik senaryo oluşturulup, senaryo doğrultusunda animasyon hazırlanmıştır. Android işletim sisteminde çalışması hedeflenerek DABEMU geliştirilmiş ve animasyon videosu bu uygulama içine yerleştirilmiştir. İkinci aşama ise 1 Mart 2017- 1 Eylül 2017 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesi iç hastalıkları ve endokrinoloji polikliniğine ve kliniğine başvuran hastalarla gerçekleştirilmiştir. DABEMU hastalara kullanılarak görüşlerine yönelik veriler toplanmıştır.

Veri toplama aracı

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanarak geliştirilmiş (Costa,2011; Min,2013) ve uzman görüşü doğrultusunda hazırlanmıştır. Örneklem grubundaki diyabetli bireylerin mobil uygulama eğitim programına ilişkin görüşlerini belirlemek üzere hazırlanmış açık uçlu 3 sorudan oluşan formdur.

BULGULAR

Açık uçlu soruya verilen cevaplar gruplandırılarak ana temalar oluşturulmuştur. Çalışma grubunun Mobil Uygulama Eğitim Programını (DABEMU) değerlendirmeye yönelik verdikleri yanıtlar incelendiğinde;

Tablo 1. "Mobil uygulama eğitim programını nasıl buldunuz ?" Sorusuna ilişkin Görüşlerin Dağılımı

Görüşler	n (65)	%
Anlaşılır	11	%16,9
Çok faydalı	13	%20,0
Zevkli ve eğlenceli	10	%15,4
Eğitici / Öğretici	12	%18,5
Çok güzel/ güzel	17	%26,2
Çok uzun	2	%3,0

"Bence çok faydalı oldu. Çizgi film izler gibi ayak bakımımı ilgili önemli bilgileri edindim. Eminim ki izleyen herkes çok sevecektir."

"Çok güzeldi. Kalıcı bir öğrenme oldu. Unutmayacağımı zannediyorum."

"İşin içinde görsellik olunca ilgimi çekti. Hem de faydalı oldu. Ben çok eğlendiğimi ve öğrendiğimi düşünüyorum."

"Bu kadar zevkli olacağını tahmin etmemiştim. Görseller çok ilgi çekiciydi. Seslendirme de kolay anlaşılıyordu."

"Faydalı bilgiler içeriyor fakat çok uzun bir video olmuş. Bir de sadece ayak bakımını anlatmışsınız."

Tablo 2. "Animasyon videosu içinde eksik ya da gereksiz bulduğunuz kısımlar var mıdır? Varsa belirtiniz." Sorusuna İlişkin Görüşlerin Dağılımı

Görüşler	n (63)	%
Yoktur/ hayır	60	%95,2
Çok uzun	1	%2,4
Evet	1	%2,4

"Hayır". "Yoktur. Çok emek harcanmış ve çok güzel olmuş", "Evet vardır"

"İzlerken çok uzun geldi. Sadece ayağın bakımını anlatmışsınız. Biraz insülin iğnesini nasıl yapacağımız da olsa daha güzel olurmuş. Yine de ellerinize sağlık"

Tablo 3. "Mobil uygulama eğitiminde beğendiğiniz/ beğenmediğiniz yönler nelerdir?" Sorusuna İlişkin Görüşlerin Dağılımı

Görüşler	n (61)	%
Görsel ve işitsel olması	20	%32,7
Animasyon/video kullanılması	11	%18,0
Telefondan izlenebilmesi	10	%16,4
İstenildiği zaman izlenebilmesi	15	%24,5
İnternetsiz çalışmaması	5	%8,4

"Telefonda istediğin yerde izleyebilirsin, canın sıkıldığın zaman hani açıp bakabilirsin; konuyu tekrar edebilirsin. Telefonda olması güzel olmuş. Ama bilgisayarda, bilgisayarı bulacaksın da açacaksın da iki saat zaman kaybı oluyor..."

"Telefonuma giriyorum rahatlıkla izleyebiliyorum. Evde çok iyi oldu. İşten izin alıp eğitime geliyordum, şimdi ise oturduğum yerden izliyorum. Ama sadece bazı konular alınmış ya onların sayısı artsa daha iyi olur."

"Çizgi film şeklinde olması, seslerin efektlerin kullanılması çok faydalı oldu benim için kolay anladım. Demek ki ayak bakımı bu kadar önemliymiş. Açık açık

izlerim telefonumda da var artık.”

“İnternet yokken izleyemiyorsunuz. Her zaman da internetiniz olmuyor. Bence bu kötü olmuş. Ama çok net ve güzel anlatılmış. Sesler ve renkli olması benim açımdan çok ilgi çekiciydi.”

SONUÇ VE TARTIŞMA

“*Mobil uygulama eğitim programını nasıl buldunuz?*” sorusuna hastaların %26,2’si “çok güzel/güzel”, %20’si “çok faydalı”, %18,5’i “eğitici/öğretici”, %16,9’u “anlaşılır”, %15,4’ü “zevкли ve eğlenceli”, %3,0’i ise, “çok uzun” şeklinde cevap vermişlerdir (Tablo 1). Bu veriler hastalar tarafından mobil uygulama eğitimin beğenildiğini göstermektedir.

“*Animasyon videosu içinde eksik ya da gereksiz bulduğunuz kısımlar var mıdır? Varsa belirtiniz.*” sorusuna hastaların %95,2’si “yok/ hayır” şeklinde cevap verirken, %2,4’ü “çok uzun”, %2,4’ü ise sadece “Evet vardır, çok görsel içermekte” şeklinde cevap vermişlerdir (Tablo 2). Bu sonuçlar hastaların eğitimden hoşlandıkları ve gereksiz içerik ve görüntüyle hastaların uğraştırılmadığını düşündürmektedir. Bu yönüyle de bulgular sevindiricidir.

“*Mobil uygulama eğitiminde beğendiğiniz/beğenmediğiniz yönler nelerdir?*” sorusunu ise, hastaların %32’si “görsel ve işitsel olması”, %24,5’i “istenildiği zaman izlenebilmesi”, %18,0’i “animasyon/video kullanılması”, %16,4’ü “telefondan izlenebilmesi”, %8,4’ü ise, “İnternetsiz çalışmaması” şeklinde cevaplandırmıştır (Tablo 3). Literatürde de yazılı ve görseller içeren rehber ve video kullanımının eğitim açısından önemli olduğu ve hastaların bilgi seviyesinde artış meydana getireceği bildirilmiştir (Adarmouch et al., 2017). Ayrıca bir çok çalışmada, hastalara yönelik verilecek eğitimin görsel ve işitsel materyal içermesinin ve hastaların kültürel özelliklerinin göz önünde bulundurulmasının gerekliliği vurgulanmaktadır (Brown et al., 2002; Castillo et al., 2010; Rosal et al., 2011). Ayrıca eğitim modelin işlem basamaklarının görsel şekilde sunması, her bir adımın sözel olarak açıklanmasını da kolaylaştırmıştır. Literatür de eğitimin bu yönlü sunulması gerektiği vurgulanmaktadır (Demirel, 2011; Morrison et al., 2012).

Eğitimde ne kadar fazla duyu organına hitap edilirse, etkinliği o derece artmakta ve öğretim daha anlamlı, kalıcı ve hızlı olmaktadır. Öğretimde birden fazla duyu organını hitap etmek, materyal kullanımını zorunlu kılar. Geleneksel öğretim ortamlarında bunu sağlamak mümkün olmadığı için, çok zengin, renkli, görsel ve işitsel mesajlar içeren öğretim ortamları hazırlamak gerekmektedir (Sönmez, 2008, Altun ve

Ateş, 2012). Çalışmamız da bu yönüyle literatürü desteklemektedir. Lin ve arkadaşlarının (2005) yapmış oldukları çalışmada ise 606 diyabetli hasta, deney ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmış ve deney grubuna internet üzerinden diyabet eğitimi verilmiştir. Hastaların memnuniyet düzeylerine bakıldığında deney grubundaki hastaların memnuniyet düzeyleri %80 iken, kontrol grubundaki hastaların %60 olduğu saptanmıştır.

Diyabetli bireylere yönelik karşılıklı etkileşimin kullanıldığı deneysel bir çalışmada deney grubundaki hastalara, etkileşimli bir sohbet haritasının bulunduğu eğitim uygulanırken, kontrol grubuna geleneksel eğitim modeli kullanılmıştır. Çalışma sonunda uygulanan interaktif eğitim yaklaşımının didaktik eğitime oranla, hastalarda daha fazla bilgi, tutum ve davranışta değişiklik oluşturduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada hastaların geliştirilen bu yeni yöneme ilişkin olumlu görüşleri ve beğenilerinin olduğunu bildirmişlerdir (Adam et al., 2017). Mobil uygulamanın geliştirildiği bir çalışmada ise, bu uygulama ile bireylerin öz bakım aktivitelerinin geliştirilmesi ve artırılması amaçlanmıştır. 28 deney, 28 kontrol grubunun bulunduğu çalışmada mobil uygulama eğitimi verilmeden önce ve verildikten sonra hastaların bilgi, tutum ve davranışları ölçülmüştür. Deney grubunun kontrol grubuna oranla bu üç alanda da istatistiksel olarak daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirtilmiştir (p<0.001). Ayrıca mobil uygulama eğitimi almış olan bireylerin bu uygulama hakkındaki görüşleri ise; taşınması ve ulaşması kolay bir eğitim olduğu, kişisel sağlık raporlarını sakladıkları bir veri hazinesi olduğu, öz bakım bilgisini arttırmada etkin olduğu, genel olarak iyi ve yararlı olduğu, görsel ve işitsel yönünden zengin olduğu için öğrenmenin kolay olduğu şeklindedir (Guo et al., 2015). Yetişkinler, yeni yöntemlerin uygulandığı, bilgi, beceri ve anlayış kazandırmak amacı ile düzenlenip yürütülen planlı eğitim etkinliklerinden hoşlanırlar. Bu çalışmada da farklı eğitim yöntemi uygulamasıyla diyabetli bireylerden olumlu geri bildirimler alınmıştır.

Sonuç olarak; diyabetli hastaların, ayak bakımına yönelik geliştirilen diyabetik ayak bakımı eğitimini “çok faydalı”, “görsel ve işitsel yönden zengin” buldukları görülmüştür. Bu doğrultuda diyabet eğitiminde işitsel, görsel içerikli materyallerin yer aldığı planlı eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

1. Adarmouch L, Elyacoubi A, Dahmash L, Ansari NE, Sebbani M, Amine M. (2017). Short-term effectiveness of a culturally tailored educational intervention on foot self-care among type 2 diabetes patients in Morocco. *L. Journal of Clinical & Translational Endocrinology* . 54–59.
2. Ahmad, J. The Diabetic foot. *Diabetes Metab. Syndt.*, 2016; 10(1): 48-60.
3. Altun E, Ateş A. İletişim Teknolojileri. İçinde: Demirel Ö, Altun E. ,Ed. Öğretim Teknolojileri ve Materyal Tasarımı. 7. Baskı, Ankara: Pegem Akademi; 2012, s. 87-112.
4. American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in diabetes 2017.(2017) *Diabetes Care*, 2017; 40(1): 11-4.
5. Arıcan Ö, Şaşmaz S. Diyabetik hastalarda ayak bakımı.(2004) *Türkiye Klinikleri, J Med. Sci.* 24: 541-546
6. Avdal EÜ. Web tabanlı Diyabet eğitiminin bakım sonuçlarına etkisi Randomize Kontrollü çalışma. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S. Kızılcı)
7. Bonvissuto K. (2010). Coming of age. telemedicine is maturing. it can increase patient access and maybe even your income. *Med Econ*, 1-5
8. Brown SA, Garcia AA, Kouzekanani K, Hanis CL. (2002). Culturally competent diabetes self-management education for Mexican Americans the Starr county border health initiative. *Diabetes Care*.25: 259–68.
9. Castillo A, Giachello A, Bates R, Concha J, Ramirez V, Sanchez C.(2010). Community-based diabetes education for latinos, the diabetes empowerment education program. *Diabetes Educ*.36: 586–94.
10. Clayton W, Elasy T A. (2009) A review of the pathophysiology, classification and treatment of foot ulcers in diabetic patients. *Clinical Diabetes*. 27(2): 52-8.
11. Costa L. Patients' Perceptions of Living with a Diabetic Foot Ulcer. College of Saint Mary, Health Professions Education, Doctora Thesis, 2011, Omaha, Nebraska (Advisor: Dr. Lois Linden).
12. Çetin Ö, Çakıroğlu M, Bayılmış L, Ekiz H. (2004). Teknolojik gelişme için eğitimin önemi ve internet destekli öğretimin eğitimdeki yeri. *The Turkish Online Journal of Education Technology (TOJET)*. 3(3): 17.
13. Demirel, Ö. Kuramdan Uygulamaya Eğitimde Program Geliştirme. 12. Baskı. Pegem Yayınevi, Ankara, 2009, s.100-189.
14. Eldor R, Raz I, Ben Yehuda A, Boulton AJ. (2004). New and experimental approaches to treatment of diabetic foot ulcers: a comprehensive review of emerging treatment strategies. *Diabet Medicine*.21(11): 1161-73
15. Faridi Z, Liberti L, Shuval K, Northrup V, Ali A, Katz DL. (2008). Evaluation the impact of mobile phone technology on type 2 diabetic patients self management: The NICE pilot study. *Journal of Evaluation of Clinical Practice*. 14(3): 465-69.
16. Fjeldsoe BS, Marshall AL, Miller YD. (2009). Behavior change interventions delivered by mobile telephone short-massage service. *American Journal of Preventive Medicine*. (36)2: 165-173.
17. Guo SH, Chang HK, Lin CY. (2015). Impact of mobile Self care system on patients' knowledge, behavior and efficacy. *Computer in Industry*. 69: 22-29
18. Gülkesen KH, Eray E, Bıçakçı K, Balcı MK. Diyabetik hastaların teknoloji kullanımı üzerine bir değerlendirme. 4. Akademik Bilişim Kongresi. 9-11 Şubat 2006; Denizli.
19. International Diabetes Federation (IDF). *Diabetes Atlas*, 2017: 8th edition, 43-63.
20. İşman, A. Uzaktan Eğitim. 4. Baskı. Ankara: Pegem Akademi, 2004.
21. Lin TC, Wittevrongel L, Moore L, Beaty LB, Ross S.(2005). An internet-based patient-provider communication system: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 7: 47-48.
22. Lipsky BA, Berendt AR, Cornia PB, Pile JC, Peters EJ, Armstrong DG, Deery HG, Embil JM, Joseph WS, Karchmer AW, Pinzur MS, Senneville E. (2012). 2012 infections diseases society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections. *Clin Infect Diseases*. 54(12): 132-173.
23. Malasanos TH, Burlingame JB, Youngblade L, Patel BD, Muir AB. (2005). Improved access to subspecialist diabetes care by telemedicine: cost savings and care measures in the first two years of the fite diabetes project. *J Telemed Telecare*. 11: 74-76.
24. Min L. Design And Evaluation Of A Mobile Health Application For Adult Patients With Type 1 Diabetes Mellitus. Toronto University, Mechanical, industrial Engineering, Master Thesis, 2013, Toronto (Danışma: Prof. Dr. Mark CHIGNELL).
25. Morrison GR, Ross SM, Kemp Je. Kalman H. Design Effective Instruction, Çeviri Edt: Varank İ. Etkili Öğretim Tasarımı. Bahçeşehir Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2012; s. 3- 326.
26. Rosal MC, Ockene IS, Restrepo A, White MJ, Borg A, Olenzki B.(2011). Randomized trial of a literacy-sensitive, culturally tailored diabetes selfmanagement intervention for low-income latinos: latinos en control. *Diabetes Care*. 34: 838–44.
27. Satman İ, Ömer B, Tütüncü Y, Kalaca S, Gedik S, Dinççağ N at al. TURDEP-II Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol*. 2013; 28(2): 169-180
28. Sönmez V. Program Geliştirmede Öğretmen El Kitabı. 14. Baskı, Ankara: Anı Yayıncılık; 2008, s. 21-118.
29. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ). Diyabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. Ankara: Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın ve Yayın Ltd. Şti., 2017..
30. Oyibo SO, Jude EB, Tarawneh I, Nguyen HC, Armstrong DG, Harkless LB, Boulton AJ,. The effects of ulcer size and site, patients age sex and type and duration of diabetes on the outcome of diabetic foot ulcer. *Diabet Med*.2001. 18(2):133-8.
31. Valensi P, Girod I, Baron F, Moreau-Daferges T, Guillon P. Quality of life and clinical correlates in patients with diabetic foot ulcers. *Diabetes Metab*. 2005 31(3):263-271
32. Yüksel A. Diabetic foot care. Erdoğan S. (edt). *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. Diyabet Hemşireliği Derneği. İstanbul; Tavaslı matbaacılık; 2002. s . 127- 37.*

Araştırma / Research Article



Türkiye'deki toplam sağlık harcamaları artışının nedeni istihdam olabilir mi?

May the reason of increase in total health expenditures be the employment in Turkey?

Muhammet Çankaya

Hitit Üniversitesi Sungurlu MYO,
Çorum

Anahtar Kelimeler:
Sağlık Harcamaları, İstihdam,
Nedensellik Testi

Key Words:
Health Expenditures, Employment,
Causality Test

**Yazışma Adresi/Address for
correspondence:**
Muhammet Çankaya,
Hitit Üniversitesi Sungurlu MYO,
Çorum
muhammetcankaya@hitit.edu.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:
23.10.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
10.02.2018

**Yayımlanma Tarihi/Published
Online:**
30.06.2018

DOI:
10.5455/sad.13-1516736308

ÖZET

Yakın geçmişte Avrupa ve Güney Amerika kıtasındaki ülkelerde yaşanan ekonomik ve politik krizler, Orta Doğu ve Kuzey Afrika coğrafyasındaki ülkelerde görülen savaşlar ve buna bağlı olarak yaşanan göç ile birlikte istihdam kavramı dünya çapında daha önemli bir konuma gelmiştir. Avrupa bölgesinde yaşanan ekonomik krizle birlikte İspanya, Portekiz, İtalya ve Yunanistan gibi ülkelerde istihdam sorunu ortaya çıkmış ve işsizlik oranları %10'ların üzerinde seyretmiştir. Türkiye'de ise istihdam çok uzun yıllardır önemli bir sorun niteliğindedir. Son yıllarda Türkiye bu sorunu giderebilme adına vergilerin belli bir süreyle devlet tarafından karşılanması gibi kamu destekli bir takım uygulamalara yönelmiştir. İstihdam gibi istihdamda yer alan nüfusun sağlık düzeyi de ülkeler için ayrı bir sorun niteliğindedir. İstihdam edilecek bireylerin çalışmaya elverişli olabilmesi için öncelikle sağlıklı olmaları gerekmektedir. Türkiye'de çalışmaya elverişli ve sağlıklı bir toplum oluşturabilmek adına her yıl bütçeden ciddi harcamalar yapılmaktadır. Bu çalışmanın amacı; Türkiye'de 1988-2016 dönemine ait istihdam rakamları ile toplam sağlık harcamaları arasındaki nedensellik ilişkisini araştırmaktır. Bu amaç doğrultusunda 1988-2016 yılları arasındaki istihdam rakamları ve toplam sağlık harcamaları (kamu + özel) arasındaki ilişki Granger Nedensellik Testi ile incelenmiştir. Verilerin analizi için EViews 8.1 paket programından yararlanılmıştır. Çalışma sonucunda Türkiye'de toplam sağlık harcamaları ile istihdam rakamları arasında anlamlı bir nedensellik ilişkisi bulunamamıştır.

ABSTRACT

The recent economic and political crises in European Countries and South America; the wars in the countries of the Middle East and North Africa, and the resulting immigration have made employment more important concept globally. Along with the economic crisis in the European region, employment problems have arisen in countries like Spain, Portugal, Italy and Greece and the unemployment rate has remained above 10%. In Turkey, unemployment is a significant problem for so many years. In recent years, in order to resolve employment issue, Turkey implemented government-supported programs to pay taxes for companies for a certain period of time. Health condition of the population involved in employment, just like unemployment itself, is another problem for countries. People to be employed must be healthy and suitable to work first. In order to create a productive and healthy working populations, Turkey allocates serious budget for health expenditures every year. The purpose of this study is to investigate the causal relationship between total health expenditure and employment rates for the 1988-2016 period in Turkey. For this purpose, the relationship between employment rates between 1988-2016 and total health expenditures (public + private) was examined by Granger Causality Test. Eviews 8.1 package program was used to analysis of the data. The result of the study indicated that there was no significant causal relationship between employment rates and the total health expenditure in Turkey.

GİRİŞ

İstihdam, birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de önemli konuların başında gelmektedir. Genç nüfusun Avrupa'ya göre daha fazla olduğu Türkiye'de on yıllardır istihdamı arttırıcı politikalar üretilse de başarılı sonuçlar alındığını söylemek pek de mümkün değildir. 1990 sonrası hükümetlerinin ömrünün kısa olması, üretilen politikaların sıkça değişmesi sonucunu doğurmuş ve mevcut uygulamalar sonuca ulaşmadan yeni uygulamalara gidilmiştir. 3 Kasım 2002 seçimi sonrası tek parti hükümetinin kurulması ile birlikte daha uzun ömürlü istihdam politikalarının üretilmesinin de yolu

açılmıştır. Ancak gerek dünya ekonomisinde gerek ülkemizin sınır komşularındaki politik ve ekonomik istikrarsızlıklar ekonomik yatırımların istenilen düzeye çıkamamasına sebebiyet vermiş ve istihdam sorunu gündemdeki yerini korumuştur.

İstihdam edilecek bireyler çalışmaya elverişli sağlık düzeyine sahip olmalıdır. Sağlıklı olmayan bireyin istihdam edilmesi verimlilik anlamında bazı sıkıntılara yol açabilmektedir. Bireyler ise karşılaşılabilecekleri sağlık problemlerini giderebilmek için belirli bir gelir seviyesine ve kendilerine büyük maliyetler yüklemeyen bir sağlık sigortasına sahip olmalıdır. Bununla birlikte

bireyin düzenli olarak çalışmasını engellemeyecek bir sağlık düzeyine sahip olması tek başına yeterli olmayıp ileride karşılaşılabileceği sağlık problemlerinin daha da büyümeden çözülebilmesi için belli dönemlerde sağlık kontrollerini yaptırması da önemlidir. Ancak sağlık harcamaları bireylerin bütçesinden karşılandığında çok ciddi boyutlara ulaşabilmektedir. Bu sebeple bireylerin sağlık harcamalarının büyük oranda kamu tarafından finanse edildiği sağlık güvence sistemine sahip olması bu tür muayenelerin yapılabilmesinde önemlidir. Türkiye'de sağlık harcamaları; Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) ayrılan bütçeden, bütçe içi transferlerden, özel sigorta şirketlerinden, şahıslardan (katılım payı), çalışan ve işverenler tarafından ödenen primlerden ve cepten yapılan ödemelerden finanse edilmektedir.

Bu çalışmanın amacı; Türkiye'de 1988-2016 dönemdeki istihdam artışı ile toplam sağlık harcamaları artışı arasındaki nedensellik ilişkisini incelemektir. Bu amaç doğrultusunda 1988-2016 dönemini kapsayan istihdam edilen kişi sayısı ve toplam sağlık harcamaları tutarları (kamu+özel) (Türk Lirası) elde edilmiş ve arasındaki ilişki Granger Nedensellik Testi ile analiz edilmiştir. Sonuç olarak; 1988-2016 dönemine ait 29 yıllık verilerin kullanıldığı çalışmada Türkiye'de toplam sağlık harcamaları ile istihdam rakamları arasında anlamlı bir nedensellik ilişkisi bulunamamıştır.

İstihdam ve Toplam Sağlık Harcamaları Kavramları

Genel anlamda işgücünün çalışması ve çalıştırılması olarak tanımlanan istihdam kavramının dar ve geniş kapsamlı olarak iki farklı şekilde tanımlanabileceği görülmektedir. Dar anlamda istihdam; üretim faktörlerinden biri olan işgücünün çalışması ve çalıştırılması şeklinde tanımlanmaktadır. İstihdam kavramı geniş anlamda ise; üretim faktörlerinin üretim sürecindeki kullanılma düzeyleri olarak tanımlanmaktadır. Literatürde istihdam; tam, eksik ve aşırı istihdam olarak 3 türe ayrılmaktadır. Tam istihdam daha ziyade teorik bir kavram olup; ekonomide atıl veya çalışmayan kapasitenin bulunmadığı anlamına gelir. Tam istihdam durumunda %3-5 arasında bir işsizliğin varlığı kabul edilir (Kaya, Kaygısız ve Altuntepe, 2015). Eksik istihdam ise; "bireyin tam zamanlı süreden daha az çalışıyor olması ve daha fazla (gerekliyse kendi yetenek ve kabiliyetlerine uygun daha farklı bir işte) çalışmak istemesi durumu ya da asgari geçimini sağlayacak ücretten daha az kazanıyor olması durumudur." Bu nedenle eksik istihdamda yer alan nüfusu, istihdam edilen nüfusun üretken kapasitesinden yeterince faydalanılmayan bir alt kategorisi şeklinde tanımlamak mümkündür (Taşçı ve Darıcı, 2010). Aşırı istihdam ise; bir ekonomide mevcut

üretim faktörlerinin tümü çalıştığı halde üretilen mal ve hizmet miktarlarının, toplam talebi karşılayamaması durumudur (Özşabuncuoğlu ve Direkçi, 2012).

Türkiye İstatistik Kurumu'na (TÜİK) göre istihdam edilen bireyler; işbaşında olanlar ve işbaşında olmayanlar gruplarında yer alan ve kurumsal olmayan çalışma çağındaki kişiler olarak belirtilmektedir. İşbaşında olanlar; maaşlı, yevmiyeli, kendi hesabına, işveren ya da ücretsiz aile işçisi olarak referans dönemi içinde en az bir saat bir iktisadi faaliyette bulunan kişilerdir. İşbaşında olmayanlar ise; işi ile bağlantısı devam ettiği halde, referans haftası içinde çeşitli nedenlerle işinin başında olmayan kendi hesabına veya işveren olarak çalışanlar istihdamda kabul edilmektedir (TÜİK, 2011).

Çalışmada incelenen bir başka değişken olan sağlık harcamaları ise genel olarak sağlığın korunması ve geliştirilmesi adına yapılan harcamaları içermektedir (Akar, 2014). Bununla birlikte 2003 yılında 59. Hükümet tarafından yürürlüğe konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile Türkiye'de sağlık sektöründe büyük değişimler yaşanmış, vatandaşların tümü Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştır (Çankaya, 2017). Bu durum sağlık harcamalarının kapsamını arttırdığı gibi birçok sağlık harcamasının da kayıt altına alınmasını sağlamıştır.

Bir ülkede gerçekleşen sağlık harcamaları, o ülkenin sağlık hizmetleri hakkındaki önemli göstergelerden biridir. Sağlık harcamalarındaki artışı tamamen faydalı veya tamamen zararlı olarak değerlendirmek doğru bir yaklaşım değildir. Sağlık harcamalarındaki artışın kişilerin yaşam süresi ve kalitesi üzerinde pozitif etkileri olduğu yönünde bulgular olmakla birlikte artan sağlık harcamalarının ülkelerin ekonomik büyüme ve kalkınmalarında önemli rol oynadığı da belirtilmektedir. Bunun sebebi olarak sağlık alanında yapılan harcamaların sektördeki fiziki yatırımları artırdığı, fiziki yatırımlardaki artışın teknolojik gelişmeyi hızlandırdığı, teknolojik gelişmenin hızlanmasının da ekonomik büyümeyi uyardığı yönündeki kanaatlerdir. Gereğinden fazla sağlık harcaması yapılması durumunda bazı olumsuz durumların ortaya çıktığı da görülmektedir. Sağlık harcamalarının fazla olması durumunda milli eğitim, araştırma geliştirme gibi öncelikli alanlara ayrılacak paylardan kısıtlamaya gidilmesi söz konusu olacaktır. Ayrıca sağlık harcamalarının yüksek olması ülkelere ağır bir ekonomik yük getirmekte, sosyal güvenlik kurumlarına geri ödeme konusunda ciddi sorunlar yaratmaktadır (Yardan vd., 2016).

Dünya'da sağlık harcamalarına ilişkin ilk kapsamlı çalışma Uluslararası Çalışma Örgütü (International

Labour Organization–ILO) tarafından 1959 yılında gerçekleştirilmiştir. Çalışma ABD’de sosyal sigorta programları kapsamında yapılan zorunlu tıbbi ödemelerin ve gönüllü ödemelerin karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır. Son 30 yıldır gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık harcamalarının GSMH (Gayri Safi Milli Hasıla) içindeki oranının artış gösterdiği görülmektedir. Bu artışların nedenlerine bakıldığında:

- Kişi başına düşen gelirin artmasıyla birlikte sağlık hizmeti kullanımının da arttığı,
- Artan kentleşmeyle birlikte bu bölgelere göçün yaşanması, bu göçe bağlı olarak ek sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulması,
- Gelir artışı yaşayan vatandaşların sağlık hizmetlerindeki kalite beklentilerinin artması,
- Eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte sağlık bilincinin yükselmesi ve vatandaşların sağlık konusunda daha duyarlı olmaları,
- Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşlılık döneminin uzaması ve bu dönemdeki sağlık taleplerinin sıklaşması,
- Teknolojik gelişmeler de sağlık harcamalarını arttıran bir unsurdur. Öyle ki sağlık hizmetlerinde kullanılan malzemeler ve makine-teçhizatın üretilmesi hem pahalı hem de uzun bir süreç istemektedir. Aynı zamanda bu hizmetleri verecek insangücü kaynağının da yetiştirilmesi hem maliyetli hem de vakit alan bir olgudur (Mutlu ve Işık, 2012).

Bir ülkedeki mevcut sağlık hizmetlerine olan talebi etkileyen çok sayıda etken bulunmaktadır. Bu etkenlerin bir kısmı o ülkedeki sağlık sisteminin yapısından kaynaklanırken bir kısmı da sağlık hizmetinden yararlanacak olan toplumun özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Sistem kaynaklı faktörler; ülkedeki sosyal güvence modeli, sağlık sigortası sistemi, sağlık insangücü düzeyi, sağlık teknolojisi düzeyi, sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylığı gibi örneklendirilebilir. Yine o ülke toplumuna ait özellikler ise; toplumun kültürel yapısı, gelir düzeyi, okur-yazarlık oranı, genç nüfus oranı gibi özelliklerdir (Çelik, 2013).

GEREÇ VE YÖNTEM

Yapılan literatür taramasında istihdam ile toplam sağlık harcamaları ilişkisini araştıran yurt içi ve yurt dışında yapılmış herhangi bir çalışma bulunmamıştır. Buna karşın gerek sağlık harcamalarını ekonomik büyüme ile gerekse de istihdamı doğrudan yabancı sermaye yatırımı, ekonomik büyüme ve dış ticaret ile ölçen

farklı çalışmalar bulunmaktadır. Ancak değişkenlerin farklı olması sebebiyle çalışmada bu türden bir literatür bilgisine yer verilmemiştir.

Yine literatür taraması sonrasında yapılan çalışmalarda; sağlık harcamalarının parasal tutarı yerine sağlık harcamaları neticesinde oluşan sağlık göstergelerinin sağlık harcaması olarak değerlendirmeye alındığı gözlemlenmiştir. Ancak bu çalışmada farklı bir değerlendirmeye gidilmiştir. Sağlık harcamalarının içeriğinin çok sayıda alt kalemden oluşması, toplumun sağlık göstergelerinin eğitim, kalkınma düzeyi, bireylerin sağlık sigortalılık düzeyi, ülkelerin sigorta modelleri gibi değişkenlerle de ilişkili olması ve yine sağlık göstergelerine ait değişimlerin uzun vadede görülebilmesi sebebiyle bu çalışmada sağlık harcamaları; sağlık göstergeleri olarak değil kamu ve özel nitelikli toplam sağlık harcamalarının Türk Lirası cinsinden parasal karşılığı olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmanın istihdam ve toplam sağlık harcamaları arasındaki nedensellik ilişkisini ölçmeye yönelik olması ve literatürde bu türden benzer bir çalışmanın daha önce yapılmamış olması gibi nedenlerle alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmada 1988-2016 dönemine ait istihdam rakamları ile kamu ve özel kesim birleşiminden oluşan toplam sağlık harcamaları arasındaki nedensellik ilişkisi, Granger Nedensellik Testi ile incelenmiştir. Değişkenler zaman serisine dayalı olduğundan, serilerin durağan olup olmadığı Genişletilmiş Dickey Fuller (ADF) Birim Kök Testi ile test edilmiştir. Durağanlığı sağlanan serilere ait uygun gecikme uzunluğu tespit edildikten sonra, değişkenler arası ilişkiyi ölçmek için Granger Nedensellik Testi uygulanmıştır. Analizler EViews 8.1 istatistik programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada yanlış sonuçlara yol açmayacak şekilde en uygun ekonometrik analiz yönteminin belirlenmesi için kullanılacak olan zaman serilerinin durağan ya da durağan olmama özelliği incelenmiştir.

Zaman serileri analizinde durağanlık kavramı büyük bir öneme sahiptir. Analizde yer alan değişkenler arasında anlamlı ilişkiler elde edilebilmesi için serilerin durağan olması gerekmektedir (Aktaş, 2009). Durağanlaştırılmış bir zaman serisinin ortalaması ile varyansının zaman içinde değişmemesi ve iki dönem arasındaki kovaryansının, bu kovaryansın hesaplandığı döneme değil de yalnızca iki dönem arasındaki uzaklığa bağlı olması gerekmektedir (Mercan ve Peker, 2013).

Granger ve Newbold (1974), durağan olmayan zaman serileriyle analiz yapıldığında sahte regresyon problemiyle karşılaşılacağını belirtmiş ve bu durumda regresyon analiziyle elde edilen sonuçların

gerçek ilişkiyi yansıtmadığını bildirmişlerdir (Karagöl, Erbaykal ve Ertuğrul, 2007). Bu sebeple serilerin durağanlaştırılması sağlanmıştır.

Veri seti olarak 1988-2016 yıllarını kapsayan dönemde Türkiye'deki istihdam rakamları ve toplam sağlık harcamaları yıllık dönemler halinde kullanılmıştır. İstihdam rakamlarına ilişkin veriler; TÜİK' in web sayfasından ve yine TÜİK'in yayımlanmış olduğu kitap kaynağından alınmıştır (TÜİK, 2007). Toplam sağlık harcamalarına ilişkin veriler ise; TÜİK' in web sayfası ile Yılmaz ve Yentürk'ün (2015) çalışmalarından elde edilmiştir. Elde edilen verilerin doğal logaritması alınarak çalışmanın analiz aşamasına geçilmiştir. Verilerin doğal logaritması alındığında, farklı birim değerlerinde olan gözlem değerlerinin aynı türde bir anlam kazanması sağlanmaktadır (Ekinci, 2011). Analizde kullanılan değişkenler aşağıda verilmiştir:

Listhdm= Yıllık bazda istihdam edilen kişi sayısı (Adet)

Ltoplamsagharc= Yıllık bazda toplam sağlık

harcamaları (TL)

Çalışmada kullanılan dönemlere ait istihdam rakamları Tablo 1'de gösterilmektedir. Türkiye'de 1988-2016 yıllarına ait 29 yıllık dönemde; istihdam edilen kişi sayısında yaklaşık 10 milyon kişilik bir artış olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Çalışmada kullanılan dönemlere ait toplam sağlık harcamaları Tablo 2'de gösterilmektedir. Belirtilen dönemler baz alındığında Türkiye'de toplam sağlık harcamalarında artış eğiliminin olduğu görülmektedir (Tablo 2).

TÜİK, toplam sağlık harcamaları hesaplamasında; cari sağlık harcamaları ve yatırım harcamalarını kullanmaktadır. Cari sağlık harcamaları; hastanelerin yapmış olduğu harcamalar, evde bakım hizmetleri, ayakta bakım hizmetleri, tıbbi malzeme harcamaları, halk sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik harcamalar ve sınıflandırılmayan diğer harcamalardan oluşmaktadır.

Tablo 1: Yıllar İtibariyle İstihdam Rakamları (1988-2016/Kişi)

Yıllar	İstihdam Edilen Kişi Sayısı	Yıllar	İstihdam Edilen Kişi Sayısı	Yıllar	İstihdam Edilen Kişi Sayısı
1988	17.755.000	1998	21.779.000	2008	20.604.068
1989	18.222.000	1999	22.048.000	2009	20.614.782
1990	18.539.000	2000	21.581.000	2010	21.857.600
1991	19.288.000	2001	21.524.000	2011	23.265.837
1992	19.459.000	2002	21.354.000	2012	23.936.862
1993	18.500.000	2003	21.147.000	2013	24.601.155
1994	20.006.000	2004	21.791.000	2014	25.933.000
1995	20.586.000	2005	22.046.000	2015	26.621.000
1996	21.194.000	2006	22.330.000	2016	27.205.000
1997	21.204.000	2007	20.209.031		

Kaynak: TÜİK, İşgücü İstatistikleri/Nüfusun İşgücü Durumu

Tablo 2: Yıllar İtibariyle Toplam Sağlık Harcamaları (1988-2016/TL)

Yıllar	Toplam Sağlık Harcamaları	Yıllar	Toplam Sağlık Harcamaları	Yıllar	Toplam Sağlık Harcamaları
1988	1.607.353	1998	1.481.340.919	2008	57.740.000.000
1989	3.453.980	1999	4.985.000.000	2009	57.910.731.976
1990	6.700.879	2000	8.248.000.000	2010	61.677.597.866
1991	11.705.121	2001	12.396.000.000	2011	68.607.409.397
1992	22.981.028	2002	18.774.000.000	2012	74.188.711.934
1993	41.573.560	2003	24.279.000.000	2013	84.390.091.225
1994	79.311.929	2004	30.021.000.000	2014	94.749.507.368
1995	153.504.565	2005	35.358.907.470	2015	104.567.539.232
1996	305.448.100	2006	44.068.681.062	2016	119.755.779.936
1997	695.877.946	2007	50.904.300.929		

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri

BULGULAR VE TARTIŞMA

Değişkenlerin durağanlaştırılmasına kadar olan düzey değer ve birincil farkları için birim kök testi sonuçları Tablo 3 ve Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 3'de görüldüğü üzere "İstihdam" serisi birincil farkta trendsiz ve sabit terimsiz olarak durağan hale gelmiştir. Bu sonuç %1, %5 ve %10 düzeylerinde anlamlı çıkmıştır.

Tablo 4'de ise; "Toplam Sağlık Harcamaları" serisi birincil farkta trendsiz ve sabit terimsiz olarak durağan hale gelmiştir. Bu sonuç %1, %5 ve %10 düzeylerinde anlamlı çıkmıştır.

Durağan serilerde veriler sabit bir ortalama etrafında dalgalanmaktadır. Bu sebeple bir serinin durağan olup olmadığını anlamak için öncelikle serinin zaman

içindeki değişimini gösteren grafiğini göstermek gerekmektedir (Yılmaz, 2010). Şekil 1'de "istihdam" serisinin logaritmalı değerlerinin zaman içindeki değişimi sunulmuştur. Soldaki şekilde serinin ele alınan yıllar itibarıyla durağan bir seyir izlemediği aksine artan yönde bir eğilim gösterdiği görülmektedir. Sağ taraftaki şekilde ise; istihdam serisinin durağanlığını sağlamak için ADF Testi uygulanmış ve serinin durağanlığı birincil farkta sağlanmıştır.

Şekil 2'de "toplam sağlık harcamaları" serisinin logaritmalı değerlerinin zaman içindeki değişimi gösterilmektedir. Soldaki şekilde serinin ele alınan yıllar itibarıyla durağan bir seyir izlemediği bununla birlikte artan bir eğilim gösterdiği görülmektedir. Sağdaki şekilde ise toplam sağlık harcamaları serisinin durağanlığını sağlamak için ADF Testi uygulanmış ve serinin durağanlığı birincil farkta sağlanmıştır.

Tablo 3: İstihdam Değişkenine Ait ADF Birim Kök Testi

DÜZEY TÜRÜ	ADF TEST İSTATİSTİĞİ DEĞERLERİ (LİSTHDM)					
	ADF DEĞERİ	PROB (F-STATİSTİK)	MC KİNNON KRİTİK DEĞERİ			
			%1	%5	%10	
DÜZEY DEĞER	N	2.445657	0.9952	-2.650145	-1.953381	-1.609798
	ST	0.210740	0.9684	-3.689194	-2.971853	-2.625121
	T&ST	-0.950648	0.9352	-4.323979	-3.580623	-3.225334
BİRİNCİL FARK	N	-3.953484	0.0003	-2.653401	-1.953858	-1.609571

*%10 seviyesinde anlamlı
**%5 seviyesinde anlamlı
***%1 seviyesinde anlamlı

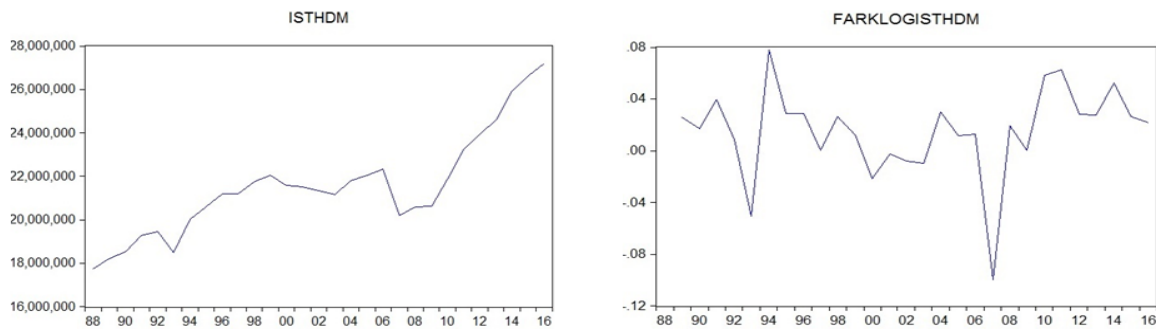
N=Sabit Terim ve Trend yok
ST=Sabit Terimli
T&ST=Trend ve Sabit Terimli

Tablo 4: Toplam Sağlık Harcamaları Değişkenine Ait ADF Birim Kök Testi

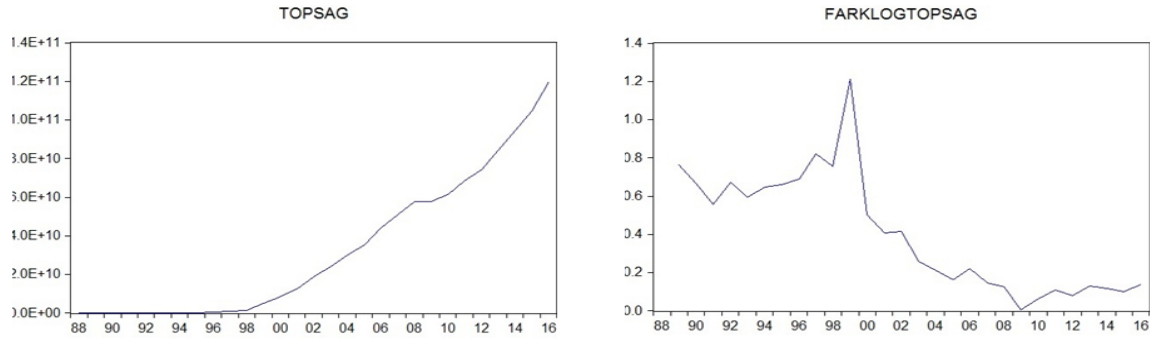
DÜZEY TÜRÜ	ADF TEST İSTATİSTİĞİ DEĞERLERİ (LTOPLAMSAGHARC)					
	ADF DEĞERİ	PROB (F-STATİSTİK)	MC KİNNON KRİTİK DEĞERİ			
			%1	%5	%10	
DÜZEY DEĞER	N	0.605020	0.8409	-2.653401	-1.953858	-1.609571
	ST	-2.383558	0.1555	-3.699871	-2.976263	-2.627420
	T&ST	-1.132893	0.9042	-4.339330	-3.587527	-3.229230
BİRİNCİL FARK	N	-3.699871	0.0000	-2.656915	-1.954414	-1.609329

*%10 seviyesinde anlamlı
**%5 seviyesinde anlamlı
***%1 seviyesinde anlamlı

N=Sabit Terim ve Trend yok
ST=Sabit Terimli
T&ST=Trend ve Sabit Terimli



Şekil 1: İstihdam Serisinin Durağanlaştırılması



Şekil 2: Toplam Sağlık Harcamaları Serisinin Durağanlaştırılması

Durağanlığı sağlanan serilere uygulanması gereken bir sonraki aşama ise bu serilerle oluşturulan modelin gecikme uzunluğunun belirlenmesidir. Gecikme uzunluğunun belirlenmesinde en yaygın biçimde kullanılan kriterler Akaike Bilgi Kriteri (AIC), Schwartz Kriteri (SCI), ve Hannan Quinn Kriteri (HQ) kriterleridir. Bu üç kriterlerde de en küçük değere sahip gecikme uzunluğu en uygun gecikme uzunluğunu göstermektedir. Kriterler yardımıyla çalışmada kurulan model için belirlenen en uygun gecikme uzunluğu 1 olarak belirlenmiştir (Tablo 5). Bununla birlikte Yılmaz (2010) çalışmasında gecikme uzunluğunun tespitinde veri setinin gecikme değerinin saptanması için veri setinin yapısına bakılması gerektiğini bildirmiş ve değişkenler yıllıksa 1, altı aylık dönemler halindeyse 2, üç aylık ise 4, aylık ise 12 gecikme sayısının kullanılmasının yerinde olacağını belirtmiştir (Yılmaz, 2010). Bu çalışmada kullanılan veri seti yıllık olarak ele alındığından gecikme uzunluğunun 1 olarak kabul edilmesi Yılmaz'ın ifadeleriyle de tutarlılık göstermektedir. Gecikme uzunluğu sınaması ve bulunan değerler Tablo 5'te gösterilmektedir.

Birim kök testi ile durağanlığı sağlanan ve uygun gecikme uzunluğu belirlenen serilerle yapılması gereken bir diğer analiz de Granger Nedensellik Testidir. Kavram olarak nedensellik, istatistiksel anlamda bir zaman serisi değişkeninin gelecekteki tahmini değerlerinin, kendisinin ya da ilişkili

başka bir zaman serisi değişkeninin geçmiş dönem değerlerinden etkilenerek elde edilmesi anlamına gelmektedir. Granger anlamında nedensellik ise bir X değişkeni, başka bir Y değişkenine, hem X hem de Y'deki bilgi veri iken eğer Y değişkeni sadece X'e ait geçmiş değerlerin kullanımıyla tahmin edilirse Granger anlamında nedendir, biçiminde ifade edilmektedir. Diğer bir ifadeyle X değişkeninin geçmiş değerlerine ait bilgi sahibi olma, Y'nin daha kesin bir biçimde öngörülmesine imkân veriyor ise X değişkeni Y değişkenine Granger anlamında nedendir. Granger anlamında nedensellik hem X' den Y'ye, hem de Y' den X'e doğru olabilir. Bu durum iki yönlü nedensellik olarak bilinir (Takım, 2010). Granger Nedensellik Testindeki olasılık değerleri 0,05'ten büyük olduğunda seriler arasında nedensellik ilişkisinden söz edilemez.

Çalışmada kullanılan serilere ait Granger Nedensellik Analizinin sonuçları Tablo 6'da gösterilmektedir.

Granger Nedensellik Testi sonuçlarına göre; 1988-2016 dönemini kapsayan veri setinde Türkiye'de toplam sağlık harcamaları ile istihdam rakamları arasında anlamlı bir nedensellik ilişkisi tespit edilememiştir. Diğer bir ifadeyle belirtmek gerekirse; araştırmanın veri setini oluşturan 29 yıllık süreçte istihdamda meydana gelen artışları, toplam sağlık harcamalarında yaşanan artışların nedeni olarak göstermek mümkün değildir.

Tablo 5: Gecikme uzunluğunun belirlenmesi

Gecikme Uzunluğu	AIC	SCI	HQ
0	-3.357635	-3.258449	-3.334269
1	-4.247985*	-3.950428*	-4.177889*
2	-4.086432	-3.590503	-3.969606
3	-3.835350	-3.141050	-3.671793
4	-3.521374	-2.628703	-3.311087
5	-3.194625	-2.103583	-2.937608
6	-3.106355	-1.816941	-2.802608

*Uygun gecikme uzunluğu

Tablo 6: Granger Nedensellik Testi Sonuçları

Değişken Çifti	Nedensellik Yönü	Granger F İstatistiği	Olasılık Değerleri
Listhdm-Ltoplamsagharc	-	0,317499	0.5731
Ltoplamsagharc>Listhdm	-	1,061987	0.3028

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın başlığını oluşturan “Türkiye’de toplam sağlık harcamaları artışının nedeni istihdam olabilir mi?” şeklindeki problem cümlemizin yanıtı, yapılan nedensellik analizi sonrasında ortaya çıkmış ve istihdamın toplam sağlık harcamalarındaki artışın nedeni olarak gösterilemeyeceği sonucuna varılmıştır. Bu nedenle Türkiye’de istihdam arttırıcı politikaların üretilmesinde ve uygulanmasında toplam sağlık harcamalarında anlamlı bir artışın yaşanacağı endişesinin yersiz olacağını söylemek mümkündür.

İstihdam rakamları ve toplam sağlık harcamaları arasındaki nedensellik ilişkisinin incelenmiş olması bu çalışmayı literatürdeki diğer çalışmalardan daha önce bu türden değişkenlerin birlikte analiz edilmemiş olması nedeniyle farklı kılmaktadır. Bununla birlikte daha önce yapılan çalışmalarda diğer değişkenlerle nedensellik ilişkisi incelenen toplam sağlık harcamaları, sağlık göstergeleriyle açıklanırken bu çalışmada toplam sağlık harcamaları Türk Lirası değerinden yapılan kamu ve özel nitelikli harcamaların toplamı olarak değerlendirmeye tabi tutulmuş ve bu özelliği nedeniyle de alanda yapılan diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir.

Özetle belirtmek gerekirse; 1988-2016 dönemine ait yıllık verilerle oluşturulan serilere uygulanan nedensellik testi sonucunda Türkiye’de toplam sağlık harcamaları ile istihdam rakamları arasında anlamlı bir nedensellik ilişkisi olmadığı söylenebilir.

Bu çalışmanın politika üreten ve uygulayan hükümetlere; istihdam ve sağlık harcamaları gibi ülke genelini ilgilendiren konularda orta ve uzun vadeli politika oluşturmaları için bir bilgi kaynağı oluşturması ümit edilmektedir.

Bununla birlikte toplam sağlık harcamalarında artışa yol açan uygulamaları tespit edebilmek için ilgili olabileceği düşünülen diğer değişkenlerin de nedensellik analizi ile incelenmesi bilimsel çalışmalar adına katkı sağlayacaktır. Politika üreten ve uygulayanların, bu süreçleri gerçekleştirmeden önce bilimsel çıkarımlardan faydalandığı varsayımıyla bu tür analizlerin farklı ve birden çok değişken kullanılarak yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- AKAR, S. (2014). “Türkiye’de sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının nisbi fiyatı ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesi”. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(1), 311-322.
- AKTAŞ, C. (2009). “Türkiye’nin ihracat, ithalat ve ekonomik büyüme arasındaki nedensellik analizi”. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(2). s.35-47.
- ÇANKAYA, M. (2017). “Hastane çalışanlarının performans dayalı ek ödeme sistemine ilişkin görüşleri Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde bir araştırma”. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4 (4), 272-282. <http://dx.doi.org/10.5455/sad.13-1505661548>
- ÇELİK, Y. (2013). *Sağlık ekonomisi*, 2. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- EKİNCİ, A. (2011). “Doğrudan yabancı yatırımların ekonomik büyüme ve istihdama etkisi: Türkiye uygulaması (1980-2010)”. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi* 6(2) s.71-96.
- KARAGÖL, E., ERBAYKAL, E. ve ERTUĞRUL, H.M. (2007), “Türkiye’de ekonomik büyüme ile elektrik tüketimi ilişkisi: sınır testi yaklaşımı”. *Doğuş Üniversitesi Dergisi* 8(1). s.72-80.
- KAYA, D. G., KAYGISIZ, A. D., ve ALTUNTEPE, N. (2015). “Türkiye’de kamu harcamalarının toplam istihdama etkisi üzerine bir değerlendirme”. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(1). s.83-96.
- MERCAN, M. ve PEKER, O. (2013), “Finansal gelişmenin ekonomik büyümeye etkisi: ekonometrik bir analiz”. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 8(1). s.93-120.
- MUTLU, A. ve IŞIK, A.K. (2012). *Sağlık ekonomisine giriş*, 3. Baskı, Ekin Yayınevi.
- ÖZSABUNCUOĞLU, İ.H. ve DİREKÇİ, T. (2012), “Seçilmiş bazı makroekonomik değişkenlerin Türkiye’de bölgesel istihdama etkisi”, *Türkiye Ekonomi Kurumu Tartışma Metni*, No. 2012/86.
- TAKIM, A. (2010). Türkiye’de GSYİH ile ihracat arasındaki ilişki: granger nedensellik testi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(2), 1-16.
- TAŞÇI, H. ve DARICI, B. (2010). “Türkiye’de eksik istihdamın belirleyenleri HIA ile bir mikro veri uygulaması”. *Maliye Dergisi*, 158, 278-300.
- TÜİK, İ. (2007). *İstihdam ve işsizlik istatistikleri sorularla resmi istatistikler dizisi-1*. TC Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara.
- TÜİK Temel İstatistikler (2005-2015) <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?method=temelist> (Erişim Tarihi: 22.06.2017)
- TÜİK 2011, http://www.tuik.gov.tr/MicroVeri/Hia_2011/turkce/metaveri/tanim/index.html (Erişim Tarihi: 21.06.2017)
- YARDAN, E.D., DEMİRKIRAN, M. ve KİREMİT, B. Y. (2016). “Türkiye’de sağlık harcamaları trendi”. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(1), 158-175.
- YILMAZ, V. ve YENTÜRK, N. (2015). “Türkiye’de sağlık harcamalarına tarihsel bir bakış”. *İstanbul Bilgi Üniversitesi Sivil Toplum Çalışmaları Merkezi*, 1-17.
- YILMAZER, M. (2010). “Doğrudan yabancı yatırımlar, dış ticaret ve ekonomik büyüme ilişkisi: Türkiye üzerine bir deneme”. *Celal Bayar Üniversitesi SBE, Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(1), 241-260.

Araştırma / Research Article



Çalışan hakları ve güvenliği birimlerinin işleyişi ile beyaz kod başvurularının retrospektif olarak değerlendirilmesi (Konya ili örneği)

Evaluation of the operational rights and security particles of function and retrospective white code applications (Sample of Konya)

Rufen Oral, Hatice Günaydın, Mehmet İshak Mazı

Konya İl Sağlık Müdürlüğü, Konya

Anahtar Kelimeler:
Çalışan Hakları ve Güvenliği, Beyaz Kod, Şiddet

Key Words:
Workers Rights and Security, White Code, Violence

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Rufen Oral,
Konya İl Sağlık Müdürlüğü, Konya
rufen.oral@saglik.gov.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:
17.12.2017

Kabul Tarihi/Accepted Date:
20.02.2018

Yayınlanma Tarihi/Published Online:
30.06.2018

DOI:
10.5455/sad.13-1510901110

ÖZET

Son zamanlarda sağlık kurumlarında yaşanan ve medyaya yansıyan sağlıkta şiddet olayları artan bir çalışan güvenliği sorunudur. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmalar ile şiddet olaylarının azaltılması, önlenmesi ve şiddeti uygulayanların cezalandırılması şeklinde yapılan yasal düzenlemeler ise dikkat çekmektedir.

Bu çalışma, 320 yataklı bir kamu hastanesinde 2012-2016 yılları arasında meydana gelen ve Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine başvurusu yapılan toplam 68 Beyaz Kod bildirim formlarının ve kayıtlarının retrospektif olarak incelenmesi ile yapılmıştır. Beyaz Kod uygulamalarının etkinliğini, verimliliğini, uygulama sonucu elde edilen kazanımları ve uygulamada karşılaşılan sorun ve çözüm önerilerine dikkat çekmek amacıyla yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının iş yerinde karşılaştıkları fiziksel ve sözel şiddet vaka oranları, karşılaşılan şiddetin türü, şiddete maruz kalanların ve şiddeti uygulayanların kişisel ve mesleki özellikleri değerlendirilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından standart hale getirilen renkli kod uygulamalarından Beyaz Kod çağrılarının/uygulamasının şiddet olayları karşısında etkinliği ve çalışanlar açısından yasal süreç ile hukuki boyut birlikte ele alınmıştır.

ABSTRACT

Novadays, violence in health, happened in health institutions, are mentioned by media, is a big problem for security. Legal arrangements pay attention which are performed by Ministry of Health for decreasing and preventing the events and punishing the ones who carrying out these behaviours.

This working was performed with retrospective examining of 68 white code declaration forms and recordings which are occurred in a public hospital with 320 beds in 2012-2016. It was performed for calling attention the effectiveness and fertility of applications, goals that obtained as a result of them and suggestions for problems/solutions that faced in this application.

The rate of verbal and physical violence events that workers come across in health institutions, the type of violence, personal and Professional features of ones who resort violence are evaluated.

The effectiveness of White Code callings application, which is one the standart colorful code applications prepared by Ministry of Health, from the aspect of worker's legal process and legal aspects in handled.

GİRİŞ

Günümüzde sağlık kurum ve kuruluşlarında Hasta Hakları-Hasta İletişimi kavramının yanı sıra Çalışan Hakları ve Güvenliği de önemli bir boyut kazanmıştır. Sağlık çalışanlarına yönelik uygulanan şiddet olayları ve bu olayların medyaya yansımaları yoluyla Çalışan Hakları ve Güvenliği kavramı, şiddet olaylarıyla birlikte düşünülmeye başlanmıştır. Sağlık hizmeti sunanlar için şiddet olayı önemli bir risk faktörü olmaktadır. Bu konuda yapılan en önemli çalışma Sağlık Bakanlığının 14/05/2012 tarihli Çalışan Güvenliği Genelgesi ile tüm kamu hastanelerinde Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimlerinin kurulmasıdır.

Sağlık kurumlarında sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemek amacıyla oluşturulan acil uyarı kodu ise dünyada ve ülkemizde "Beyaz Kod" uygulaması olarak isimlendirilmiştir. Sağlıkta Kalite Standartları SKS'ye göre: Beyaz Kod uygulaması hastanelerde çalışanlara yönelik şiddeti önlemek amaçlı acil yönetim aracıdır (SKS, 2012:137). Bu uygulama ile çalışan güvenliği en kısa sürede, en az risk ile müdahalenin yapılmasıdır. Hizmet Kalite Standartları HKS'ye göre de; Beyaz Kod uyarı sistemi ile amaç en kısa sürede ilk müdahalenin sağlanmasıdır (HKS, 2011).

Hastanelerde beyaz kod uygulaması "panik buton" veya telefon üzerinden çağrı kodunun tuşlanması ile

gerçekleştirilmektedir. Devlet Hastanesinde “1111” telefon çağrısı ile beyaz kod çağrısı başlatılmakta, güvenlik görevlilerinde bulunan pager cihazında sinyal verilen adres görüntülenmekte ve beyaz kod müdahale ekibinin çağrı yapılan birime intikal etmesi sağlanmaktadır. Güvenlik ekiplerinin olay yerine ulaşması ile çağrı sonlandırılmaktadır. Pager cihazlarında panik durumun bildirildiği yer, tarih ve saat yer almaktadır.

Sağlık alanında çalışanların gördüğü şiddet olaylarının diğer sektörlerde çalışanlarla karşılaştırıldığında 16 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir. Dünyada ve ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik yapılan şiddetin giderek artış gösterdiği, bu açıdan bakıldığında önemli bir mesleki sorun olduğu ifade edilmektedir (Büyükbayram ve Okçay, 2013: 47).

Bir Devlet Hastanesinde çalışanlara yönelik hasta/hasta yakınları tarafından yapılan şiddetin rakamsal boyutu, kurumsal ve hukuksal boyuttaki beyaz kod durumu, hastanelerdeki renkli kod uygulamalarından Beyaz Kodun çalışan güvenliğine katkısı ve farkındalık kazandırılması açısından bu çalışma önem arz etmektedir.

Çalışma Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı bir Devlet Hastanesinde görevli sağlık çalışanlarının uğradığı sözel/fiziksel şiddet olaylarının sayısal veriler ışığında analizi, değerlendirilmesi, sorunların giderilmesi, güvenli ortamın sağlanması, sağlık çalışanlarının ve yöneticilerinin şiddetle ilgili farkındalıklarının artırılması ve bu doğrultuda düzeltici-önleyici iyileştirme faaliyetlerinin başlatılması amacıyla yapılmıştır.

ŞİDDET KAVRAMI

Dünya Sağlık Örgütü tarafından şiddetin tanımı; “kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidinin amaçlı olarak uygulanması” şeklinde yapılmıştır (WHO, 1998). Sağlık çalışanları için Beyaz Kod kapsamındaki şiddet ise hizmet sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı görev mahallinde veya çalışma saati dışında gerçekleşen saldırılardır (Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi 16/03/2016).

Sağlık tesislerinde 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi, stresli yaşam tarzı ve aile yapısının varlığı, hastaların uzun süre beklemesi ve tıbbi bakım hizmetlerinden yeterli derecede yararlanamaması gibi şiddet riskini artıran farklı faktörler vardır. Personel sayısının yetersiz ve işlerin yoğun olması, kalabalık ortamda çalışma, tek başına çalışma, şiddetle baş etme ve öfkeli insanlarla

baş etme konusunda çalışanlara verilen eğitimlerin yetersizliği, güvenlik çalışanlarının az olması gibi bazı faktörler de şiddet riskini artırmaktadır (Çamcı ve Kutlu, 2011:9).

Türkiye’de 2006 yılında yapılan çalışmada şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %43.5’i herhangi bir sorun belirtmezken, %56.2’sinin anksiyete veya irritasyon bulguları gösterdikleri saptanmıştır. Bu kişilerin büyük bir çoğunluğunun (%87.8) tedavi almadığı görülmüştür (sbn.gov.tr, 2017).

Literatüre bakıldığında şiddet genel olarak fiziksel, sözel/psikolojik ve cinsel şiddet” olarak üç başlık altında ruhsal ve fiziksel yönleriyle ele alınmaktadır. Sağlık tesislerinde görülen şiddet türünün başında sözel şiddet olduğu bilinmektedir. Ölüm ve yaralanma ile sonuçlanan fiziksel şiddet, saldırı olayları ise medyaya yansıyan sağlıkta şiddetin diğer bir gerçeğidir.

Fiziksel Şiddet

Dünya Sağlık Örgütü (1998) fiziksel şiddeti, karşıdaki kişinin canının yanmasına, yaralanmasına ya da ölümüne sebep olan, kasıtlı olarak yapılan davranış veya davranışlar olarak tanımlamıştır.

Fiziksel Şiddet Türleri

- Tokat atmak
- Tekme atmak
- Yumruk atmak
- Karşısındakine bir şeyler fırlatmak
- Bir cisim fırlatmak
- Kesici delici alet ve ateşli silah kullanmak
- Yere yatırmak
- El-kol bükme
- Yakmak ve boğmak.

Sözel/Psikolojik Şiddet:

Bireyin ruhsal ve sosyal bütünlüğüne zarar veren sözel ifadeler ve davranışlardır.

Sözel/Psikolojik Şiddet Türleri

- Hakaret etmek
- Tehdit etmek
- Küfür etmek
- Aşağılamak
- Reddetmek ve bağırarak.

Cinsel Şiddet Türleri:

Dünya Sağlık Örgütü (1998) Raporuna göre; cinsel içerikli konuşma, teşhircilik, pornografi ve rıza

gösterilmeyen davranışlara zorlama şeklinde olup en zor ve en son ortaya çıkan şiddet türüdür.

Cinsel şiddet, içerisinde fiziksel şiddeti de barındırır ancak cinsel şiddet diyebilmek için hareketin kişinin cinsel bütünlüğüne yapılan bir saldırı boyutunun da olması gerekir. Bu saldırı her zaman fiziksel bir nitelik taşımayabilir. Sözlü olarak cinsel taciz davranışı da cinsel şiddettir (dergipark.gov.tr, 2017).

KAMU HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ

Sağlık çalışanlarının, güvenli ortamlarda ve yüksek motivasyonla çalışmalarının sağlanması, Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Dönüşüm Programının temel hedeflerinden olup bu çerçevede sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik bazı uygulamalarla kurumlar talimatlandırılmıştır (saglik.gov.tr, 2017).

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan genelge kapsamında “emeğe saygı şiddete sıfır tolerans” sloganı ile halkın bilinçlendirilmesi, Çalışan Hakları ve güvenliği Birimlerinin kurulması, beyaz kod uygulamasına geçilmesi, hasta ve hasta yakınlarının çalışan hakları konusunda bilgilendirilmesi, şiddete maruz kalan çalışanlara hizmetten çekilme hakkının verilmesi, şiddet olaylarının ihbar edileceği sistemlerin oluşturulması ve hukuki yardım sağlanması gibi konular yer almaktadır.

Kamu Hastanelerinde Başhekim Yardımcısı sorumluluğunda kurulan Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi görevlendirmelerinde; tıbbi sosyal hizmet birimi ve hasta hakları birimlerindeki personel hariç tutularak, fakültelerin ilgili bölümlerinden en az dört yıllık lisans mezunu sosyal hizmet uzmanı, psikolog veya halkla ilişkiler uzmanının görev yapabileceği belirtilmiştir (tkhk.gov.tr, 2017).

Beyaz Kod Çağrı Merkezi

Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği bünyesinde faaliyet gösteren Beyaz Kod çağrı merkezi; 7 gün 24 saat esasına göre hizmet vererek, “Alo 113 Beyaz Kod” telefon hattına gelen çağrılarını karşılamakta, telefon görüşmesine göre sağlık çalışanının yaşamış olduğu sözel veya fiziksel şiddet başvurularının Beyaz Kod web sistemine kaydını gerçekleştirilmekte, arşiv ve kayıtlarını düzenli tutulmasını sağlayarak raporlamalarını yapmaktadır (saglik.gov.tr, 2017).

Beyaz Kod Sisteminin İşleyişi

Kamu veya özel bütün sağlık kuruluşlarında gerçekleşen şiddet olaylarının tamamı Beyaz Kod sistemine 3 şekilde bildirilebilmektedir. Bu bildirimler;

<http://www.beyazkod.saglik.gov.tr> adresine giriş yapılarak,

Telefonla 113 numaralı çağrı merkezi aranarak,

Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine başvurarak yapılmaktadır.

Hukuki Yardım Sağlanması

11 Kasım 2011 tarihinde yürürlüğe giren 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin “Hukuki Yardım” başlıklı 54. Maddesi “Bakanlık ve bağlı kuruluşlarında; sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle ceza hukuku kapsamında yürütülmekte olan işlemler ve davalarda personelin talebi üzerine Bakanlık ve bağlı kuruluşlarınca hukuki yardım yapılır. (Ek cümle: 4/7/2012-63-54/18 md.) Bakanlık ve bağlı kuruluşları merkez ve taşra teşkilatı ile döner sermaye teşkilatı kadrolarında bulunan hukuk birimi amirleri, hukuk müşavirleri ve avukatlar, ayrıca vekaletname ibraz etmeksizin ilgili personeli vekil sıfatı ile temsil eder. Bu yardımın usul ve esasları Bakanlıkça belirlenir” hükmü ile sağlık çalışanlarına hukuki yardım verilmesi konusunda kanuni bir düzenleme yapılmıştır.

Bu maddeye dayanılarak Bakanlık ve bağlı kuruluşlarınca yapılacak hukuki yardıma ilişkin usul ve esasları belirlemek amacıyla “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardım Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” 28/04/2012 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanmıştır. Sağlık bakanlığının tüm çalışanları şiddete maruz kaldıkları durumlarda, bu düzenlemeler doğrultusunda, Bakanlık avukatları tarafından gerekli hukuki yardımı alabilmektedir (resmigazete.gov.tr, 2017).

-Sağlık bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında hizmet sunan:

-Kadrolu personel (memur),

-663 sayılı KHK’de belirtilen pozisyonlarda istihdam edilen sözleşmeli personel,

-663 sayılı KHK’ye göre Bakanlık ve bağlı kuruluşlarında gönüllü ve ücretsiz sağlık hizmeti verenler,

-667 sayılı Devlet Memurları Kanununun (4/B) maddesine göre istihdam edilen sözleşmeli personel,

-Aile Hekimliği Kanunu kapsamında görev yapanlar,

-3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun Ek 1. Maddesine göre sözleşme ile çalışan eğitim görevlileri,

-3359 sayılı Kanun E k 9. Maddesine göre, üniversiteler ile birlikte kullanımdaki Sağlık Bakanlığı ve bağlı

kuruluşlarına ait kurum ve kuruluşlarda görev yapan üniversite personeli,

-Kadro veya pozisyonları diğer kamu kurum ve kuruluşlarında olup, bakanlık ve bağlı kuruluşlarında görevlendirilen personel,

-Söz konusu personelin hukuki yardım talepleri, suç, sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı işlenmiş ise karşılanabilecektir. Hizmetin sunumu veya göreviyle ilgili olmak kaydıyla, görev mahalli veya çalışma saati dışında gerçekleşen suçlar için de hukuki yardım yapılacaktır (saglik.gov.tr, 2017).

Ayrıca yapılan kanuni düzenleme ile sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı, görevleri sırasında veya görevleri dolayısıyla işlenen kasten yaralama suçu, 04/12/2004 tarihli ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun 100.maddesinin 3.fıkrası kapsamında tutuklama nedeni sayılmıştır. Bu önemli hukuki düzenlemeye, sağlık çalışanlarına yapılan sözel saldırılarında tutuklama nedeni olması hükmü eklenmesi, kayda değer bir gelişme olmuştur.

Hukuki Yardım Kapsamında Bulunmayan Kişiler ve Durumlar

-Hizmet satın alma yoluyla çalıştırılanlar,

-Stajyerler ve intörnerler,

-Hizmet verme hizmet alma ilişkisinden kaynaklanmayan sağlık çalışanları arasında vuku bulan fiiller,

-Sağlık kuruluşlarında çalışanlar arasında mevcut gücün ya da pozisyonun kötüye kullanılarak ve sistematik olarak psikolojik şiddet, baskı, kuşatma, taciz, aşağılama, tehdit ve benzeri şekillerde tecelli eden mobbing (bezdirme, yıldırma) vakalarından kaynaklı fiiller,

-Personelin hizmet verdiği sırada yaşanmış olsa dahi, kişisel meselelerden kaynaklanan ve hizmetle ilişkisi kurulamayan fiiller,

-Hukuki yardım yapılacak personel kapsamında olanlardan görevi sona eren veya erdirilenler,

-Hukuki yardım talebinde bulunmakla birlikte, gerçekleşen olaya ilişkin gerekli bilgi ve belgeleri vermeyerek dava takibini imkansız kılanlar,

-Kamu görevlisine karşı görevi nedeniyle işlenen suçlar, şikayete tabi suçlardan olmadığından; şikayetten vazgeçilmesi veya kovuşturma aşamasında davaya katılmak istenmediği yolunda beyan verilmesi durumunda, söz konusu dava kamu davası olarak devam edecek olmakla birlikte, vekilin yetkisi asilin yetkisine bağlı olduğu cihetle şikayetinden vazgeçen

veya davaya katılmak istemediğini beyan eden personelin/katılanın vekili olan avukatın da vekillik sıfatı ve takip yetkisi kalmayacağından hukuki yardım verilemeyecektir.

Konya İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı hastaneler ve diğer tüm resmi sağlık kuruluşlarında gerçekleşen şiddet olaylarının Beyaz Kod dava işlemleri, Müdürlükte görevli kurum avukatları tarafından yürütülmektedir. Beyaz Kod davalarını takip eden avukatlar tarafından davaların uzun sürmesinin nedenleri olarak; savcılık ve mahkeme aşamasından kaynaklanan sorunlar, bunun yanı sıra bazen sanık, mağdur ve tanıkların duruşmaya iştirak etmemesi ya da bir sonraki duruşmaya zorla getirilmeleri ve buna bağlı olarak duruşma tarihlerinin ertelenmesi gibi faktörler olduğu beyan edilmektedir.

Hizmetten Çekilme Hakkı

Genelge içeriğinde belirtildiği üzere; sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğramaları halinde, acil verilmesi gereken hizmetler hariç olmak üzere hizmetten çekilme talebinde bulunabilirler. Bu kapsamda;

a-Hizmetten çekilme talebi, kurum tarafından belirlenen yöneticiye sözlü veya yazılı olarak bildirilecektir.

b-Bildirim üzerine yetkili yönetici, olayı derhal değerlendirerek hizmetten çekilme talebinin uygun olup olmadığı hakkında gecikmeksizin karar verecektir.

c-Yetkili yönetici, hizmetten çekilme talebini uygun bulunduğu takdirde hastanın sağlık hizmeti almasına ve tedavisinin devamına yönelik tedbirleri güvenlik tedbirleriyle birlikte alacaktır. Bu kapsamda ilgili hastanın sağlık hizmetini devam ettirecek yeni sağlık çalışanını belirleyecek, kurum içerisinde bunun mümkün olmaması halinde hastanın hizmet alabileceği başka bir sağlık kurumuna sevkini ve hizmet alımını sağlayacaktır. Bu süreç sırasında hastanın tedavisinin aksatılmamasına itina edilecektir (saglik.gov.tr, 2017).

Kamu Hastanelerinde Beyaz Kod “1111” Uygulamaları

Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlarda (URK) yer alan her bir renkli kod için ayrı ortak bir numara belirlenmek suretiyle ulusal düzeyde uygulamada ortak bir dil oluşturulmuştur. Numaralar kodların baş harflerine uygun olarak alfabetik sırayla verilmiştir.

Ülkemizde Hizmet Kalite Standartları kapsamında 2008 yılında mavi kod, 2009 yılında pembe kod, 2011 yılı Temmuz ayında ise beyaz kodun da hayata geçmesi ile 3 farklı renkli kod uygulaması başlatılmıştır. **Mavi kod**; tüm dünyada aynı acil durum için aynı rengin

kullanıldığı tek renkli koddur. Acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyan hastalar, hasta yakınları ve tüm hastane personeline en kısa sürede müdahale edilmesini sağlayan acil durum yönetim aracıdır. Genellikle oluşturulan bir çağrı sistemi aracılığıyla sağlık çalışanı tarafından verilen kod, belirlenmiş sorumlu personelin, çoğunlukla kardiyak arrest durumundaki hastaya müdahalesini mümkün kılmaktadır. **Pembe kod**; hastanede servislerde tedavi için bulunan bebek veya çocuk hastayı kaçırma girişiminin veya kaçırma durumunun tespit edilmesi halinde uygulanan acil durum yönetim aracıdır. Hastane kendi özgün koşulları çerçevesinde çocuk kaçırılma durumları için bir uyarı sistemi kurmaktadır. **Beyaz kod** ise hastanelerde çalışanlara yönelik şiddeti önlemeyi amaçlayan acil durum yönetim aracıdır. Bu kodla ilgili sağlık çalışanlarına eğitimler verilmekte, beyaz kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat gerçekleştirilmektedir. Olaya maruz kalan çalışanlara ise gerekli destek sağlanmaktadır. Ardından, gerçekleşen olaylara ilişkin kayıtlar kalite yönetim birimlerine teslim edilmekte ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetler yapılmaktadır (kalite.saglik.gov.tr, 2017).

Hastanelerde hasta, hasta yakınları ve çalışanların can ve mal güvenliğini korumaya yönelik düzenlenen ve Sağlıkta kalite standartlarına son olarak eklenen **Kırmızı kod** çağrı sistemi ise hastanede çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek ve/veya önlemek amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur (SKS, 2015).

Hastanelerde “1111 Beyaz Kod” uygulaması önemli bir kalite ölçütü haline gelmiştir. Şiddet olaylarını engellemeye yönelik Beyaz Kod Müdahale Ekibinin oluşturulması, hazır durumda bulunması, olayların büyümesinin engellenmesi ve müdahale sonrası kayıtların tutulması gibi işlemler bu kapsamda yapılmaktadır.

Araştırma kapsamındaki Devlet Hastanesinde, güvenlik ekibi içinde görev yapan vardiya amiri tarafından günlük pager/çağrı cihazı ile Beyaz Kod vakaları takip edilmektedir. Çağrı geldiği anda yeterli sayıda güvenlik görevlisinin olay yerine gitmesi sağlanmaktadır. Şiddete uğrayan personel Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine başvurarak olay tutanağını ve hukuki yardım talebini iletmede böylece birim tarafından hastane idaresi adına hukuki süreç işlemleri başlatılmaktadır (beyhekimdh.saglik.gov.tr, 2017).

Hastanede güvenlik görevlilerinden oluşan “Beyaz Kod Müdahale Ekibi”nin yanı sıra Kalite Birimince, Sağlıkta Kalite Standartları gereği Beyaz Kod Uygulama Talimatı ile oluşturulan “Beyaz Kod Ekibi”nde, Sorumlu

Başhekim Yardımcısı, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, İdari Mali İşler Müdür Yardımcısı, Sosyal Hizmet Uzmanı, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birim Sorumlusu ve Güvenlik Amiri görevlendirilmiştir. Ayrıca ekibe diğer birim sorumluları da dâhil edilerek “Çalışan Güvenliği Komitesi” kurulmuştur. Komite, her üç ayda bir toplanarak kalite standartlarında yer alan birim bazlı risklerin azaltılmasına yönelik ve çalışanların gerek şiddet yönünden gerekse diğer hak ve güvenliklerinin sağlanması açısından düzeltici-önleyici faaliyetler yürütmektedir.

YÖNTEM

Bu çalışma 320 yataklı Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı olan bir Devlet Hastanesine Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine 2012-2016 yılları arasında kapsayan beş yıllık süreçteki Beyaz Kod Bildirimlerinin retrospektif olarak incelenmesi ile yapılmıştır.

Araştırmanın Amacı

Devlet Hastanesi Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine yapılan beyaz kod başvurularının değerlendirilmesiyle, çalışanların uğradıkları şiddet türünün, oluş nedeninin, beyaz kod davası açılma nedenleri ile cezai açıdan sonuçlarının, şiddet olayının gerçekleştiği birimlerin, şiddete uğrayanların ve şiddeti uygulayanların yaş, cinsiyet ve meslek gibi tespit edilen özelliklerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, Devlet Hastanesi Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine Mayıs-2012 ile Aralık-2016 tarihleri arasında yapılan Beyaz Kod başvuruları oluşturmaktadır.

Araştırmada Verilerin Toplanması

Araştırmada, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi tarafından dosyalanan ve Beyaz Kod Sistemine kaydı yapılan 2012-2016 yıllarına ait 68 çalışanın beyaz kod bildirim verileri analiz edilerek kullanılmıştır.

Araştırmanın Kısıtlılıkları (Sınırlılıkları)

Araştırma, Konya ili genelinde yapılmak istenmiş ancak beyaz kod davalarına birden çok hukukçunun katılması nedeniyle hukuki sonuçlarla ilgili verilerin toplanmasında süre kısıtlılığı açısından güçlük olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle sadece bir kamu hastanesi bünyesinde yapılmıştır. Hastane seçimi yapılırken Bakanlık Beyaz Kod Sisteminden Konya merkezdeki üç hastanenin 2016 yılı verileri incelenmiştir. Numune Hastanesinde (15), SBÜ Konya

Eğitim ve Araştırma Hastanesinde (20) ve Beyhekim Devlet Hastanesinde (25) personelin bildirimde bulunduğu görülmüştür. Sayıların birbirine yakın olması nedeniyle en çok bildirim yapan Beyhekim Devlet Hastanesi çalışma konusu olarak seçilmiştir. Dolayısıyla sonuçların Konya il genelini temsil edebileceği öngörülmüştür.

BULGULAR

Hastanede 2012 yılının ilk 5 ayında başvuru olmamasının nedeni Çalışan Hakları ve Güvenliği Biriminin Mayıs 2012'den itibaren resmi olarak kamu hastanelerinde kurulması ve bu nedenle beyaz kod bildirim kaydının olmamasıdır. 2013 yılında şiddet olayı sayısının 2012'ye göre 6'dan 12'ye çıkarak iki kat arttığı görülse de, 2014 yılında bu sayı 9'a düşmüş, ancak 2015 yılında yine yaklaşık iki kat artış olmuş ve 2016 yılında da bu artışın devam ettiği Tablo 1'de görülmektedir. Çalışan Hakları ve Güvenliği Biriminin kurulduğu 2012 Mayıs ayı itibarıyla 2016 yılı sonuna kadar geçen 56 aylık sürede 68 şiddet olayı aylık ortalama 1.2 vaka olduğunu göstermektedir.

Hastanede görev yapan personel sayısı dağılımı yıl bazına göre incelendiğinde; Çalışan Hakları ve Güvenliği Biriminin 2012 yılı Mayıs ayında kurulması nedeniyle 2012 yılı kapsam dışı bırakılmıştır. 2013 yılında 1174, 2014 yılında 1143, 2015 yılında 1131 ve 2016 yılında 1097 personelin çalıştığı görülmektedir. Personel sayısına branş bazında bakıldığında büyük bir artış ya da azalış olmadığı görülmektedir. Bu nedenle beyaz kod vaka sayısındaki artış ile artan hasta sayısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

Tablo 3'de görüldüğü gibi hastanenin toplamdaki hasta sayısı her yıl artmıştır. Hasta sayısının artması ile 2012-2013 yılları ile 2014-2016 yılları arasında beyaz kod başvuru sayısının artması arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

Devlet Hastanesi Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine yapılan 2012-2016 yıllarına ait verilerin değerlendirilmesi neticesinde meydana gelen 68 beyaz kod vakasında şiddetin gerçekleştiği birimler incelendiğinde en fazla şiddet olaylarının hasta yoğunluğunun olduğu polikliniklerde (29), acil serviste (22), klinikler/servisler (15) ve diğer birimlerde (2)

Tablo 1. Devlet Hastanesi Beyaz Kod Başvuru Sayısı

Aylar	2012	2013	2014	2015	2016	Toplam Sayı
Ocak	-	-	2	-	3	5
Şubat	-	2	-	1	1	4
Mart	-	1	1	1	2	5
Nisan	-	2	1	-	3	6
Mayıs	-	1	1	7	1	10
Haziran	1	-	2	-	1	4
Temmuz	-	-	1	-	6	7
Ağustos	-	-	-	2	-	2
Eylül	3	2	-	2	1	8
Ekim	-	1	-	1	3	5
Kasım	1	2	-	1	-	5
Aralık	1	1	1	1	4	9
Toplam	6	12	9	16	25	68

Kaynak: TKHK, Konya KHBGS Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi 2012-2016 Beyaz Kod Bildirim Verileri.

Tablo 2. Yıllara Göre Hastane Personel Sayısı Dağılımı

Meslekler	2013	2014	2015	2016
Hekim	115	123	133	127
Ebe-Hemşire	321	325	314	257
Diğer Sağ.Per.	255	228	203	220
İdari Pers.	45	37	39	40
Şirket Personeli	438	430	442	453
Toplam	1174	1143	1131	1097

Kaynak: TKHK, Konya KHBGS İstatistik Birimi 2012-2016 Hasta Sayısı Verileri.

Tablo 3: Devlet Hastanesi Hasta Başvuru Sayısı

Hasta Sayısı	2012	2013	2014	2015	2016	Toplam Sayı
Acil Servis	185.530	193.762	193.710	181.226	194.974	949.202
Poliklinik	561.214	579.311	661.651	710.859	755.353	3.268.388
Servisler	24.838	27.287	29.561	22.615	21.154	125.455
TOPLAM	771.582	800.36	884.922	914.700	971.481	1.077.925388

Kaynak: TKHK, Konya KHBGS İstatistik Birimi 2012-2016 Hasta Sayısı Verileri.

olduğu görülmektedir. Yıllara göre şiddet olaylarının sayısı incelendiğinde ise 2015 yılında 2014 yılına göre yaklaşık iki kat artış görüldüğü ve artışın 2016 yılında da devam ettiği tespit edilmiştir.

Tablo 4'teki verilerden anlaşılacağı gibi hasta ve hasta yakınlarının yoğun olduğu poliklinik ve acil servislerde daha çok güvenlik tedbirleri alınması gerekmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi konusunda eğitimler önem arz etmektedir.

Hastanede şiddete maruz kalan sağlık çalışanları değerlendirildiğinde; en çok şiddet görenlerin 34 kişi ile hekimler (%50), 22 kişi ile ebe-hemşireler ve 5 kişi ile diğer sağlık çalışanları olduğu görülmektedir. 5 yıllık süreçte sadece bir idari personelin şiddete uğradığı ve şirket personeli olarak sadece 6 kişinin şiddete uğradığı tespit edilmiştir. Hizmet alımı yolu

ile çalışan personellerin; özellikle polikliniklerde sekreter olarak görev yapanların, hekimlerden önce hasta ve hasta yakınları ile karşılaştığı düşünüldüğünde şiddete uğrasalar bile hukuki yardım alamadıkları için bildirimde bulunmadıkları düşünülmektedir. 2016 yılında hekim sayısında 2015 yılına göre azalma olmasına rağmen şiddet gören hekim sayısında yaklaşık iki (2) kat artış olduğu görülmektedir.

Tablo 6'da görüldüğü üzere, Devlet Hastanesi Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi 2012-2016 yılları verileri incelendiğinde; Beyaz Kod vakalarında bayan sağlık çalışanlarının 41 kişi, erkek çalışanların ise 27 kişi olduğu tespit edilmiştir. Bayan sağlık personellerinin erkek sağlık personellerine göre iki kat daha fazla şiddet gördüğü anlaşılmakta bu sonuç ise toplumda yapılan şiddetin, sağlık kurumlarında da daha çok kadına yapıldığını göstermekte ve doğrulamaktadır.

Tablo 4. Şiddete Maruz Kalan Birimler

Birim Adı	2012	2013	2014	2015	2016	Toplam Sayı
Acil Servis	2	4	3	7	6	22
Poliklinikler	2	6	3	6	12	29
Klinikler/Servisler	2	1	3	3	6	15
Diğer	-	1	-	-	1	2
Toplam	6	12	9	16	25	68

Kaynak: TKHK, Konya KHBGS Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi 2012-2016 Beyaz Kod Bildirim Verileri.

Tablo 5. Şiddete Maruz Kalan Meslek Grupları

Meslekler	2012	2013	2014	2015	2016	Toplam Sayı
Hekim	3	8	3	7	13	34
Ebe-Hemşire	2	-	5	7	8	22
Diğer Sağ.Per.	1	1	1	2	-	5
İdari Pers.	-	1	-	-	-	1
Şirket Personeli	-	2	-	-	4	6
Toplam	6	12	9	16	25	68

Kaynak: TKHK, Konya KHBGS Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi 2012-2016 Beyaz Kod Bildirim Verileri.

Tablo 6. Şiddete Maruz Kalan Personelin Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	2012	2013	2014	2015	2016	Sayı
Erkek	2	4	2	6	13	27
Kadın	4	8	7	10	12	41
Toplam	6	12	9	16	25	68

Kaynak: TKHK, Konya KHBGS Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi 2012-2016 Beyaz Kod Bildirim Verileri.

Hastanede sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet türü değerlendirildiğinde; en çok hakaret ve tehdit içeren sözel şiddetin (56), fiziksel/sözel (8), kamu malına zarar verme şeklinde de (1) olayın gerçekleştiği tespit edilmiştir. Hasta ve hasta yakınlarının beklentisinin yüksek olması, bir an önce işlemlerini yaptırma talepleri ve bu durumun hastane gibi kompleks bir kurumda (tahlil/tetkik, röntgen, konsültasyon, otomasyon sistemi vb.) kısa sürede her zaman mümkün olmamaktadır. Bu da hasta ve hasta yakınlarında oluşan stresin, sağlık çalışanına yönelik hakaret ve tehdit şeklinde sözel şiddete dönüşmesine yol açmaktadır (Tablo 7).

Hastanede şiddet olaylarının oluş nedeni değerlendirildiğinde; tedavi memnuniyetsizliğinin (26) ilk sırada yer aldığı, yanlış iletişimin (16) ise kökeninde hem sağlık çalışanlarından kaynaklı iletişim sorunlarının, hem de hasta ve hasta yakınlarından kaynaklanan anlama-dinleme noktasındaki sorunların yer aldığı bilinmektedir. Randevu ihlali (9) ise hasta ve yakınlarının sırası olmadan muayene olma ve beklemek istememe taleplerinden kaynaklanmaktadır. Sevk işlemlerinden kaynaklanan şiddet olayları

ise hastanın sevk yerinin ayarlanması prosedürleri nedeniyle hastanın bekletilmesi ya da sevk işlemine rağmen hastanın gitmemek istemesi nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Kimliksiz muayene vakalarında (4) ise kimliksiz muayene talebi ile başkasının kimliği ile işlem yaptırma taleplerinin reddedilmesi, hasta ve hasta yakınlarını şiddete yöneltmektedir (Tablo 8).

Hasta ve sağlık çalışanları arasında iletişimin zor hale gelmesinin nedeni ise sunulan hizmetin uzman eliyle yürütülmesi, hasta ve hasta yakınlarının endişeli tutum ve davranışları ve bürokratik işlemlerdeki süreçtir (Seçim, 1994: 23).

Şiddet olayının gerçekleştiği zaman dilimi değerlendirildiğinde; 08:00-16:00 saatleri arasında (49) ve 16:00-24:00 saatleri arasında (18) şiddet olayının olduğu görülmektedir. Aradaki bu farkın nedeninin de 08:00-16:00 saatleri arasındaki poliklinik ve acil servisteki yoğunluk sebebiyle oluşan sıra beklemekten kaynaklandığı düşünülmektedir. 5 yıllık süreçte 24:00-08:00 arası sadece 1 şiddet olayının olması ise gece hasta ve hasta yakınları sayısının daha az olmasının sonucudur (Tablo 9).

Tablo 7. Maruz Kalınan Şiddet Türü

Şiddet Türü	2012	2013	2014	2015	2016	Toplam Sayı
Fiziksel Şiddet	0	0	0	0	3	3
Sözel Şiddet	6	11	5	14	20	56
Fiziksel/Sözel	0	0	4	2	2	8
Sözel/Kamu malına zarar verme	0	1	0	0	0	1
Toplam	6	12	9	16	25	68

Kaynak: TKHK, Konya KHBGS Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi 2012-2016 Beyaz Kod Bildirim Verileri.

Tablo 8. Şiddet Olayının Oluş Nedeni

Şiddetin Nedeni	2012	2013	2014	2015	2016	Toplam Sayı
Tedavi memnuniyetsizliği	3	3	3	9	8	26
Randevu ihlali	3	3	0	1	2	9
Tıbbi gereklilik olmadan ilaç/rapor talebi	0	1	1	1	4	7
Yanlış iletişim	0	2	4	3	7	16
Mahremiyet ihlali	0	0	0	1	1	2
Tıbbi sevk ve buna bağlı bekletilme	0	2	0	1	1	4
Kimliksiz muayene talebi	0	1	1	0	2	4
Toplam	6	12	9	16	25	68

Kaynak: TKHK, Konya KHBGS Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi 2012-2016 Beyaz Kod Bildirim Verileri.

Tablo 9. Şiddet Olayına İlişkin Zaman Aralığı

Saat Aralığı	2012	2013	2014	2015	2016	Toplam Sayı
08:16	3	11	7	6	22	49
16:24	2	1	2	10	3	18
24:08	1	-	-	-	-	1
Toplam	6	12	9	16	25	68

Kaynak: TKHK, Konya KHBGS Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi 2012-2016 Beyaz Kod Bildirim Verileri.

Hastanede görev yapan personele şiddet uygulayan bireylerin dağılımı incelendiğinde; hastanın kendisi tarafından personele uygulanan şiddet sayısının (20), hasta yakını tarafından yapılan şiddetin (39), hasta/ hasta yakını (12) ve diğer bireylerin (1) olduğu tespit edilmiştir. Şiddeti uygulayan hasta yakını sayısının şiddeti uygulayan hasta sayısının iki katı olduğu görülmektedir. Bunun nedenin de hasta yakınlarının kendi hastaları için ilgi ve özen beklentisi içinde olmaları ayrıca hasta haklarının ve hasta hakları dışında şikâyet ve istek başvuru yollarının daha yaygın olarak bilinmesi ve kullanılmasıdır (Tablo 10).

Hastanede şiddeti uygulayanların cinsiyet dağılımı incelendiğinde; erkeklerin (53) kadınların (19) olduğu görülmektedir. Toplumda şiddet olaylarının başrolünde yer alan erkeklerin hastanede de saldırgan taraf ve şiddet uygulayan çoğunluk olduğu söylenebilir. Şiddet başvuru sayısı 68 iken şiddet uygulayanların 72 kişi olması hasta ve hasta yakınlarının birbirlerinden etkilenerek birlikte şiddet uyguladıklarını göstermektedir (Tablo 11).

Hastanede şiddete uğrayanların acil uyarı sinyali "1111" i kullanma oranları incelendiğinde; fiziksel şiddet olayının çok olmaması nedeniyle fazla kullanılmadığı 68 vaka içerisinde sadece 27'sinde telefonla 1111'in arandığı ve çağrı gönderildiği, 41 vakada acil uyarı

verilmeden Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine bildirim yapıldığı anlaşılmaktadır. Bakanlık Beyaz kod şikâyet bildirim sayısı ile hastane içinde 1111 beyaz kod çağrı sayısının uyumlu olmadığı, her ne kadar 2016 yılında bir önceki yıla göre 3 (üç) kat artış olduğu görülse de çağrı sisteminin sözel şiddet vakalarında aktif bir şekilde kullanılmadığı düşünülmektedir. Beyaz kod davası açılması ve bildirim için beyaz kod çağrısı verilmesinin zorunlu olmaması da personeli hem acil çağrı koduna hem de bakanlık Alo 113 hattına yönlentmemektedir. Bu nedenle hastanede personellere düzenli olarak beyaz kod eğitimlerinin verilmesi ve bilgilendirilme yapılması önemlidir (Tablo 12).

Hastanede şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının hizmetten çekilme hakkını kullanıp kullanmadıklarına bakıldığında; yazılı ve sözlü olarak herhangi bir talepte bulunulmadığı gözlenmiştir. Sağlık çalışanlarının ciddi fiziksel saldırı olmadığı sürece görevleri esnasında hizmetten çekilme hakkını kullanmadıkları söylenebilir. Acil vakalar hariç hizmetten çekilme hakkının genelgede belirtildiği üzere kullanılabilceği konusunda çalışanlar bilgilendirilmelidir (Tablo 13).

Hastanede şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarından 68'inin yani tamamının hukuki yardım talebinde bulunduğu görülmüştür. Ancak bunlar içerisinde sadece 6 kişinin hizmet alımı yoluyla çalışan sekreter

Tablo 10. Şiddeti Uygulayan Kişiler (Hasta/Hasta Yakını)

Şiddet Uygulayanlar	2012	2013	2014	2015	2016	Toplam Sayı
Hasta	3	4	1	2	10	20
Hasta Yakını	3	8	8	11	9	39
Hasta/Hasta Yakını	-	-	-	4	8	12
Diğer	-	-	-	1	-	1
TOPLAM	6	12	9	18	27	72

Kaynak: TKHK, Konya KHBGS Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi 2012-2016 Beyaz Kod Bildirim Verileri.

Tablo 11. Şiddet Uygulayanların Cinsiyeti

Cinsiyet	2012	2013	2014	2015	2016	Toplam Sayı
Erkek	3	7	9	18	16	53
Kadın	3	5	2	5	4	19
TOPLAM	6	12	11	23	20	72

Kaynak: TKHK, Konya KHBGS Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi 2012-2016 Beyaz Kod Bildirim Verileri.

Tablo 12. Beyaz Kod "1111" Çağrı Sayısı

1111- Beyaz Kod Çağrısı	2012	2013	2014	2015	2016	Toplam Sayı
Verenler	3	2	1	5	16	27
Vermeyenler	3	10	8	13	9	41
TOPLAM	6	12	9	18	25	68

Kaynak: TKHK, Konya KHBGS Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi 2012-2016 Beyaz Kod Bildirim Verileri.

Tablo 13. Hizmetten Çekilme Hakkı

Hizmetten Çekilme Hakkı	2012	2013	2014	2015	2016	Toplam Sayı
Kullananlar	-	-	-	-	-	-
Kullanmayanlar	6	12	9	16	25	68
Toplam	6	12	9	18	25	68

Kaynak: TKHK, Konya KHBGS Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi 2012-2016 Beyaz Kod Bildirim Verileri.

olması nedeniyle 1 çalışana da kendisine şiddet uygulayan olarak belirttiği kişinin hasta ve hasta yakını olmaması nedeniyle hukuki yardım desteği verilemediği tespit edilmiştir. Netice olarak 61 kişiye hukuki destek sağlanmıştır. Sağlık çalışanlarına hukuki yardım verilerek, dava ve işlemleri Bakanlık kadrosundaki avukatlar tarafından takip edilmektedir. Böylece çalışanlara, yoğun ve yorucu çalışma saatleri ve nöbetleri arasında maddi/manevi destek sağlanmaktadır (Tablo 14).

Hastanede şiddete uğrayan sağlık çalışanları adına açılan kamu davaları incelendiğinde; sözel saldırı sonucu en çok hakaret ve hakaret/tehdit nedeniyle (42) dava açıldığı, hakaret ve basit yaralamadan (10), tehdit ve basit yaralamadan (6), kasten yaralama ve hakareten (2) dava açıldığı görülmektedir. Hukuki yardım alamayan (7) kişinin dava açılma nedeni ise takip edilemediği için bilinmemektedir. Hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına hakaret ve tehdit şeklinde saldırıda bulunmasının nedenleri arasında; poliklinik ve servis işleyişi konusunda yeterli bilgi verilmemesi, yönlendirme eksiklikleri, bekleme alanlarının fiziki açıdan yetersiz olması, yoğun yerlerde afiş, broşür gibi hastaları bilgilendirici

ve dikkat çekici iletişim araçlarının olmaması ya da hasta ve hasta yakınlarının mevcut yönlendirmelere dikkat etmemeleri gibi unsurların etkili olduğu düşünülmektedir (Tablo 15).

Hastanede şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının kamu davası sonuçları incelendiğinde; 2012-2013-2014-2015 yıllarında açılan davaların tamamının sonuçlandığı ancak 2016 yılındaki 25 başvurudan 12'sinin hala savcılık aşamasında olduğu görülmektedir. Bu da dava süreçlerinin uzun bir zaman aldığı göstermektedir. Devam eden 12 dava haricinde açılan davalardan 7'sinde sağlık personeli şikâyetinden vazgeçmiş bu nedenle vekil olan avukatların da vekilliği düştüğü için kamu davası olarak devam etse de sonuç itibarıyla takip edilememiştir. Delil yetersizliğinden takipsizlik kararı verilen 6 başvuruda şahit olmaması durumu davalarda olayın ispat edilmesi gerekliliğini göstermektedir. 24 davanın adli para ya da hapis cezası ile sonuçlanması şiddet olaylarının azaltılmasında caydırıcı yönden önemli bir durum iken Hükümün Açıklanmasının Geri Bırakılması (HAGB) kararı, sağlık çalışanlarının gözünde ertelenen cezayı anlamsız kılabilmektedir. Verilen cezalar ertelenmeden uygulamaya konulursa caydırıcı bir anlam taşıyacak ve şiddet olaylarının

Tablo 14. Hukuki Yardım Talebi

Hukuki Yardım	2012	2013	2014	2015	2016	Toplam Sayı
Alanlar	6	10	9	17	21	61
Alamayanlar	-	2	-	1	4	7
Toplam	6	12	9	18	25	68

Kaynak: TKHK, Konya KHBGS Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi 2012-2016 Beyaz Kod Bildirim Verileri.

Tablo 15. Beyaz Kod Davası Açılma Nedenleri

Dava Nedeni	2012	2013	2014	2015	2016	Toplam Sayı
Hakareten	3	5	2	4	6	20
Hakaret ve Tehditten	3	4	3	5	7	22
Tehdit ve Basit Yaralama	-	-	-	2	4	6
Kasten Yaralama ve Hakaret	-	-	-	2	-	2
Hakaret ve Basit Yaralamadan	-	-	4	-	6	10
Hakaret ve Kamu Malına Zarar Vermeden	-	1	-	-	-	1
Hukuki Yardım Alamadığı İçin Takip Edilemeyenler	-	2	-	1	4	7
Savcılık Aşamasında Olanlar	-	-	-	-	-	-
Toplam	6	12	9	14	27	68

Kaynak: T.C.SB Konya İl Sağlık Müdürlüğü Hukuk İşleri Birimi 2012-2016 Beyaz Kod Davası Verileri.

Tablo 16. Beyaz Kod Dava Sonuçları

Dava Sonuçları	2012	2013	2014	2015	2016	Toplam Sayı
HAGB	4	8	3	8	1	24
Vazgeçenler	1	1	3	1	1	7
Beraat	1	1	1	4	5	12
Delil Yetersizliği/Takipsizlik	-	-	2	2	2	6
Hukuki Yardım Yok	-	2	-	1	4	7
Devam edenler	-	-	-	0	12	12
Toplam	6	12	9	16	25	68

Kaynak: T.C.SB Konya İl Sağlık Müdürlüğü Hukuk İşleri Birimi 2012-2016 Beyaz Kod Dava Verileri.

azaltılmasında etkili olacaktır (Tablo 16).

SONUÇ

Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimleri ile “Alo 113” Şiddet Bildirim Hattı ve Beyaz Kod Uygulaması, Sağlıkta Kalite Standartları içerisinde *Hasta Hakları* kadar *Çalışan Haklarının* da dikkate alındığının bir göstergesidir.

Araştırmada elde edilen en dikkat çekici sonuçlardan birisi, hastanede şiddet vaka sayısının 56 aylık zaman diliminde 68 vaka olmasıdır. Bu sayı aylık ortalama 1.2 vakaya tekabül etmektedir. Dolayısıyla hastanede görülen şiddet olayının çok az ve makul bir düzeyde olduğu söylenebilir. Şiddet türü olarak sözel şiddet (56) ağırlıklıdır. Fiziksel ve fiziksel/sözel şiddet ise beş yıllık süreçte 11’dir. Bununla birlikte fiziksel şiddet olaylarında ölümcül ya da ciddi yaralama olmamıştır. Ayrıca bir diğer dikkat çekici sonuç ise sağlık hizmeti sunumunda şiddete uğrayanların hiçbirinin hizmetten çekilme hakkını kullanmamasıdır. Genel anlamda bu değerlendirmeden sonra ayrıntılı analiz yapıldığında ise araştırmadan elde edilen bulgularda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

Araştırmada elde edilen demografik bulgular incelendiğinde; şiddete uğrayanların cinsiyet dağılımında kadın sağlık çalışanlarının sayısının (41), erkek sağlık çalışanları sayısına (27) göre daha fazla olduğu görülmektedir. Özellikle bayan sağlıkçıların eş, çocuk, aile sorumluluğu gibi yükümlülüklerine, iş yükünün de eklenmesi durumu yaşadıkları stresi çoğaltmaktadır. Bu durum zaman zaman hasta-çalışan ilişkileri arasında hak ihlallerine ve dolayısıyla şiddete sebep olmaktadır. Şiddeti uygulayanların cinsiyet dağılımı incelendiğinde ise şiddete uğrayanların aksine şiddeti uygulayan erkeklerin sayısı (53), kadınların sayısına (19) göre daha fazladır. Ataerki toplumdaki şiddet ontolojik açıdan bakıldığında, erkeklerin kadınlardan daha çok şiddete eğilimli olduğu bilinen bir gerçektir. Bu perspektiften bakıldığında, hastanedeki tablo toplumsal yapıdaki şiddetin kamusal alana

yansımaları olarak yorumlanabilir. Çözüm noktasında ise hasta ve hasta yakınları için iletişimsellik ve bilgisellik düzeyini artıracak görsel ve eğitsel faaliyetlerin sürekli yapılması önerilmektedir.

Araştırma bulgularında şiddete en çok maruz kalan meslek grupları arasında ilk sırayı hekimlerin (34), ikincisi sırayı da ebe-hemşirelerin (22) aldığı görülmektedir. Şiddet gören hekim sayısı 2015 yılında 7 iken 2016 yılında 13’e çıkmıştır. Buna karşılık şiddet gören ebe-hemşirelerde ise sayı 2015 yılında 7 iken 2016’da 8’e çıkmıştır. Şiddete uğrayan sağlık personeli sayısında önemli bir değişiklik olmaz iken, hastanedeki hekim sayısında 2016 yılında bir önceki yıla göre artış olmayıp düşüş olmasına rağmen şiddete uğrayan hekim sayısının yaklaşık iki kat artış göstermesi artan hasta sayısı ile ilişkilidir. Bu duruma bağlı olarak şiddetin en çok olduğu yerler de sırasıyla, Poliklinikler (29), Acil Servis (22), ve Klinikler (15) olarak tespit edilmiştir. Tablo 3’te belirtildiği gibi son iki yılda Acil Servis ve Polikliniklerdeki hasta yoğunluğu ile şiddet sayıları arasında anlamlı ve doğru orantılı bir ilişki mevcuttur. Ayrıca Şiddetin gerçekleştiği zaman aralığı incelendiğinde, büyük bir oranın (49) gündüz mesaisinde olduğu görülmektedir. Bunun nedeni de, özellikle polikliniklerin mesai saatlerindeki yoğun işleyişi ve hasta/hasta yakınlarının gece saatlerine göre daha fazla oluşudur.

Şiddet olaylarının oluş nedenlerinin başında tedavi memnuniyetsizliği (26) ve yanlış iletişim sorunları (16) yer almaktadır. Sağlık hizmeti sunumu esnasında iletişim kazaları olması doğaldır. Zira hasta, hasta yakınları ve çalışanların demografik ve mesleki özellikleri farklılık gösterir. Ayrıca tarafların empati yapmaması da iletişim sorunlarına yol açar. Bu nedenle hizmette kalite standartları kapsamında düzeltici-önleyici faaliyetler olarak kurum içinde hekim ve diğer sağlık personellerine verilen mevcut iletişim eğitimlerinin yanı sıra daha profesyonel kurumlardan ve alanında uzman kişilerden; iletişim, empati, öfkeli ve stresli hasta ve yakınları ile başa çıkma gibi konularda

eğitim imkânlarının sunulması gereklidir. Böylece iletişim kazaları minimum seviye indirebilir. Hasta-çalışan arasında inşa edici iletişim sayesinde bilgi alış-verişi sağlanır. Sağlıklı iletişim, doğal olarak tedavideki memnuniyeti de artıracaktır. Özellikle polikliniklerde randevu ihlalden (9) kaynaklanan şiddet sayısı beş yıllık süreçte minimum düzeydedir. Polikliniklerde önceliği olan hastalar hakkında bilgilendirici görsel ve yazıların yer alması iyi uygulamalardır. Ancak buna rağmen hasta ve yakınlarının randevusuz muayene taleplerinde ısrarcı olmaları ve bu talebe olumsuz cevap verilmesi ya da işleyişin aksamaması için beklentilerinin istenilmesi, beklentisi yüksek hasta ve yakınlarını sözel şiddete yöneltmektedir. Bu sorun da, polikliniklere başvuran ayaktan hastalara daha özenle yapılacak Hasta Hakları ve Çalışan Hakları eğitimleri ile giderilebilir.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre; “1111” çağrısı verenlerin sayısı (27), vermeyenlerin (41) sayısından daha azdır. Bu sonuç ise hastane içerisinde Beyaz Kod uygulamasında kullanılan pager sisteminin, dâhili telefon sistemi üzerinden işlem yapılarak kullanılması nedeniyle çok etkin olmadığını göstermektedir. Sağlık çalışanları, şiddet olayı anında ve ortamında her zaman telefonla Beyaz Kod çağrısı verememektedir. Bu nedenle Hastanede daha işlevsel bir yöntem olarak doğrudan sinyal gönderebilecek bir “panik buton” uygulaması tesis edilmesi önemlidir.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre; beş yıllık süreçteki dava sonuçları incelendiğinde ilk dört yıl gerçekleşen olayların davalarının sonuçlandığı, ancak 2016 yılındaki 25 Beyaz Kod davasından 12’sinin halen devam ettiği anlaşılmaktadır. Dava sonuçları ile ilgili dikkat çekici olan husus ise 25 davanın ceza ile sonuçlanmasına rağmen Hükmün Açıklanmasının Geri Bırakılması (HAGB) kararı verilmesidir. Ertelenme kararlarında şiddetin genel olarak sözel saldırı niteliğinde olması etkilidir. Ayrıca sağlık çalışanlarından 7 kişinin şikâyetlerinden vazgeçmesi ve şiddet uygulayan hasta/hasta yakınlarından 12 kişinin beraat etmesi de gerçekleşen sözel şiddetlerin de çok ciddi boyutta olmadığını göstermektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık çalışanları için “Alo 113 Şiddet Hattı” oluşturularak bir telefonla bildirim yapmanın yolu açılmıştır. Ancak hastanedeki başvuruların tamamında; şiddete uğrayan personel, birime başvurmuş ve birim çalışanı tarafından bakanlık “beyaz kod” sistemine kayıt işlemleri yapılmıştır. Bu sonuç ise Sağlık Bakanlığı “Alo 113” hattının çok aktif kullanılmadığını göstermektedir. Bu nedenle Kamu hastanelerinin web sitelerine “Beyaz Kod Alo 113” görselinin etkin bir şekilde yapılandırılması ile işleyişe katkı sağlanabilir. Ayrıca araştırmada, hastane

çalışanları tarafından Sağlık Bakanlığı sayfasındaki beyaz kod bildirim adresine doğrudan hiç bildirim yapılmadığı da tespit edilmiştir. Bu nedenle Bakanlık sayfasında yer alan web adresinin hastanelerin web sayfalarına entegre edilmesi önerilmektedir. Böylece çalışanlar daha kolay bildirim yapabilecektir.

Sonuç olarak bu çalışma, ülkemizde sağlık çalışanlarına karşı yapılan şiddetin önemli bir sorun olduğundan yola çıkarak, bir kamu hastanesi örneği ile sağlıkta şiddet konusunun önemine değinerek farkındalık oluşmasına katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

1. Büyükbayram A. ve Okçay H. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. Journal of Psychiatric Nursing 2013, s.47.
2. Çamcı, O., Kutlu, Y. 2011. Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2(1): ss. 9-16. dergipark.gov.tr/ download/article-file/274326, 2017
3. <http://beyhekimdh.saglik.gov.tr/?gb=kalitebirimi>, 2017
4. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120428-3.htm>, 28/04/2012-28277, 2017
5. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/12/20161223-17>, 2017
6. https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/07_ aralik_2011/0912kalite.pdf, 2017
7. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10548/hukuki-yardim-ve-beyaz-kod-uygulamasi-genelgesi-yayinlandi.html>, 2017
8. <https://www.saglik.gov.tr/TR,3282/calisan-guvenligi-genelgesi-14052012.html>, 2017
9. <https://www.sbn.gov.tr/icerik.aspx?id=115>, 2017
10. <https://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/9856e80c8e804decae01e2a22f7dc00a.pdf>, 2017
11. Resmi Gazete: Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 28.04.2012-28277
12. Sağlıkta Kalite Standartları SKS-Hastane (Versiyon-5; Revizyon-00) Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı 1.Baskı: Ankara, Temmuz 2015
13. Seçim, H. (1994) Hastanelerde Halkla İlişkiler. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları
14. T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). I.HKS Okulu Ders Notları, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
15. T.C. Sağlık Bakanlığı (2012). SKS Işığında Sağlıkta Kalite Kitabı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2) ss.137
16. World Health Organization: Violence and Health: Task Force on Violence and Health. Cenevre, WHO, 1998.
17. www.konyasm.gov.tr, 2017

Araştırma / Research Article



Y kuşağı orta düzey hastane yöneticilerinin üst yöneticilerinden beklentileri üzerine nitel bir araştırma

A qualitative research on the expectations of generation Y hospital managers

Nilay Gemlik¹, Pınar İltter², Gülfer Bektaş³

¹Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul.
²Sağlık Yöneticisi, İstanbul.
³Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul.

Anahtar Kelimeler:
 Hastane, hastane yöneticisi, kuşaklar, Y kuşağı

Key Words:
 Hospital, hospital managers, generations, generation Y

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Nilay Gemlik,
 Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul,
 ngemlik@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
 08.03.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
 16.03.2018

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
 30.06.2018

DOI:
 10.5455/sad.13-1520488660

ÖZET

Giriş: Her dönemin vurgulu olan değerleri, kültürel farklılıkları, düşünce ve davranış kalıpları vardır. Belirli bir zaman diliminde doğmuş, aynı çağın şartlarını, sıkıntılarını, kederlerini, benzer ödevlerle yükümlü olmuş kişilerin oluşturduğu topluluklar da kuşak olarak tanımlanmaktadır ve beş gruba ayrılmıştır. Bunlar sessiz kuşak, bebek patlaması, X kuşağı, Y kuşağı ve Z kuşağı olarak adlandırılmaktadır. Bu çalışmada Y kuşağı olarak 1980'den sonra doğan kişiler kabul edilmiştir. **Amaç:** Bu araştırma bir hastanenin yönetiminde etkin rol alan Y kuşağı yöneticilerinin beklentilerini algılamaya yönelik gerçekleştirilmiştir. **Yöntem:** Bu çalışma, İstanbul'da bir kamu hastanesinde çalışan Y kuşağına mensup 6 hastane yöneticisinin beklentilerini algılamak için, nitel bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada derinlemesine görüşme yapılmış ve elde edilen bulgular içerik analizine tabii tutulmuştur. **Bulgular:** Araştırmaya 4 erkek 2 kadın katılmış olup, 3'ü bekâr 3'ü evlidir. Araştırmaya katılan yöneticilerin eğitim durumu 3'ü lisans, 2'si yüksek lisans ve diğer 1'i de doktora öğrencisidir. Y kuşağı yöneticilerinin meslektaş onayı beklemedikleri ve bu şekilde motive oldukları ve alınan her kararda söz sahibi olmak istedikleri görülmüştür. **Sonuç:** Y kuşağı hastane yöneticilerinin beklentileri genel olarak, yeniliğe açık ve kendisini geliştirebilecek olanakların var olmasını isteyen, kendisine saygı duyulmasını, alınan kararlarda fikir ve görüşlerinin de alınmasını bekleyen, onaylanmayı ve yöneticisinin yanında olduğunu hissettirip, ona yol gösterici olmasını beklemektedirler. Çalışanı motive eden, çalışma ortamında hakkaniyeti sağlayan, çalışanına güven veren, kendisinden bir önceki kuşağın tecrübe ve deneyimlerini kendileri ile paylaşmalarını istediklerini belirtmişlerdir.

ABSTRACT

Introduction: Every period of time has its own emphasized values, cultural differences, thought and behavioral patterns. Communities which consist the people who were born in a certain time period, who share the conditions of the same era, similar distresses and sorrows, similar objectives are defined as generations and they are divided into five groups: the silent generation, baby boomers, generation X, generation Y and generation Z. In this study, people who were born after the year 1980 were admitted as generation Y. **Aim:** This research was conducted in order to perceive the expectations of generation Y managers who actively take part in the management of a hospital. **Methods:** This study was carried out as a qualitative research in order to perceive the expectations of 6 hospital managers belonging to generation Y, working in a public hospital in İstanbul. In the first stage, in-depth interviews were conducted and the findings were subjected to content analysis. **Results:** 4 males and 2 females participated in the survey, 3 of them are single and 3 of them are married. Of the administrators participating in the research, 3 of them are undergraduate, 2 are graduate and 1 is doctoral student. It has been observed that generation Y executives are expecting colleague approval and motivated in this way and want to have a say in every decision made. **Conclusion:** The expectation of generation Y hospital managers in general is to have the opportunities which are open to innovation and developing themselves, to be respected, to be asked about their ideas and opinions, to be approved and their managers to be with them and guide them. They stated that they want managers who encourages the employee, provides fairness in the working environment, trusts his/her employee, shares their experience and experience from the previous generations with them.

GİRİŞ

Kuşaklar, belirli zaman aralıkları ve dönemin özellikleri baz alınarak beş grup olarak kategorize edilmiştir. Her kuşağın özellikleri, şartları, düşünce ve davranış kalıpları çerçevesinde bireylerinin beklenti düzeyleri, istekleri, yaşam tarzları da farklılıklar göstermektedir.

Kuşakların sahip oldukları özellikler kişinin karakterini, çalışma hayatını, çalışanın işe bakış açısını, çalışma tarzını, motivasyonunu, işe bağımlılığını, sadakatini, beklenti düzeylerini vb. pek çok faktörü etkilemektedir. Globalleşmenin ve teknolojik yeniliklerin artması ile kişinin beklenti düzeyinin de artmasına, farklı sektörlerde gelişmelerin olması bireyleri yeni şeyler

yapmaya, keşfetmeye, kişinin girişimci ruhunun ortaya çıkmasına sebep olan olgulardandır. Bu çalışmada genel olarak dinamik ve karmaşık bir yapıya sahip olan hastanelerde Y kuşağı yöneticilerinin beklentileri üzerine bir araştırma yapılmıştır.

Çalışmanın birinci bölümünde hastane yöneticisi, kuşak kavramına ilişkin tanımlamalar, kuşakların kronolojik olarak sınıflandırılmasına, kuşakların özelliklerine, değerlerine yer verilip Y kuşağı geniş bir şekilde ele alınarak teorik olarak anlatılmış ve araştırma bulgularına yer verilmiştir.

HASTANE YÖNETİCİSİ TANIMI

Hastane yöneticisi, hastanedeki idari işlerin düzenlenmesinden ve yürütülmesinden, bölümlere gerekli personel, araç ve gerecin sağlanmasından, bütçenin hazırlanmasından ve hasta bakım hizmetlerinden sorumlu kişidir (Kahyaoglu ve ark.,2013). Hastane yöneticisi, saptanan amaçları ve çok sayıda faaliyeti yerine getirmektedir. Bu faaliyetler planlama, örgütleme, yöneltme ve denetleme işlevleridir (Mavi, 2015). Hastane yöneticiliği, genel yöneticiliğin bir ihtisas dalıdır, yönetim bilim ve becerileri ile sağlık ihtiyaçlarının birleştirilmesidir.

Kuşak Kavramı

Türk Dil Kurumu'na göre kuşak yaklaşık olarak aynı yıllarda doğmuş, aynı çağın şartlarını, dolayısıyla birbirlerine benzer sıkıntıları, kaderleri paylaşmış, benzer ödevlerle yükümlü olmuş kişilerin oluşturduğu topluluğu ifade eder (Aydın, 2013). Kuşak kavramı, benzer bir zaman aralığında doğmuş, aynı dönemlerde yaşayan, belirli bir dönemin önemli olayları tarafından şekillendirilmiş, ortak özelliklere sahip bireylerin oluşturduğu topluluk olarak ifade edilmektedir. Her kuşağın kendine özgü özellikleri, tutumları, eğilimleri ve değer yargıları vardır (Keleş, 2013)

Kronolojik Olarak Kuşakların Sınıflandırılması

Kuşakların yıllara göre sınıflandırılmasında birçok görüş bulunmaktadır. Bu çalışmada ele alınan kuşaklar aşağıdaki gibi sıralanmış olup, birçok kaynakta farklı isimlerle nitelendirilmekle beraber genel olarak; Sessiz Kuşak, Bebek Patlaması Kuşağı, X Kuşağı, Y Kuşağı ve Z Kuşağı olarak adlandırılmaktadır (Mücevher, 2015).

Sessiz kuşak (1925 – 1945) yılları arasında doğanlar

Bu kuşak, yaşanan sıkıntıların etkisinde kalarak daima tasarrufu ön planda tutmuş, görmüş

olduğu yokluğun etkisiyle hayata karşı duruşları daima şüpheli ve tedirgin bir hal aldığından dolayı risk

almaktan çekinmiş, garantili sonuçlara odaklanmış ve dengeli bir hayat düzeni tercih etmişlerdir. Ait oldukları toplumlarda liderlerine büyük bir saygıyla bağlıdırlar. Teknolojiye uzak olmaları nedeniyle uyumu çok yavaş ilerlemiştir (Çetin, 2015).

Gilbaugh (2010)'a göre bu kuşak 'yaşamak için çalışmak' felsefesini benimsemiştir (Aktaran: Öz, 2015). Sessiz kuşak bireyleri, hayata gözlerini savaşın ve onun yıkıcı etkilerinin yaşandığı bir dönemde açtıkları için adeta hayatta kalma mücadelesi vermişlerdir. Ekonomik, siyasi, sosyal sorunların olduğu bir dönemde yaşamışlar ve bu yüzden zorluklarla yaşamayı öğrenmişler.

Bebek patlaması (Baby Boomers, 1946 – 1964) yılları arasında doğanlar

Tolbize (2008), "İkinci Dünya Savaşından sonra azalan nüfusun hızlıca toparlanmasını sağlama, ekonomik buhranın etkilerinin azalması sonucunda ertelenen çocuk isteğinin yansımaları ve daha iyimser bir döneme başlama hissi bebek patlamasının nedenleri arasında gösterilebilir olduğunu ifade etmiştir." (Tolbize'den Aktaran: Demirkaya ve ark., 2015). Bebek Patlaması kuşağı bireylerinin sayı bakımından fazla olmaları, toplumu yeniden inşa eden kuşak olarak bilinmelerini de sağlamıştır. Bu kalabalık bebek nüfusu büyüdükçe, değişen beklenti ve ihtiyaçlara göre farklı sektörlerde oldukça büyüme ve gelişme göstermişler ve bu da onların daha çok çalışıp daha çok kazanma meylini başlatmış ve adım adım yükselmeye inanan bir kuşak olduklarını göstermektedir (Öz, 2015). Çalışma hayatında Bebek Patlaması kuşağının üyeleri, grup çalışmasına ve grup toplantılarına önem verirler. Bu kuşaktakiler işbirlikçi ve rızaya dayalı bir yönetim biçiminde çalışmayı tercih ederler. Daha çok iletişim, paylaşılan sorumluluklar ve bireysel özerkliğe önem verirler. Bebek Patlaması kuşağının üyeleri, çalışma yaşamlarını kendilerini gerçekleştirebilmek ve kanıtlayabilmek için kullanan ilk kuşak olmuşlardır (Toruntay, 2011).

X kuşağı (1965 - 1979) yılları arasında doğanlar

Bebek Patlaması Kuşağı'nın gölgesinde yetişen X kuşağı, bu kuşağın etkisinde kalmıştır (İşçimen, 2012). X kuşağı, çalkantılı bir dünyanın belirsizlikleriyle mücadele etmek zorunda kaldığı için "Kayıp kuşak" olarak da adlandırılmaktadır. Yaşadıkları gelecek kaygısı, bu kuşağı çok çalışmaya, kariyer yapmaya ve daha çok para kazanmaya odaklamıştır. X kuşağındaki bireyler teknolojik yeniliklerin içine doğan bir kuşak oldukları için sadakat duyguları duruma göre değişmekle birlikte, geleneksel değerlerin savunuculuğunu yapmışlardır. Bu yüzden toplumsal sorunlar karşısında X kuşağı duyarlıdır. Bu kuşak bireyleri otoriteye saygılıdırlar, işlerine bağlıdırlar,

markalara ilgi duyar, hatta kimliklerini markalara göre tanımlamayı başlatan ilk kuşak oldukları söylenmektedir. X kuşağı, kadınların iş hayatına atılmasıyla birlikte, geleneksel aile modelinde de bir kırılmaya yol açmıştır (Altuntuğ, 2012).

Y kuşağı (1980-1999) yılları arasında doğanlar

Literatürde Y kuşağına verilen isimler hala devam etmektedir.]Millenials, Nexters, Kuşak www, Dijital kuşak, Kuşak E, Net kuşak gibi isimler şimdiye kadar verilmiş isimlerdir. Bu kuşağın en önemli karakteristik özellikleri özgürlükçü bir ruha sahip olmaları ve teknoloji tutkunu olmalarıdır. Bu kuşağın en önemli özelliği, teknolojiyle ve tüketimle gönüllü bir ilişki içinde olmalarıdır. Özellikle internet kullanımında uzmanlaşmaları sayesinde, çoklu kimlikler edinmişlerdir. Altuntuğ'a göre bu kuşak girişimci, sabırsız, bireyci, sonuç odaklı, egosu ve özgüveni yüksek, her şeyi hemen isteyen, hemen tüketen ve bir bedel ödemek istemeyen, bürokrasiden ve ciddiyetten hoşlanmayan, hız tutkunu bir kuşaktır (Altuntuğ, 2012). Global odaklı, sağlıklı, sporla ilgilenen, bedenlerine önem veren, yüksek eğitilmiş, geleceğe yönelik oldukça iyimser, özgüven sahibi, ahlaki konularda güçlü bir duruş sergileyen farklılığa değer vermeyen ama farklılığı arayan bir yapıya sahiptirler (Çetin, 2015). Y kuşağının, X kuşağı ile çok büyük değer farklılıkları göstermediği ifade ediliyor. Çünkü Y kuşak ebeveynleri X kuşak oldukları için dolayısıyla onları büyüten, yetiştirenler de X kuşağıdır. Teknolojinin geliştiği bir dönemde doğmaları, ekonomik anlamda daha refah bir hayat sürmeleri, sağlık hizmetlerinin daha da geliştiği ve globalleşmenin artması gibi etkenlerden dolayı, kendisinden önceki kuşaklardan daha farklı bir yaşam tarzı benimsediği görülmektedir.

Z kuşağı (2000 ve sonrası doğanlar)

Y kuşağında olduğu gibi bu kuşak da teknoloji ile iç içedir. Bugünden tahmin yapmanın zor olmasıyla birlikte Z kuşağı için; daha yüksek seviyede gelirler elde edecekleri, coğrafi sınırlamalara tabi olmayacakları, kadın-erkek sosyal rollerinde değişime uğrayacakları, yalnız yaşama isteğinin uyanacağı öngörülebilir (Fındık, 2013). Yaratıcılık gerektiren etkinlikler onlara pek hitap etmemektedir. Veriyi uzun süre koruyabilme özelliğine sahip hafızaları, ezber sisteminden çok görsellik ve oyunlaştırılmış aktivitelerle etkin hale getirilmektedir. Sonuç odaklıdır (Çelik, 2014).

Y Kuşağı Kendini Tanımlaması

Kendilerini güvenilir bir ekip üyesi ve güven veren bireyler olarak tanımlamaktadırlar. Aldıkları sorumlulukların bilincinde olan, kendilerine verilen

görevi layıkıyla tamamlamak için gayret ile çalışan, kritik bir karar alacakları zaman aile ve arkadaşlarının fikirlerini alan ancak özellikle kendi hayatları ile ilgili konularda kendi bildikleri gibi davranıp kararlarını vermekte oldukları belirtilmektedir. (Kuru, 2014). Y kuşağı bireylerinin beklentileri sosyal bilince sahip, ilişki odaklı, işbirlikçi ve öğrenmeye istekli olarak tanımlanırken, bu kuşak özellikle yaptıkları işle ilgili açık ve net talimatlar olmasını, performans değerlendirmesi sonucunun kendilerine doğrudan geribildirim sağlanmasını, kendisine danışılmasını, yönetim kararlarına dâhil edilmeyi istemektedirler. Puybaraud'a (2010) göre, Y kuşağı çalışanları esnek, hareketli, işbirlikçi, yenilikçi ve teknoloji meraklısıdır. Ekip odaklıdır, grup çalışmasına büyük önem verir (Puybaraud'dan Aktaran: Zeybek Sayın, 2016).

Y Kuşağının İş Hayatına Bakış Açısı

Y kuşağına mensup işgücü henüz X kuşağının yerini tamamen almamıştır. Çalışma hayatında yeterli sayıda olmasalar da, bu durum bilgi ve becerilerinin değerini daha da arttırmaktadır. Y kuşağı iş güvencesine büyük önem verse de sıklıkla iş değiştirebilen, değer odaklı, mali kazanca önem veren, ılımlı ve yenilikçi bir işgücünü oluşturmaktadır. Yapılan bir araştırmada Y kuşağı çalışanlarının gerek görev tanımlarında gerekse çalışma koşullarında esneklik beklentisi içinde oldukları sıkı denetime tabi olmalarının kendilerini güvenilmediği algısı yaratarak motivasyonlarını olumsuz etkilediği, işyerlerinde kendilerini rahat hissetmek istedikleri, çalışma ortamı ve yönetim metodunun Y kuşağı çalışanlarının motivasyonlarında önemli bir etki yarattığı tespit edilmiştir (Keleş, 2013; Yüksekbilgili 2013).

Y Kuşağının İş Hayatındaki Özellikleri

İş konusunda son derece seçicidirler, iş ararken önem verdikleri faktörler sırasıyla; şirketin kimliği, çok uluslu olması, sunulan kariyer ve eğitim olanaklarıdır. İş arama yöntemlerinin elektronik ortamlara taşınmasını benimsemişlerdir. İşsiz kalmalarıyla ilgili herhangi bir endişe duymazlar. Çünkü ailelerinin sonsuz desteğini alırlar. Diğer bir deyişle önceki kuşaklardan elde ettikleri miraslar doğrultusunda yaşamlarını idame ettirme eğilimindedirler. İş yaşamına atıldıktan 4-6 yıl sonrasında kendilerini yönetici pozisyonunda görmektedirler. Harçlıklarını ailelerinden alırlar, büyümek istemezler, "çocuksu" olarak nitelendirilebilecek zevklere sahiptirler. Yüksek düzeyde tüketicilerdir. Onlar için her şey, öncelikle istemekle başlar. Diğer kuşaklar gibi evde oturmayı ve ebeveyn olmayı kabul edemezler. Onlar, yeteneklerini kullanma taraftarıdır (Özer, 2012). Y kuşağı, uzun

çalışma saatlerini istemese de zor işleri ve sıkı çalışmayı sever. Özellikle Y kuşağı kadınları için kariyer ilerlemesinde eşit, açık ve adil davranan bir yönetime sahip olmak önemlidir (Maxwell ve ark., 2010).

Y Kuşağı ve Y Kuşağının Liderlik Tarzı

Y kuşağı çalışanları, üstlerinde aradıkları lider profilini şöyle ifade etmişlerdir. Görev odaklı liderlerin aksine, insan odaklı liderler, ekip çalışması, işbirliği ve destekleyici iletişim, lider ve takipçisi arasındaki ilişkiye odaklanma, takipçisinin bilgi birikimini ve kapasitesini anlamak, ulaşılabilir ve cana yakın olmak, çatışmaların arabulucusu olmak, motive etmek ve cesaretlendirmek, güçlendirme ve çalışanların akıl hocası olma yeteneğine sahip; kendisini çalışanlarına adanmış onların savunucusu olmak. Yüksek otorite karşısında çok rahatsız oluyorlar, daha esnek ve anlayışlı yöneticiler istiyorlar.

Y Kuşağının Yöneticilerinden Beklentileri

Y kuşağının, yöneticilerinden beklediği özellikler, iyi anlaşabildikleri ve birlikte çalışmanın kolay ve keyifli olması, anlayışlı ve şefkatli, esnek ve açık fikirli olmasıdır. Yöneticiler iletişime ve çalışanların fikirlerine değer vermeli ve işyerinde saygı, samimiyet, şeffaflık ve güvenin olduğu bir ortam yaratmalıdır. Yöneticilerinin aynı zamanda onlara tavsiye veren, mesleki gelişimleri hakkında rehberlik eden, bir danışman olmaları, daha katılımcı daha esnek olmalı ve çalışanına güvenmelidir. Çalışanları ile görevler için sorumlulukları paylaşmalıdır (Uğuz Arsu, 2014). Y kuşağı için günlük işlerinin dünyada olumlu bir değişime katkı sağladığını görmeleri oldukça önemli olmaktadır. Yenilikçi fikirler üretmeleri için teşvik edilmeleri, işleyişe sağladıkları katkıların takdir edilmesi çalışma yaşamında Y kuşağı için bir gereksinim olarak ortaya çıkmaktadır (Akdemir ve ark. 2013).

Y Kuşağını işte tutabilmek için izlenmesi gereken stratejiler;

Strateji 1: Bilgi paylaşımı ve öğrenmeyi kurum kültürünün parçası yapmak.

Strateji 2: Ebeveynleri işgücü stratejisinin parçası yapmak.

Strateji 3: Esnek ve eğlenceli bir çalışma ortamı yaratmak.

Strateji 4: İşte geçirilen zaman yerine işe odaklanmak

Strateji 5: Genel yapı ve sınırları sağlamak. Zaman kaybetmeyi sevmeyen bir kuşak olduklarından Y'ler, Amerika'yı yeniden keşfetmek istemiyorlar.

Strateji 6: İlk amirleri ile ilişkilerinin en önemli motivatör olduğunu anlamak.

Strateji 7: Baby Boomer ve X'lerin mentorluğundan faydalanmak. Şirketlere mentorluk ve koçluk ayrımını ciddiye almaları, şirket içi kaynakları mentorlukta kullanmaları, koçlukta ise objektivite sağlanmasının önemi sebebiyle dış kaynağa yönelmeleri önerilebilir.

Strateji 8: Kişiselleştirilmiş motivatörler kullanmak. Kitlese, yani herkese seslenen değil, kişiye özel ödüllendirme ve takdirleri daha çok tercih ederler.

Strateji 9: Y Okuryazarı olmak (Akdemir ve ark., 2013).

ARAŞTIRMA

İlk bölümünde ele alınan konular ışığında görüşme sonuçları değerlendirilecektir. Araştırma İstanbul ilinde bir kamu hastanesinde çalışan 6 Y Kuşağı hastane yöneticisi ile ele alınmış ve derinlemesine görüşme yapılmıştır.

Araştırmanın Konusu

Araştırmanın konusu, kamu hastanesinde çalışan Y kuşağı hastane yöneticilerinin beklentilerini saptamaktır.

Araştırmanın Yaklaşımı ve Yöntemi

Araştırma yorumlayıcı sosyal bilim yaklaşımıyla Y kuşağı yöneticilerinin beklentileri değerlendirilecektir (Neuman, 2012). Nedensellik ve ilişkisellik bağlamında konular ele alınacak ve çerçevesinde sorgulanacaktır.

Y kuşağı yöneticilerinin beklentileri, niteliksel araştırma yöntemi ile tespit edilmeye çalışılmıştır. Niteliksel araştırma yöntemlerinden biri olan derinlemesine görüşme tekniğinden yararlanılmıştır. Derinlemesine görüşme yöntemiyle, yarı yapılandırılmış görüşme kılavuzu ve görüşme notları ile veriler toplanmıştır.

Örneklem Seçilmesi

Hastane yöneticileri örneklemi olasılıklı olmayan, kotalı ve gelişigüzel örnekleme yöntemiyle gerçekleştirilmiştir (Neuman, 2012). Bir kamu hastanesinde yönetici grubunda olan 6 kişi ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. Örneklem seçiminde kotalı örneklemin seçimi hastane çalışanları ve meslek grup kategorilerinin baz alınmasından kaynaklanmaktadır. Gelişigüzel örnekleme yöntemi seçiminden kasıt; çalışmanın yapıldığı kamu hastanesinin araştırmacı tarafından seçilmiş olması ve bu hastanede görüşmeyi kabul eden çalışanların örnekleme dahil edilmiş olmasıdır. Hastane yöneticileri kolayda örnekleme yöntemiyle bir kamu hastanesinde çalışan orta düzey

hastane yöneticilerinden çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler seçilmiştir.

Derinlemesine Görüşme Kılavuzu Hakkında Bilgi Formu

Görüşme yedi adet sorudan oluşmaktadır. Kılavuzda çalışanların doğum yılı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalıştığı bölüm, unvanı, kurumda çalışma süresi, meslekteki çalışma süresi ve çocuk sahibi olma durumu ile Y kuşağı yöneticilerinin beklentilerini anlamaya yönelik sorular sorulmuştur. Veriler araştırmacıların derinlemesine görüşmenin sonucunda elde edilen ses kayıtları içerik analizine tabii tutulmuştur.

Derinlemesine Görüşme Kılavuzu'nun Oluşturulması

Derinlemesine görüşme yöntemi için yarı yapılandırılmış görüşme kılavuzu hazırlanmıştır. Görüşme kılavuzu oluşturulurken, literatür taramasından elde edilen bilgiler ışığında işletme ve istatistik disiplinlerinden 5 akademisyen ve bir uzman psikologun görüşü alınarak hazırlanmıştır.

BULGULAR

Kamu Hastanesi / Demografik Bulgular (Yönetici Grubu)

Kamu Hastanesi / YÖNETİCİLER GRUBU

Soru 1. Sizin yaş grubunuzun özellikleri nelerdir?

Genel itibarıyla bu soruya verilen yanıtların ortak noktaları kendini geliştiren, yeniliğe açık ve sorumluluk bilincinde olan, disiplinli, düzen sahibi, uyum sağlayan özelliklerdir.

Soru 2. Y kuşağının üst yöneticisinden beklentileri nelerdir?

Genel itibarıyla çoğunluk, yöneticisinden beklentilerinin çalışanın fikir ve görüşlerini benimseyen, saygı duyan, çalışanıdan daha fazla bilgiye ve tecrübeye sahip olan, verdiği kararların arkasında duran, çalışanı motive eden, güven veren, iş ortamında hakkaniyeti sağlayan bir yapıda olmasını, bunun yanında yol gösterici olmasını, çözüm odaklı, yöneticinin çalışanın arkasında olduğunu hissettirmesini istediklerini ifade etmişlerdir.

Soru 3. İş hayatında ya da yönetici olarak yaşadığınız sıkıntılar nelerdir?

Genel itibarıyla verilen yanıtlar incelendiğinde yaşanan sıkıntıların kişiden kişiye farklılık gösterdiği

görülmeyle birlikte, çoğunluk yapılan işlerin düzgün yapılmadığından, sorumsuz davranılmasından, takım ruhuna sahip olmamasının yanında iş dağılımının adaletli bir şekilde yapılmadığı ve yöneticinin çalışanın arkasında durmaması ve yeterli bilgiye sahip olmayan kişilerin hak etmedikleri pozisyonlarda olmaları diye ifade etmişlerdir.

Soru 4. Sizden daha deneyimli ve uzun yıllar bu sektörde çalışmış kişilerle aranızda ne gibi problemler yaşanmaktadır? X kuşağının hangi özelliklerini seviyorsunuz?

Çoğunluk genel olarak bir problem ortaya çıkmadığını, deneyimlerini paylaşmanın memnun edeceğini ifade etmişler. Sevilen genel özellikler ise, işlerini sahiplenmeleri, benimsemeleri olduğunu ifade etmişlerdir. Diğer bir açıdan da bakıldığında, işleri yapma tarzlarının farklı olması, sorunların üzerine gitmeyip kendiliğinden çözülmesinden yana olmaları, yeniliğe uyum sağlamada zorluk yaşamaları, yeniliğe fazla açık olmamaları, sabırsız olmaları ve katı hiyerarşiyi benimsemeleri nedeniyle çalışanların düşünce ve olaylara yönelik bakış açılarını anlayamamaları şeklinde ifade etmişlerdir. Bir kişi, karşısındakinin deneyim sahibi olmasından ziyade, yeniliğe açık ve bilgili olmasının kendisi için daha öncelikli olduğunu ifade etmiştir.

Soru 5. Çalışma arkadaşlarımızın onayı sizin için ne kadar önemlidir?

Genel itibarıyla bir katılımcı hariç diğer katılımcılar çalışma arkadaşlarının onayının kendileri için önemli olduğunu ifade etmişlerdir.

Soru 6. Boş zamanlarınızda neler yapıyorsunuz?

Katılımcıların genel olarak spor yaptıkları, kitap okudukları, film izledikleri ve gezmek gibi sosyal aktiviteler yaptıkları belirtilmiştir.

Soru 7. Üst düzey yönetici olmak için kendinize ne gibi yatırımlar yapıyorsunuz neler yapıyorsunuz?

Genel itibarıyla bir kişi hariç diğer katılımcılar üst düzey yönetici olmak için gereken kişisel ve mesleki gelişim için her türlü eğitim alıp ve tamamlayıp gerekli donanımına sahip olmak için çabaladıklarını ifade ettiler.

Kamu Hastane / YÖNETİCİ GRUBU - DEĞERLENDİRME

Unvan: Hastane Yöneticisi

Katılım Sayısı: 6

Cinsiyet: Kadın-2 / Erkek-4

Doğum Yılı: 1980-1995 arası

Eğitim Düzeyi: lisans (3), yüksek lisans (2), doktora öğrencisi (1)

Medeni Durum: 3 evli, 3 bekar

Deneyim Süresi: Ortalama 8 yıl

Y kuşağı yöneticilerinin, kendisini sürekli yenileyen, geliştiren, sorumluluk bilincinde olan, yeniliğe açık, disiplinli, işine özen gösteren, dinamik, risk almayı seven, teknolojiyi kullanma yatkınlığına sahip karakteristik özelliklere sahip oldukları gözlemlenmiştir. Y kuşağı, yöneticisinden genel olarak bir iş yapılırken kendilerinin de fikirlerini ve görüşlerinin alınmasını istedikleri, saygı duyulmasını arzu ettikleri, motive edilmeyi bekledikleri, güven ve adalet istedikleri, verilen kararın arkasında durabilmesini bilen, çalışanından daha fazla bilgi ve tecrübeye sahip bir yapıda olmalarını istedikleri gözlemlenmiştir. Bunun yanında çözüm odaklı, iş dağılımını iyi yapan, çalışanıyla empati kurabilen ve işi takip eden bir yönetici olmasını, yol gösterici olmasını da dile getirmişlerdir. İş ortamında genel olarak yaşadıkları sıkıntılar, çalışanın yaptığı işi düzgün yapmaması, sorumluluk almak istememesi, ekip çalışmasına yatkın olmamaları, sorumlu kişinin iş dağılımını iyi yapmaması sonucunda iş yükü yoğunluğunun tek bir kişide toplanması bu ve buna benzer sorunların ortaya çıkmasına neden olduğunu belirttiler. Bir çalışan için yaptığı veya yürüttüğü işin çalışma arkadaşları tarafından onay almasını kendilerini mutlu edebileceklerini, motive olabileceklerini ifade ettiler. Genel olarak sporun iş hayatındaki stresten uzaklaşmak için en iyi yol olduğunu dile getirenler oldular, fotoğraf çekmek, gezmek, kitap okumak, sosyal etkinliklerde bulunmak gibi aktiviteler yaptıklarını ifade ettiler. İş hayatında bir üst pozisyona gelmek için henüz erken olduğunu ve hazır olmadıklarını belirttiler fakat bunun için gereken bilgi ve tecrübeye sahip olmak için çaba sarf ettiklerini belirttiler.

SONUÇ

Bu çalışma, Y kuşağı hastane yöneticilerinin beklentilerini algılamaya yönelik olarak bir kamu hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Kamu hastanesi Y kuşağı yöneticilerinin cevapları incelendiğinde; bu kuşağın kendilerini sürekli yenileyen, geliştiren, aldıkları sorumluluğun bilincinde olan, işine özen gösteren, teknolojiye uyum sağlayan, ekip çalışmasına yatkın, esnek çalışma düzeninden yana olan özelliklere sahip olduklarını belirtmişlerdir. Bu doğrultuda Y kuşağı yöneticinin beklentisi, birlikte çalıştığı kişilerin (yöneticilerinin), kendilerine saygı duymasını, yapılan bir işte fikir ve görüşlerinin alınmasını, üst

yöneticisinin kendisinden daha fazla bilgi ve tecrübeye sahip olması, verdiği kararlarının arkasında durması, alınan bir kararda çalışanın yanında olduğunu hissettirmesi ve çalışana yol gösterici olması beklentileri arasındadır. Buna ilaveten çalışana motive eden, çalışma ortamında hakkaniyeti sağlayan, güven veren bir yapıda olmalarını beklediklerini ifade etmişlerdir. Y kuşağı, insanların düşünce ve fikirlerine saygı duyan, insana insan olduğu için değer veren, aldığı kararlarda birilerine danışmayı ve onların fikirlerini almayı önemser. Çalışanın işini düzgün yapmaması, sorumluluk almaktan çekinmesi, ekip ruhuna sahip olmamaları, iş dağılımının iyi yapılmaması bunlara ek olarak personel eksikliği, fiziksel alt yapının eksikliği, yeterli bilgi ve beceriye sahip olmayan kişilerin haksız pozisyonlarda olmalarından vb. sorunları yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Fakat bu kişilerden beklentileri, sahip oldukları bilgi ve tecrübelerini kendilerine de aktarmalarını dolayısıyla daha iyi sonuçlar alınabileceğini de belirtenler olmuştur.

Y kuşağı kendilerine yol gösteren, destek olan birilerinin olmasını isterler. Dolayısıyla, Y kuşağı yönetici grubu, genel itibarıyla çalışma arkadaşlarının onayının kendileri için önemli olduğunu belirtmişlerdir. Onaylandıkları zaman daha mutlu olduklarını, yaptıkları veya yürüttükleri işi daha emin adımlarla ilerlettiklerini, motive olduklarını ifade etmişlerdir. Üst yöneticisinden onaylanmayı beklemektedir. Y kuşağı üyeleri yaş, bilgi ve tecrübe vb. nedenlerden dolayı çalıştıkları sektörlerde daha çok orta kademe yöneticisi olarak yer almaktadırlar. Üst kademe yönetici olmak için neler yapıyorsunuz sorusuna alınan cevaplar şöyledir; daha üst bir pozisyonda yer almak gibi bir beklenti içerisinde olmadıklarını ama ilerleyen zamanlarda bir üst pozisyona geçmek gibi niyetleri olduğunda bunun için gereken bilgi ve beceriye sahip olmak için çaba sarf edebileceklerini ifade etmişlerdir.

Bu çalışma, Orta düzey Y kuşağı hastane yöneticilerinin üst yönetimden beklentilerini saptamak amacıyla yapılmıştır. Örneklem kısıtından dolayı araştırmanın yeni çalışmalara zemin oluşturacağı ve hastanelerde yer alan diğer meslek grubundaki Y kuşağı yöneticilere de yol göstereceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akdemir, A., Konakay, G., Demirkaya, H., Noyan, A., Demir, B., Ağ, C. ve ark. (2013). Y kuşağının kariyer algısı, kariyer değişimi ve liderlik tarzı beklentilerinin araştırılması. *Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 2(2):11- 42.
2. Altuntuğ, N. (2012). Kuşaktan kuşağa tüketim olgusu ve geleceğin tüketici profili. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*. 4(1): 203-212.
3. Aydın, F. (2013). Y Kuşağının İnternet Üzerinden Turizm Ürünü Satın Alma Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İzmir.
4. Çamcı, M. (2007). Sağlık Yönetimi. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Mersin.
5. Çelik, M. (2014). Hizmet Sektöründeki Y Kuşağı Çalışanlarının İş Hayatındaki Beklentileri (İstanbul Örneği). Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
6. Çetin, Z. (2015). Stratejik Politik Pazarlama, Y Kuşağına Yönelik Politik Pazarlama Stratejilerin Geliştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi..İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
7. Demirkaya, H., Akdemir, A., Karaman, E., Atan, Ö. (2015). Kuşakların yönetim politikası beklentilerinin araştırılması. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 7(1): 186- 204.
8. Fındık, E. (2013). Y Kuşağında Mobbing Algısı Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
9. İşçimen, D.S. (2012). Y Kuşağı Çalışanların İş Yaşamından Beklentilerinin Karşılama Düzeyi İle Kurumsal Bağlılık Arasındaki İlişki ve Bir Örnek Uygulama. Yüksek Lisans Tezi. Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
10. Kahyaoğlu, F., Yanık, A. Tengilimoğlu, D. (2013). Batı Akdeniz Bölgesi Sağlık Kurumları Yöneticilerinde Mesleki Yeterliklerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma. *Electronic Journal of Vocational Colleges*. ss.16-17.
11. Keleş, H. N. (2013). Girişimcilik Eğiliminin Kuşak Farkına Göre İncelenmesi. *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. (26):26
12. Kuru, İ. (2014). Y Kuşağı ve İş Yaşam Dengesi. Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
13. Mavi, N. (2015). Sağlık Yönetimi Açısından Çalışma Hayatın'da Mobbing. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
14. Maxwell, GA., Ogden, SM., Broadbridge, A. (2010). 'Generation Y's career expectations and aspirations: Engagement in the hospitality industry', *Journal of Hospitality and Tourism Management*, C.17, s.53-61.
15. Mücevher, M.H. (2015). X ve Y Kuşağının Birbirlerine Karşı Özellik ve Etkileşim Algıları: SDÜ Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
16. Neuman, W.L. (2012). Toplumsal Araştırma Yöntemleri. Cilt I, Çeviren: Sedef Özge, Yayın Odası, 5. Basım, Ankara.
17. Öz, Ü. (2015). XYZ Kuşaklarının Özellikleri ve Y Kuşağının Örgütsel Bağlılık Düzeyi Analizi. Yüksek Lisans Tezi. Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
18. Özer, M. E. (2012). Y Kuşağı 2, Aliağa Ticaret Odası, İzmir. <http://www.alto.org.tr/tr/component/k2/item/1389-yku%C5%9Fa%C4%9F%C4%B1-2.html> (Erişim Tarihi: 29.12.2016).
19. Özmen, N.(2016). Y Kuşağının İnternet Alışveriş Eğilimleri. Yüksek Lisans Tezi. Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
20. Puybaraud, M. (2010). Johnson Controls Global WorkPlace Innovation: Generation Y and the workplace annual report 2010. London, United Kingdom: Johnson Controls, Haworth, and IDEA.
21. Toruntay, H. (2011). Takım Rollerini Çalışması: X ve Y Kuşağı Üzerinde Karşılaştırmalı Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
22. Uğuz Arsu, Ş. (2014). Y Kuşağını İşe Alma Ve İşte Tutma Stratejileri: Gaziantep İlinde Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Aksaray Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Aksaray.
23. Yüksekbilgili, Z. (2013). Türk tipi Y kuşağı. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 12 (45):342
24. 353.
25. Zeybek Sayın, H. (2016). Y Kuşağı Üniversite Öğrencilerinin Beş Faktör Kişilik Özellikleri ve Liderlik Algıları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Çağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Mersin.